



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Daniela Arruda Soares

**COMPETÊNCIA INTERPESSOAL NO CUIDADO DE
PESSOAS COM DIABETES: PERCEPÇÃO DE
ENFERMEIRAS (OS)**

SALVADOR
2007

UFBA
EE

DANIELA ARRUDA SOARES

Competência Interpessoal no Cuidado de Pessoas com Diabetes: Percepção de Enfermeiras

2007

S170 SOARES, Daniela Arruda

Competência Interpessoal no Cuidado de Pessoas com Diabetes: Percepção de Enfermeiras. – Salvador: Escola de Enfermagem da UFBA, 2007.

140f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem)

1.Competência Interpessoal - Relações interpessoais – Comunicação – Cuidado

2.Diabetes Mellitus- Características – Tratamento 3. Enfermagem

Daniela Arruda Soares

**COMPETÊNCIA INTERPESSOAL NO CUIDADO DE
PESSOAS COM DIABETES: PERCEPÇÃO DE
ENFERMEIRAS (OS)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra, área de concentração O cuidar em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Dora Sadigursky

SALVADOR
2007

Daniela Arruda Soares

**COMPETÊNCIA INTERPESSOAL NO CUIDADO DE
PESSOAS COM DIABETES: PERCEPÇÃO DE
ENFERMEIRAS (OS)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra, área de concentração O cuidar em Enfermagem.

Aprovada em 04 de janeiro de 2007

COMISSÃO EXAMINADORA

Dora Sadigursky _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Antônia Regina Furegato _____
Doutora em Enfermagem e Professora Universidade de São Paulo

Josicélia Dumêr Farnades _____
Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Federal da Bahia

Álvaro Pereira _____
Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Federal da Bahia

*O homem se torna EU na relação com o TU.
O face-a-face aparece e se desvanece, os eventos
da relação se condensam e se dissimulam e é
nesta alternância, que a consciência do parceiro,
que permanece o mesmo, que a consciência do EU
se esclarece e aumenta cada vez mais.*

*Martin Buber (1993)
(Filosofia do Diálogo)*

*Á **minha família**, pelo AMOR incondicional dedicado a mim.
Ao **meu marido**, pelo grande incentivo e amor sem os quais não seria possível
chegar a reta final deste trabalho.
Ao **meu filho**, que antes de nascer já povoa meus dias de alegria.*

Agradecimentos

À Deus, causa de todas as coisas, força cósmica que anima a vida dos seres, O qual rege nossas vidas e preside nossos destinos;

Aos meus queridos pais, Veri e Lia, que carinhosamente me auxiliaram e, me auxiliam a caminhar pela estrada da vida, além de me ensinarem as bases de um relacionamento interpessoal satisfatório;

Aos meus irmãos amados, Isa e Veri, pelo apoio, pela vibração, pelo estímulo em prol da concretização deste sonho;

Ao meu marido, Dan, pelo amor e apoio irrestrito que me concedeu nesta trajetória, dando-me forças para lutar, prosseguir e dar o melhor de mim para a realização de um bom trabalho;

À professora Dora Sadigursky, que com suas orientações ajudou-me a edificar este trabalho e que, com sua compreensão me ajudou a transportar as barreiras de alguns momentos difíceis;

A todos os professores e professoras do mestrado, que me despertaram para a busca do conhecimento incessante, reflexivo e crítico;

*Às queridas colegas de mestrado, as quais tenho um carinho muito especial, em particular, a **Claudinha, Mari, Glorinha**, Paula, Jú, Sílvia, Aline, Tânia's. Estas, aprendi a amar como verdadeiras irmãs;*

À coordenadora da Pos-graduação. Prof^a Enilda Rosendo do Nascimento, por sua gentileza e competência;

À Universidade Federal da Bahia, e aos seus representantes, pela oportunidade que me deram de realizar este curso;

À Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pelo valioso apoio científico, cultural e financeiro, permitindo que a obra se consolidasse;

À Secretária Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, pela liberação do campo para realização da pesquisa, especialmente às pessoas de Michela, Lene e Sara, por sua gentileza e boa vontade;

Aos sujeitos desta pesquisa, que confiaram na idoneidade do trabalho e colaboraram de bom grado com as entrevistas e observações;

Para evitar esquecer de mencionar nomes de pessoas que também merecem meus sinceros agradecimentos, desejo, de coração, agradecer a todos os amigos, os antigos e os novos, conquistados nessa caminhada, os quais ajudaram-me a galgar mais um degrau no grande edifício chamado conhecimento.

SOARES, Daniela Arruda. **Competência Interpessoal no cuidado de pessoas com diabetes: percepção de enfermeiras**. 2007. 140 f - Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2007.

Resumo

Este estudo versa sobre a percepção de enfermeiras sobre competência interpessoal no cuidado de pessoas com diabetes. Tem natureza qualitativa, do tipo exploratório, cujos objetivos foram apreender a percepção de enfermeiras (os) que cuidam de pessoas com diabetes sobre competência interpessoal e caracterizar a relação interpessoal entre ambos. Constituíram os sujeitos deste estudo onze enfermeiras (os) que exerciam suas atividades no Programa de Saúde da Família, na zona urbana, no município de Vitória da Conquista-BA, no período de fevereiro a julho de 2006. Para coleta dos dados utilizou-se entrevista semi-estruturada e observação sistemática e não-participante. O conteúdo foi analisado e categorizado por meio da análise temática norteadas por Bardin, tendo por base os pressupostos de Moscovici sobre competência interpessoal e a teoria de Travelbee sobre a relação pessoa-a-pessoa. Os resultados da entrevista apontaram que as percepções das (os) enfermeiras (os) acerca da competência interpessoal fundamentaram-se na habilidade de interação com o paciente e no estabelecimento de um relacionamento interpessoal efetivo, o que coaduna com as proposições teóricas acerca da temática em questão. Ainda caracterizaram os relacionamentos interpessoais como formas de relacionamentos eficazes com os pacientes, além de esses relacionamentos apresentarem elementos facilitadores e limitadores para sua consecução. Como elementos facilitadores mencionaram a confiança, o respeito, o interesse, a compreensão, a comunicação, a empatia e o conhecimento científico; e como limitadores as condições de trabalho inadequadas, as falhas no processo comunicativo, a resistência do paciente às mudanças e a falta de preparo profissional. Já nas observações feitas, o papel instrumental do profissional ficou evidente, enquanto as questões subjetivas mais distantes e, o seguimento de uma rotina de trabalho centrada fortemente na tarefa, ficou mais próximo do cotidiano cuidativo/relacional desses profissionais. Assim, com o fito de desenvolver a competência interpessoal nas (os) enfermeiras (os) que cuidam de pessoas com diabetes, é importante e necessário preencher as lacunas de informação, conhecimento e reflexão delas (es), bem como suas implicações para o contexto pessoal, profissional e para o paciente, e dos recursos necessários para sua mobilização.

PALAVRAS CHAVE: Competência interpessoal, diabetes, relações interpessoais, enfermagem

SOARES, Daniela Arruda. **Ability Interpersonal into the care of people with diabetes : perception of nurses**. 2007. 140 f. Dissertation of masters. Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2007.

Abstract

This study it turns on the perception of nurses on interpersonal ability in the care of people with diabetes. It has qualitative nature, of the exploring type, whose objectives had been to apprehend the perception of nurses that they take care of of people with diabetes on interpersonal ability and to characterize the interpersonal relation between both. Eleven nurses had constituted the citizens of this study that they exerted its activities in the Program of Health of the Family, in the urban zone, the city of Vitória da Conquista, in the period of February to July 2006. For collection of the data half-structuralized interview was used, systematic comment and not-participant. The content was analyzed and categorized by means of the thematic analysis guided by Bardin, having for base estimated of Moscovici on interpersonal ability and the theory of Travelbee on the relation person-the-person. The results of the interview had pointed that the perceptions of the nurses concerning the interpersonal ability had been based on the ability of interaction with the patient and on the establishment of an effective interpersonal relationship, what it confirms with the theoretical proposals concerning the thematic one in question. Still they had characterized the interpersonal relationships as forms of efficient relationship with the patients, beyond these relationships to present elements that facilitate and limitors for its achievement. As elements that facilitate they had mentioned the confidence, the respect, the interest, the understanding, the communication, the break-even and the scientific knowledge; and as limiter the inadequate conditions of work, the imperfections in the communicative process, the resistance of the patient to the changes and the lack of professional preparation. Already in the made comments, the instrumental paper of the professional was evident, while subjective questions more distant and, the pursuing of a routine of work centered strong in the task, were next to relationary/take care of quotidiano of these professionals. Thus, with I look it to develop the interpersonal ability in the nurses that they take care of people with diabetes, is important and necessary to fill the gaps of information, knowledge and reflection of them, as well as its implications for the personal, professional context and for the patient, and of the necessary resources for its mobilization.

Key words: Interpersonal ability, diabetes, interpersonal relations, nursing

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 A COMPETÊNCIA INTERPESSOAL : CONCEITOS E CONSIDERAÇÕES GERAIS	16
2.2 ASPECTOS DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS	22
2.3 A COMUNICAÇÃO NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS	28
2.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO 2	31
2.5 ASPECTOS PSICOSOCIAIS DO DIABETES MELLITUS E SEU TRATAMENTO	34
2.6 O CUIDADO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2	38
2.7 COMPETÊNCIA INTERPESSOAL DA (O) ENFERMEIRA (O), INTERFACES ENTRE: A RELAÇÃO PESSOA-A-PESSOA E O CUIDADO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2	43
3 PROCEDIMENTOS METODÓLOGICOS	50
3.1 TIPO DE PESQUISA	50
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA	51
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA	54
3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	55
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS E QUESTÕES ÉTICAS	57
3.6 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS	60
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	62
4.1 ANÁLISE DA ENTREVISTA	62
4.2- ANÁLISE DA OBSERVAÇÃO	85
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICES	100
ANEXOS	104

1 INTRODUÇÃO

Diversas transformações globais têm surgido, apontando para um paradigma científico emergente que valoriza a subjetividade, o simbolismo, a aproximação sujeito-objeto; para um paradigma assistencial que busca pautar-se em um olhar estratégico, na integração dos saberes multiprofissionais e satisfação das necessidades sociais e de saúde das pessoas; e para ampliação do conceito do cuidar, não como sinônimo do curar, tratar, controlar, mas, como fundamento da assistência de enfermagem, envolvendo, portanto saberes técnicos, éticos, estéticos e, sobretudo, interpessoais.

Nesta perspectiva, o estudo, a pesquisa, a construção, a vivência e incorporação de competências e habilidades que busquem uma sintonia com a complexidade do ser humano, com o desenvolvimento de ações do cuidar que o valorizem nesta dimensão, sem dúvida concorrerão para o estabelecimento de relações de ajuda, que estejam centradas na pessoa que vive determinada enfermidade.

Tomando como base o entendimento da competência interpessoal como a “habilidade de lidar eficazmente com as relações interpessoais”, conforme salienta Moscovici (1996, p.36), visualizo a mesma como elemento precípua e representativo da capacidade de auxiliar a consolidar as mudanças requeridas pelos paradigmas científico e assistencial, bem como para incrementar as práticas do cuidar.

Partindo da premissa que o cuidado, enquanto atividade humana, social, profissional, é por natureza, relação entre pessoas (interpessoal), cuja influência e consequência não é unilateral, mas uma mútua ação/transformação entendo que, a relação de cuidar se torna imediatamente movimento, de complexidade crescente (LEOPARDI, 1999), necessitando, portanto, estar vinculada à competência interpessoal.

Neste sentido, penso que o planejamento e implementação do cuidado, deve ser capaz de integrar as necessidades da pessoa que está sendo cuidada e, que a utilização de uma metodologia de enfermagem adequada torna o cuidado integrativo, ou seja, coerente com as necessidades físicas, emocionais, sociais, espirituais e relacionais dessa pessoa.

Para efetivação deste cuidado, é necessário haver uma interação, uma relação intersubjetiva entre o cuidador e o ser cuidado, que se traduza em intervenções mediadas pelo diálogo e pelas atitudes. Neste momento, a (o) enfermeira (o) deixa de apenas tratar para assumir o papel de cuidador, centrando-se na pessoa em desequilíbrio, buscando o

restabelecimento deste equilíbrio pautados em novos modelos de relações (TRAVALBEE, 1979).

Diante do exposto, visualizo a habilidade de se relacionar eficazmente, como instrumento para cuidar de pessoas que vivenciam situações de enfermidades orgânicas tal como o diabetes mellitus, doença que exige do enfermo mudanças abrangentes em sua maneira de viver a vida.

Ser acometido pela diabetes e conviver com ela pode representar, para muitas pessoas, uma perda de controle de sua própria vida, considerando os limites e restrições impostos pela doença. Daí a necessidade premente das enfermeiras se apoderarem da competência interpessoal e buscarem comprometerem-se com a relação pessoa-a-pessoa, da pessoa do enfermeiro, com a pessoa enferma, para assim como afirma Travelbee (1979), compreenderem o poder do vínculo pessoal e ajudarem os outros a se ajudarem.

A competência interpessoal, como elemento imprescindível em uma relação de ajuda, poderá contribuir de maneira decisiva no cuidado prestado a tais pessoas para evitar complicações a curto e longo prazo e, em grau extremo, o comprometimento da vida (FIGUEIREDO, 1997). Isto porque, já existem cerca de 140 milhões de pessoas com diabetes em todo o mundo e uma estimativa para que este número aumente para 320 milhões em 2025 conforme dados da American Diabetes Association (2004), o que configura altas taxas de incidência e prevalência desta doença, além dos altos custos estimados em seu tratamento.

O estabelecimento de relações interpessoais eficazes, reflexos de uma competência interpessoal presente e ativa, é fundamental para que a enfermeira possa atuar no cuidado e, por conseguinte, realizar um trabalho terapêutico e com qualidade frente, ao cliente portador de diabetes.

É justamente por isso que o meu interesse pelo tema relações interpessoais, vem de longas datas. Começou desde o meu período de graduação no curso de enfermagem na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB, onde por meio das disciplinas Metodologia da Pesquisa I e II, pude delinear os meus primeiros ensaios em trabalhos científicos que abordavam o tema, e onde, ainda hoje, venho buscando desenvolvê-lo em minha prática cuidativa e relacional, cotidiana.

Já o tema que envolve a doença diabetes, me foi despertado quando da minha participação como bolsista de um Projeto de Extensão intitulado Núcleo de Educação e Atenção ao Diabetes, também na UESB, onde pude realizar ações de cuidado às pessoas com tal enfermidade. As minhas ações bem como dos demais membros, de acordo com a filosofia do Projeto, visavam o atendimento de maneira integralizada das pessoas com diabetes, o que

concorreu para que as mesmas aderissem melhor ao esquema terapêutico e melhorassem os níveis glicêmicos.

Dessas duas experiências surgiu a alquimia perfeita para que eu pudesse penetrar no campo das relações interpessoais, da competência interpessoal e da doença diabetes.

Além disso, há poucos trabalhos na área de enfermagem geral envolvendo estudos com relações interpessoais, o que já é mais comum no campo da psicologia e da enfermagem psiquiátrica, onde os estudos são mais vastos nesta temática. Em 1979, Travelbee já afirmava que, somente nas duas últimas décadas começou a utilização sistemática da relação pessoa-a-pessoa em enfermagem psiquiátrica. Tal assertiva, vem coadunar com a quantidade de artigos e trabalhos publicados relativos ao relacionamento interpessoal em enfermagem concentrados mais na área psiquiátrica (RODRIGUES, OSINAGA e SCATENA, 1996).

Já os estudos envolvendo competência interpessoal, são ainda mais escassos, pois os trabalhos encontrados são os de Nery (1998), Fernandes (2003 a e b), Barduchi (2002), Murani et al (2003, 2004) e Witt (2005).

Destes estudos, o maior número de trabalhos se concentra na área temática de pesquisa e ensino, bem como de atuação do enfermeiro. Trabalhos associando a competência interpessoal ao cuidado de enfermagem, ainda carecem de maior atenção por parte da comunidade científica.

Diante do exposto, parece estar claro que ainda existe uma lacuna acerca de estudos envolvendo a competência interpessoal no cuidado de pessoas com doenças crônicas, no caso o diabetes.

Somado a isso, o desenvolvimento da competência é algo que venho buscando desenvolver em meus trabalhos como enfermeira seja no cuidado a sujeitos portadores de diabetes ou outras enfermidades, tanto em hospitais como na atenção básica.

Acredito que, comumente, a competência interpessoal do profissional de enfermagem é pouco enfatizada ou valorizada. Esta competência até existe em alguns enfermeiros mas, grande parte deles, a exerce de forma incompleta, errônea e até equivocada. Talvez isto ocorra porque alguns ainda têm uma visão limitada e limitante sobre a importância dos relacionamentos interpessoais como instrumento para o cuidar, o que faz com que este cuidado, muitas vezes, seja visto de maneira compartimentada, normalmente, voltado à implementação de cuidados seriados dentro de uma lógica resolutiva, e assim, tal como coloca Saupe (1999), que o cuidado é incorporado de maneira ritualizada, como se fosse um messias que, se o seguirmos seremos salvos.

Baseada nestes pressupostos acredito que a partir da concepção que se tem sobre competência interpessoal, é possível refletir e perceber se somos ou não capazes de exercê-la e observar a sua influência no cuidado que prestamos aos sujeitos foco dos nossos cuidados, no caso pessoas com diabetes mellitus tipo II, bem como pensar em como podemos aprimorá-la em nós a fim de podermos utilizá-la em nossa prática cuidativa/relacional cotidiana. Isto porque, como afirma Furegatto (1999), o comportamento do indivíduo pode ser compreendido através da percepção que ele tem das coisas.

Diante do exposto estabeleci como objeto de estudo para este trabalho, **a competência interpessoal de enfermeiras (os) no cuidado de pessoas com diabetes**, bem como tracei as seguintes questões norteadoras que servirão de guia para a trajetória a ser percorrida: **Qual a percepção que as (os) enfermeiras (os) que cuidam de pessoas portadoras de diabetes têm sobre Competência Interpessoal? e Como se caracteriza o relacionamento interpessoal entre a (a) enfermeira (o) e a pessoa portadora de diabetes?**

Buscando encontrar respostas para os meus questionamentos, estabeleci os seguintes objetivos:

-Apreender a percepção de enfermeiras que cuidam de pessoas portadoras de diabetes sobre Competência Interpessoal;

-Caracterizar o relacionamento interpessoal entre as (os) enfermeiras (os) e a pessoa portadora de diabetes.

Desta forma, esta pesquisa desponta como relevante, pois a sua realização poderá contribuir para desvelar facetas importantes no que tange a competência interpessoal, como instrumento para o cuidado de pessoas com diabetes mellitus tipo 2, demonstrando que para se planejar e prestar uma assistência de enfermagem a pessoas com diabetes há que se abordar, necessariamente uma teoria que contemple a dimensão da competência relacional. Isto porque o tratamento de determinada afecção pode ser impessoal, mas o cuidado com a pessoa em seu estado de doença é, indubitavelmente, pessoal, empático e relacional, exigindo, portanto, competência interpessoal aos profissionais que dele cuidam.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 COMPETÊNCIA INTERPESSOAL: CONCEITOS E CONSIDERAÇÕES GERAIS

Existe um campo no qual observa-se uma certa avidez para o enfrentamento competente de problemas. Este é o campo da Enfermagem, e mais especificamente, do cuidado de enfermagem. Tais problemas vêm refletindo uma série de fragmentações dentre as quais pode-se citar uma fragmentação conceitual representada pela dicotomia entre a concepção e a prática, entre o pensar e agir; uma fragmentação técnica, caracterizada pelo aumento vertiginoso de especialidades profissionais e, com isso, uma compartimentalização e parcelização do próprio cuidado; e por fim, uma fragmentação social, representada pela rigidez, hierarquização e subordinação das relações de trabalho e de cuidado.

Urge um (re)pensar sobre o desenvolvimento de competência interpessoal, e que esta possa instrumentalizar os enfermeiros a transitar da alienação, do imobilismo e do tecnicismo, para o exercício criativo, reflexivo, crítico e competente da sua profissão, a fim de concorrer para a humanização das relações de trabalho e do próprio cuidado.

É neste contexto que procuro refletir sobre competência interpessoal, não considerando-a como a única competência capaz de dar conta de todas as ordens de problemas enfrentados pelas enfermeiras durante o seu exercício profissional, mas sim, porque a vejo como uma competência que viabiliza e subsidia o desenvolvimento de novas competências, especialmente a competência técnica, bem como o enfrentamento de desafios. Tal posicionamento é ratificado por Ramos (2001, p.22), quando diz que “ ao serem encontrados novos desafios, há a construção de novas competências”.

A discussão sobre competência interpessoal, remete à compreensão que os termos designam. Neste sentido, optei por trazer inicialmente algumas considerações sobre competência, haja vista que a mesma tem um caráter polissêmico, o que dá margem a diversas interpretações. Posteriormente, apresentarei o conceito de competência interpessoal e seus aspectos correlatos.

Para Deluiz (1995) e Ramos (2001), o termo competência é oriundo das Ciências da Organização, e seu emprego começou a ser utilizado na Europa, em meados dos 1980, constituindo a base das políticas para formação e capacitação de trabalhadores.

Na dimensão psicopedagógica, competência diz respeito a “um sistema interiorizado de aprendizagens numerosas, orientadas para uma classe de situações de vida, escolares ou profissionais” (RAMOS, 2001). Nesta dimensão, a competência envolve conhecimentos, iniciativa, responsabilidade, a serem aplicados em uma gama de situações, coordenando-se com outros autores para mobilizar suas capacidades.

Há que se diferenciar também competência de competir, pois, a competição é sinônima de rivalidade com outrem, de disputa por alguma coisa. A competência envolve habilidades, capacidades, conhecimentos que devem pautar-se em princípios éticos para que “não descambe em mera instrumentação e competitividade” (DELUIZ, 1995, p.12).

Para Ramos (2001), competência ainda deve ser diferenciada de desempenho, pois, o desempenho é o indicador de uma competência. Sendo assim, a competência seria a condição do desempenho, ou seja, o mecanismo que permite a mobilização de conhecimentos e atos necessários à realização de uma determinada ação.

O modelo de competência veio, ainda, substituir o modelo das qualificações. Este, no plano educativo, valoriza os componentes organizados e explícitos, às formalidades e os diplomas correspondentes e, no âmbito do trabalho, “à grade de salários, aos cargos e às carreiras” (DELUIZ, 1995, p.101). Já o modelo pautado nas competências, considera não só a posse de saberes escolares ou técnico-profissionais, pois passou a valorizar a subjetividade e o saber tácito do profissional, destacando o que Ramos (2001) chama de qualificação real (embasada em competências), em detrimento da qualificação formal (a qual não considera a subjetividade e os conhecimentos tácitos).

Nesta perspectiva, a mesma autora, ainda afirma que se a qualificação expressa a capacidade potencial do profissional, as competências, por valorizarem a subjetividade, seriam as formas como suas capacidades reais se materializam, portanto, expressões de sua qualificação real, reflexos da integração de conhecimentos tácitos e explícitos.

Considerando que a competência engloba além de aspectos técnico-instrumentais, um componente subjetivo e individual, já que a mobilização destes depende de cada indivíduo, das suas vivências e disposições internas para exterioriza-la, é importante ressaltar que mesmo as competências tendo este caráter, elas são construídas a partir de experiências e práticas coletivas, e ainda, “algumas competências só poderão ser mobilizadas e articuladas dentro de coletivos de trabalho, em situações grupais” (DELUIZ, 1996, p.12).

Assim, a aquisição e desenvolvimento de competências, não prescindem de “(...) estratégias institucionais (...), e vão depender também das relações de força e poder que se

estabeleçam no interior das empresas e instituições, como na própria sociedade, onde interagem os atores sociais” (DELUIZ, 1995, p.12).

Desta forma, é possível inferir que mesmo a competência possuindo um caráter individual e subjetivo, estes são desenvolvidos coletivamente, em contato com outros indivíduos, com outras experiências. Portanto, ser competente, não se constitui em uma virtualidade da espécie humana, mas sim é resultante de aquisições e aprendizagens construídas. Sob este prisma, Perrenoud (1999) considera que os seres humanos possuem, ancorados em seu patrimônio genético, faculdades de construir competências e, ainda assevera que esta construção não ocorre espontaneamente, nem de igual forma em todos os indivíduos.

Levando-se em consideração que a competência não é imanente aos indivíduos e necessita ser desenvolvida, concordo com Zarifian (1999) quando afirma que a competência envolve a mobilização de inteligência prática, de uma dimensão cognitiva e outra compreensiva. A inteligência prática para este autor corresponde à capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades, valores e atitudes as quais devem ser postos em ação para o enfrentamento competente de situações concretas permeadas ou não de imprevisibilidade. A dimensão cognitiva representaria o saber, o conhecer, as crenças e compromissos, estão relacionados com uma ação. Já a dimensão compreensiva, envolve o relacionamento do saber com o contexto, do discurso com a prática, onde será refletido o saber ser, saber fazer e o saber agir.

Isto me faz crer que a competência do profissional de enfermagem deve ultrapassar a dimensão cognitiva, do conhecimento, transcendendo para a utilização de sua inteligência prática (articulação de habilidades, atitudes e valores), no sentido de incorporar a dimensão compreensiva, para a qual deve convergir os outros dois fatores.

Por isso afirmo que não basta saber, é preciso mobilizar o conhecimento, contextualizá-lo, torná-lo útil, pô-lo em prática à serviço de alguém, isto porque “as competências se objetivam quando são colocadas a serviço de algo ou de alguém, das situações concretas de vida e/ou escolares de trabalho”, (RAMOS, 2001, p.20).

Munida destes esclarecimentos, tomei como base para este estudo, o conceito de competência como um processo, que envolve a articulação gradual e contínua de conhecimentos gerais e específicos, habilidades teóricas e práticas, hábitos, atitudes, valores éticos, possibilitando aos indivíduos uma participação consciente e crítica no âmbito do trabalho, bem como sua auto-realização, (DELUIZ, 1995).

Este conceito traz em seu bojo a consideração das habilidades técnicas, mas também as psicossociais, requeridas nos relacionamentos; menciona os hábitos, atitudes e valores éticos que correspondem à forma de ver, ser e fazer do profissional, portanto a sua personalidade. Ainda nos revela que a competência pode trazer auto-realização o que coaduna com os preceitos das relações interpessoais que são de envolvimento, influência e modificação do comportamento de ambos os envolvidos no processo.

Neste momento então, trago o conceito de competência interpessoal delineado por Moscovici (1996, p.38) como resultado da “percepção acurada e realística das situações interpessoais e de habilidades específicas comportamentais que conduzem a consequências significativas no relacionamento duradouro e autêntico, satisfatório para as pessoas envolvidas”.

Este conceito remete uma vinculação com o conceito geral de competência. No conceito específico, a mobilização de habilidades do comportamento para o estabelecimento de relações interpessoais, é referido no conceito geral como a mobilização de habilidades teóricas e práticas, hábitos, atitudes. Outra interface diz respeito à satisfação das pessoas envolvidas nas relações, o que no conceito geral, verifica-se a menção de auto-realização.

O conceito específico de competência interpessoal ainda vem representar um forte apelo à subjetividade. Subjetividade esta, tanto da enfermeira quanto da pessoa que será cuidada, pois, lidar com pessoas, exige que se vá além da busca de conhecimentos explícitos, formalmente constituídos, abrindo-se campo para os conhecimentos tácitos, para as experiências pessoais (relacionais) e não só as acadêmicas e profissionais, no sentido de viabilizar relacionamentos interpessoais eficazes. É justamente por isso que Moscovici (1996, p.99), nos diz que “desenvolver competência é uma meta e requer treinamento de laboratório de sensibilidade”.

Apesar da competência interpessoal expressar um caráter subjetivo e individual, necessitando de treinamento de laboratório de sensibilidade, “considerar as características individuais como único centro possível de análise (...), é um equívoco, além de não fornecer explicação como rede (...) marcada por contradições históricas e sociais (...) e ao caráter potencial e instituinte da ação humana” (FERNANDES, 2003a, p. 61)

Pode soar paradoxal que a competência interpessoal considerada enquanto habilidade de se relacionar bem considere a subjetividade, mas não se limite à individualidade. Tal paradoxo é facilmente desvendado quando Moscovici (1996) clarifica-nos dizendo que ter competência interpessoal não é sinônimo de uma habilidade individual, mas sim de uma habilidade que necessitamos do outro para mobiliza-la, expressa-la e desenvolvê-la.

As colocações acima, ainda me respaldam a dizer que a competência interpessoal é de caráter psico-social, isto porque, o ato de se relacionar com o outro irá exigir da enfermeira o envolvimento de habilidades ligadas à sua maneira de ver, ser e agir (personalidade), como forma de promover uma interação social.

Todo profissional deve desenvolver competência técnica, para ser competente em sua área específica de atividade, no entanto, o desenvolvimento de competência interpessoal, a qual representa o conjunto de habilidades psico-sociais vinculadas à personalidade da (o) enfermeira (o), aos seus conhecimentos tácitos e explícitos, deve também ser considerada e valorizada, já que o cuidado envolve interação, emoções, sentimentos, e no qual objetiva-se mudança de comportamentos para aquisição de uma vida saudável.

Apesar da importância e do valor que merece a competência interpessoal, observo um fosso existente entre esta e a competência técnica. Estas, que deveriam andar juntas, são vistas de maneira dicotomizada, ou melhor, a competência técnica é que vem recebendo primazia. A manipulação de máquinas e equipamentos, a consecução de técnicas e procedimentos vêm se constituindo o foco de algumas enfermeiras (os), e a valorização das relações interpessoais e da subjetividade são lançadas à segundo plano.

A lógica capitalista, neoliberal, economicista e tecnicista, vem influenciar até o campo das competências, o que não quer dizer que devemos fechar os olhos e os ouvidos para esta influência, pois, assim, estaríamos nos desvinculando da realidade e da conjuntura que estamos imersos, assumindo uma postura “a-crítica” e pouco transformadora. Por isso, Ramos (2001, p. 12) vem dizer que a competência “deve considerar a perspectiva histórica, o contexto econômico, social e político, pois são a expressão das relações sociais e o resultado de negociação e embates”.

Como forma de minimizar os efeitos neoliberais sobre o desenvolvimento, mobilização e execução da competência interpessoal, me fundamento em três elementos considerados de importância capital por Moscovici (1996) para o desenvolvimento de competência interpessoal, os quais necessitam de implementação de estratégias pessoais, educacionais, profissionais e institucionais. Estes três elementos são a *percepção*, a *habilidade* e as *relações interpessoais*.

Tais elementos são compatíveis com as três dimensões para aquisição de competências definidas por Zarifian (1999), onde o elemento *percepção* está relacionado com a dimensão cognitiva, o elemento *habilidade* com a dimensão da inteligência prática e por fim, o elemento *relações interpessoais* relacionado-se com a dimensão compreensiva.

A percepção está relacionada com o ato de perceber pelos órgãos dos sentidos, além de entender, compreender, ver, ouvir, notar, distinguir (Ximenes, 2000). Este conceito é perfeitamente compatível com a competência interpessoal a qual exige a percepção do outro, das suas manifestações comportamentais, da linguagem verbal e não verbal, do seu sistema de crenças, valores e das suas atitudes.

Segundo Moscovici (1996), a percepção precisa ser treinada para uma visão acurada da situação interpessoal e envolve auto-percepção, auto-conscientização e auto-aceitação como requisitos para percepção mais realística dos outros, de si mesmo e da situação interpessoal, o que representa que a enfermeira necessita se cuidar para cuidar do Outro, se conhecer para conhecer o Outro.

Além da percepção, a habilidade assume seu lugar de destaque para aquisição de competência interpessoal. Esta para Ximenes (2000), diz respeito a quem tem capacidade para algo, que é apto, inteligente. Neste sentido, o próprio conceito de competência interpessoal envolve habilidade, aptidão, capacidade e inteligência para os relacionamentos interpessoais. Contudo, é válido relembrar os conceitos de Perrenoud que todos possuímos, insitos no ser, as condições para o desenvolvimento de competências e habilidades. Portanto ninguém é incompetente interpessoalmente, já que possui, em latência, as condições para o desenvolvimento da mesma e, o gregarismo que é uma necessidade humana básica que nos impele, constantemente, à interação com o outro.

Moscovici (1996) ainda acrescenta que a habilidade de lidar com situações interpessoais engloba várias outras habilidades, e que estas devem nos permitir sair dos limites estreitos da conduta estereotipada do cotidiano, rumo á outra que permita a percepção do outro e de si mesma em dimensões mais amplas.

É impossível falar em competência interpessoal, sem falar em relações interpessoais, já que estas encontram-se implícitas na primeira e não subsistem sem as mesmas. Por isso, Moscovici (1996) considera as relações interpessoais como o terceiro elemento componente da competência interpessoal. Sob este prisma, Travelbee (1979) afirma que a própria enfermagem se constitui em um processo interpessoal e a relação interpessoal enfermeira-paciente é a essência da mesma.

Assim, os aspectos que envolvem as relações interpessoais merecem destaque, a fim de compreendermos a sua vinculação à competência interpessoal.

2.2 ASPECTOS DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Apesar dos avanços em prol do desenvolvimento e aquisição de competências, no tocante à enfermagem, no sentido da valorização subjetividade, das dimensões éticas e estéticas, outrora desvalorizados, ainda observa-se uma forte influência do modelo cartesiano, apontando um antagonismo entre os discursos e a prática, o que reforça a necessidade deste estudo no sentido de subsidiar uma reflexão entre o saber e o fazer da enfermagem na perspectiva do entendimento de competência para as relações interpessoais como instrumento para o cuidado.

A este respeito, Moscovici (1996, p.02) vem dizer que o relacionamento humano é precioso demais para ser reduzido a mero funcionamento de uma máquina e que a dimensão interpessoal transcende aos limites da tecnologia avançada. Esta mesma autora ainda faz um questionamento que nos deve tocar na acústica do ser: “os profissionais atuam em elevado e sofisticado nível técnico de competência nas várias atividades ocupacionais. Quando começarão a funcionar, ao mesmo nível de competência com as pessoas?”.

Este questionamento me impele à busca de entendimento sobre as relações interpessoais.

O relacionamento interpessoal “é uma abstração, uma conveniência do intelecto” (Wood et al, 1997, p.256). Isto porque o relacionamento não é tangível, o que é palpável é a existência do terapeuta (enfermeira) e de um paciente (ser cuidado), que se inter-relacionam, bem como dos efeitos e dos resultados deste relacionamento. A enfermeira e o ser cuidado são o relacionamento propriamente dito.

Apesar do relacionamento interpessoal se constituir em uma conveniência do intelecto, ele é a base de tudo, pois, “na vida, tudo é interação” (VIDAL, 2000, p. 80), com repercussões multiformes entre ser que cuida e ser que é cuidado.

Esta influência recíproca entre ser que cuida e ser que é cuidado é compatível com a concepção sistêmica de Capra (1982), o qual vê o mundo em termos de relações e de integração. Capra ainda considera que um sistema depende da interação simultânea, da interdependência e da integração existente entre suas unidades.

Isto posto para o sistema de relações interpessoais, faz-me perceber que as relações interpessoais só podem ser compreendidas na perspectiva do complexo enfermeira-paciente, da relação entre duas pessoas que detêm uma historicidade, um cabedal de conhecimentos e experiências as quais são concomitantemente individuais e coletivas.

As relações interpessoais, além de serem sistêmicas, são processuais, pois “abrange um procedimento técnico, guiado por métodos sistemáticos, numa seqüência contínua de fatos e operações, que apresentam certa regularidade, em participação conjunta visando um alvo terapêutico” (DANIEL, 1983, p. 95).

Estes processos de interação entre as pessoas ocorrem dentro de um **campo interacional**, que também é uma abstração do intelecto, e que para Stefanelli (1993), se constitui em um campo onde as pessoas se percebem, compartilham pensamentos, propósitos, significados de idéias, além de modificarem-se.

Das proposições de Daniel e Stefanelli, consigo perceber que as relações interpessoais estão envolvidas por um campo interacional, que representa o contexto sócio, cultural, emocional, cognitivo, afetivo em que estão inseridas e onde se desenvolvem as relações. Que estas devem ser processuais e sistemáticas, ocorrendo com certa regularidade com as pessoas que estamos prestando o cuidado de enfermagem. E que, esta relação deve estar centrado nas necessidades das pessoas que cuidamos, ou seja, a pessoa do enfermeiro interage com a pessoa que será cuidada, por meio de uma relação pessoa-a-pessoa, com o fito de tornar a sua prática, terapêutica, ajudando o cliente a encontrar meios de enfrentar a situação de doença, aprender com a experiência e encontrar significado nela.

Travelbee (1979) vem anuir com estas proposições, quando aborda nos pressupostos da relação pessoa-a-pessoa, que a relação entre a enfermeira e o ser cuidado, evidencia um processo em que ambos podem compartilhar seus sentimentos, valores e significados e percebem a singularidade um do outro, transcendendo os papéis desempenhados.

Esta relação pessoa-a-pessoa, a qual é denominada por Furegato (1999) de relação de ajuda ou terapêutica, é bastante alvissareira e atual, apesar de ter sido idealizada em meados de 1980, pois, demonstra com bastante propriedade que em uma relação pessoa-a-pessoa, a (o) enfermeira (o) deve estar atenta a sua própria pessoa além da pessoa do outro. Contudo, esta afirmação denota uma profundidade de elementos que a (o) enfermeira (o) necessitaria mobilizar em si própria e, por conseguinte no outro, para atingir alvos terapêuticos, o que não é abordado e demonstrado com riqueza pela teoria.

Além disso, a transcendência de papéis, reflexo de envolvimento amplo e verdadeiro, em que a (o) enfermeira (o) reconhece sua essência, a sua humanidade e penetra na essência, no Self do outro, transcendendo o seu papel profissional, é algo desejável, mas constitui uma lacuna existente na teoria em não aventar como se chegar a este estado tão importante e percuciente para que se consiga uma relação pessoa-a-pessoa.

Esta lacuna pode ser preenchida pelos pressupostos de Moscovici (1996), quando aponta que para o desenvolvimento de competência interpessoal, faz-se mister o treinamento de sensibilidade social, de dinâmica interpessoal, que vise proporcionar ao indivíduo um autoconhecimento mais realístico e um conhecimento dos processos de grupo e da interação com o outro, para assim, compreender e decidir por mudanças pessoais e interpessoais.

Por meio do desenvolvimento interpessoal, pode-se conseguir que a relação pessoa-a-pessoa se constitua em uma meta a ser alcançada pela enfermeira, com o objetivo de “ajudar o indivíduo ou a família a enfrentar e compreender a experiência da dor e do sofrimento por qual passa” (TRAVELBEE, 1979, p.52).

Esta mesma autora ainda acrescenta que a relação pessoa-a-pessoa corresponde ao resultado final de uma série de interações entre dois seres humanos: a enfermeira e o paciente. Depreende-se daí que, se a relação pessoa-a-pessoa constitui uma meta a ser alcançada, nem todas as interações entre a enfermeira e o paciente constitui uma relação interpessoal.

É importante compreender que uma relação é muito mais que somente falar com uma pessoa enferma durante um determinado período do dia e ter uma série de interações com ela.

Há uma similitude entre o exposto e o pensamento de Travelbee (1979, p.52), pois a mesma afirma que um determinado número de interações acumuladas não constitui, a priori, uma relação interpessoal. Ainda acrescenta que, “uma das características de uma relação é que ambos, paciente e enfermeira, trocam e modificam o seu comportamento”.

Sob esta ótica, percebe-se que Travelbee transcende as premissas de uma relação que vise mudanças comportamentais unidirecionais (só a pessoa enferma muda). Ela prevê uma relação em que há o crescimento mútuo entre o cuidador e o ser cuidado, onde as mudanças são intercambiadas entre ambos ao longo do tempo. Neste contexto, percebo que a competência interpessoal assume um caráter ainda mais pujante do que simplesmente a habilidade de se relacionar bem com as pessoas, para assumir um caráter que ultrapasse a mera significação das palavras, transformando-se em atos, atitudes e comportamentos de valorização e significação para a (o) enfermeira (o) e para a pessoa enferma.

Há que se entender que relacionamentos interpessoais, de cunho terapêutico, não devem ser confundidos com relacionamentos sociais. Sobre isto, Taylor (1992) e Daniel (1983) ainda vêm colaborar, quando estabelecem uma diferenciação entre relacionamentos sociais e terapêuticos. Para elas, os relacionamentos sociais geralmente são compartilhados pelos participantes e são limitados ao prazer pessoal, ao passo que, os relacionamentos terapêuticos, focalizam-se sobre as necessidades pessoais e emocionais da pessoa enferma,

onde as intervenções são dirigidas para alcançar este intento, além de ter como premissa a responsabilização da própria pessoa enferma pela conquista e manutenção de sua saúde.

A relação terapêutica ou pessoa-a-pessoa ainda se diferencia de outros tipos de relações, pois, têm **objetivos definidos, requer responsabilização mútua, identificação de problemas, envolvimento emocional e uso de técnicas de comunicação e atitudes terapêuticas ou interpessoais** (TRAVELBEE, 1979, DANIEL, 1983).

No que diz respeito aos **objetivos** da relação pessoa-a-pessoa, estes são pré-estabelecidos desde o primeiro encontro, no sentido de clarificar os reais propósitos do encontro, da interação. Os mesmos correspondem ao favorecimento de aceitação de si mesma e da própria doença, oferecimento de elementos que viabilizem a mudança de comportamento, bem como estabelecimento de uma comunicação efetiva (DANIEL, 1983; FUREGATTO, 1999; TAVARES et al, 1998).

Quando estes objetivos são compreendidos, aceitos e compartilhados, os relacionamentos tendem a se tornarem harmoniosos e o sentido de responsabilidade começa a despontar.

A **responsabilização mútua** é referida ao envolvimento e compromisso do enfermeiro e da pessoa enferma na prevenção, promoção e recuperação da saúde desta última, com vistas a uma transição de estados de dependência para a interdependência e independência.

A **identificação de problemas** deve ser feita nos âmbitos bio-psico-sócio-espiritual da pessoa ajudada, portanto em uma perspectiva integralizante, que são parte integrante de uma totalidade indivisa que é o paciente. Isto permite uma desvinculação com a visão puramente objetivista, reificadora, tecnicista, para uma outra que valorize o ser cuidado como possuidor de capacidades criativas, imaginativas, relacionais. Além disso, ajuda a perceber que o mesmo não é uma tábua rasa, em que podemos imprimir conteúdos e comportamentos.

O **envolvimento emocional** é outro elemento importante para a relação interpessoal, pois as relações humanas acontecem a partir de uma base emocional que define o âmbito da convivência. Através deste, podemos empatizar com os sentimentos e problemas do Outro para ajuda-Lo, sem, contudo, nos imobilizar com esta experiência. Envolver-se emocionalmente é um requisito básico para as relações interpessoais e para que o cuidado de enfermagem ocorra (FILIZOLA E FERREIRA, 1997). Precisamos nos envolver para nos direcionarmos e penetrarmos no mundo do Outro, a fim de saber como Ele pensa, sente e age, sem, contudo, negligenciarmos a nossa própria identidade e a identidade alheia.

Este fato é importante de ser destacado porque é comum entre os profissionais de saúde, excusas de que não se deve envolver com o paciente ou ainda, a ocorrência do fenômeno da

psico-adaptação, onde estes se adaptam ao sofrimento e a dor do outro tornado-se frios e indiferentes.

Avento ainda a possibilidade de encontrar associado a isto, medo ou incapacidade do profissional em reconhecer as próprias limitações e os fatores que permeiam tal envolvimento, além de não buscarem superar isto. Outras possibilidades poderiam justificar-se pela rigidez das normas e rotinas do local de trabalho, pelo excesso de atribuições e atividades, pela escassez de recursos humanos e materiais, o que poderia limitar o envolvimento emocional.

Apesar disto tudo, o envolvimento emocional sério e comprometido, bem dosado e bem aplicado, é sinônimo de maturidade emocional e traz benefícios para a relação pessoa-a-pessoa, dependendo do profissional em querer utilizá-lo e desenvolvê-lo, mesmo em meio às adversidades. Assim, o trabalho com as emoções nos permitirá desenvolver atitudes interpessoais de caráter terapêutico.

As **atitudes terapêuticas ou interpessoais**, mais um componente de um relacionamento terapêutico, correspondem a elementos comportamentais, ao estado mental, à disposição interna, a forma de pensar e sentir do enfermeiro expressas pelo seu modo de ser e por opções de ajuda terapêutica oferecidas à pessoa enferma (DANIEL, 1983).

Neste sentido, as atitudes terapêuticas são o reflexo da incorporação dos preceitos da relação terapêutica ao comportamento do enfermeiro, o qual os exterioriza em forma de atitudes, com o intuito de favorecer o relacionamento terapêutico e de possibilitar mudanças que se incorporem, de igual forma, ao comportamento da pessoa foco dos seus cuidados.

Não se pode esquecer, ainda, que, a incorporação de atitudes terapêuticas compreende uma abertura para o processo de mudança resultante de desenvolvimento interpessoal. Este processo de mudança pode ocorrer, para Moscovici (1996) no nível cognitivo, das informações e conhecimentos; no nível emocional, das emoções e sentimentos; no nível atitudinal, da percepção e no nível comportamental, representado pela atuação e pelo desenvolvimento de competências.

O ideal seria que as mudanças necessárias para aquisição de atitudes terapêuticas ocorressem nos quatro níveis outrora mencionados, a fim de que estas sejam efetivas e as atitudes terapêuticas mais contundentes.

Por fim, as **técnicas de comunicação** representam os instrumentos que devemos lançar mão para obter troca de informações e estabelecer interações. Estas veiculam o relacionamento terapêutico e por isso, devem ser individualizadas no sentido de atender as necessidades específicas de cada situação e a unicidade das pessoas. A comunicação por si

só, é o meio para que se estabeleça a relação interpessoal, portanto, quem não se comunica não se relaciona e, quanto melhor for a nossa capacidade de comunicação, melhor será a nossa capacidade de relacionamento e melhor será a nossa competência interpessoal.

De posse dos elementos que envolvem a habilidade para as relações interpessoais, portanto a competência interpessoal, percebo que a mesma é fortemente influenciada pelo uso que a enfermeira faz de sua própria personalidade. A este respeito, Rogers (1991, p.297) acrescenta que “(...) isto pode ter grande influência na experiência do cliente, se ele estiver com suas habilidades de compreensão, percepção e solidariedade em alta”.

Kyeis e Hofling (1986, p.145) ainda colaboram acrescentando que “(...) embora a enfermeira possa empregar dúzias de medicamentos diários e auxiliar em terapias somáticas, o principal modo como ela influencia o paciente, é através do uso que faz de si mesma”, isso no momento em que lida com o cliente em interações individuais.

Identifico um consenso entre Travelbee (1979), Kyeis e Hofling (1986), Daniel (1983). Rogers (1991) e Furegato (1999), quando discorrem que para que ocorra a relação de ajuda/terapêutica/pessoa-a-pessoa, há uma necessidade, por parte da enfermeira, de trabalhar com a própria personalidade na formação de atitudes interpessoais. Isto significa dizer que a competência interpessoal deve representar o saber-ser, saber-fazer e saber-agir da enfermeira, no momento em que esta mobiliza estes recursos subjetivos aprendidos intersubjetivamente ou apreendidos tecnicamente, com o intuito de ajudar/cuidar de pessoas que enfrentam situações de enfermidade ou de risco.

Considerando a importância que têm as relações entre o ser que cuida (enfermeiro) e o ser que é cuidado (pessoa enferma) na mudança de comportamentos e atitudes, penso que a comunicação se constitui em um elemento viabilizador dos relacionamentos interpessoais, por isso, precisamos nos comunicar para relacionar, para viver, sem isso pereceríamos. Desta forma, considero desafiante a nossa comunicação no relacionamento com os Outros, visto que é fundamental utilizar o nosso senso de alteridade para saber lidar com as diferenças existentes na maneira de ser, ver, fazer, comunicar e relacionar de cada um.

A interseção da comunicação com as relações interpessoais, permitirá entender como a comunicação perpassa pelas relações e como as relações são expressões de atos comunicativos, produtos e produtoras da interação humana.

2.3 A COMUNICAÇÃO NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Estudar a comunicação é se envolver no estudo das relações estabelecidas entre os atores envolvidos neste processo, é estudar a vida quotidiana. E como esta é dinâmica, estudar a comunicação é adentrar em um universo dinâmico o qual permeia os relacionamentos interpessoais.

A convivência humana é efetivada por meio das relações interpessoais que se estabelecem entre os homens. Esta convivência só é possível porque a comunicação perpassa pelas relações, dando-lhes sentido, permitindo a socialização de informações, emoções, sentimentos. Para Aquino (2000, p.31) “a comunicação materializa-se através da linguagem e corporifica-se nas relações entre os indivíduos, sociais”.

Depreende-se daí que tanto a (o) enfermeira (o), quanto a pessoa foco de seus cuidados, são seres essencialmente dialógicos, e o relacionamento entre ambos se respalda na comunicação e, esta, quando efetiva, contribui sobremaneira para o desenvolvimento de relacionamentos terapêuticos.

Apesar de idealizar a comunicação efetiva para subsidiar as relações interpessoais, esta não é de fácil execução, porque, as pessoas estão muito voltadas para si mesmas, esquecendo-se de valorizar o que o outro tem de conhecimento de mundo, suas crenças, valores, sentimentos e expectativas. Seguindo este caminho, as formas de comunicação, sejam elas verbais ou não-verbais, estão se resumindo em meros gestos ou palavras sem significação e aprofundamento com o outro, sem buscar compreender o contexto em que o diálogo se processa.

Por isso, devemos entender que a comunicação não se constitui em “um ato isolado ou uma série de atos individuais desconexos, mas sim um fluxo contínuo, de muitas origens e direções” (BORDENAVE, 1995 p.31), necessitando, portanto, revermos a nossa comunicação no sentido de propiciar uma comunicação que integre ao nosso saber, os diversos tipos de saberes Daqueles com os quais nos comunicamos.

Travelbee (1979) afirma que nós, profissionais de enfermagem, devemos estar atentos para o nosso padrão de comunicação, visto que este, está sujeito à falhas, ruídos, rupturas, relacionando-se, portanto, com nossa inabilidade interpessoal para a comunicação verbal e, especialmente, a não-verbal. Isto implica na nossa omissão em averiguar com exatidão a interpretação das mensagens, o que poderá refletir para o ser cuidado que a (o) enfermeira (o), não possui competência necessária para fazê-la.

Assim, uma comunicação que não problematize o saber tácito e explícito dos comunicantes, e que não considere a linguagem verbal e não verbal correspondente á esta, tem seu horizonte de atuação pré-determinado por assimetrias de poder inscritas na linguagem (AYRES, 2001), o que faz com que o paciente não seja o centro do processo terapêutico, e que as relações interpessoais não se processem na perspectiva de uma relação pessoa-a-pessoa.

Em contraposição, uma atitude, de fato emancipadora, exige, portanto, que a razão busque compreender na dialética das suas interpretações intra e extra lingüísticas, a aptidão do enfermeiro para representar legitimamente as suas experiências de mundo bem como a do ser cuidado, com o intuito de que estes não se tornem subordinados a nossa estratégia de atuação e cuidado, mas que sobretudo, encontrem espaço para um diálogo edificado intersubjetivamente.

Uma atitude emancipadora, que favoreça o diálogo intersubjetivo, deve considerar que tanto a comunicação, quanto as relações interpessoais estão imersas em uma estrutura social, cultural, psicológica, biológica, política. Tal estrutura, na visão de Bourdier (1999) é possibilitada pela presença do indivíduo dentro das estruturas sociais como elemento formador da mesma, ou seja, a atuação transformadora do indivíduo está limitada pela própria estrutura da qual ele é parte estruturada. Nesta visão, os indivíduos (ser que cuida e ser cuidado) são ao mesmo tempo, construtores e construídos pelas estruturas estruturadas estruturantes.

Ao associar as idéias de Bourdier às estruturas subjacentes à comunicação e às relações interpessoais, pretendo deixar claro que a consideração das mesmas nos dá o diapasão necessário para compreender que se queremos comunicar de forma efetiva e nos relacionar interpessoalmente, devemos instituir condições propiciatórias para tanto, por meio de um processo de ação-reflexão-ação sem, contudo, esquecermos que a estrutura instituída da sociedade e das pessoas em sua forma de ser e viver, não devem ser desconsideradas. Assim, estaremos estruturando novas condições para a comunicação e para as relações, além de viabilizar uma realidade instituída e estruturada nestes parâmetros.

A estruturação de novas formas de comunicação e relacionamentos me faz perceber, que a ação humana deve refletir um dialogo construído coletivamente, sendo o mesmo resultante das interações experienciadas concretamente pelos sujeitos. Este é o cerne do aprendizado que deve ser empreendido por todas (os) as (os) enfermeiras (os), pois, “aprender a relacionar-se e comunicar-se é o fundamento existencial mais importante para

alcançar um ajustamento real e um rendimento efetivo da própria ação” (MOSCOVICI, 1996, p. 01).

Assim, a comunicação reveste-se de importância capital na estruturação da vida e das relações interpessoais, pois, é através dela que podemos compreender o paciente em sua plenitude, identificar os problemas por ele sentidos com base no significado que ele atribui aos fatos.

Se considerarmos que não podemos existir sem nos relacionar, e que não podemos nos relacionar sem nos comunicar, podemos inferir que a nossa existência nos impele a este contínuo de relacionamentos e de comunicações, por isso devemos ser comunicadores por excelência, por meio da comunicação “nós descobrimos quem somos, nos compreendemos, crescemos em humanidade, mudamos para melhor e nos tornamos fator de transformação da realidade que vivemos” (SILVA, 2003, p. 09).

Nesta perspectiva, vejo a comunicação, como elemento componente da competência interpessoal, caracterizada por um processo que impele o deslocamento para o encontro com o outro, não apenas no sentido de transmitir uma informação, mas, principalmente para conhecer o outro, para construir junto com ele novas formas de ação baseadas nas relações humanas, contribuindo assim, para o crescimento e desenvolvimento dos envolvidos como seres humanos e, conseqüentemente para a melhoria da qualidade de vida dos mesmos. Stefaneli (1993, p.148) reitera tais colocações afirmando que: “as enfermeiras devem, portanto, desenvolver sua competência interpessoal para que possam fazer da comunicação um saber básico e fidedigno da enfermagem em geral e do relacionamento enfermeira-paciente”.

O entendimento da comunicação nas relações interpessoais implica no desenvolvimento da nossa dimensão estética e ética, além da técnica, no sentido de “captar as mensagens, interpretá-las adequadamente e potencializa-las criativamente” (Silva, 2003, p. 09). Possibilita ainda a percepção da necessidade de inclusão da competência interpessoal do enfermeiro no cuidado cotidiano de pessoas portadoras de diabetes mellitus tipo 2 e outras enfermidades, no sentido de proporcionar-lhes meios para que os mesmos possam resignificar sua doença e adquirir qualidade de vida.

2.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO 2

Estamos vivenciando em pleno século XXI alterações demográficas de largo espectro como “queda da fertilidade, aumento da expectativa de vida, diminuição de óbitos devido á causas infecciosas, (...), processo de envelhecimento populacional,” (BARRETO e CARMO, 2000), o que vem culminando com o aumento das doenças crônicas degenerativas no Brasil e no mundo. Tais razões levam a que as doenças crônicas degenerativas, recebam destaque no âmbito da saúde devido ás conseqüências biológicas e socioeconômicas, que podem causar.

Diante das colocações de Trentini e Silva (1992) e de Lessa (1998), estabeleci uma miscelânea com os conceitos enunciados por elas sobre doença crônica, construindo, desta forma, uma caracterização mais completa sobre a mesma, o que fornecerá elementos para compreender melhor o Diabetes mellitus tipo 2. Assim, a doença crônica é detentora das seguintes características:

O curso natural da doença é longo; a etiologia é determinada por fatores com procedência conhecida e desconhecida; envolve uma gama de fatores de risco; a doença pode permanecer por longo período presente, sem, no entanto, promover qualquer alteração orgânica; a ausência de sintomas durante um determinado período é comum; as alterações patológicas que cursam no organismo são de caráter permanente e irreversível; a sintomatologia da doença pode apresentar períodos de remissão e exarcebação; a doença pode progredir para incapacidade residual ou morte; requer preparo e treinamento especial da pessoa enferma, bem como supervisão, observação e cuidado.

Conforme as pontuações acima acerca da doença crônica, consigo visualizar perfeitamente, a diabetes mellitus dentro destas características, o que dá suporte para, neste momento, definir tal enfermidade como sendo “uma síndrome crônico-degenerativa” (DAMASCENO, LOUREIRO, SILVA, 2001a, p. 28), com “etiologia multifatorial” (BARBOSA, 1995, p.210), “decorrente de um distúrbio metabólico crônico que resulta de uma deficiência, absoluta ou relativa de um dos hormônios produzidos pelo pâncreas_ a *insulina*” (FRANCO, 1998, p.123).

Os níveis aceitáveis de insulina no sangue, de acordo com novos critérios estabelecidos (Damasceno, 1999), correspondem a valores de 60 a 110 mg/dl, e, resultados iguais ou superiores á 126 mg/dl de glicemia de jejum, confirma o diagnóstico de diabetes mellitus. Assim, o controle sobre a glicemia é tão importante que estudos multicêntricos, envolvendo o Diabetes mellitus, foram desenvolvidos pelo Diabetes Control Complications

Trial (DCCT) em 1993, constatando que o controle glicêmico reduz o aparecimento de complicações crônicas e conseqüentemente promove melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

Dentro da alta prevalência e incidência que as doenças crônicas não transmissíveis vêm ocupando no Brasil, o diabetes mellitus (DM) vêm conquistando lugar de destaque nas doenças que acometem o homem hodierno, pois afeta todas as classes socioeconômicas, além de ser uma das principais causas de hospitalização no Brasil (BRASIL, 1993).

Estima-se que existem cerca de 10 milhões de pessoas portadoras de diabetes, no Brasil e cerca de 170 milhões em todo o mundo. Metade dessas pessoas têm a doença e não sabem e, cerca de 5 milhões de brasileiros estão em um estágio de alto risco para o desenvolvimento da doença (PASTORE, 2002). Em grande parte dos países desenvolvidos, o diabetes está entre a quarta e oitava causa de óbito (ADA, 2004), e em termos de morbidade, esta vem aumentando nas últimas décadas (FRANCO, 1998). Se esse ritmo de crescimento de portadores de diabetes se mantiver, o diabetes não demorará em se tornar a principal causa de morte nos cinco continentes.

Tal estatística tem causado celeuma nos profissionais de saúde, já que estes valores demonstram que esta doença tem atingido proporções epidêmicas em todo o mundo, ou melhor, esta vem se transformando em uma pandemia. O DM é, portanto, um problema de Saúde Pública, já que está associada a complicações crônicas altamente incapacitantes que comprometem a qualidade de vida e sobrevida dos indivíduos portadores, além de envolver somas vultosas no seu tratamento.

Quanto a sua classificação, o DM se divide em dois tipos principais: Tipo 1 e Tipo 2, no entanto, existe a diabetes gestacional e DM associada a outras condições ou síndromes..

A DM Tipo 1 ou insulino-dependente, abrange de 10% da população brasileira, inicia geralmente na infância e adolescência, podendo aparecer em outras idades (SMELTZER, BARE, 2000). Ocorre quando pouca ou nenhuma quantidade de insulina é produzida pelo pâncreas, assim o corpo não consegue absorver a glicose que está no sangue e, as células começam a passar "fome". A solução é injetar insulina subcutânea (exógena) e depender desta para sobreviver. A causa do aparecimento deste tipo “parece resultar de processo imunológico que destrói as células das ilhotas pancreáticas que produzem insulina”, (FRANCO, 1998, p.124).

Estimativas demonstram que do total de casos de diabetes, 90% da população mundial é portadora de DM Tipo 2 ou não-insulinodependente (DAMASCENO, LOUREIRO e SILVA 1999; SMELTZER, BARE, 2000; FRANCO, 1998, BRASIL, 2001) e que geralmente é diagnosticado após quarenta anos de idade. Nesta ocasião, o corpo cria certa resistência à ação da insulina, conseqüentemente, pouca quantidade de glicose presente no sangue é aproveitada pelas células, o que deixa claro que o corpo não necessita de insulina exógena para viver, salvo em situações especiais como o stress.

Neste tipo, acredita-se que não existam mecanismos exatos, mas sim uma interação de fatores de risco na causalidade da doença. Dentre estes pode-se citar os fatores genéticos, obesidade, estilo de vida, sedentarismo, dieta inadequada, alcoolismo, uso de determinadas medicações e stress constituem importantes componentes de risco contribuintes e causais para o desenvolvimento da mesma (FRANCO, 1998; SMELTZWER, 2000; LISBOA, 2005).

Geralmente o seu início é lento e insidioso, fazendo com que a sua descoberta seja incidental, ou seja, quando são realizados exames rotineiros. Para estes pacientes, a demora no diagnóstico pode resultar em complicações crônicas, a longo prazo.

Com a redução na produção de insulina pelas células beta do pâncreas, o portador passa a apresentar alguns sintomas que se caracterizam por poliúria (urina com frequência excessiva), polidipsia (sede intensa), polifagia (fome intensa), perda de peso acentuado. Com a progressão dos sintomas, o portador de diabetes estará mais susceptível à instalação de quadros correspondentes às complicações agudas e crônicas. Dentre as complicações agudas têm-se a hipoglicemia (glicemia sanguínea abaixo de 60 mg/dl), cetoacidose diabética (glicemia sanguínea acima de 250 mg/dl); síndrome hiperosmolar não-cetótica (glicemia sanguínea acima de 700 mg/dl). Das complicações crônicas têm-se a nefropatia (alteração que provoca disfunção renal), a neuropatia sensorial motora (alteração que contribui para o desenvolvimento de úlceras nos pés e amputações) e a neuropatia autônoma (alteração que afeta o funcionamento gastrointestinal, cardiovascular e genitourinário), (BRASIL, 1993).

O estudo do DM configura-se como relevante, particularmente o tipo não-insulinodependente, pois, este “representa fatores de risco para a hipertensão arterial, cardiopatia isquêmica, doenças cerebrovasculares e outras vasculopatias periféricas” (BLOCH, 2002, p.62), além do que, metade desses casos poderiam ser evitados controlando o excesso de peso e, 30% com o combate ao tabagismo (LISBOA, 2005).

2.5 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO DIABETES MELLITUS E SEU TRATAMENTO

Até este momento de descrição e discussão sobre o diabetes mellitus, a literatura encontrada (de enfermagem e biomédica), traz, quase que de forma unânime, a doença e o portador da mesma em uma perspectiva biologicista, do ponto de vista da instabilidade orgânica e das suas repercussões, deixando uma lacuna no que concerne os aspectos subjetivos e existências dessa pessoa.

Considero que os aspectos biológicos devam merecer atenção, haja vista que devem ser os primeiros a serem cuidados, até mesmo porque são fontes desencadeadoras de sérios distúrbios (emocionais), no entanto, não devemos deixar de mencionar as repercussões de cunho subjetivo, que a pessoa enferma pode estar vivenciando, pois ela não deve ser vista como uma máquina, e que a supressão de um sintoma pode resolver todo o seu problema. Tal suposição adquire um caráter simplista, além de dar uma idéia de hiper-valorização da técnica (atenção ao corpo) em detrimento do cuidado de cunho interpessoal.

E, como forma de realçar o pensamento acima, Silva (2004, p. 22), diz que “não devemos permitir que o progresso nos afaste do doente (...) a ciência e a tecnologia não obedecem a critérios morais. Podemos utilizar tudo o que a técnica tem de bom para os nossos pacientes; sejamos técnicos com sabedoria”.

Para Travelbee (1979), a própria saúde envolve critérios subjetivos e objetivos. O estado de saúde subjetivo é o modo como o indivíduo percebe sua saúde. Já a saúde na perspectiva objetiva corresponde à ausência de uma enfermidade orgânica, espiritual, psicológica.

Desta forma, na tentativa de incorrer na falha de não explicitar as repercussões subjetivas que a diabetes mellitus traz às pessoas por ela acometidas, tentarei mencionar algumas, não com a pretensão de esgotar o assunto, pois, sendo subjetiva, está associada com a percepção e vivências que cada um tem do seu estado de doença e das limitações que a mesma pode trazer seja no campo emocional, social, econômico ou espiritual.

Além disso, a própria enfermidade numa abordagem antropológica, é polissêmica e multifacetada, as experiências e eventos atrelados a ela ocultam mais de um significado. (LIRA; NATIONS e CATRIB, 2004).

Todo este rol de fatores concorrerá para edificação do significado que o diabetes tem para o paciente. Significados estes que marcam a pessoa doente, imprimindo sentido existencial, onde a doença passa a se tornar parte integrante da sua própria história de vida.

Neste sentido, considerando que “na perspectiva da pessoa enferma a doença traz um impacto no fluxo de sua vida quotidiana” (LIRA; NATIONS e CATRIB, 2004, p.148), o fato do indivíduo saber que tem diabetes já se constitui em um fator gerador de conflitos, pois, estar com diabetes pode representar repressão, repreensão, segregação, disciplina, entre outros (VARGA, 1993).

Assim as repercussões subjetivas que o diabetes mellitus tipo 2 pode trazer, dependerão de fatores como o grau, intensidade e frequência de apresentação da doença, idade, sexo, estrutura psicológica, o significado que a doença assumiu na vida do indivíduo, os quais constituem-se em variáveis dependentes de cada indivíduo e do contexto situacional que estes estão inseridos. Estão também, relacionados a fatores como o sistema de valores, atitudes e crenças os quais estão vinculados à singularidade da biografia individual da pessoa que vivencia a diabetes.

No que diz respeito á estes últimos aspectos mencionados, entendo por valores, padrões ou princípios que influenciam o comportamento, e que estão relacionados com a forma de ser, pensar e agir das pessoas (TRENTINI; SILVA, 1992). Ainda segundo estas autoras, crença representa idéias, noções e significados à respeito do mundo e, atitude é resultante de reações comportamentais.

Desta forma, a maneira como está estruturado o sistema de crenças, valores e atitudes das pessoas com diabetes tipo 2, poderá permití-los (re) significar sua situação de enfermidade, ou fazê-los encarar a mesma como o equivalente a ater-se a uma vida de limitações, procurar alternativas para suportar o tratamento e aceitar a doença como um imperativo de vida (DAMASCENO, LOUREIRO e SILVA, 2001 a).

Quando uma pessoa recebe o diagnóstico de diabetes, doença que representa a deficiência na produção de insulina pode soar que ela está condenada, que ela é diferente das outras pessoas, que sua vida não terá mais sentido, que terá que privar-se de uma série de coisas, que a doença poderá interferir na sua imagem corporal e auto-estima, etc. Estas manifestações poderão inclusive aparecer, quando sequer a pessoa nem apresenta uma sintomatologia, pois, o simples fato de ter o diagnóstico de diabetes, já pode ser fonte geradora de stress.

De uma maneira geral, ser portador de uma condição crônica de saúde pode ser comparável com a vivência de situações de abstenções e limitações. Assim, a pessoa com diabetes mellitus tipo 2 pode ter dificuldades de encarar a doença e o fato de estar doente; ter dificuldades de adesão ao regime terapêutico devido ao fato de ter que abrir mão de hábitos arraigados e padrões de comportamento solidificados, representados pela dificuldade de

ingestão de alimentos sem açúcar; de realização de exercícios físicos com frequência; de ter que consultar-se com o profissional de saúde e fazer exames com uma periodicidade maior, dentre outros. Estudos como os da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (2005), ainda apontam a possibilidade de pessoas com doenças crônicas desenvolverem depressão e as que apresentam estados patológicos agudos desenvolverem ansiedade.

Mais uma vez, vale ressaltar que as repercussões da doença não são só decorrentes de respostas neuro-endócrinas, como também cognitivas, emocionais e comportamentais, o que é confirmado por Trentini e Silva (1992) quando dizem que o processo cognitivo determina a qualidade e a intensidade das reações emocionais e estratégias de enfrentamento. Estas por sua vez, podem minimizar o efeito estressante de estar doente, o que não é sinônimo de cura, mas de atenuação do stress subjacente, o que, por conseguinte pode resultar em uma melhora da resposta física (neuro-endócrina) frente à doença.

Nesta perspectiva, há que se lançar mão de uma terapêutica que vise, pelo menos, minimizar os efeitos a curto e longo prazo da doença.

Assim, a terapêutica para o Diabetes Mellitus distribui-se em quatro campos de intervenção, as quais poderão combinar-se ou aplicar-se de forma individualizada: medicamentos, alimentação, exercícios físicos e educação em saúde.

Os medicamentos utilizados correspondem aos hipoglicemiantes orais e a insulina. Os primeiros reduzem a glicemia, melhorando a produção de insulina ou facilitando a absorção de glicose pelas células, e o segundo, a insulina, substitui a ineficiência do pâncreas em produzi-la, devendo ser garantida de forma permanente, conforme assevera Smeltzer (2000). Ambos conferem um efeito hipoglicemiante, diminuindo, portanto, a glicose sangüínea e evitando conseqüentemente o aparecimento de complicações agudas e crônicas.

No tocante à dieta, estima-se que 40% dos diabéticos não insulino-dependentes podem conseguir o controle metabólico apenas com uma alimentação apropriada (SMELTZER, 2000). Portanto a dieta para os diabéticos deverá ser hipoglicídica (baixo teor de carboidratos e açúcares), preferencialmente hipossódica (baixo teor de sódio) já que estes indivíduos têm duas vezes mais chance de desenvolver hipertensão arterial, quando comparados à população geral (FRANCO, 1998; LISBOA, 2005). Deve-se também priorizar dietas hipolipídicas (pobres em gorduras), visto que estes indivíduos têm predisposição para dislipidemias, ou seja, alterações nos valores de colesterol e triglicérides (BRASIL, 1993)..

O exercício físico também tem o seu grau de importância no tratamento, haja vista que auxilia na queima de glicose, diminuindo, portanto a glicemia e o peso, melhorando a

ação da insulina por aumentar a sensibilização dos receptores insulínicos, além de beneficiar todo o organismo, propiciando uma sensação de bem-estar. Estima-se que metade dos casos novos da doença poderiam ser evitadas limitando o excesso de peso, e 30 % no combate ao sedentarismo (LISBOA, 2005). O exercício ainda, ajuda a prevenir doenças cardiovasculares (BLOCH, 2002), contudo, deve ser feito com avaliação criteriosa do profissional de saúde, pois indivíduos com glicemias muito elevadas podem desencadear o processo de cetoacidose diabética, podendo evoluir para um estado comatoso.

A educação em saúde, outro campo de intervenção no diabetes, tem como premissa orientar o paciente para que ele, sensibilizado, seja capaz de autocuidar-se, e em se cuidando, diminuir os riscos provenientes da descompensação glicêmica, contribuindo desta maneira para a melhoria da sua qualidade de vida.

Desse modo, acredito que um dos pontos cruciais do tratamento dessa doença é a educação para a saúde (para o cliente e para a família), portanto a Enfermeira deve tornar esta atividade o mais participativa possível, lançando mão de suas habilidades interpessoais e comunicativas para a viabilização do processo, a fim de que o próprio indivíduo se responsabilize pela sua saúde. Neste sentido Sales (1998) afirma que como o diabetes uma é uma doença crônica, requer uma mudança de comportamento e estilo de vida, é importante lançar mão do autocuidado como suporte educativo, tornando a intervenção de enfermagem despaternalizada, participativa, permitindo ao próprio indivíduo o poder de decisão, a responsabilidade do seu tratamento e a manutenção da sua saúde.

Considerando que a ter a doença Diabetes mellitus não traz somente reflexos de ordem física para os seus portadores, acredito que as intervenções que possam ir de encontro à subjetividade dos mesmos, deve ser valorizada.

Por isso, o estabelecimento de uma relação interpessoal de cunho terapêutico, centrada nas necessidades da pessoa enferma visando à integralidade do ser, pode constituir-se em um quinto campo de intervenção, desta e de qualquer enfermidade, haja vista que além de direcionar os demais campos (dieta, exercício físico, medicação e educação em saúde), possibilitará um cuidado mais efetivo e afetivo no sentido de concorrer, direta ou indiretamente, para um melhor controle metabólico, favorecendo o decréscimo da prevalência e incidência de casos da doença e das suas repercussões subjetivas, bem como redução dos custos com o tratamento.

Este posicionamento é ratificado por Zanetti (2002, p. 69) a qual diz que “para que haja esta transformação (...), além dos conhecimentos e habilidades para manejar o diabetes, é preciso que os profissionais de saúde tenham acolhimento e afeto (...), o que se refere a um

conjunto de ações cujo significado vai além de ensinar o outro”, mas que integre a capacidade de saber se relacionar com o outro, para que se possa cuidar dele.

2.6 O CUIDADO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

O trabalho da Enfermagem é simbolizado pela palavra cuidar, portanto o cuidado dá tônus e sentido à enfermagem tal como afirma Saupe. (1999, p. 434) quando diz, “a palavra cuidado está íntima e ousamos afirmar, definitivamente aderida à enfermagem. Nenhuma profissão é mais cuidadora do que a enfermagem”.

Esta afirmação me permite dizer que, o fulcro da enfermagem é o cuidado em suas diversas perspectivas tal como afirmam alguns autores sobre o: cuidado cultural (LENINGER, 1978), cuidado ético (BOFF, 1999), autocuidado (OREM, 1985), cuidado transpessoal (WATSON, 1979), cuidado interpessoal (PEPLAU, 1952; TRAVELBEE, 1979), cuidado estético (WALDOW, 1998).

Considerando que a enfermagem, cuida de pessoas, logo o cuidado não é unidirecional, ele é formado e construído tanto pelo ser que cuida quanto pelo ser que é cuidado; e se é construído por relações intersubjetivas entre ambos, está implícito que ele está permeado por sensibilidades, emoções, individualidade. Assim, além de ser científico, técnico, é imprescindível que ele seja um cuidado humanizado, tendo por base os relacionamentos interpessoais eficazes.

Da assertiva acima, é evidente depreender que o cuidar não se limita à realização de atividades de cunho técnico, mas, acima de tudo envolve emoções, valores, o que pactua com as dimensões éticas e estéticas que o mesmo possui. Daí, Waldow (1998, p. 105), ratifica o meu posicionamento afirmando que “a pessoa que cuida, deixa de prestar atendimento no sentido de realizar um procedimento em alguém e passa a refletir junto e realiza uma ação com a pessoa cuidada, com envolvimento e responsabilidade”.

Silva (2004), vem coadunar com Waldow ao dizer que evoluímos muito no terreno da técnica, mas que esta não significa ética, por isso muitas vezes, esquecemos do envolvimento e responsabilidade que o cuidado requer. Já Benjumea (2004) ratifica que o cuidar não é uma

mera execução de procedimentos prescritos pelo médico, pois representa um movimento de conexão relacional entre o ser que cuida e o que é cuidado.

Por isso, penso que o cuidado de enfermagem, considerado em dimensões amplas (além da técnica), abarca em seu bojo uma finalidade que também é ampla, esta é a de aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar meios de enfrentar as crises e as experiências do viver e do morrer (WALDOW, 1998).

Neste sentido, saliento esta finalidade como imprescindível para cuidar de pessoas com a doença diabetes mellitus tipo 2, já que ser portador desta doença crônica pode representar fonte de stress, causadora de sofrimento humano, dificuldade de enfrentamento da doença e de situações a ela associadas, interferindo na manutenção da dignidade, bem como pode representar dificuldade de adesão ao regime terapêutico e ao novo estilo de vida, o que repercutirá no processo de viver de forma saudável.

Quando falo em cuidar/cuidado de pessoas com diabetes mellitus tipo 2, sinto a necessidade de esclarecer o que os termos designam, a fim de tornar o trabalho mais inteligível, isto porque tais palavras são férteis de significados existenciais, construídos por diferentes autores.

Assim, entendo o cuidar como uma ação dinâmica, um ato, que envolve “(...) comportamentos, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para viabilizar a condição humana”, o que envolve “expressão, reflexão, imaginação, elaboração do pensamento, aplicação intelectual” (SILVA, 1999, p.20). Somado a isto, cuidar, além de ser um ato é uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 1999).

Compreende-se o cuidado como um fenômeno que resulta do próprio processo do cuidar (WALDOW, 1998), ou seja, é a concretude da própria ação de cuidar, é o ato em si., é a sucessão de momentos de cuidar.

Para Heidigger (1989) e Boff (1999), o cuidado possui uma constituição ontológica, pois faz parte do ser, para eles “somos cuidado”. Acrescento a isto que o cuidado também possui uma constituição epistemológica, já que abarca construtos que edificam e fundamentam sua compreensão teórica.

O cuidar de pessoas com diabetes tipo 2, sendo considerado como ação dinâmica, representa que, o contexto, a situação de saúde, as motivações do cuidador e do ser cuidado não são estáticas, mas modificam-se com o suceder do tempo e interferem no processo do cuidado. Além disso, o cuidar, conforme mencionado, está envolvido com a forma de ser da enfermeira, com as habilidades, atitudes, conhecimentos e competências, que detém, com as suas crenças e valores diante da profissão, da doença, da saúde, do cuidado, assim como a consideração destas mesmas vertentes, em proporções diferenciadas, em relação àqueles que receberão o cuidado, no sentido de promover, manter e/ou recuperar a saúde.

O cuidado dessas pessoas é efetivado por meio de atitudes de zelo, desvelo, solicitude e atenção, de interesse, cortesia, empatia, como forma de atendê-las em suas necessidades. É envolver-se com estas pessoas para conseguir ir ao seu mundo, vê-las de acordo com a ótica de suas tendências e seus sistemas de valores. É viabilizar uma oportunidade intersubjetiva de troca de experiências e comportamentos. É, sobretudo, um momento de plenificação, de satisfação e auto-realização.

É imperativo lembrar que muitas vezes, a pessoa portadora de diabetes mellitus tipo 2 necessita somente “de conversar, de um aperto de mão, um olhar, ou apenas de serem ouvidas” (ZANETTI, 2002, p. 70), o que reforça a efetivação de atitudes de zelo, desvelo, solicitude, atenção, interesse, cortesia e empatia com os mesmos.

O cuidado sob a angulação da relação de ajuda prevê que, o enfermeiro assuma, de fato, um comportamento de cuidado (WALDOW, 2004), o que, na minha visão, requer que atitudes e habilidades componentes do cuidar, se incorporem ao agir, ser e fazer do profissional.

Desta forma, quando uma pessoa com diabetes, vai em busca do cuidado da(o) enfermeira(o), procura instaurar uma relação de ajuda, com este profissional, que seja centrada em suas necessidades, nos problemas que vivencia, já que para ela, ser diabético pode refletir em dificuldades de aceitar a doença e de caminhar para estados de interdependência e independência.

O estabelecimento de uma relação de ajuda entre o ser que cuida (enfermeiro) e o ser que é cuidado (pessoa portadora de diabetes), prevê uma relação pessoa-a-pessoa, ou seja, a pessoa do enfermeiro interagindo com a pessoa portadora de diabetes, a fim de atender as dificuldades encontradas e estimular as potencialidades do ser cuidado. O contrário configura

uma relação sujeito-objeto e não pessoa-a-pessoa, o que é preocupante, pois, “(...) a ausência deste aspecto humano do cuidar, principalmente considerando as crescentes pressões econômicas, políticas e tecnológicas na área da saúde bem como a tendência ao individualismo e a falta de ética nas relações (...)” (WALDOW, 1998, p.108), pode comprometer o cuidado e a relação interpessoal subjacente a este.

Em contraposição a relação de cuidado configurada com sendo de sujeito-objeto, vislumbro para a enfermagem o resgate de sua dimensionalidade ética e estética que possibilite um cuidado integrativo, considerando as vertentes bio-psico-socio-cultural-espiritual das pessoas com diabetes, bem como um cuidado que valorize a subjetividade do ser cuidado, que os sonhos, a criatividade, as relações interpessoais, a comunicação, sejam propósitos e tenham espaço.

Mediante tais proposições, sinto necessidade de reafirmar mais uma vez que se o cuidar se constitui em uma ação dinâmica e, se resulta do próprio cuidar, estes, vão refletir um conjunto de ações sistematizadas que irão configurar o processo do cuidar. O processo do cuidar vai representar, a forma como se dá o cuidado. Nesta perspectiva, este, se configura como interativo, refletindo a relação entre o ser que cuida e o que é cuidado, portanto, reflete a relação interpessoal entre a enfermeira (o) e a pessoa foco dos cuidados.

O processo de cuidar precisa abarcar conflitos de ordem emocional e espiritual, além dos conflitos de ordem física, isto porque, para Travelbee (1979), a doença e o sofrimento não são somente conflitos físicos, o que vem coadunar com as colocações sobre doença crônica feitas por Trentini e Silva (1992), de que a condição crônica de saúde é uma intercorrência estressora, impactando o processo de ser saudável dos indivíduos, ou seja, impactando as diferentes vertentes que concorrem para a saúde.

Dessa afirmação, busquei confrontar o impacto que uma enfermidade pode causar, com algumas características diabetes mellitus tipo 2, a qual atinge pessoas em diversas fases do ciclo vital, progride de maneira insidiosa, o que muitas vezes culmina com um diagnóstico tardio quando, a cronicidade das complicações já se manifesta de maneira evidente. Além disso, do ponto de vista epidemiológico, existe um elevado número de portadores no mundo, os custos econômicos e sociais estimados em seu tratamento são altos e, associados, representam taxas aumentadas de hospitalizações, grande parcela de mortes prematuras, incapacidade física e absenteísmo ao trabalho da população economicamente ativa.

Tudo isto revela a dor e o sofrimento que a doença pode desencadear em determinados indivíduos, bem como influência na sua forma de vida, o que me faz conceber o cuidado na perspectiva da integralidade, permeado pelas relações interpessoais.

É necessário esclarecer que, na situação de portadores de diabetes mellitus tipo 2, doença crônica e permanente, o cuidar e o cuidado a essas pessoas não significa curar/tratar. A cura, e até a morte, pode ou não advir deste processo, devendo ser como significado da experiência com a enfermidade, e não apenas uma realidade centrada no êxito terapêutico.

Nestas circunstâncias, “o cuidado é imprescindível em todas as situações de enfermidades, incapacidades e durante o processo de morrer, (...) na ausência de alguma enfermidade, o cuidado é imprescindível, como uma forma de viver e de se relacionar” (WALDOW, 1998, p. 129).

Quando falo em cuidar e cuidado de pessoas com diabetes mellitus tipo 2, me refiro não apenas a tratar essas pessoas no sentido de estarem com uma doença crônica e de melhorar a sintomatologia proveniente da mesma, mas sim, a lançar um novo olhar sobre estas, buscando compreender o significado existencial de “ser diabético”, considerando suas crenças, aspirações, cultura, estimulando a sua participação ativa neste processo, por meio de uma relação intersubjetiva de saberes e fazeres.

Faz-se mister refletir que se o cuidar é parte integrante da vida, se ninguém vive sem cuidado, se é por meio dele que expressamos a nossa complexidade, bipolaridade, ambivalência, se deixarmos de cuidar, deixamos de experienciar a nossa própria humanidade (BISOM, 2003).

E se ninguém vive sem cuidado, quiçá as pessoas com diabetes. Estas necessitam de muito cuidado, pois muitas vezes, as pessoas que possuem o tipo 2, conforme assevera Sandoval (2003), apresentam atitudes de negação, recusa, revolta, raiva, barganha, tristeza, depressão ou aceitação diante da doença.

O cuidar e o cuidado de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 não possui receita, fórmulas mirabolantes, apenas sugere que se deva assumir uma atitude fundamental de ação empática, técnica, científica, cuidativa, relacional, de modo que possamos nos desvincular de nós mesmo, para nos centrarmos no outro, com desvelo, respeito e solicitude. Isto só é possível na medida em que exercitarmos este processo, na nossa prática cuidativa e relacional cotidiana. Assim, sem dúvida estaremos caminhando para fazer da competência interpessoal, um instrumento para o cuidar.

2.7 COMPETÊNCIA INTERPESSOAL, INTERFACES ENTRE: A RELAÇÃO INTERPESSOAL E O CUIDADO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

O termo competência interpessoal, foi delimitado em termos gerais, como um processo de aquisição de conhecimentos, habilidades, capacidade de julgamento para atender as demandas de nossas responsabilidades profissionais; e em termos específicos como a habilidade de se relacionar bem com as pessoas, atendendo as suas necessidades e as características da situação. Destas conceituações encontrei componentes cognitivos, relacionados a conhecimentos técnicos, gerenciais e organizacionais, assim como componentes emocionais, relacionados com sentimentos, motivações, atitudes e valores pessoais (MOSCOVICI, 1996)

A consideração do componente psicossocial corresponde à competência interpessoal, embora esta não desmereça a competência técnica. Assim, uma conceituação que não englobe estes componentes tende a se tornar reducionista e instrumentadora, tendendo a simplificar as relações interpessoais e o cuidado de enfermagem.

A competência interpessoal, desse ponto de vista, passa a ser vista além de um “instrumento de trabalho em saúde”, (FERNANDES, 2003 a, p.65), um instrumento para o próprio cuidado, este viabilizado pelas relações interpessoais. Ela assume posição de relevância na medida em que passa a considerar não apenas os aspectos técnicos (do mundo objetivo), mas também os aspectos éticos e estéticos (do mundo subjetivo), o que inclui a humanização das relações de cuidar, voltadas para a pessoa enferma.

Quando proponho estabelecer uma interface entre a competência interpessoal, as relações interpessoais e o cuidado de pessoas com diabetes mellitus tipo 2, é porque encontrei nesta trajetória, pontos de convergência os quais consubstanciam a própria competência interpessoal, o que me instrumentaliza a visualizá-la como elemento viabilizador dos processos de cuidar e relacionar.

A relação interpessoal ou pessoa-a-pessoa representada por uma interação face-a-face entre duas ou mais pessoas em que há troca recíproca (SILVA, 2004), e o cuidado representando um ato de vida, que visa manter, sustentar, reproduzir e permitir continuidade à vida (COLLIÈRE, 1999), são representações de competência interpessoal, não no sentido de que somando-os ou executando-os, parcialmente, seremos competentes mas, sobretudo, porque a consideração de ambos, possibilita a integração de múltiplos conhecimentos e atos

necessários à realização de uma ação concreta, para o desenvolvimento de habilidades e de competências.

Assim, quando uma enfermeira se relaciona com uma pessoa enferma no sentido de atender-lhes as necessidades dentro do seu contexto de saúde e doença, ela está concorrendo para a consecução do cuidado de enfermagem já que, os relacionamentos enfermeiro-paciente, originam as relações de cuidar, as quais ocorrem entre “o ser que necessita de cuidados e o ser que tem, legalmente, obrigação moral de cuidar” (WALDOW, 2004, p.133), implicando um comportamento de responsabilidade mútua.

Depreende-se daí que a exteriorização das habilidades de relacionamento interpessoal do enfermeiro viabiliza a exteriorização de habilidades cuidativas do mesmo, e que ambas, denotam habilidades de competência interpessoal. Tais habilidades poderiam ser representadas por demonstrações de interesse, cortesia, firmeza, empatia, zelo, desvelo, comunicação efetiva, calor humano, desenvolvimento de procedimentos técnicos, tudo isto, respaldado no conhecimento científico, (TRAVELBEE, 1979; DANIEL, 1983; MOSCOVICI, 1996; FUREGATTO, 1999; SILVA, 2004).

Dessa explanação, fica evidente que habilidades técnicas e psicossociais devem ser consideradas, em se tratando de competência interpessoal, e que as primeiras não devem ser privilegiadas em detrimento das segundas, e vice versa. Isto porque, no meu entendimento, a enfermagem por si só, é uma profissão que exige não apenas competências técnicas, assim como muita competência interpessoal, vez que as relações interpessoais permeiam o cotidiano da enfermeira e, por isso, ela necessita ter habilidades de se relacionar, já que o cuidar exige interação com o outro. Sem esta interação as relações seriam frias e vazias, assim como o próprio cuidado.

Essa relação dialética entre competência técnica e interpessoal deve ser resignificada, atribuindo-lhes as devidas considerações. Isto porque necessitamos de competência técnica para cuidarmos, no entanto profissionais competentes prioritariamente na técnica, podem render muito abaixo da sua capacidade, por não saber se relacionar com a equipe e com o próprio paciente, dentro do seu contexto de trabalho (MOSCOVICI, 1996).

Por isso, a manutenção de um relacionamento interpessoal harmonioso, viabilizará maior sinergismo entre as relações de trabalho e, sobretudo com as pessoas que cuidamos na tentativa de equilibrar a mobilização de competência técnica e de competência interpessoal.

Desse ponto de vista, considerando que o tratamento do diabetes tipo 2 é longo e requer competência técnica, ética, científica e interpessoal, os enfermeiros que lidam com os portadores de diabetes passam a fazer parte do seu mundo e, assim, estão muito presentes em

sua trajetória de vida. Em virtude disto, a relação entre a (o) enfermeira (o) e a pessoa enferma pode se constituir mesmo em inter-relação que transcende ao saber tecno-científico, gerando vínculos de natureza emocional, afetiva e interpessoal.

Para Popim (2004), os doentes verbalizam reconhecer o poder investido pelo conhecimento tecno-científico que esses profissionais possuem, mas alerta para a importância de que esse conhecimento não venha a se constituir em uma barreira para o “ser com”, ou seja, para se relacionar eficazmente com o outro. Por isso Fernandes (2003 a, p.61) afirma que “não basta a técnica correta, não basta apenas o procedimento correto. É necessário algo mais: o emocional, o interpessoal (...) se interexpressando”.

O uso que a enfermeira faz de suas habilidades sejam elas técnicas ou psicossociais, contribuirão sobremaneira, no processo de cuidar de pessoas com diabetes, visto que esta doença exige mudanças sistêmicas, amplas e significativas na vida desses indivíduos. Essas mudanças requerem força de vontade e uma emulação constante da (o) enfermeira (o) para que a reestruturação de hábitos, crenças, costumes e estilo de vida, sejam alterados, modificados e/ou readaptados, no sentido de propiciar melhoria no que tange a qualidade de vida para eles.

A mobilização de habilidades, com certa frequência e constância por parte dos enfermeiros, sob a ótica psicopedagógica denota que ser competente é preocupar-se “com o domínio cognitivo que sustenta o desempenho ou o comportamento”, (RAMOS, 2001, p.19), é tentar identificar como o conhecimento sobre a competência interpessoal interfere no nosso comportamento e desempenho.

Seguindo esta direcionalidade, a frequência e constância de relações terapêuticas/pessoa-a-pessoa, entre a enfermeira e a pessoa portadora de diabetes, reflete que a enfermeira incorporou de tal forma os preceitos e objetivos da relação pessoa-a-pessoa, que já consegue expressar em seu comportamento, atitudes terapêuticas para com a pessoa enferma e para consigo mesma, ou seja, aquilo que se fala é incorporado na prática que se realiza.

Nesta perspectiva, vale salientar que o cuidado também exige o exercício de habilidades técnicas e psicossociais da enfermeira, e que a frequência e constância destas, também vão refletir comportamentos de cuidar “que as pessoas compartilham, tais como confiança, respeito, consideração, interesse (...)”, (WALDOW, 2004, p.133).

Há que se considerar que tanto a aquisição de atitudes terapêuticas ou interpessoais quanto de comportamentos para o cuidar, não são obras do acaso, pois não se constituem em um fato imprevisto ou impensado. Ao contrário, a aquisição de habilidades, atitudes e

comportamentos resultam da combinação de disposições pessoais, articulação e ajustamento emocional, investimento e treinamento pessoal e profissional, o que para Moscovici (1996), é resultado de desenvolvimento interpessoal.

Assim, a aquisição de competência interpessoal é processual, pois envolve o encadeamento gradual e contínuo, de conhecimentos gerais e específicos, evidenciando a capacidade da enfermeira “mobilizar e articular, com autonomia e postura crítica e ética, seus recursos subjetivos”, (RAMOS, 2001, p. 20), assim como os seus atributos edificados no suceder do seu desenvolvimento pessoal, do processo de ensino-aprendizagem e de formação acadêmica e profissional.

Em consonância com o que foi exposto, a aquisição de habilidades para as relações interpessoais também tem seu caráter de processualidade já que, interagir com o outro requer envolvimento emocional, objetiva mudanças de comportamento e incorporação de novas atitudes. Não considerar os relacionamentos terapêuticos como processuais, equivaleria considerá-los estanques ocorrendo em um campo hermeticamente fechado à influências culturais, valorativas e contextuais. Ao contrário, a processualidade e a mudança de comportamento dos envolvidos, (TRAVELBEE, 1979), é que garantem e configuram uma relação pessoa-a-pessoa.

A processualidade, de igual maneira, está presente no cuidado que a (o) enfermeira (o) presta à pessoas portadoras de diabetes mellitus tipo 2. Isto porque, quanto mais cuidamos e nos relacionamos, mais nos capacitamos para o cuidado relacional. Esta capacitação evidencia a aquisição de amadurecimento emocional e profissional para o cuidado de natureza interpessoal.

Nessa situação é que estes profissionais necessitam lançar mão de todas as suas habilidades afim de que os portadores da mesma possam, sensibilizados, adquirir comportamentos que sejam, de fato, saudáveis, e que possam evitar complicações provenientes do diabetes descompensado.

Devemos ter em mente que, mesmo a (o) enfermeira (o) se esforçando para o desenvolvimento de competência interpessoal com o fito de auxiliar o portador de diabetes tipo 2, nem toda relação interpessoal para prestação de um cuidado, leva necessariamente á comunhão, pois pensar assim “(...) é desconhecer a natureza conflitual do homem e da sociedade”, (BODERNAVE, 1995,p.19).

Em virtude disso, a relação entre a (o) enfermeira (o) e a pessoa com diabetes tipo 2, poderá se tornar conflitante, pois, mesmo a (o) enfermeira (o) sabendo que ela precisa remodelar seu comportamento e estilo de vida para obter um controle metabólico adequado,

não se deve impor a vontade e o desejo do profissional ao do cliente para assumir atitudes diferenciadas diante da doença, pois estas se fazem ao longo do tempo e com a compreensão da necessidade de mudança. Agindo assim, o profissional de enfermagem estará concorrendo para a aquisição e desenvolvimento de competência interpessoal.

Mas, para que se possa entender competência interpessoal, e para possamos utilizá-la no cuidado de pessoas com diabetes mellitus tipo 2, é preciso aceitar que nós enfermeiros, também possuímos necessidades de nos relacionarmos, necessidade de cuidar e de sermos cuidados, portanto, somos relacionais e somos cuidado.

A compreensão de que a dimensão relacional é imanente ao ser, me faz refletir que a necessidade do gregarismo também é intrínseca a nós. Sem relacionamentos, a nossa vida seria vazia e pereceríamos. Pereceríamos porque precisamos do outro para viver, e, mesmo que não estejamos interagindo com o outro, interagimos com nós mesmos. Isto pode ser exemplificado por meio do nosso próprio corpo, pois ele é um verdadeiro tratado de relações, relações entre células, entre órgãos, entre sistemas. Este mesmo tratado orgânico reflete quando algo nessa relação interna não vai bem, sob forma de desequilíbrio, de desordens, alterações, disfunções, doença. O nosso corpo nos ensina que, constantemente, nos relacionamos e que sempre necessitamos nos relacionar para sobrevivermos, para crescermos e para nos melhorarmos.

Para Heidegger (1989), Boff (1999) e Waldow (2004), o cuidado igualmente possui uma dimensão imanente, pois afirmam que somos cuidado. Somos cuidado porque o cuidado faz parte da natureza humana, porque nos humanizamos ao cuidarmos e porque tudo o que existe e tem vida necessita de cuidado.

Esta dimensão óptica relacional do cuidar me instrumentaliza a dizer que somos relacionais e somos cuidado, na medida em que nos relacionamos e cuidamos do outro e o outro se relaciona conosco e nos cuida. Portanto, esta natureza encontra-se latente e “potencialmente” desenvolvida na (o) enfermeira (o), (ser que cuida), como também na pessoa com diabetes tipo 2 (ser cuidado). Ambos possuem potencial para relacionarem therapeuticamente e para cuidar do outro e cuidar de si próprio.

Estas colocações me fazem crer que as relações no cuidado como características imanentes ao ser, não desconsideram que necessitamos desenvolvê-las para bem usufruí-las. Isto ainda relembra o que diz Perrenoud (1999) sobre a necessidade de mobilizar competências, isto porque, já possuímos condições latentes para o desenvolvimento das mesmas.

Apesar de tanto o ser que cuida quanto o ser que é cuidado terem habilidades e condições de relacionar e de cuidar, a cuidadora, é, sem sombra de dúvidas, a principal responsável para criar um ambiente propício para as relações interpessoais e para o cuidado, através do qual cada um dos envolvidos pode aprender (TRAVELBEE, 1979).

Reafirmando essa colocação de Travelbee, acredito que em uma relação de ajuda entre enfermeira e o paciente, de caráter terapêutico, a maior responsabilidade dos encontros é da (o) enfermeira (o), pois, como detentora (o) de conhecimento técnico e científico, e de “supostamente” competência interpessoal, é ela (e) que conduzirá a pessoa com diabetes a se expressar, expor seus sentimentos e idéias, sua situação de saúde, detectar suas necessidades e fazer seus diagnósticos. Diagnósticos estes que detectarão “(...) problemas de saúde reais ou potenciais do cliente, o déficit ou a preocupação que podem ser afetados pela ação da enfermagem” (GEORGE, 2000, p. 40).

Para que a enfermeira não se sinta desamparada, diante da responsabilidade que deve ter nos relacionamentos interpessoais e, por conseguinte, no cuidado de enfermagem, busquei respaldo em Moscovici (1996, p. 36), quando enfoca os critérios necessários para o desenvolvimento de competência interpessoal, a saber:

- a) Percepção acurada da situação interpessoal, de suas variáveis relevantes e respectiva interpretação;
- b) Habilidade de resolver realmente os problemas interpessoais, de tal modo que não haja regressões;
- c) Solução alcançada de tal forma que as pessoas envolvidas continuem trabalhando juntas, tão eficientemente, pelo menos, quando começaram a resolver problemas.

A percepção interpessoal mencionada por Moscovici, é o primeiro passo empreendido rumo a aquisição e desenvolvimento de competência interpessoal. Esta se inicia dentro de nós mesmos, pois, na medida que nos conhecemos e nos compreendemos, poderemos, quiçá, entender o outro. Além disso, o autoconhecimento nos permite entender como a relação com o outro nos afeta, e como poderemos afetá-lo.

A percepção acurada da situação interpessoal por parte da (o) enfermeira (o), também possibilitará a superação das possíveis diferenças existentes entre o ser que cuida e o ser que é cuidado. Tais diferenças relacionam-se com os conhecimentos pragmáticos, culturais, hábitos e atitudes de cada um, e que, quando superadas melhoram o relacionamento dos envolvidos neste processo.

A solução de problemas interpessoais como elemento para desenvolvimento de competência interpessoal requer a mobilização de conhecimentos gerais e específicos, hábitos e atitudes, por meio da ativação de esquemas mentais e expressões comportamentais rumo a uma ação concreta de demonstração de consideração, de bom senso, respeito e compreensão dos fatores contribuintes e causais para a existência e solução do conflito.

A última variável prevê que após os problemas encontrarem-se resolvidos, os vínculos que se estabeleceram foram tão sinceros, robustos e percucientes, que a contigüidade entre enfermeira e a pessoa enferma, ainda se fazem presentes nesta jornada de relações interpessoais ultrapassando os papéis de profissional e paciente. Para Moscovici (1996), tal intento requer a mobilização de outras habilidades dentre as quais pode-se citar a flexibilidade perceptiva e comportamental, a espontaneidade, a capacidade de lidar com conflitos, resistência ao stress, o estabelecimento de comunicação efetiva e, sensibilidade dentre outras.

A definição de critérios para desenvolvimento da competência interpessoal me faz defendê-la como uma tecnologia importante para a realização do trabalho em saúde, pois, considero-a um instrumento de cuidadores e, para cuidadores. Para Merhy (1997) as relações constituem uma espécie de tecnologia leve, que perpassa por todo trabalho em saúde. Por isso, acredito que a sua utilização pode gerar benefícios em diversas dimensões, visando uma cultura de conscientização e responsabilização das pessoas com diabetes, bem como das (os) enfermeiras (os).

Diante do exposto, sinto a necessidade de explicitar os benefícios que a competência interpessoal pode proporcionar, no entanto, faço isto não no sentido de ter encontrado uma fórmula cujo resultado pode ser mensurado, mas sim na tentativa de aventar repercussões benéficas que a competência interpessoal pode proporcionar ao enfermeiro que dela se utiliza para realizar o seu trabalho de cuidado, bem como à pessoa cuidada, que também possui competência, mas que neste momento está recolhendo os benefícios da relação com a (o) enfermeira (o).

Para as (os) enfermeiras (os), o desenvolvimento e aquisição de competência interpessoal pode repercutir no âmbito pessoal, ajudando-a a conhecer a si mesma e ao outro, no sentido de entender como este autoconhecimento de si lhe afeta e afeta o outro, bem como o conhecimento do outro pode lhe afetar. Isto permitirá á enfermeira “compartilhar um processo de descoberta mútua”, (WOOD, 1997, p.228), a entender os significados da experiência do Ser cuidado, onde cada um expressa honestamente seus sentimentos e valores. Além disso, possibilitará a viabilização de elementos de ajuda terapêutica á pessoa

enferma, no sentido de que esta possa mudar de comportamento e adquirir novas atitudes frente ao seu estado de doença. Em suma, a competência interpessoal poderá servir como um poderoso instrumento para o cuidado de pessoas.

Para as pessoas com diabetes mellitus, acredito que trará satisfação pessoal por meio do envolvimento em uma relação onde o mesmo é ouvido, é compreendido com um indivíduo que possui um mundo subjetivo, é valorizado dentro do seu sistema de crenças e valores, é cuidado no seu processo de saúde-doença, é motivado a assumir comportamentos mais saudáveis, o que, quiçá, poderá repercutir na redução de complicações agudas e crônicas e melhoria da qualidade de vida.

Diante dos benefícios que a habilidade de ter e desenvolver bons relacionamentos com as pessoas pode proporcionar, vale ressaltar que tal competência não algo simplório, não é sinônima de uma técnica para concertar pessoas, não é estática, nem adquirida em um estalar de dedos, mas sim construída quotidianamente.

Tal elucidação me faz constatar que a competência interpessoal deve ser entendida em amplas dimensões, mas, sobretudo na ótica de que a mesma possa “criar uma nova forma, uma nova definição de relacionamento no qual as pessoas possam funcionar mais plenamente e ser mais autodeterminadas”. (WOOD, 1997, p.256)

3.0 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para Minayo (1993, p.22) “(...) a metodologia inclui concepções teóricas de abordagem ou conjunto de técnicas, que possibilitam a apreensão da realidade”. Neste estudo, a apreensão da realidade se processou mediante o entrosamento entre o tipo de pesquisa, o cenário de observação, os informantes da pesquisa, o instrumento de coleta de dados e a teoria de embasamento do estudo.

3.1 TIPO DE PESQUISA

A apreensão da percepção de competência interpessoal por parte de enfermeiras (os), bem como a caracterização do relacionamento enfermeira-paciente, é complexa e multifacetada.

No sentido de diminuir as distâncias que poderiam dificultar a apreensão desta totalidade, optei por utilizar uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa e, assim, me aproximar do objeto de estudo e arar o terreno empírico que se desponta a minha frente.

No que diz respeito à pesquisa exploratória, para Trivinos (1992) e Andrade (1993), esta permite ao pesquisador ampliar seus conhecimentos acerca de um determinado problema, possibilitando ao mesmo o aprofundamento em determinada temática e maior embasamento para pesquisas futuras, fatores estes que se adequam à finalidade desta pesquisa.

Para Minayo (1993, p.21), a abordagem qualitativa dimensiona um tipo de realidade que não pode ser quantificada, haja vista que ao quantificá-la concorre-se para sua desqualificação. Esta abordagem, ainda segundo esta autora, “(...) trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações (...)”, dados estes que são subjetivos, complexos ou estritamente particulares.

Este tipo de pesquisa me permitiu apreender a percepção de competência interpessoal e o relacionamento interpessoal de enfermeiras (os) frente à pessoas com diabetes, bem como compreender a sua dinâmica.

Também utilizei para fundamentar o estudo, os pressupostos de Fela Moscovici (1996) sobre competência interpessoal e, de Joyce Travelbee (1979) sobre a teoria da relação pessoa-a-pessoa. A primeira me deu subsídios para entender o significado e os elementos envolvidos no desenvolvimento e aquisição de competência interpessoal. A segunda me orientou na compreensão das relações interpessoais, como se processam, seus componentes, dentre outros, o que refletiu num sinergismo para a apreensão do objeto deste estudo.

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O presente estudo foi realizado no município de Vitória da Conquista, estado da Bahia, por se constituir a realidade onde vivo e conheço, e desta forma, contribuir com este contexto.

Vitória da Conquista situa-se na Região Sudoeste, é considerado um município de médio porte do Nordeste, o terceiro maior da Bahia. Sua extensão territorial é de 3.743 Km², possui uma população estimada em 285.927 habitantes segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2005. Sua taxa de urbanização é considerada alta, o que corresponde a cerca de 80%, no entanto, possui grande contingente

populacional distribuído em 284 povoados da zona rural. De fácil acesso, devido à sua localização estratégica, polariza uma região de mais de 80 municípios, distando 510 Km da capital, Salvador. A maior parte das suas terras localiza-se no semi-árido, a sua topografia é marcada pela altitude, o que contribui para a ocorrência de grandes variações climáticas.

Vitória da Conquista é o principal pólo regional de prestação de serviços nas áreas de educação e saúde.

Na área de educação, conta com uma Universidade Pública Estadual, com a aprovação recente da extensão do campus da Universidade Federal da Bahia, três instituições privadas de ensino superior e cerca de 330 estabelecimentos de ensino fundamental.

Na área da saúde, conta com serviços médicos especializados e com serviços de atenção básica.

Na atenção especializada, a rede hospitalar é constituída de 11 hospitais assim classificados: 3 hospitais públicos (1 municipal e 2 estaduais), 1 filantrópico e 7 privados. Desses, 3 são hospitais gerais, 1 psiquiátrico, 1 materno-infantil e com cirurgias eletivas, 2 são exclusivamente pediátricos, 1 obstétrico e com cirurgias eletivas e 3 com internações eletivas em clínica médica e cirúrgica. Possui ainda 2 Uti's adulto, 1 pediátrica e 1 neonatal.

Ainda na atenção especializada, o município de Vitória da Conquista possui um Laboratório Municipal e outro de citopatologia cérvico-uterina, 1 Centro de Referência em DST/AIDS, 1 Centro de Atenção e Reabilitação à Saúde do Trabalhador (CEREST), 1 Centro de Atendimento Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS-ad), 1 Centro de Atendimento á Transtorno Mental do Adulto (CAPS 2), 1 Centro de Referência em Hepatite C, 1 Centro de Referência em Pneumologia e Dermatologia Sanitária, 1 Centro Municipal Especializado em Reabilitação Física (CEMERF), 1 Centro Municipal de Atenção Especializada (CEMAE), 2 Unidades especializadas em Odontologia e 1 Serviço de Resgate Médico e Atendimento Pré- Hospitalar (SAMU).

No âmbito dos serviços de atenção básica, em 2005 existiam 6 Unidades Básicas de Saúde Tradicionais e 36 Equipes de Saúde da Família, sendo que 23 encontram-se na zona urbana e 13 na zona rural. Tais valores retratam que Vitória da Conquista possui uma cobertura de 63% para o PSF, sendo que a zona rural possui 100% de cobertura.

É, justamente, no âmbito dos serviços da atenção básica, especificamente nas Unidades de Saúde da Família (USF) da zona urbana, onde realizei esta pesquisa. A escolha pela zona urbana relacionou-se com a facilidade de acesso a estas unidades, bem como com o quantitativo expressivo de profissionais enfermeiras (os) que me forneceram as informações que necessitei.

A municipalização da saúde em Vitória da Conquista, a qual possibilitou a descentralização das ações de saúde para a esfera municipal, ratifica e apóia os princípios do Programa de Saúde da Família (PSF), dando mais autonomia aos profissionais para agirem de maneira conveniente na situação de saúde da sua clientela, além de ter viabilizado o direcionamento dos seus objetivos e práticas, no sentido de favorecer a construção do novo modelo de atenção à saúde, baseado em uma nova concepção da estrutura e qualidade dos serviços ofertados e do processo saúde-doença.

Estas Unidades visam imprimir uma nova dinâmica de atuação, através da promoção da saúde e da reorientação do modelo assistencial vigente, de acordo com as diretrizes do SUS.

Em Vitória da Conquista as primeiras Equipes de Saúde da Família foram implantadas em 1998. Cada equipe conta com um enfermeiro, um médico, auxiliares de enfermagem, um odontólogo e agentes comunitários de saúde.

Estas Unidades de Saúde da Família (USF) localizam-se em pontos estratégicos do município, buscando implementar a proposta de regionalização da atenção em saúde, focalizando grupos de risco biológico e social, portanto, priorizando os locais onde há maior concentração de indivíduos que têm menos acesso aos serviços de saúde e maior risco de adoecer e morrer.

No que tange aos aspectos funcionais, todas as USF possuem em seu bojo uma estrutura de serviços básicos de saúde que são oferecidos à comunidade, conforme determina o Ministério da Saúde (2000), dentre eles pode-se citar: o Serviço de Pré-natal, Preventivo, Atenção à Saúde da Criança, Planejamento Familiar, Diabetes, Hipertensão, Curativo e Imunização.

No que diz respeito ao acompanhamento de hipertensos e diabéticos, por parte dos enfermeiros, pelas Unidades de Saúde da Família do município, observa-se algumas lacunas em relação ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001).

O Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus , preconiza como atribuições do enfermeiro, a capacitação de auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde referentes às doenças em questão, realização de consulta à hipertensos e diabéticos bem como o desenvolvimento de atividades educativas voltadas para esta clientela específica (BRASIL, 2001)

Das atribuições anteriormente referidas, as que estão sendo efetivamente realizadas pelas (os) enfermeiras (os) são relativas à capacitação de auxiliares de enfermagem e agentes

comunitários de saúde, a realização de visitas domiciliares e a realização de grupos de educação em saúde

Em relação aos aspectos físicos, todas as Unidades possuem algumas dependências em comum, as quais são: recepção, sala de espera, sala para atendimento médico, odontológico e de enfermagem, imunização, curativo, cozinha, farmácia e banheiros masculino e feminino.

A (o) enfermeira (o) que integra uma USF pode interagir com a pessoa com diabetes em diversificados espaços e momentos, ainda que um desses espaços não seja na ocasião da consulta de enfermagem.

A forma como está estruturado o atendimento a pessoa portadora de diabetes concorrerá com os objetivos deste estudo, o que me permitirá apreender a sua percepção sobre competência interpessoal, assim como a caracterização do relacionamento interpessoal do(a) enfermeiro(a) com as pessoas portadoras de diabetes mellitus tipo 2.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa relacionam-se com a população que interessa o pesquisador conforme as colocações de Polit e Hungler (1995). Ainda considero que os sujeitos de uma pesquisa são seres dialógicos que se humanizam através do contato com o outro, o que implica enunciar que “não existe qualquer possibilidade de representar o sujeito como uma mônada fechada, como uma interioridade absoluta, pois a interioridade subjetiva remete para a exterioridade do outro” (BIRMAN, 1994, p.37).

Assim, os sujeitos desta pesquisa (enfermeiros(as)) ao perceberem a competência interpessoal, poderá se expressar na “exterioridade do outro”, ou seja, no cuidado que ela (e) presta às pessoas portadoras de diabetes.

Considerando a natureza deste estudo, o conteúdo das falas e a participação dos sujeitos foi encerrada a partir do momento em que eu percebi que as respostas emitidas começaram a saturar e me dar clareza para a compreensão do objeto da pesquisa.

A este respeito Minayo (200,p.102) informa que a representatividade numérica que permite generalizações dos conceitos que se quer testar, caracteriza a abordagem quantitativa, ao passo que na abordagem qualitativa o critério não é numérico, pois “preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência

da compreensão”. Ainda complementa dizendo que a amostra ideal é aquela que consegue refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões.

Participaram da entrevista 11 enfermeiras (os) que atuam em Unidades de Saúde da Família da zona urbana, que cuidam de pessoas portadoras de diabetes mellitus tipo 2 e que se mostraram dispostas a responder as questões relativas à pesquisa.

Dos onze sujeitos da pesquisa, dez eram do sexo feminino e apenas um do sexo masculino, todos se encontravam na faixa etária de vinte e cinco a trinta e cinco anos, mais da metade eram casados. Em termos de experiência profissional, somente um atuou na área assistencial, o restante já atuou nas áreas de ensino, pesquisa e assistência, bem como de ensino e assistência de maneira equitativa em termos de proporção de participantes. O tempo de atuação no Programa de Saúde da Família foi em média de cinco anos, sendo que um dos informantes atuava há apenas quatro meses no Programa. Em termos de especialização, todos os informantes a possuíam, sendo que a de maior prevalência foi de Saúde Pública, seguida de Saúde da Família, UTI, Comunicação em Saúde e Saúde da Mulher.

Em relação às pessoas atendidas pelas(os) enfermeiras(os) no Programa de Saúde da Família, fiz um recorte no tipo de pessoas com diabetes tipo 2 cuidados por esses profissionais, no sentido de delimitar o foco das interações para uma clientela que prioritariamente é composta de adultos, que corresponde a cerca de 90 a 95% do total de casos da doença, o que permitiu um maior número de pessoas e de relações interpessoais com esta demanda específica.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A delimitação do objeto de estudo, seguido da estruturação de um aporte teórico para auxiliar na compreensão do mesmo, carece de ser interpretado em fenômenos que possam ser traduzidos ou registrados. Esta tradução e registro foram viabilizados por meio de técnicas de qualidade para coleta dos dados, o que permitiu, posteriormente a sua análise e conclusões da pesquisa.

Para Polit e Hungler (1995), dado é todo elemento de informação obtido durante a investigação, já a técnica é o instrumento que permitirá a apreensão de uma dada informação.

Como forma de coletar os dados a que me propus, nesta pesquisa utilizei a entrevista semi estruturada e, em um segundo momento a observação estruturada e não participante.

A entrevista é um instrumento no qual o entrevistador tem por objetivo obter informações do entrevistado relacionado a um objetivo específico GIL (1994). Neste caso, apreender a percepção de enfermeiras que cuidam de pessoas portadoras de diabetes acerca da competência interpessoal.

Dentre os tipos de entrevista existentes, utilizei a entrevista semi-estruturada, que é caracterizada por perguntas que são previstas com antecedência, porém, estas são provisoriamente determinadas. Neste tipo, apesar de o entrevistador possuir um roteiro, ele pode fazer perguntas adicionais para esclarecer questões para melhor compreender o contexto.

O roteiro de entrevistas que utilizei detinha questões referentes a dados biográficos do informante bem como questões que visavam saber como se caracterizavam os relacionamentos entre a (o) enfermeira (o) e o portador de diabetes assim como apreender a percepção destas sobre competência interpessoal, conforme pode ser visualizado no apêndice 1.

A observação, outro recurso que foi utilizado para coletar os dados, para Polit e Hungler (1995, p. 177), permite a obtenção de diversas espécies de informações para os pesquisadores de enfermagem, “como a evidência da eficácia da enfermagem, ou como indicações de aperfeiçoamento das práticas de enfermagem”. Na tentativa de aproximar estas finalidades com os objetivos deste estudo é que escolhi esta técnica.

Para Furegato (1999) a observação ainda possibilita captar o sentido encoberto da ação humana, pois as pessoas agem em função do sentido que atribuem ao mundo circundante. Este fato me permitiu saber mais sobre o comportamento humano, compreender o que acontece na relação entre a enfermeira e a pessoa com diabetes mellitus tipo 2, no sentido de desvelar e diminuir a distância entre teoria e prática, entre a percepção de competência interpessoal e a caracterização dos relacionamentos enfermeira-paciente.

A modalidade de observação escolhida foi do tipo estruturada e não-participante.

Para Lakatos e Marconi (1991) a observação estruturada recolhe e registra fatos da realidade, determinando-se de antemão quais aspectos serão observados e que meios serão utilizados para observar. Desta forma, tracei um roteiro de observação abordando alguns itens a serem contemplados no que diz respeito ao relacionamento interpessoal, os quais foram registrados em diário de campo no sentido de anotar as informações, sintetizar e compreender os dados. Tal roteiro encontra-se no apêndice 2 deste trabalho.

Já a observação não participante me permitiu presenciar o fato, no caso o relacionamento da(o) enfermeira(o) frente à pessoa com diabetes, sem envolver-me com tal

relacionamento, ou melhor, sem que eu interferisse na dinâmica do relacionamento. Tal modalidade de observação teve a vantagem de me garantir maior objetividade, sem, contudo, perder de vista que a neutralidade absoluta é impossível.

Para este estudo, conforme descrito no referencial teórico, a relação terapêutica se diferencia dos demais tipos de relacionamento, pois têm objetivos definidos, requer responsabilização mútua, identificação de problemas, envolvimento emocional e uso da comunicação e atitudes terapêuticas ou interpessoais. Assim adotei como base para o mesmo, os pré-requisitos supracitados como parâmetros para o roteiro de observação.

Ressalto que, acredito que uma relação terapêutica/interpessoal pode ser detentora de conteúdo riquíssimo de informações, de comportamentos e emoções experienciadas. Por isso, o roteiro de observação seguiu tais preceitos que delineiam, mas não determinam tudo que poderá conter uma relação, haja vista que foi um consenso entre o que a literatura traz de princípios para este relacionamento.

Tal posicionamento permitiu evitar certas estereotipias de ações e comportamentos que poderiam caracterizar o relacionamento interpessoal, mas sim ampliaram a gama de eventos que poderão advir desse relacionamento.

Vale salientar que tanto a observação quanto a entrevista foram realizadas nas Unidades de Saúde da Família (USF), de Vitória da Conquista, de acordo com a programação prévia que tais Unidades têm para atendimento de pessoas com diabetes mellitus. Tal programação é denominada de semana típica.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS E QUESTÕES ÉTICAS

Considerando que toda pesquisa científica, em particular, a pesquisa aplicada a seres humanos, pode, em determinadas circunstâncias interferir nos direitos e liberdade dos indivíduos, tornou-se indispensável a tomada de providências para respeitar os direitos e a liberdade dos informantes, e que estes, respondessem às exigências dos órgãos subvencionadores neste ponto.

Conforme preconiza a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, foi elaborado um termo de consentimento Livre e Esclarecido, assegurando a confidencialidade, a privacidade e a imagem dos participantes, assim como a solicitação de autorização para utilização dos dados para ensino e pesquisa.

Posteriormente, este termo juntamente com o projeto, foi enviado ao Comitê de Ética credenciado pelo CONEP (Conselho Nacional de Pesquisa). Após liberação, enviei um ofício para a Secretária Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, a fim de proceder à coleta dos dados.

Antes de iniciar a coleta de dados propriamente dita, estive informalmente na Secretária Municipal de Saúde, com vistas a solicitar que a mesma informasse as (os) enfermeiras (os) sobre a pesquisa, bem como as (os) liberasse a fim de que eu pudesse agendar a realização das entrevistas e da visita para realizar a observação.

Após parecer positivo da Secretária Municipal de Saúde, decidi agendar previamente as entrevistas e observações, por meio do telefone, haja vista que a localização deveras distante das Unidades e o excesso de atribuições dos profissionais poderiam inviabilizar a coleta de informações.

Acordei com as (os) enfermeiras (os) que primeiramente realizaria as entrevistas e em um segundo momento as observações.

O período de coleta dos dados teve início no mês de março do ano de 2006, e se encerrou no mês de junho do ano corrente.

Tive algumas dificuldades no que tange a marcação de datas para as entrevistas, pois, muitos profissionais se mostraram sobrecarregados de atividades e compromissos, alguns com certa resistência em participar e outros informaram não atender pessoas com diabetes, pois, quem as atendia em consultas e grupos de educação em saúde era o profissional médico. Ainda assim, os que participaram do estudo se mostraram solícitos, receptivos e amigáveis, contribuindo de forma satisfatória com a pesquisa.

Neste sentido, tive um quantitativo de enfermeiras (os) participantes da entrevista expressivo e significativo, no entanto, para a observação foi reduzido devido à limitação de atividades desenvolvidos pelas (os) enfermeiras (os) em relação às pessoas com diabetes nas Unidades de Saúde da Família ou nas visitas domiciliares.

No que diz respeito às entrevistas, estas ocorreram geralmente no início ou no final do expediente de trabalho, na sala de atendimento do próprio profissional, por ser reservada, o que facilitava o processo. A duração de cada entrevista foi de aproximadamente trinta minutos.

Alguns minutos antes da entrevista, retomei os objetivos da pesquisa, retirando dúvidas, bem como, salientando os preceitos éticos acerca do sigilo, anonimato e que ela (e) poderia desistir no momento em que desejasse ou solicitar mais esclarecimentos caso sentisse necessidade.

Busquei assumir uma postura responsiva, receptiva e não coercitiva, para que desta forma a espontaneidade na relação pesquisador/ pesquisado, pudesse resultar em benefícios em termos de informações coletadas. Tal postura possibilitou-me um clima amistoso e de confiança, no qual as (os) enfermeiras (as) puderam falar livres de constrangimentos e medos.

Após isto, solicitei permissão para gravação, seguida do preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, permanecendo uma via com o depoente e a outra comigo.

Durante o seu desenvolvimento houve algumas interrupções pela equipe de saúde, no entanto, estas não trouxeram prejuízo para a coleta de informações.

Ao término das entrevistas, realizava a transcrição das informações, de modo que desenvolvi uma análise inicial dos dados, ao tempo em que avaliava sua qualidade com vistas ao alcance dos objetivos do estudo.

Saliento que os informantes não receberam nenhuma forma de explicação prévia sobre os questionamentos que contemplavam o objeto de estudo. Tal posicionamento se deveu ao fato de se evitar qualquer tipo de indução nas respostas.

No que diz respeito às observações, estas centraram-se no relacionamento interpessoal entre a (o) enfermeira (a) e a pessoa portadora de diabetes, tendo por base um roteiro estruturado para o acompanhamento deste relacionamento.

As observações sempre ocorreram posteriormente à aplicação das entrevistas, com o fito de se estabelecer correlação entre a visão de mundo das (os) enfermeiras (os) sobre relacionamentos e o seu modo de agir frente a estes.

Antes das observações explicitiei novamente os objetivos do estudo, assegurando que não estava ali para avaliar, nem julgar acertos ou erros das atividades desenvolvidas, mas, sobretudo para investigar questões específicas que contribuiriam para a compreensão dos relacionamentos interpessoais em enfermagem.

Tais esclarecimentos eram necessários a fim de diminuir as influências sobre o depoente, o que poderia interferir com os resultados do estudo. Apesar disto, sei que a neutralidade absoluta é praticamente impossível.

As observações foram feitas em dois turnos de trabalho e com dois profissionais distintos e tiveram uma duração de cerca de quarenta minutos cada uma.

Durante as observações fiz registro no diário de campo, o que foi de extrema valia no processo de anotação das observações, tendo em vista a dificuldade de se lembrar de todos os fatos após a coleta de dados.

A observação e o preenchimento no diário de campo foram feitos de forma discreta, evitando constrangimentos por parte das (os) enfermeiras (os) e do próprio paciente, além de contribuir como forma de não interferir no transcorrer dos relacionamentos.

3.6 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS

A pesquisa foi realizada com base na análise de conteúdo de Bardin (1995, p.42), esta, entendida como “um conjunto de técnicas (...) visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (...) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (...) destas mensagens”.

A análise de conteúdo é, portanto, um instrumento de análise interpretativa, cuja finalidade é explicar e sistematizar o conteúdo da mensagem bem como o significado desta, através de deduções lógicas e justificadas, que podem ser de natureza psicológica, sociológica, histórica ou econômica, tendo como referência a análise de sua gênese, do contexto em que esta mensagem se processou e ou dos efeitos da mesma.

Sob esta ótica, Henry e Moscovici (1968 apud BARDIN, 1995, p. 33), asseveraram que “tudo o que é dito ou escrito é susceptível de ser submetido a uma análise de conteúdo”. Ainda é possível depreender que tudo que é submetido a uma análise de conteúdo é fundamentado em princípios filosóficos que edificam o modo de pensar do pesquisador. Estes princípios visam ajudar o pesquisador a controlar sua própria subjetividade visando uma maior “sistematização, objetividade e generalização dos dados obtidos”. (OLIVEIRA et al, 2003, p.6)

O conhecimento científico oriundo desta análise é resultante da ação dialógica, entre complementaridades e antagonismos da razão, da experiência, da imaginação e da verificação, por isso “o conhecimento não pode, assim, de modo algum, ser dissociado da vida humana e da relação social”.(OLIVEIRA et al, 2003, p.5)

Para Bardin (1995, p. 31) o método de análise de conteúdo não deve ser considerado como um instrumento, mas “um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações”.

Por essa razão, adotei um dos procedimentos específicos desse “conjunto de apetrechos”, a análise temática, a qual objetiva “descobrir os núcleos de sentido que

compõem a comunicação, cuja presença ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”. (BARDIN, 1995, p. 105)

Ainda, segundo esta mesma autora o tema é uma unidade de significação que se desprende de um texto analisado, consoante com os critérios relativos à teoria que serve de guia para a leitura, comportando um feixe de relações que pode ser apresentada através de uma palavra, uma frase ou um resumo.

Como forma de ratificar a escolha pela análise temática, considerando as vantagens que a mesma proporciona, Oliveira et al, (2003) afirma que esta técnica transcende os limites de uma análise, unicamente, voltada ao conteúdo manifesto, o que corrobora com a compreensão do conteúdo pleno dos discursos, inclusive os seus conteúdos latentes. Tal fator vem ao encontro dos objetivos deste estudo, contribuindo para a apreensão da percepção de competência interpessoal de enfermeiros(as) e a caracterização dos relacionamentos interpessoais entre o(a) enfermeiro(a) e a pessoa portadora de diabetes tipo 2.

A análise temática proposta por Bardin (1995) desdobra-se em três etapas, a saber: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados obtidos e interpretação.

Na pré-análise realizei uma leitura flutuante do material pesquisado, direcionado-o para os objetivos propostos neste estudo, no sentido de constituir um corpus, o qual representou a organização do material coletado.

Na fase de exploração do material busquei codificar o núcleo de compreensão do mesmo, agregando dados e informações, bem como selecionando as categorias e subcategorias teóricas ou empíricas que nortearam a especificação do tema (RODRIGUES, LEOPARDI, 1999). Essa categorização foi realizada por meio do desmembramento do texto em unidades temáticas, seguida de reagrupamentos analógicos.

Foi justamente desta forma que agrupei as unidades temáticas de acordo com a analogia de significados, a fim de estabelecer as categorias e subcategorias para responderem aos objetivos deste estudo.

Por fim, na última fase, busquei propor inferências e realizar interpretações fundamentadas no quadro teórico delineado neste trabalho, as quais estão descritivamente tratadas no capítulo seguinte.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

O propósito deste capítulo é apresentar os resultados obtidos na pesquisa sobre a apreensão de concepções de enfermeiras(os) que cuidam de pessoas portadoras de diabetes, sobre competência interpessoal e caracterizar o relacionamento dessas (es) enfermeiras (os) com estas pessoas, provenientes das entrevistas e observações realizadas.

Apresento neste momento os resultados e discussões sobre as percepções apreendidas, respaldadas em literatura pertinente e atualizada sobre a temática em questão, assim como em reflexões próprias sobre o fenômeno da competência interpessoal e dos relacionamentos interpessoais.

4.1 ANÁLISE DA ENTREVISTA

Os resultados das falas das (os) enfermeiras (os) entrevistadas, sobre competência interpessoal e a caracterização dos relacionamentos interpessoais, demonstraram um conjunto de significados os quais constituíram as categorias e subcategorias deste estudo.

Estas categorias e subcategorias que emergiram foram: CATEGORIA 1-Percebendo a Competência Interpessoal, com as seguintes subcategorias correlatas: Habilidades/ Capacidade de interação com o paciente e Relacionamento interpessoal efetivo. A CATEGORIA 2 Caracterizando o Relacionamento Interpessoal, com as seguintes subcategorias: Formas de relacionamento interpessoal, Elementos facilitadores do relacionamento interpessoal, Elementos limitadores do relacionamento interpessoal.

A seguir encontram-se as categorias com suas subcategorias e respectivas análises:

CATEGORIA I- PERCEBENDO A COMPETÊNCIA INTERPESSOAL

Esta categoria evidencia a forma com as (os) enfermeiras (os) percebem, compreendem e identificam a competência interpessoal, demonstrando que a mesma está vinculada ao próprio relacionamento interpessoal, e este, inserido em um contexto sócio-cultural e interpessoal, requerendo, portanto, habilidades específicas para o seu manejo.

SUBCATEGORIA1- **HABILIDADES/CAPACIDADE DE INTERAÇÃO COM O PACIENTE**

A subcategoria acima emergiu da fala dos (as) enfermeiros (as) quando afirmaram que a percepção que têm sobre competência interpessoal significa possuir habilidade/capacidade para interagir com o paciente.

Tal fato pode ser ratificado nas falas seguintes:

“Habilidade de estabelecer interação apesar das diferenças existentes quanto a idéias, valores e crenças”. (ENF 5)

“Saber ou ter habilidade...de entender os outros respeitando as particularidades de cada um e buscar harmonia entre os atores sociais envolvidos no meio que se apresenta”.(ENF 1)

“A capacidade que o profissional deve desenvolver para saber lidar com o indivíduo como um todo e não apenas com o portador de uma patologia, respeitando seu estilo de vida, não impondo seus conhecimentos e sim compartilhar experiências para maior êxito do objetivo...”. (ENF 3)

“... habilidade de interagir com o outro, neste caso o portador de diabetes, ajudando-o melhorar sua qualidade de vida através da prestação de uma assistência voltada para a promoção da saúde e prevenção de complicações”.(ENF 11)

“Capacidade de se relacionar bem com o outro, para que agente possa cuidar bem do outro”.(ENF 8)

“A habilidade e conhecimentos específicos para podermos relacionar com o outro, de modo que a gente possa cuidar dos nossos pacientes”. (ENF 6)

Analisando as falas acima, é possível perceber uma correlação entre os seus conteúdos e o que é abordado nos estudos de Perrenoud (1999), Deluiz (1995), Moscovici (1996), Zarifian (1998), Vidal (2000), Ramos (2001), Lazarotto (2001), Fernandes (2003a, 2003b).

Todos fazem apologia a competência interpessoal como sinônimo de detenção de habilidades, dentre elas as relacionais e como capacidade para realização de uma determinada atividade, assim como para se relacionar com o outro.

Deluiz (1995, p.11) aborda a competência interpessoal como a “capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas”. Em conformidade, Lazarotto (2001, p.24) aborda a competência como “condição de aplicação adequada de conhecimentos, habilidades e destreza, juntamente com atitudes e compromissos,... bem como a capacidade integral de exercer uma atividade”.

Essas autoras enfocam o conceito de competência em uma perspectiva ampliada, no contexto do desenvolvimento das mesmas para melhor inserção, empregabilidade e atendimento das novas exigências do sistema produtivo e do universo do trabalho.

Para Maeda (2006, p.18), os conceitos genéricos sobre competência ainda se apóiam no tripé “saber, saber-fazer e saber-ser, ou a conhecimento, habilidade e atitude, os quais devem estar associados à capacidade de solução de problemas”.

Este conceito ampliado de competências vem de encontro ao trabalho desenvolvido pelas (os) enfermeiras (os) de PSF frente a pessoas portadoras de diabetes, bem como a todas as demandas e atividades desenvolvidas pelas (os) mesmas (os).

Isto porque o trabalho em saúde é marcado por uma diversidade de categorias, profissionais, usuários, técnicas, tecnologias, das relações sociais e interpessoais, as quais são profundamente dinâmicas, diversificadas, não podendo seguir a rigidez dos critérios puramente economicistas, objetivos e técnicos. Necessita, portanto, de mobilização de comportamentos e de conhecimentos para lidar com situações inéditas além das habituais e corriqueiras de trabalho.

Neste mesmo sentido, Moscovici (1996), Vidal (2000), Lazarotto (2001) e Fernandes (2003), convergem para uma direção de aprofundamento da competência interpessoal, a competência que viabiliza as relações com o outro, no sentido de satisfazer as demandas de trabalho e cuidado a elas subjacente.

Moscovici (1996) entende a competência interpessoal como a habilidade de lidar com eficácia com o outro, de modo a atender as necessidades de cada um e as exigências requeridas por cada situação experienciada.

Esta compreensão sobre competência interpessoal foi remontada por grande parte dos informantes, demonstrando em suas falas que a competência interpessoal jamais deve permitir a negação do outro, dos seus problemas, crenças, desejos, aspirações em detrimento da imposição de conhecimentos e desejos do cuidador. Ao contrário, a busca deve ser pela

harmonização dos interesses e expectativas de ambos os envolvidos no processo cuidativo/relacional.

Assim, a competência interpessoal visa a valorização da subjetividade do (a) enfermeiro(a) e da pessoa portadora de diabetes, “portanto, não considera apenas a utilização racional de conhecimentos, ... mas a sua mobilização de acordo com a situação e a subjetividade de cada um” (FERNANDES et al, 2003b, p.212).

A valorização das subjetividades dos envolvidos no processo relacional, abarcados no bojo da competência interpessoal, denota que esta competência de cunho psico-social não desconsidera a competência técnica, mas também não lhe atribui primazia.

Esta perspectiva ficou clara na fala da (a) enfermeiro (a) 3, quando afirmou que não basta saber lidar com uma patologia, é necessário saber lidar com o indivíduo. Em outras palavras, ele (ela) quis dizer que não basta saber manejar tecnicamente a doença diabetes, quais exames pedir, o que abordar no exame físico, que orientações oferecer... É preciso algo mais, é preciso encarar o portador do diabetes como um sujeito social, “ como um ser que produz sua própria história, o responsável pelo seu devir,... sujeito de sua própria saúde”. (AYRES, 2001, p.65)

Em se tratando de mobilizar habilidades, atitudes específicas, reflexos da capacidade para se relacionar intersubjetivamente com o intuito de cuidar do outro, visualizo o cuidado de enfermagem como um processo interativo que conecta o ser que cuida ao ser cuidado e que requer a mobilização destes elementos.

Bejumea (2004) aponta o cuidado como uma atividade dinâmica, reflexiva, pautada na interação humana. Ainda, acrescenta que o mesmo se constitui em uma relação representada por sentimentos e por um interesse genuíno para promover o bem-estar do outro.

Diante do exposto, é interessante perceber que a competência interpessoal foi apontada, por alguns informantes, como forma de subsidiar o cuidado de enfermagem. Eles mencionaram que a habilidade de se relacionar bem possibilita cuidar melhor das pessoas com diabetes.

O Diabetes Mellitus, doença crônica proveniente da disfunção no metabolismo da insulina, caracteriza-se como uma condição permanente em que os indivíduos não podem ser curados, mas devem conviver com a doença. Na visão de Silva (2001, p.39), para os pacientes:

... há mais coisas envolvidas que a simples mudança na estrutura e funcionamento de seus organismos. As mudanças que ocorrem promovem rupturas com o seu modo de viver anterior, requerendo modificações em seus hábitos diários, nos papéis que

desempenham, enfim, mudanças que requerem uma nova estruturação de suas vidas.

Essa fala de Silva sobre as repercussões impactantes que o diabetes pode trazer para os indivíduos que a detêm, deixa evidente que as intervenções tradicionais, que visem um cuidado técnico, voltado para o corpo do doente, não respondem, exclusivamente, às necessidades sociais e de saúde dos indivíduos, além de limitar os profissionais de enfermagem em torno de práticas restritas, não reflexivas, ingênuas e pouco efetivas em prol da qualidade de vida.

Há que se considerar a competência interpessoal como um elemento propulsor e redirecionador das práticas de saúde e do cuidado de enfermagem, como um “pano de fundo, onde se desdobram as demais competências” (FERNANDES et al, 2003b, p.212), como um exercício sistemático de uma reflexividade no trabalho, como a mobilização de habilidades, hábitos e atitudes para soluções de situações concretas e/ou imprevisíveis de trabalho, como a possibilidade de interpretação de signos e significados das enfermidades no sentido de contribuir para um cuidado mais humano, ético, efetivo e emancipador, como um exercício sistemático de uma reflexividade no trabalho (ZARIFIAN, 1998).

A competência interpessoal, portanto, denota sim habilidades de interação com o outro, mas não se limita a isto. Seu conceito mais amplo implica a consideração de comportamentos, de atitudes, de percepção, de conhecimento científico, de inteligência, de valores, de emoções e sentimentos.

Por isso na visão de Fernandes (2003b, p.213), a competência interpessoal “deve ser visualizada através do fator intelectual (técno-científico), do fator interpessoal (emocional) e do fator organizacional (institucional)”.

Não basta apenas ter conhecimentos, não basta ter somente habilidades, não basta ter condições profissionais, faz mister a conjunção destas três vertentes no sentido de subsidiar a prática de enfermagem com vistas a um cuidado competente e comprometido com os indivíduos que sofrem todos os tipos de enfermidade, nesta circunstância, o diabetes mellitus.

SUBCATEGORIA 2- RELACIONAMENTO INTERPESSOAL EFICAZ

Além de perceberem a competência interpessoal como habilidades de interação com o paciente, os informantes deste estudo ainda apontaram o relacionamento interpessoal efetivo como expressão desta competência.

Isto pode ser observado através seguintes falas:

“Capacidade que a pessoa tem de conseguir uma relação interpessoal efetiva”.(ENF 4)

“Desenvolvimento de relações entre as pessoas de forma cordial, espontânea, atenciosa, sensata e sobretudo transmitindo-lhe amor e segurança, a fim de que se estabeleça uma relação de confiança entre ambas as partes”. (ENF 2)

“Se relacionar bem com o outro, tentando ajudar e tomar medidas necessárias para manutenção da sua saúde”. (ENF 7)

“É a interação entre dois sujeitos, ou seja, é a troca de informações entre duas pessoas de modo que haja o entendimento entre ambas”. (ENF 10)

“É quando nós conseguimos nos relacionar bem com os pacientes superando as nossas expectativas e as do próprio paciente”. (ENF 9)

As relações interpessoais, de fato, compõem a competência interpessoal, e são de certo modo reflexos da mesma.

Reconhecer que uma pessoa é competente porque desenvolveu um relacionamento interpessoal eficaz, vai além de dizer que ela estudou e pode dar conta, teoricamente, do que aprendeu. Isto porque “a qualificação real do trabalhador, compreendida como um conjunto de competências..., vão além da dimensão cognitiva” (MARQUES, 2001, p.54), refletindo também a dimensão da inteligência prática e a compreensiva.

Nesta ótica, se relacionar de forma efetiva com o outro reflete muito mais o saber-ser e saber-agir do que o saber-fazer. Representa que a subjetividade, os saberes tácitos, os comportamentos, as atitudes frente a situações concretas de relacionamento interpessoal, tem forte peso e influência.

No entanto, me reporto ao saber-ser e ao saber-agir, não no sentido de desconsiderar o saber-fazer e nem de enfatizar o empirismo e o pieguismo subjetivista, mas sim como forma de realçar que não existem fórmulas prontas para se alcançar um relacionamento interpessoal efetivo, visto que o próprio conceito de competência remonta a mobilização de habilidades e conhecimento para lidar com o imprevisível, reduzindo a excessiva instrumentalidade e o caráter prescritor, característicos de outros modelos tradicionais.

O relacionamento interpessoal efetivo é caracterizado por Wood (1997), como um processo terapêutico, um fluxo experiencial no qual o terapeuta e o cliente participam por meio de uma relação intersubjetiva, com vistas ao benefício do cliente.

Tais afirmações permearam, implicitamente, a fala do informante 7 deste estudo, que mencionou que o relacionamento com o outro deve concorrer para manutenção da sua saúde, onde a experiência de cuidar do outro deve voltar-se para uma relação centrada na pessoa.

Isto para Travelbee (1979) reflete um momento em que a pessoa do(a) enfermeiro(a) encara a pessoa do paciente como ser único, buscando através de atitudes terapêuticas auxiliá-lo na resolução de problemas objetivos e subjetivos, além de ajudá-lo a descobrir e socializar-se com seus semelhantes

Entendendo que a comunicação subsidia e materializa os relacionamentos interpessoais, concorrendo para a sua efetivação, é que o informante 8, mencionou a troca de informações entre as pessoas, assim como o entendimento da mensagem emitida por outros.

Para Travelbee (1979) a comunicação significa enviar e receber mensagens mediante símbolos, palavras, gestos, implica que a mensagem seja compreendida tanto pelo que envia quanto pelo que recebe. Ainda acrescenta que a habilidade para comunicar-se permite que o ser humano se relacione.

Nesta linha de pensamento, afirmo que a comunicação faz parte da competência interpessoal, pois permite o deslocamento para o encontro com o outro, reduz a idéia de depositar conhecimentos de um sujeito em outro e potencializa a interpretação de signos e de significados, gerando autonomia e valorização dos envolvidos no processo dialógico e interpessoal.

Reporto-me a Freire (1987, p. 93), ao mencionar que o dialogo é uma experiencia existencial, “é um encontro em que se solidariza o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado”.

Esse agir e refletir dos sujeitos vêm envolvidos por componentes afetivos, intelectuais, sociais, altamente dependentes do relacionamento, da comunicação e do ambiente do qual fazem parte.

Além do diálogo, o cuidado e as relações interpessoais implicam em um movimento de ação-reflexão-ação, existindo de igual forma em diferentes relações e ações e em cada contexto no qual se vê inserido o (a) enfermeiro (a), ajudando-o (a) a ser reflexivamente competente.

Ainda no que diz respeito aos relacionamentos interpessoais, foi mencionado em uma

das falas, que este ocorre quando as expectativas do (a) enfermeiro (a) e da pessoa enferma são superadas.

De fato, quando ocorre a superação de expectativas de ambos, a sensação para o ego de gratificação é maior. Embora seja gratificante, nem sempre o (a) enfermeiro (a) superará suas expectativas, especialmente em um primeiro momento de contato com o paciente. Isto porque para Travelbee (1979), o profissional, como ser humano, pode ter enfrentado problemas em sua trajetória de vida, resultando em obstáculo ao estabelecer uma relação com os pacientes.

A mesma autora, ainda, exemplifica que uma enfermeira que tenha tido muita dificuldade de relacionamento com os pais, pode ser incapaz de relacionar-se efetivamente com um paciente que represente para ela uma figura paternal.

Assim, conhecer-se para conhecer o outro e poder ajudá-lo, implica em um movimento de fortalecimento do EU do profissional de enfermagem e da pessoa enferma. Sob este prisma é que Fernandes (2003a, p.59) coloca que, “identificamos as variáveis individuais e organizacionais na construção da competência interpessoal, como instrumento do trabalho em saúde”. Em outros termos, as variáveis individuais, representativas da subjetividade do (a) enfermeiro (a) e do paciente, não podem ser deixados à margem quando se fala de competência interpessoal, pois, fazem parte do trabalho em saúde e do cuidado de enfermagem.

Considero que não é uma tarefa fácil o fortalecimento deste EU por que exige compreensão e mudança de padrões habituais de reações e comportamento, o que muitas vezes não são os mais adequados. Este processo requer um compromisso interno de conscientização e de mudanças efetivas de maneira permanente.

Passo a apresentar a segunda categoria Caracterizando o relacionamento interpessoal.

CATEGORIA II-CARACTERIZANDO O RELACIONAMENTO INTERPESSOAL

Essa categoria representada pelas falas das (os) entrevistadas (os), revela que o relacionamento interpessoal pode ser caracterizado por distintas formas e atores diversos e, que estas formas, podem ser subsidiadas por elementos limitantes e facilitadores deste processo interpessoal.

SUBCATEGORIA 1- FORMAS DE RELACIONAMENTO INTERPESSOAL

As falas agrupadas a seguir revelam que existem formas distintas de expressão do relacionamento interpessoal e o que o caracteriza. Essas formas, no geral, se dão promissoriamente, nas quais as (os) enfermeiras (os) 2, 4, 3, 5, 1, 9 procuram estabelecer um relacionamento interpessoal harmonioso com o objetivo de atender ao outro. No entanto, outros entrevistados (10 e 7) responderam que mesmo com as dificuldades buscam uma forma humanizada de relacionar-se tal como disse a (o) enfermeira (o) 6.

“De forma prestativa, dispensando-lhe atenção e transmitindo confiança”. (ENF 2)

“Acredito que tenho um bom relacionamento com a maioria, pois não tenho contato constante com todas as pessoas com diabetes na unidade onde eu trabalho”. (ENF 7)

“Quase não me relaciono, pois não atendo pessoas diabéticas, não fui capacitada para isto”. (ENF 10)

“Procuro me relacionar por meio do desenvolvimento da confiança, respeito e conhecimento técnico e científico”. (ENF 4)

“Além do aspecto profissional de cuidado técnico, procuro estabelecer um vínculo de confiança em que o cliente possa expor seus medos, tire suas dúvidas”. (ENF 3)

“Relacionamento cordial baseado no respeito quanto às crenças, valores adquiridos, mas sem perder de vista as questões científicas referentes ao problema citado”. (ENF 5).

“Quase não me relaciono, pois quase não atendo pessoas com diabetes, e isso não é só aqui. Acho que todos os PSF's. Mas busco demonstrar interesse pelo paciente e compreensão no que ele fala respeitando-o sempre”. (ENF 6)

“O cliente portador de diabetes necessita de atenção especial por parte de nós profissionais de saúde, pois este apresenta algumas limitações e condições próprias da doença que precisam ser reorientadas, levando em consideração seus hábitos, estilo de vida, conhecimentos, ajudando-os a diminuir dúvidas e adotar medidas que proporcionem bem-estar e qualidade de vida”. (ENF 1)

“Buscando oferecer conforto, confiança e resolver, na medida do possível, seus problemas de saúde”. (ENF 9)

É importante ressaltar que a sociedade, a vida em grupos, decorre da interação entre indivíduos, haja vista que essas interações criam uma organização com qualidades particulares que retroalimentam os próprios indivíduos. É nessa interlocução que minha fala ou gesto origina-se neste outro e a ele se destina.

Na dialética dessas interações EU/TU, negada pela racionalidade linear, é que vejo as relações interpessoais serem marcadas por contatos, informações, trocas, sentimentos, emoções.

É, também, na dialética da interação enfermeira (o)-paciente que o cuidado de enfermagem se processa, se constrói, se consolida, se transforma.

Na visão de Manzolli (1987, p.1), “ sendo o cerne da profissão, o relacionamento interpessoal ocupa lugar bastante elevado na escala de valores da mesma”. Tal afirmação ratifica que o relacionamento interpessoal perpassa por todas as ações de cuidado desenvolvidas pela (o) enfermeira (o), e é o fulcro gerenciador e viabilizador da prática desta ciência.

O cuidado de enfermagem na moldura do relacionamento interpessoal prevê a ampliação das ações destinadas aos indivíduos que cuidamos, pois, pressupõe que o profissional realize um movimento de saída de si mesmo, para ir ao encontro do mundo do outro, no sentido de entender sua plataforma de crenças, valores, comportamentos e significados atribuídos à sua doença.

Este movimento preconiza a interrelação de subjetividades que se conectam em um período de tempo, mas que poderá trazer repercussões em suas histórias de vida. Por isso, pressupõe um cuidado que não se limite à execução de técnicas, às atitudes estereotipadas e robotizadas do cotidiano, geradoras de pouco impacto na vida do ser cuidado, visto que atuam na superficialidade do problema e do Ser.

É sob este ponto de vista que a (o) enfermeira (o) 3, afirmou que além do aspecto profissional do cuidado técnico, procura estabelecer confiança, abertura do paciente para exposição dos medos e de dúvidas, tal como se segue : *“Além do aspecto profissional de cuidado técnico, procuro estabelecer um vínculo de confiança em que o cliente possa expor seus medos, tire suas dúvidas”*.

Ainda nesta mesma fala este informante deixa claro que, profissionalmente, a técnica é o que é científico e o que lhe é exigido e, talvez o mais importante, mas, que ela transcende este papel, valorizando outros elementos psicosociais, o que poderia levar a pensar que a valorização destes últimos e da própria relação interpessoal, não integra o aspecto profissional e científico do trabalho de enfermagem, o que é não é verdadeiro.

Assim, Waldow (2004, p.27), refuta o posicionamento deste informante quando tece considerações sobre o cuidado dizendo-nos que “o cuidar apresenta uma conotação diferente ao não se limitar apenas ao aspecto técnico e a realização de uma tarefa ou procedimento”. Ainda, acrescenta que o cuidar possui além do componente moral e emocional, o aspecto cognitivo, a percepção, o conhecimento e a intuição.

Quero com esta fala reafirmar que outros autores como Mayroff (1971), Boff (1999), Silva (2003), Watson (1979), também coadunam com a mesma idéia de que o cuidado é composto por uma dimensão objetiva, que envolve a realização de técnicas e procedimentos; mas também envolve uma dimensão subjetiva, das emoções, valores e personalidade de cada um. Portanto, tais dimensões não são dissidentes, fazem parte de um mesmo continuum que se propõe a promover a vida.

Ainda nesta direção, os informantes 4 e 5 enfatizaram a premência do conhecimento científico como um dos eixos norteadores para o cuidado e o relacionamento com pessoas com de diabetes. Tal posicionamento ficou ainda mais claro na fala do informante 5 quando informou que procura se relacionar considerando aspectos psicossociais, mas, sem perder de vista as questões científicas referentes ao problema.

Ao analisar tais relatos, considero relevante a menção dos aspectos científicos para o manejo da doença. Contudo, as relações interpessoais, a competência interpessoal também são regidas por princípios científicos que requerem estudo, análise e, sobretudo, incorporação destes para mudança de hábitos e atitudes do cuidador e do ser cuidado.

Assim, os aspectos técnicos devem ser valorizados, mas eles por si só não garantem a adesão dos pacientes ao regime terapêutico, não garantem que as informações fornecidas pela enfermeira nas consultas, visitas domiciliares ou grupos de educação em saúde, sejam incorporados pelo paciente gerando hábitos de vida saudáveis.

A abordagem dos aspectos emocionais frente à pessoa com diabetes, também, deve ser incorporada às ações desenvolvidas pela (o) profissional enfermeira (o), pois “... o aspecto emocional tem papel preponderante na aceitação e na responsabilidade do tratamento, tanto por parte do paciente, quanto da família”. (VARGA, 1993, p. 694).

A competência interpessoal, representada pela mobilização de conhecimentos e atitudes voltadas para as relações interpessoais, requer este envolvimento afetivo no contexto relacional, que é também o contexto do trabalho em saúde onde as ações de cuidar são desenvolvidas.

Além dessas formas de relacionamento interpessoal, também foi apontada pela maioria

dos entrevistados a confiança e o respeito como elementos imprescindíveis para o desenvolvimento do relacionamento.

Waldow (2004, p.28) define confiança como a “qualidade que se desenvolve através de relações de respeito, segurança e honestidade”. Chama, também, atenção para que esta qualidade não culmine em relações paternalísticas que provoquem dependência.

Parece estar explícito na fala da autora que respeito e confiança andam imbricados, vez que, na medida em que o profissional se mostra aberto a ouvir, compreender e ajudar o outro genuinamente, o respeito desponta como agente integrador da relação interpessoal.

Isto vem realçar os preceitos da relação pessoa-a-pessoa definida por Travelbee (1979) a qual aborda a necessidade do respeito à unicidade das pessoas, da relação de ajuda definida por Furegato (1999), a qual aborda que esta relação deve capacitar o indivíduo a se conhecer, aceitar seu processo de vida, a fim de utilizar seus recursos e experiências com transformações construtivas de atitudes e comportamentos.

A capacitação do indivíduo, pela construção de atitudes positivas e transformação do comportamento, faz cair por terra o paternalismo imobilizador em relação ao indivíduo, pois, ao contrário, a relação interpessoal busca a responsabilização e autonomização do mesmo pela sua doença e pelas suas situações de vida.

Há que se considerar que além da confiança e do respeito, outros elementos integram as formas de relacionamento interpessoal que regem as interações da (o) enfermeira (o) frente à pessoa com diabetes. A saber: a definição dos objetivos da consulta, a responsabilização mútua (do profissional e do paciente pelo tratamento), a identificação de problemas em uma dimensão integral e holística do ser humano, o envolvimento emocional, o uso de técnicas de comunicação e de atitudes terapêuticas.

Ações que congreguem somente confiança e respeito diante do relacionamento interpessoal, não serão tão benéficas quanto a sua utilização conjunta com todas esses elementos diversificados. O caminho da integração converge para um maior sinergismo do cuidado de enfermagem frente a pessoas com diabetes.

Na fala do entrevistado 1 “ *o paciente portador de diabetes requer atenção especial por parte de nós profissionais de saúde*”, por enfrentar situações específicas e delicadas referentes a doença.

De fato, a valorização do relacionamento interpessoal como instrumento terapêutico no cuidado de pessoas com diabetes, pode trazer repercussões significativas na forma de enfrentamento da doença e quiçá na redução da morbi-mortalidade da mesma. Isto porque, “... quando estes aspectos são trabalhados, os resultados obtidos são: maior responsabilização

no tratamento, comportamento positivo em relação à doença, cooperação no tratamento e vida ativa e adaptada”. (VARGA, 1993, .p.694).

Ainda a respeito das formas de relacionamento interpessoal, os informantes 10, 7 e 6, disseram que quase não se relacionam com pessoas com diabetes, pois, não é o foco de suas ações e, ainda, um deles acrescentou que não foi preparado para isto.

Na verdade, essa situação reflete que o atendimento ao paciente com diabetes por parte dessas (es) enfermeiras (os) não está sendo priorizado. Fica claro, ainda, que, não está existindo relacionamentos interpessoais desses com esta clientela, não porque os relacionamentos não sejam importantes e não façam parte da assistência de enfermagem, mas sim, porque os pacientes não estão sendo atendidos por essas (es) enfermeiras (os).

É sabido que Brasil (2000), determina o atendimento do portador de diabetes pelas unidades de Saúde da Família, que o SUS (Sistema Único de Saúde) prevê como um de seus princípios a universalidade, a equidade e a resolutividade, dentre outros. Mas, na realidade, a assistência às pessoas portadoras de diabetes pode estar seriamente comprometida se não houver um cuidado competente, integralizador e multiprofissional nas Unidades de Saúde da Família de Vitória da Conquista.

Tal contexto pode trazer repercussões sérias para as pessoas que convivem com a diabetes, já que ela pode trazer potencialmente complicações agudas e crônicas e até comprometer a vida. Essa situação traz implícita e explicitamente a idéia de que:

a atuação de alguns profissionais de saúde, ocorre de forma desarticulada das políticas de saúde, gerando problemas com a descentralização da assistência, a baixa resolutividade das ações, além da ausência de oferta de um cardápio que garanta o acesso e o acolhimento dos usuários (TRENTINI, BELTRAME, 2004, p. 266).

Quanto a falta de preparo mencionada pelo informante 10, Moscovici (1996) alerta que o desenvolvimento de competência interpessoal (relacionamento interpessoal eficaz), requer treinamento especial de laboratório, pois deve mobilizar o auto-conhecimento e a auto-transformação. Já Fernandes, (2003b), complementa dizendo que, teoricamente, as organizações reconhecem a importância dos relacionamentos interpessoais, mas, na prática isto ocorre de forma desvinculada dos objetivos organizacionais.

Diante do exposto, para que as formas de relacionamento interpessoal se efetivem no contexto do trabalho da (o) enfermeira (o), é preciso que estes busquem reconhecer-se como elementos terapêuticos, capazes de causar o impacto positivo à saúde das pessoas que

cuidam, por meio do relacionamento interpessoal. Ainda, no contexto organizacional, é preciso que se desenvolva estratégias de educação continuada que estimulem e garantam o desenvolvimento e atuação competente destes profissionais.

Faz-se necessário esclarecer que existem formas de relacionamento interpessoal, e não fórmulas prontas, capazes de nos conduzir a situações desejadas.

Os relacionamentos ocorrem dentro de campos interacionais os quais representam o contexto em que estão inseridos a(o) enfermeira(o) e a pessoa com diabetes. O contexto, os relacionamentos, as pessoas envolvidas, as situações desencadeadas são as mais diversas possíveis. Portanto, lidar com uma realidade tão dinâmica exclui a possibilidade de adoção de fórmulas preconcebidas e estigmatizadas.

Um adágio popular diz que o caminho se faz ao caminhar. Isto posto para as relações interpessoais retrata que, quanto mais nos relacionamos, mais estaremos aptos para o relacionamento interpessoal de cunho terapêutico; quanto mais buscamos nos aperfeiçoar nestes relacionamentos mais concorreremos para a edificação de relacionamentos terapêuticos, bem como de competência interpessoal.

A partir deste momento tratarei da subcategoria 2 proveniente da categoria 2 destes estudo.

SUBCATEGORIA 2: ELEMENTOS FACILITADORES DO PROCESSO DE RELACIONAMENTO INTERPESSOAL.

Se as atividades humanas estão alicerçadas em contínuos de relacionamentos interpessoais, se estes constituem a base das ações de cuidado desenvolvidas pelas (os) enfermeiras (os), depreende-se daí que a valorização desses relacionamentos para prestação do cuidado de pessoas com diabetes constituirá em um elemento facilitador deste processo.

O recorte das falas a seguir aponta elementos facilitadores do processo de relacionamento interpessoal.

“Transmitir confiança ao paciente, saber ouvir, ser atencioso e simpático, transmitir interesse em resolver o problema do outro, ser assíduo nas programações agendadas”.(ENF 2)

“Querer se comunicar, entender a mensagem, dar o feedback”. (ENF 10)

“Demonstrar interesse e sinceridade pelo o que o paciente diz, fazer o melhor pelo paciente”. (ENF 11)

“Respeito, confiança, saber ouvir, entender as limitações de cada pessoa, conhecer o contexto biopsicosocial que cada um está inserido”.(ENF 7)

“A receptividade do profissional para ouvir, para aconselhar, para conversar e para orientar o paciente de acordo com suas necessidades”.(ENF 9)

“Compreensão, paciência, linguagem acessível, empatia, autoridade, conhecimento científico, estimulação dos elementos favoráveis ao relacionamento”.(ENF 4)

“Acho que a empatia entre as pessoas envolvidas, o conhecimento técnico, o respeito á bagagem cultural do público alvo e a relação de confiança que se tenta estabelecer”.(ENF 3)

“ Respeito, cooperação, solidariedade, flexibilidade, união”. (ENF 5)

A maior parte das falas dos entrevistados demonstrou uma preocupação com o estabelecimento da comunicação como elemento facilitador do relacionamento interpessoal.

Para Travelbee (1979), a habilidade para comunicar-se permite que o outro se relacione. Tigulini e Melo (2002) também consideram a comunicação como a base dos relacionamentos humanos, Silva (2003) reforça que a comunicação dá vida às relações.

A comunicação é, portanto, a concretização dos relacionamentos interpessoais. É por meio dela que as pessoas colocam em comum seus pensamentos, idéias, comportamentos, é por meio dela que se veicula mensagens de cunho verbal, não verbal, enfim, é através dela que interagimos com o outro.

Essa interação, permeada por atos comunicativos, quando processada por atitudes conscientes, concorre para a potencialização do próprio cuidado na medida em que valoriza o diálogo e os sujeitos envolvidos, direcionando-os a caminho do auto-cuidado e solução de problemas relativos à vivência com a doença diabetes, bem como aos fatores que a condicionam ou atenuam. O contrário favorecerá uma influência negativa no cuidado de enfermagem e nas relações interpessoais, transformando-se em fontes de limitações e embargos de todas as ordens.

Dentre as modalidades de comunicação, o saber ouvir foi o mais referido nas entrevistas. Esta modalidade faz parte de uma categoria maior de comunicação que diz respeito à comunicação não verbal.

A comunicação não verbal é aquela que se processa por meio da interação com a isenção de palavras. Os gestos, as atitudes, as reações compõem este tipo de comunicação.

Silva (2003, p.45) retrata que a comunicação não verbal “pode resgatar a capacidade do profissional de saúde de perceber com maior precisão os sentimentos do paciente, suas dúvidas e dificuldades de verbalização”. Manzolli (1987) complementa que além da linguagem falada o enfermeiro deve buscar desenvolver a linguagem do silêncio, do contato físico da postura corporal.

O saber ouvir, representante da linguagem do silêncio, se constitui em importante elemento diante do cuidado prestado às pessoas com diabetes, pois, a nossa cultura industrializada, urbana tende, atualmente, a nos afastar do outro, a despejar os conteúdos das falas, a tratar o outro como objeto. Neste ínterim, o saber ouvir, se calar para que o outro fale e se expresse, exponha seus medos, suas dúvidas, suas expectativas, representa uma oportunidade de resgate da natureza humana, da subjetividade em sua complexidade e infinitude.

No processo comunicativo a emissão, recepção e retransmissão de mensagens, constitui o feedback, ou seja, é a retroalimentação que emissor e receptor emitem, representando que a mensagem foi compreendida, atendida ou até mesmo não compreendida e negada.

Para Moscovici (1996, p.53), o “o termo feedback é de grande importância no comportamento humano e nas relações interpessoais”, pois é ele que nos viabiliza para o alcance de objetivos, auxilia na mudança de comportamentos, além de ajudar a melhorar o desempenho, o cuidado e a própria competência interpessoal.

O feedback na comunicação interpessoal, com a pessoa portadora de diabetes, mencionada pelo informante 10 respalda a compreensão em profundidade da história desses indivíduos, como percebem e lidam com a doença, de modo que a comunicação nesses moldes ultrapassa os limites da superficialidade.

É urgente a valorização da comunicação como elemento facilitador do processo de relacionamento interpessoal, pois, na visão de Santana (2000, p.30) observa-se que:

A prática profissional do cuidado na enfermagem tem mostrado que a relação dos profissionais de saúde com os diabéticos tem sido priorizada, quase que exclusivamente, pelo controle glicêmico, e por outros exames de rotina, em detrimento dos aspectos individuais do ser.

As pessoas com diabetes requerem cuidados que vão além do tratamento medicamentoso, do controle glicêmico e solicitação de exames. Elas precisam de um cuidado sensível, que permita a valorização do seu saber, do diálogo, do respeito pelo o que ele fala e pensa. Assim, a confiança por parte do paciente pelo cuidado recebido, o fará crer que o tratamento poderá lhe ajudar, que ele é capaz de se cuidar, que viver o diabetes pode ser sinônimo de qualidade de vida.

A confiança e o respeito foram dois elementos facilitadores do processo de relacionamento interpessoal bastante mencionados pelos entrevistados deste estudo.

Neste trabalho, a confiança e o respeito foram retratados como reflexos de competência interpessoal, no estabelecimento das formas de relacionamento interpessoal.

De fato, a forma como nos relacionamos, transmitindo confiança no que se diz e faz, e o respeito pelo o que o paciente é, vão se configurar, simultaneamente, como uma forma de relacionamento e, um elemento que facilita o desenvolvimento do mesmo.

Por isso, para que a confiança e o respeito se constituam em elementos facilitadores do processo de relacionamento interpessoal, há que se “criar um relacionamento positivo entre as pessoas, no qual haja espaço para a confiança e a esperança” (CRUZ; SOARES, 2004, p.12). Isto requer comportamento expresso em forma de ações e atitudes sinceras, maneira essencial de se exercer o cuidado.

Esta maneira essencial de se exercer o cuidado, envolvendo confiança e respeito, também, abarca outro elemento que seria a empatia.

A empatia, elemento mencionado pelos entrevistados 6,7, e 9, seria a capacidade de conhecermos e sensibilizarmos com o íntimo do outro a fim de podermos ajudá-lo sem, no entanto, nos imobilizarmos com tal situação.

Travelbee (1979) retrata a empatia com a capacidade de transcender-se a si mesmo e interessar-se pelo outro, tornando-nos sensíveis à situação que está sendo vivenciada, o que nos mobiliza a oferecer o auxílio necessário.

A empatia para Daniel (1983) é a capacidade de entendimento da estrutura psicológica de outra pessoa, procurando ver e sentir como se fosse o outro, tentando identificar o significado da comunicação verbal e extraverbal, além de seu conteúdo manifesto, compartilhando desejos e sentimentos, mesmo que não se concorde com eles, que estes sejam intensos, profundos ou destrutivos.

A empatia requer da (o) enfermeira (o), mobilização de recursos de sua própria personalidade no sentido de integrar-se ao problema alheio, na tentativa de se encaminhar

uma solução viável para o paciente, ainda que não seja uma solução que ela (e) tomaria para si.

Isto, em relação às pessoas com diabetes, significa que em uma situação na qual o paciente esteja resistente a dietoterapia, por exemplo, mesmo que a (o) enfermeira (o) saiba da importância do seguimento desta para a saúde do indivíduo, uma atitude empática procuraria compreender porque do consumo exagerado de alimentos, especialmente, os hiperglicídicos, o que tem motivado o paciente a assumir tal comportamento e como poder ajudá-lo diante da exposição da problemática em questão.

Além da empatia, mais uma vez, o conhecimento científico foi mencionado como elemento facilitador do relacionamento interpessoal, por parte dos entrevistados.

Mas, o conhecimento científico sobre a doença, por si só, não é capaz de solucionar todos os problemas e conflitos provenientes do cuidado de pessoas com diabetes. Ele nos respalda a cuidar melhor, mas se limita a superficialidade do cuidado técnico.

Como técnica não quer dizer ética, precisamos ir além da técnica, precisamos nos relacionarmos adequadamente com o outro, precisamos de calor humano, pois, conforme Trentini e Beltrame (2004, p.267):

A patologia do diabetes requer, sem dúvida, um tratamento medicamentoso, uma constante vigilância no estilo de vida das pessoas diabéticas, mas o sofrimento da 'alma', proveniente desta situação, só pode ser suavizado pelo calor humano.

Isso me instrumentaliza a dizer que, atualmente, há um descompasso entre o progresso tecnológico e o progresso humano, no qual a tecnologia pura isenta o cuidado de calor humano, de compreensão empática, de comunicação efetiva e de competência interpessoal.

Nesta direção, Furegato (1999) vem discorrer sobre alguns itens que devem nortear a relação de ajuda, facilitando a execução da mesma. Ela comenta que devemos transmitir ao outro que somos merecedores de sua confiança e respeito, que devemos expressar-nos sem ambigüidades, apresentar sentimentos positivos para com o outro (atenção, respeito, afetividade, interesse). Complementa, ainda, que devemos desenvolver e fortalecer a nossa identidade pessoal e permitir que o outro expresse a sua, sem punições ou castrações. Por fim, arremata convidando-nos a buscar aceitar a pessoa que estamos cuidando integralmente, e que para isto é preciso nos conhecer e nos aceitar.

Essas elucubrações norteiam a edificação da competência interpessoal bem como dos elementos envolvidos no cuidado de enfermagem, considerando dois seres em interação com seus conhecimentos e histórias.

SUBCATEGORIA 3: : ELEMENTOS LIMITADORES DO PROCESSO DE RELACIONAMENTO INTERPESSOAL

Os resultados das falas das (os) enfermeiras (os) entrevistadas sobre a caracterização dos relacionamentos interpessoais, demonstrou um conjunto de respostas, evidenciando a presença de elementos limitadores do processo de relacionamento interpessoal, conforme as falas a seguir:

“A falta constante de medicamentos, número de vagas limitadas para as consultas e exames especializados criando uma demanda reprimida e, em menor grau, a não aderência de alguns pacientes ao tratamento e, às orientações fornecidas”. (ENF 1)

“Intransigência, ditadura, falta de comunicação”.(ENF 2)

“Resistência quanto ao processo de mudança e imposição de valores quanto o que é ideal na discussão e real na prática”. (ENF 3)

“... sem condições de trabalho a gente até tenta e consegue durante um certo tempo, mas depois, cai na falta de ânimo e acomodação”.(ENF 4)

“A falta de empatia entre as pessoas envolvidas”. (ENF 5)

“Negação da doença, a nossa cultura assistencialista e a dificuldade do paciente exercer o auto-cuidado”. (ENF 6)

“Falta de preparo profissional, falta de incentivo e falta de estímulo”.(ENF 7)

“A dificuldade que o paciente tem de entender e aceitar que tem um problema de saúde crônico e que necessita de contínuo cuidado para com sua saúde”.(ENF 8)

“Sofrer de surdez emocional e se fechar para novas aprendizagens que podem surgir no relacionamento”.(ENF 9)

“Não querer se comunicar, usar termos científicos, não deixar que o outro se expresse”. (ENF 10)

“Um mal atendimento de uma forma geral”. (ENF 11)

As condições inadequadas de trabalho foram um dos itens que mais sobressaíram como fatores limitantes do relacionamento interpessoal.

A respeito desse fator limitante, os entrevistados mencionaram a falta de materiais, a pouca disponibilização de consultas e exames especiais, número extrapolado de famílias para a equipe dar conta de atender e acompanhar.

Diante das falas emitidas pelos sujeitos, Trentini e Beltrame (2004, p.265) aludem que estudos desenvolvidos para avaliação do cuidado a pacientes diabéticos, demonstraram que eram exclusivamente centrados nas consultas médicas, que somente cerca de metade dos pacientes tinham bom controle glicêmico, muitos tinham baixa adesão à alimentação correta e a realização de exercícios físicos. Complementam dizendo que “esses dados vêm confirmar nossa crença de que as instituições de saúde necessitam urgentemente renovar seu sistema de assistência”.

Concordo com tal posicionamento de que condições de trabalho interferem na qualidade dos relacionamentos interpessoais, haja vista que leva a um desgaste do trabalhador e descrédito do paciente, que muitas vezes, confia e respeita o profissional, mas reconhece as falhas no sistema de saúde. Outras vezes, imputa aos profissionais as falhas do sistema de saúde desvalorizando a ambos e concorrendo para a complicação de sua situação de saúde.

O Sistema de Saúde, no caso de Vitória da Conquista, de fato, deveria estar preparado para assistir integralmente às pessoas com diabetes, em virtude do potencial de complicações que a doença pode trazer mas, principalmente, em virtude dos direitos de qualquer cidadão de ter uma saúde pública de qualidade por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

A assistência à saúde comprometida, pode afetar a adesão ao tratamento tal como foi percebido em algumas falas dos entrevistados e tal como ratifica Pierin (1998), ao afirmar que as condições dos serviços de saúde interferem na adesão do paciente, assim como fatores ligados à terapêutica e ao próprio paciente.

No entanto, quando se fala de relacionamento interpessoal, têm-se em mente a interação estabelecida entre duas ou mais pessoas, permeada de uma carga de emoções, sentimentos, habilidades interpessoais, empatia, comunicação, os quais denotam que fatores

intrapessoais e interpessoais exercem tanta influência no cuidado, entendido sob este ponto de vista, quanto os aspectos organizacionais.

Fernandes et al (2003b, p.214) confirma dizendo que “neste processo de interação social é necessário levar em conta emoções dos trabalhadores, do cliente e da equipe, assim como a influência do contexto organizacional...”.

Ao associar esta colocação acima, quero com isto dizer que os aspectos organizacionais podem interferir e limitar a relação interpessoal, mas não são determinantes nem condicionantes para que não haja um relacionamento interpessoal satisfatório, até mesmo, porque, não constituem a essência do relacionamento.

Apesar de, na visão de alguns informantes deste estudo, o relacionamento interpessoal estar eminentemente ligado as condições de trabalho, isto não reflete em profundidade, somente em aparência, o caráter do relacionamento interpessoal.

O âmago do relacionamento interpessoal denota uma troca bilateral de experiências e saberes, comportamentos e, não apenas, o oferecimento de medicamentos e informações em troca de uma vida saudável.

A prestação de um cuidado condicionado, somente às condições satisfatórias de trabalho, limita o cuidado de enfermagem e as relações interpessoais, as quais são muito mais abrangentes, provocando, “... cada vez mais o afastamento das pessoas dos ambientes institucionais e, nesse caso do diabético, provavelmente, seja uma maneira de dizer não a esta postura”. (SANTANA, 2000, p. 30)

Portanto, as relações interpessoais estão mais vinculadas às pessoas em interação e cuidado que em aspectos macroestruturais, relativos ao trabalho da (o) enfermeira (o). Pensar somente no segundo é o mesmo que atribuir supremacia ao papel instrumental dos profissionais, configurando a relação interpessoal como despersonalizada, mecanizada e muito longe da almejada relação terapêutica.

Estes posicionamentos de determinados entrevistados refletem implicitamente desconhecimento e despreparo para lidar com as relações interpessoais frente às pessoas com diabetes. Outros entrevistados referiram abertamente o despreparo, a falta de estímulo e incentivo como fatores limitadores do relacionamento.

Mesmo os relacionamentos interpessoais constituindo a base da vida humana na terra e da própria profissão de enfermagem, já que o cuidado se dá em uma base interpessoal, estes requerem treinamento e esforço para se desenrolarem de maneira terapêutica.

Assim, Moscovici (1996, p.8), propõe que este treinamento vise encorajar os participantes a experimentarem comportamentos diferentes do seu padrão habitual de

interação, aprender a aprender, aprender a dar ajuda e participação eficiente. Arremata informando que este tipo de aprendizagem “fica para a vida, independente do conteúdo. É um processo de buscar e conseguir... recursos para solucionar seus problemas, com e através da experiência de outras pessoas conjugadas à sua própria”.

O treinamento para as relações interpessoais vem substituir, paulatinamente, o pensamento cartesiano e linear, em função da vinculação entre mente e corpo, intelecto e emoção, para o diálogo aberto e para a comunicação interpessoal.

No que diz respeito à comunicação, os entrevistados 2,5 e 10 referiram como fator limitante dos relacionamentos interpessoais, a falta de disposição dos profissionais.

A habilidade para comunicar-se com outros seres humanos entendê-los e ser entendido, constitui uma capacidade interpessoal essencial. Contudo, o desgosto e a indiferença podem ser comunicados tão facilmente como o respeito e a preocupação e, a mensagem é recebida de igual forma (TRAVELBEE, 1979).

A interpretação dos signos e significados da doença entendê-los como um sistema simbólico ancorado nos arranjos particulares dos indivíduos, possibilita um padrão de comunicação coerente com o conteúdo das mensagens enviadas e recebidas em uma relação interpessoal.

Atentar para a comunicação é nos responsabilizarmos mais e melhor com o cuidado que está sendo prestado às pessoas portadoras diabetes, pois poderemos suscitar a troca de pensamentos e, por conseguinte modificações de sentimentos e ações.

No entanto, esta modificação de comportamentos e ações não é algo tão fácil e simples nem para o profissional, menos ainda para o paciente.

A resistência à mudanças foi outro fator mencionado como empecilho para o relacionamento interpessoal.

Estas mudanças, no que diz respeito às pessoas com diabetes representam que “aceitar viver bem com uma doença, envolve mais do que simplesmente realizar o tratamento recomendado, requer modificações de hábitos, rotinas e do meio ambiente em que vivem essas pessoas” (FRANCIONT e SILVA, 2002, p. 37).

Modificar rotinas, hábitos e estilo de vida não é fácil, haja vista que envolve uma transformação nas condutas e comportamentos predominantes, para a incorporação de novos padrões de vida, alguns como a restrição de alimentos, bem destoantes do padrão habitual de outras pessoas.

Para que o paciente modifique os comportamentos sabidamente prejudiciais, requer que a (o) enfermeira (o) interprete o significado que a doença tem para a pessoa com

diabetes, que busque comunicar-se com clareza, honestidade, confirmando que se pode ser saudável mesmo vivenciando uma condição crônica de saúde. Para isto, a pessoa também precisa incorporar novas propostas de vida e querer disponibilizar-se para as mudanças.

É preciso, também, compreender que cada indivíduo tem o seu tempo próprio de despertar para a mudança. Negar este tempo é predeterminar a ampliação dos conflitos vividos pelo ser que cuida e principalmente pelo ser cuidado.

Só o fato de o indivíduo saber que tem diabetes já se configura como um conflito, mesmo que os sinais e sintomas ainda não tenham se manifestado. Assim, negar este fato e querer empurrar os nossos conhecimentos ao paciente, gera conflitos maiores ainda.

Seguindo este raciocínio, Moscovici (1996, p.146), expõe que o conflito em si não é ruim, ao contrário, tem muitas funções positivas, pois impede a estagnação e estimula a resolução de problemas. Mas, assevera que para lidar com um conflito “é importante e conveniente procurar e compreender a dinâmica do conflito,... para alcançar diagnóstico razoável da situação, o qual servirá de base para qualquer tipo de plano de ação”

É um desafio para o profissional, entender o conflito como positivo e buscar passar isto ao paciente através da relação de ajuda. Isto pressupõe um ajustamento do indivíduo consigo mesmo e com o outro, além de representar que todas as ações da (o) enfermeira (o) devem ser terapêuticas e não somente durante a execução de uma tarefa.

Pensar assim é transferir para primeiro plano a preocupação máxima de que cuidar do ser humano, que está vivenciando uma enfermidade, requer avaliação do contexto bio-psico-social em que está inserido, das repercussões que a doença está trazendo para estas dimensões e, não apenas cuidar de um corpo doente, descontextualizado do seu ambiente e de sua vida.

Diante da fala dos entrevistados, se estes fatores que eles atribuem como limitantes do relacionamento interpessoal são adotados, ainda, vão de encontro aos princípios de um relacionamento terapêutico e, não estão tendo o efeito esperado com as pessoas em condições crônicas de saúde como o diabetes. É tempo de mudar, é tempo de adotar novas condutas e posturas, novos modos de relacionamento e cuidado à caminho da competência interpessoal.

Se quisermos ser competentes nos relacionamentos interpessoais, faz-se necessário visualizarmos o mesmo como componente fundamental para a prestação do cuidado de enfermagem, onde “o profissional tem que lidar com as emoções dos usuários e demais membros da equipe..., ao mesmo tempo, que tem que lidar com suas próprias emoções, numa perspectiva de interdependência”. (FERNANDES et al, 2003b, p.61)

4.2 ANÁLISE DA OBSERVAÇÃO

Ao analisar os pontos preconizados no roteiro de observação e correlacioná-los com o comportamento expresso pelas (os) enfermeiras (os), não pretendi com isto estabelecer padrões normatizadores e rígidos para guiar os relacionamentos interpessoais. Ao contrário, tais pontos foram edificados mediante um consenso, objetivando contribuir com o processo de reflexão sobre o cuidado de enfermagem.

Das observações feitas, constatei que as (os) enfermeiras (os) cumprimentaram a pessoa com diabetes, apresentaram-se, orientaram sobre o cuidado relativo a doença antes, durante e após a sua realização, questionaram à pessoa atendida sobre o tipo de problema que estava apresentando, decorrente da doença, buscaram formas de intervenção relacionados aos problemas vivenciados, escutaram com atenção, interesse e aceitação e demonstraram linguagem corporal correspondente.

No que diz respeito ao fato de colocar-se como elemento de ajuda, estimular a participação da pessoa com diabetes para o seu próprio cuidado reconhecendo e respeitando suas experiências e, demonstrar aceitação pelo o que a pessoa é, foi observado em apenas um dos observados.

Quanto a valorização de todos os problemas referidos pela pessoa com diabetes, entendendo-os como determinantes ou desencadeantes da doença; a realização de cuidados e orientações acatando, sempre que possível os desejos e/ou sugestões da pessoa com diabetes; a valorização dos sentimentos do paciente, a expressão de sentimentos consoante ao que o paciente diz; o fornecimento de informações claras, certificando-se que o paciente as compreendeu e, o toque realizado não apenas para executar um procedimento, não foram constatados, durante o período que em foi realizada a observação.

Isto demonstra que as questões subjetivas, relacionadas ao cuidar de pessoas com diabetes, não foram expressas pelas (os) enfermeiras (os). Os aspectos mais vinculados à rotina de trabalho, como apresentar-se, explicar sobre a doença, fazer encaminhamentos, foram os que prevaleceram.

Penso que esta é uma situação a ser repensada, visto que já se tornou um jargão para a profissão defender uma assistência holística e integralizante aos indivíduos. Em contrapartida, o que se observa é que “os enfermeiros identificam e atendem principalmente as necessidades do plano físico ou psicobiológico” (FILIZOLA; FERREIRA, 1997, p.9)

Depreende-se com isto, que as observações demonstraram que as relações tendenciam mais para a mecanização do que para a humanização. Há uma preocupação

maior em cumprir o que é determinado para o alcance de metas de cobertura de um certo número de atendimentos do que para como estas atividades se processam.

É perceptível que a (o) enfermeira (o) se relaciona com a pessoa com diabetes utilizando alguns elementos da relação terapêutica, entretanto, não parece claro para os mesmos que esta relação deva se reverter em benefício mútuo, concorrendo para a potencialização do cuidado de enfermagem.

Em associação a isto, Manzolli (1987, p.2) afirma que “o enfermeiro deve ter consciência do seu papel, não apenas como aplicador de técnica, mas de um profissional liberal que visa o relacionamento efetivo com o paciente”.

Nesta relação enfermeira-paciente, o profissional é, sem sombra de dúvidas o principal responsável pelo êxito nos relacionamentos e pela condução dos mesmos para o alcance de resultados favoráveis.

Portanto, estar sensibilizado, informado e bem preparado para lidar com este processo, é de fundamental importância para poder configurar a relação interpessoal, entre a (o) enfermeira (o) e a pessoa com diabetes, como terapêutica e capaz de gerar efeitos benéficos rumo a melhora da qualidade de vida destes.

Reconheço que falar e aplicar os princípios da relação pessoa-a-pessoa (terapêutica), não se restringe apenas a saber ou apresentar disposição para desenvolvê-la.

Na visão de Moscovici (1996) o desenvolvimento interpessoal requer treinamento, exercício e direcionamento constante, pois quanto mais nos relacionamos conscientes da importância do mesmo, mais nos capacitamos para a realização desta prática que, indubitavelmente faz parte das ações de enfermagem.

Este treinamento em desenvolvimento interpessoal deve ser encabeçado pela academia, pelo contexto organizacional/profissional que o indivíduo está inserido e, também, partir de si mesmo, ou seja, os recursos internos devem ser mobilizados com vistas a maior incorporação de tais preceitos a fim de favorecer a transcendência da objetividade nas relações interpessoais.

A constatação, por meio da observação realizada, de que os profissionais não demonstraram valorização dos sentimentos do paciente, não expressaram sentimentos relativos ao que o paciente dizia e, a ausência do toque não apenas para realizar um procedimento, foi algo que me fez repensar sobre a necessidade de se mudar o enfoque sobre o cuidar de enfermagem, com vistas à superação da visão biomédica voltada para o corpo, para a cura/tratamento e para a doença.

Corroborando com a colocação acima, Cruz e Soares (2004, p.12) vêm nos dizer que:

... a ajuda terapêutica deve se concentrar na pessoa e não no problema, porquanto promove ao indivíduo ajudado um meio de melhorar sua capacidade para enfrentar a vida, ante o potencial que cada indivíduo tem de se reorganizar, de se dirigir, de se preservar e de lidar com situações de risco.

Assim, suplantar a superficialidade e o distanciamento em que os relacionamentos vem se edificando, é concorrer para o resgate de um cuidado que não se limite a tratar, mas como diz Cólriere (2001, p.180), que vise a manutenção, o estímulo e o despertar das forças da vida, pois, para ela “podemos viver sem tratamento, mas não sem cuidados”.

A prestação do cuidado sob a égide da relação pessoa-a-pessoa não é somente fruto de modelização teórica de caráter utópico e distante das possibilidades de realização. É, antes de tudo, o resgate dos saberes tácitos e explícitos do profissional de enfermagem e do ser cuidado, é o confronto entre o saber e o saber ser, é a aplicação contextualizada de conhecimentos em forma de práticas concretas, é o caminhar para a aquisição de competência interpessoal.

Atualmente, todo este arsenal de conteúdos deve fazer parte do trabalho desenvolvido por enfermeiras (os), isto porque “o trabalhador polivalente, multiquificado deve exercer cada vez mais, funções abstratas e executar, cada vez menos trabalho manual” (WITT e ALMEIDA, 2003, p.561).

Portanto, considerar as subjetividades, os sentimentos, os conhecimentos dos sujeitos envolvidos na relação interpessoal, aplicando habilidades específicas para atender as demandas deste relacionamento, é concorrer para a aquisição de competência interpessoal.

Por isso, não só o cuidado de enfermagem, mas as práticas em saúde como um todo “devem ser visualizadas não só do ponto de vista técnico-científico..., mas também das emoções e sentimentos, o que aponta para a importância da competência interpessoal como um elemento das práticas de saúde (FERNANDES et all, 2003b, p.214)

Face ao exposto, a avaliação da observação sobre a atuação das (os) enfermeiras (os) frente à pessoas com diabetes, demonstrou que ainda, não há uma convergência entre objetividade e subjetividade do cuidado, portanto, um certo distanciamento do conceito e prática de competência interpessoal.

Se nas entrevistas, a valorização do componente técnico-científico emergiu em todas as subcategorias de análise, na observação este elemento se mostrou ainda mais forte além do esforço ao papel instrumental do profissional.

A comunicação verbal, o saber ouvir, dar feedback e a empatia foram mencionados nas entrevistas como componentes da competência interpessoal e dos relacionamentos interpessoais, contudo, na observação estes elementos não foram muito valorizados, realçando uma incongruência e certo distanciamento entre o que se diz e o que se faz.

Reconheço que tanto os profissionais como qualquer ser humano tem momentos em que as questões pessoais e profissionais fluem harmoniosamente e outros em que parecemos estar de mal com o mundo. Entretanto, se quisermos ser terapêuticos, sermos competentes, estas atitudes devem “permear toda a conduta do enfermeiro frente à pessoa que passa por um episódio de sofrimento (físico ou psíquico)” (FUREGATO, 1999, p.75).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apreender a percepção de enfermeiras (os) sobre competência interpessoal, bem como caracterizar os relacionamentos interpessoais destes profissionais frente à pessoas portadoras de diabetes, não foi algo simples, mas, fez-me refletir sobre a qualidade desses relacionamentos e sua aproximação rumo à competência interpessoal.

As percepções de enfermeiras (os) acerca da competência interpessoal fundamentaram-se em habilidades de interação com o paciente e no estabelecimento de relacionamento interpessoal efetivo.

Tais percepções coadunaram com as proposições teóricas acerca da competência interpessoal, demonstrando que as (os) enfermeiras (os) percebem esta competência como a habilidade para se relacionar eficazmente com o outro, carreando a valorização das subjetividades envolvidas, por meio da comunicação, com vistas à prestação de um cuidado afetivo e efetivo.

As (os) enfermeiras (os), ainda, caracterizaram os relacionamentos interpessoais como formas de relacionamento eficaz com os pacientes, além de apontarem nesses relacionamentos elementos facilitadores e limitadores para sua consecução.

Em relação às formas de relacionamento interpessoal as (os) enfermeiras (os) mencionaram alguns elementos terapêuticos componentes desta relação como a confiança, o respeito, além de emergir de suas falas uma certa supremacia ao conhecimento específico sobre o manejo da doença diabetes.

Importante é compreender que existem distintas formas de relacionamento interpessoal, até mesmo porque as pessoas em interação são as mais diversas possíveis, inseridas em um contexto dinâmico e também diversificado. Tais formas de relacionamento excluem a existência de fórmulas para se alcançar uma interação satisfatória.

Por isso, só o conhecimento técnico não é capaz de lidar com a dinamicidade dos processos interpessoais. Eles devem, pois, estar associados às pessoas, às circunstâncias e ao contexto em que se desenrola uma relação.

A confiança e o respeito apareceram nas falas como elementos capazes de facilitar o relacionamento interpessoal. Além destes, o interesse, a compreensão, a comunicação, a empatia também integrou esta percepção.

Foi perceptível, neste momento, mais uma vez, a constatação do conhecimento técnico-científico como fator preponderante para a execução, de maneira facilitada, dos relacionamentos interpessoais. Estes são importantes e devem ser considerados, mas, em

suas devidas proporções para não descambarmos em mero tecnicismo e reificação dos sujeitos.

Quanto aos elementos limitantes do relacionamento interpessoal, as condições de trabalho inadequadas, as falhas no processo comunicativo, a resistência do paciente às mudanças e a falta de preparo, foram fatores preponderantes nas falas das (os) enfermeiras (os).

De fato, os fatores organizacionais podem interferir nos relacionamentos interpessoais, mas, não são determinantes. As falhas no processo comunicativo podem ser fontes iatrogênicas de cuidado, dificultando o difícil processo de mudança por parte da pessoa portadora de diabetes. A falta de preparo pessoal e profissional requer treinamento e capacitação, se quisermos enfermeiras (os) competentes.

Interessante ressaltar, ainda, que apesar da competência interpessoal ter sido mencionado conforme as preceituações teóricas, e (os) enfermeiras (os) terem identificado elementos facilitadores do relacionamento interpessoal, ficou claro o distanciamento entre os discurso e a realidade.

Na prática, o papel instrumental do profissional ficou evidente, enquanto as questões subjetivas mais distantes e, o seguimento de uma rotina de trabalho centrada fortemente na tarefa, ficou mais próxima do cotidiano cuidativo/relacional dessas (es) enfermeiras (os).

Diante do exposto, com o fito de desenvolver qualitativa e quantitativamente a competência interpessoal por parte de enfermeiras (os) que cuidam de pessoas com diabetes, é importante e necessário preencher as lacunas de informação e conhecimento sobre a mesma. Isto porque ela não tem sido foco de análise e, menos ainda, de planejamento e implementação.

Este estudo, portanto, visa contribuir por meio destas reflexões sobre competência interpessoal e relações interpessoais, no preenchimento das lacunas a respeito de um conceito relativamente novo, como o da competência interpessoal e de desvelar outras facetas de um assunto sobejamente debatido, em especial na área da saúde mental, como é o caso das relações interpessoais.

E, como forma de superar os fatores limitantes do relacionamento interpessoal e, portanto, da competência interpessoal, sugiro algumas proposições correlatas:

Que os gestores de saúde possibilitem a criação de um clima favorável nas instituições de saúde, especialmente nas Unidades de Saúde da Família, viabilizando um equilíbrio entre o desenvolvimento tecnológico (investimento em equipamentos e tecnologias) e o desenvolvimento humano (investimento em educação e treinamento);

estímulo ao trabalho em equipe, permissão ao exercício da autonomia e do auto controle dos profissionais em um contexto de participação organizada e co-responsável; promoção de um clima de abertura e de diálogo entre as pessoas, facilitando a construção de relacionamentos profissionais e interpessoais eficazes, ou seja, promoção do desenvolvimento da Competência Interpessoal;

Que os enfermeiros busquem exercitar constantemente a competência interpessoal, predispondo-se a reconhecer o quê, em si, necessita de mudança; qual o reflexo que estas mudanças acarretarão no relacionamento enfermeiro- cliente; quais são os investimentos necessários para se alcançar tais metas; qual o aprazamento para a consecução dos objetivos; quais as articulações que serão convenientes para a aquisição de auxílio e suporte no processo de mudança e por fim qual o grau de motivação que o impulsiona à aquisição e/ou desenvolvimento da competência interpessoal;

Ainda em relação as (os) enfermeiras (os), que os mesmos busquem permanentemente desenvolver o seu potencial criativo, entendendo o mesmo como uma representação da capacidade inovadora desse profissional em lidar com a dinamicidade dos relacionamentos interpessoais, principalmente em se tratando de clientes portadores de diabetes.

Por fim, saliento que não basta apenas conhecer um novo referencial teórico que subsidie o cuidado de enfermagem. É preciso refletir sobre o mesmo, sobre suas implicações para o contexto pessoal, profissional e para o paciente, bem como dos recursos necessários para sua mobilização.

No entanto, é possível afirmar que o referencial da competência interpessoal pode sim, potencializar as ações de enfermagem frente as pessoas com diabetes e a todas as ações desenvolvidas pela (o) enfermeira (o), contribuindo, desta forma, para o conagraçamento de propostas que visem o crescimento da nossa profissão e da melhoria da qualidade de vida dos sujeitos foco dos nossos cuidados.

6 REFERÊNCIAS

ADA, AMERICAM DIABETES ASSOCIATION. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases Prevention or delay of type 2 diabetes. **Diabetes Care**; 27 (Supl.1): 347-554. 2004

AYRES, I.R. de C.M.Sujeito, Intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo, v.6, n1, p.63-72, 2001.

ANDRADE, M.M. de. **Introdução à Metodologia Trabalho Científico: elaboração de trabalhos de graduação**. São Paulo: Atlas, 1993.

AQUINO, J.M. **Relações Interpessoais de uma equipe cirúrgica: influências no ambiente de trabalho e na assistência**. 2000. 87p Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Bahia, Salvador.

BARBOSA, A.D.M. **Semiologia Pediátrica**. São Paulo-SP: Fundação BYK. 1995. p.210.

BORDENAVE, J. E. D.. **Além dos meios e mensagens**. 7 ed. Petrópolis: Vozes.1995.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.

BARDUCHI, R.I. **Compreendendo a competência interpessoal na vivência do ser-docente no contexto relacional com o aluno de graduação**. 2002.150p. Tese (doutorado). Escola de enfermagem de Ribeirão Preto-Usp.

BARRETO, M.L ; CARMO, E.M. **Determinantes das condições crônicas de saúde e problemas prioritários do país**. p.235-259. Caderno da 11Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília. 2000.

BENJUMEA, C de la C. Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v.13, , n 1, p.137-46, jan-mar. 2004

BIRMAN, J. **Psicanálise, ciência e cultura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1994.

BISOM, R.A.P. **A percepção do cuidar entre estudantes e profissionais de Enfermagem**. 2003.109p. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

BLOCH, K. V. Fatores de risco cardiovasculares e para o diabetes mellitus. In: LESSA, I.(org.). **O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade: Epidemiologia das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2002. p. 43-72.

BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis- RJ: Vozes, 1999.

BOURDIER, P. et all. **A Profissão de Sociólogo**. Trad. : Guilherme Teixeira: Vozes, 1999.

BUBER, M. **Eu e Tu**. 2 ed. São Paulo: Cortez & Moraes, 1993.

BRASIL, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICAS. **Perfil dos municípios brasileiros**. Disponível em < <http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 de nov de 2005.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Diabetes** - O atendimento do diabético na rede básica de saúde, pág 86-89. 1993.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Normas de pesquisa envolvendo seres humanos**. Res. CNS 196/96. Bioética 1996; 4 Suppl:15-25.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Secretária de Políticas de Saúde. Brasília. Departamento de Atenção Básica. 2000.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Altrix, 1982.

COLIÉRE, M.F. **Promover a vida**. Lisboa: Lidel, 1999. 385p.

_____. **Cuidar... A primeira arte da vida**. Lisboa: Lusociência edições técnicas e científicas. 2001.

CRUZ, E.A da; SOARES, E. O centro cirúrgico como espaço de cuidado na relação enfermeira/paciente. **Revista da Sociedade Brasileira de Centro Cirúrgico**, São Paulo, v. 9, n. 2, p.11-16, abr.-jun. 2004.

DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL REASERCH GROUP- DCCT. The Efect Of Intensive Treatement Of Diabetes On The Development And Progression Of Long Term Complications In Insulino-Dependent Diabetes Mellitus. **New En gland Jornal of Medicine**. v. 39, n. 14, p.977, 1993.

DAMASCENO, M.M.C et al. **Transtornos vitais no final do século XX: diabetes mellitus, distúrbios cardiovasculares, câncer, AIDS, tuberculose e hanseníase**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

_____, LOUREIRO, M.F.F; SILVA, L.de F. Ser diabético e nefropata em tratamento de hemodiálise. **Revista Baiana de enfermagem** v.14, n.1, p.27-38, .abr. 2001a.

DAMASCENO, M.M.C. at al. Detectando casos de diabetes: um estudo realizado em Fortaleza-CE. **Revista Médica**. Fortaleza-Ce, p. 28-34; 2001b.

_____; ATAÍDE, M.B.C. de, PAGLIUCA L.M.F. Inter-relação dos propósitos da teoria de Peplau com o cuidado ao diabético. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 6, p.674-79, nov./dez. 2002.a.

_____ at al. O. Análise das publicações de enfermagem sobre hipertensão arterial e

diabetes mellitus. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Fortaleza, v.3, n.1, p.41-449, jan./jun. 2002b

DANIEL, F.L. **Atitudes interpessoais em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1983.

DELUIZ, N. **Formação do trabalhador: produtividade e cidadania**. Rio de Janeiro: Shape, 1995.

FERNADES, J.D. att all. Competência interpessoal como instrumento do trabalho em saúde. **Revista Baiana de enfermagem**. Salvador, v.12, n.1, p.57-66, jun.ago. 2003a.

FERNADES, J.D. att all. Competência interpessoal nas práticas de saúde: o individual e o coletivo organizacional. **Revista Texto e Contexto**. Santa Catarina, v.12, n.2, abr-jun.. 2003b.

FIGUEIREDO, N.M.A. de, **A mais bela das artes... o pensar e o fazer da enfermagem: Bases teóricas e práticas para uma teoria de cuidado conforto**. 1997. 170p.Tese (concurso). Universidade do Rio de Janeiro.

FILIZOLA, C.L.A.; FERREIRA, N.M.L.A . O envolvimento emocional para a equipe de enfermagem: realidade ou mito? **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. .5, número especial. p. 9-17, maio. 1997.

FRANCIONT, F.F.; SILVA, D.M.G.V. O processo de aceitação do viver com diabetes mellitus: considerações sobre a influência do meio ambiente. **Revista Texto e Contexto de Enfermagem**. Florianópolis, v. 11, n. 3, set/dez. 2002.

FRANCO, L.J. Epidemiologia do diabetes mellitus, pp. 123-135. In I Lessa (org.). **Adulto brasileiro e as doenças da modernidade**. Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil. São Paulo: Hucitec. 1998.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro-RJ: Paz e Terra, 1987.

FUREGATO, A.R.F. **Relações interpessoais na Enfermagem**. Ribeirão Preto- SP: Scala, 1999.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4.ed., São Paulo: Atlas, 1994.

GEORGE, J.e cols. **Teoria de Enfermagem: Dos fundamentos á prática profissional**. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

HEIDEGGER, M. **Conferências e escritos filosóficos**. São Paulo: Nova Cultural, 1989.

LAKATOS, E.M; MARCONI, M.A . **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LAZAROTTO, E. M. **Competências essenciais requeridas para o gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde**. 2001. Florianópolis. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-graduação de Engenharia da Produção.

LE BOTERF, G. **Desenvolvendo a competência de profissionais**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LENINGER, M. **Transcultural nursing: Concepts, Theories and Practice**. New York: John Willy e Sons, 1978.

LEOPARDI, M.T. **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**, Florianópolis: Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Ed.Papa-livros, 1999.

LESSA, I. Os programas nacionais de educação e controle para DCNT, pp. 241-250. In I Lessa (org.). **Adulto brasileiro e as doenças da modernidade**. Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil. São Paulo : Hucitec, 1998.

LIRA,G.V.; NATIONS, M.; CATRIB, A.M.F. Cronicidade e cuidados de saúde: o que a antropologia da saúde tem a nos ensinar? **Revista Texto e Contexto**. Florianópolis, v. 13, n1, p.47-55, jan-mar,. 2004.

LISBOA, M.T.L. Assistência de Enfermagem na prevenção do diabetes mellitus tipo 2: uma questão da atualidade. **Revista de enfermagem da Escola Ana Nery**. Rio de Janeiro, v.9 ,n.1, p.103-107. 2005

MAEDA, D.Y. **Preceptorial no curso de residência em enfermagem: competências da enfermeira**. 2006. 71f. Dissertação (mestrado)- Salvador:, Escola de enfermagem da UFBA, Salvador.

MANZOLLI, M.C. **Relacionamento em Enfermagem: aspectos psicológicos**. 2ed. São Paulo: Saraiva, 1987.

MAYROFF, M. **On Caring**. New York: Harper Perennial, 1971.

NARQUES, C.M da S. Certificação de competências profissionais: o que o PROFAE está pensando e fazendo. In: Brasil, Ministério da Saúde. **Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência**. Brasília.v.1, n.2. 2001

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (org.) **Praxis em salud: um desafio para lo publico**. Buenos Aires: Lugar editorial/ São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M.C.de S. **O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 2.ed. São Paulo-SP: Hucitec/Abrasco, 1993.

MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento Interpessoal**. 5.ed. Rio de Janeiro: José Olympio. 1996.

MURANI, D.B.; BEZERRA, A.L. Inclusão da competência interpessoal na formação do enfermeiro como gestor. **Rev. Brasileira de Enfermagem**; v. 57, n. 4, jul-ago. 2004.

MURANI, D.B.; COSTA, H.K. da; CARDOSO, A.H.A.; ALMEIDA, C.C.O de F.

Características da competência interpessoal do enfermeiro: estudo com graduados de enfermagem. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. v.56, n.5, set-out. 2003.

NERY, A.A. **A prática do enfermeiro instrutor / supervisor do Programa de Agentes Comunitários de Saúde: uma questão de competência interpessoal**. Dissertação (mestrado). Universidade do Rio de Janeiro- UNIRIO. Rio de Janeiro..

OLIVEIRA, E.; ENS, R.T.; ANDRADE, D.B.S.F; MUSSIS, C.R de. Análise de conteúdo e pesquisa na área de educação. **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 4, n. 9, p.11-27, maio/agos. 2003.

OREM, P.E., **Nursing: concepts of practice**. New York: Mac Graw-triel, 1985.

PASTORE, K. Diabetes: o inimigo oculto. **Revista Veja**, São Paulo, v.1, n. 4. 2002. p.77.

PERRENOUD, P. **Construir competências desde a escola**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

PEPLAU, H.E. **Interpersonal relations in nursing**. New York: G.P. Putnam's Sons, 1952.

PIERIN, AM.G.A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, v 32, n 4, p 335-33, dez.1998.

PIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

POPIM, R.C.. **O cuidado na ação cuidar na enfermagem oncológica: uma perspectiva orientada sob o enfoque de Albert Shutz**.2004. 122p. Tese (doutorado). Universidade de Ribeirão Preto-USP, Ribeirão Preto.

KYES, J. J.; HOFLING, C.K. **Conceitos Básicos em Enfermagem Psiquiátrica**. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara,1986.p.145.

RAMOS, M.N. Qualificação, competências e certificação: visão educacional.In: BRASILMinistério da Saúde. **Humanizar cuidados de saúde : uma questão de competência**. v.1,n.2. Brasília, 2001.

RODRIGUES, M.S.P.; LEOPARDI, M.T. **O método de análise de conteúdo**: uma versão para enfermeiros. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

RODRIGUES, A.R.F; OZINAGA, V.L.M; SACATENA, M.G.M. Enfermeira interagindo com paciente idosa em depressão crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 51, n. 2, p. 263-72, 1998.

ROGERS, C.R. **Tornar-se Pessoa**. 4ed. São Paulo-SP: Martins Fontes, 1991.p.290-297.

SALES, Z.N. **Capítulo da Dissertação de Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública**. Jequié-Ba.1998 (texto digitado).

SANDOVAL, R. De C.B. **Grupo de convivência de pessoas com diabetes mellitus e**

familiares: percepção acerca das complicações crônicas e consequências sociais crônicas. 2003 p.156. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

SANTANA, M da G. **O corpo do ser diabético: significados e subjetividades.** Tese (doutorado). 2000. 201p. Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SAUPE, R. Educadores e educandos propõem um programa de educação continuada centrado no cuidado humano para um hospital. **Revista texto e Contexto.** v. 8, n.1, p- 429-40, jan./abril. 1999.

SILVA, M.J.P. Qual a mensagem que quero transmitir quando cuido? Suplemento científico. Enfermagem Oncológica. **Revista da Sociedade Brasileira Cancerol.** V. 2, n. 8, p. 3-8. 1999.

_____. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais.** 2 ed. São Paulo: Loyola, 2003.

SILVA, M.J.P. (org). **Qual o tempo do cuidado?:** humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2004.

STEFANELLI, M.C. **Comunicação com o paciente:** teoria e ensino. 2ed. São Paulo: Robe.1993.

SWELTZER, S.C.; BARE, B.G.. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica.** 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan –AS, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTUDOS DA DOR. **Fundamentos da dor.** Jaime Olavo Marques. Disponível em: < [http://www. Dor.org/educ_programa.ap](http://www.Dor.org/educ_programa.ap)>. Acesso em 15 de out de 2005.

TAYLOR, C.M. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica.** 13 ed. Porto Alegre: Artes Médicas.1992.

TAVARES, J,L; RODRIGUES, A. R.F.; SACATENA, M.C.M. Interação terapêutica enfermeira-paciente deprimido. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.32, p. 101-8, 1998.

TIGULINI, R. de S.; MELO, M.R.A da C. **A comunicação entre enfermeiro, família e paciente crítico.** In: 8 ° Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem ,2002, Ribeirão Preto. Anais do 8 ° Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem. Ribeirão Preto: USP, 2002.

TRAVELBEE, J. **Intervención en enfermería psiquiátrica:** el proceso de lá relación de persona a persona. Cali: Carvajal, 1979.248p.

TRENTINI, M.; SILVA, D.G.V. da. Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 76-88, jul./dez.1992.

TRENTINI, M, BELTRAME, V. Relações Humanizadas na assistência às pessoas com diabetes. **Revista Acta Scientiarum**, Maringá, v.26, n.2, p.261-69. 2004

TRIVINOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.175p.

VIDAL, D.E. **A necessidade da pratica da criatividade e da melhoria** dos relacionamentos interpessoais no processo ensino-aprendizagem: um estudo de caso. 2002. Dissertação (mestrado)- Engenharia da Produção, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

WALDOW, V.R. **O cuidado Humano: o resgate necessário**. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.202p.

_____. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis-RJ: Vozes, 2004.

WATSON.J. **Nursing: The philosophy and science of caring**. Boston: Little Browm, 1979.

WIIT, R.R; ALMEIDA, M.C.P. de. O modelo de competências e as mudanças no mundo do trabalho: implicações para a enfermagem na Atenção Básica no referencial das Funções Essenciais de Saúde Pública. **Revista Texto e Contexto em Enfermagem**. v 12, n. 4, p. 559-68, out/dez. 2003.

_____. **Competência da enfermeira na atenção básica: contribuições à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública**. 2005. 336p. Tese (Doutorado)-. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto.

WOOD, J.K, **Abordagem centrada na pessoa**. 3 ed.Vitória: Editora fundação Ceciliano Abel de Almeida, 1997

VARGA, R.G, Aspectos psicológicos do diabetes.**Revista de pediatria moderna**, v.29, n.5, agot, 1993.

XIMENES, S. **Minidicionário Ediouro da Língua Portuguesa**. 2 ed. São Paulo: Ediouro, 2000.

ZANETTI, M.L. **O cuidado com a pessoa diabética no Centro Educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos**. 2002, 91p. Dissertação (Livre Docência) . Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

ZARIFIAN, P. A gestão da e pela competência. In: **SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL, TRABALHO E COMPETÊNCIA**. Rio de Janeiro, 1996. Anais do .Seminário Internacional de Educação profissional, trabalho e competência. Rio de Janeiro: SENAI/DN-CIET, 1998

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA:

A-DADOS BIOGRÁFICOS

Idade: _____

Sexo: _____

Estado Civil: _____

B- INFORMAÇÕES GERAIS

Tempo de formada: _____

Áreas em que atuou ou atua: ____ Assistência ____ Ensino ____ Pesquisa

Tempo de atuação no Programa: _____

Tem pós-graduação? Especifique: _____

C-INFORMAÇÕES SOBRE COMPETÊNCIA INTERPESSOAL

Como se caracteriza o seu relacionamento interpessoal com a pessoa portadora de diabetes?

Qual a sua percepção sobre competência interpessoal no cuidado de pessoas portadoras de diabetes?

APÊNDICE B

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Nome: _____

Local de observação: _____

Data: _____ Hora: _____ Duração: _____

ITENS A SEREM CONTEMPLADOS NA OBSERVAÇÃO:

* **Determinação de objetivos:** a enfermeira clarifica para o paciente os reais propósitos do encontro, da interação.

- Cumprimenta a pessoa com diabetes;
- Apresenta-se a pessoa com diabetes;
- Orienta sobre o cuidado (na visita domiciliar ou reunião) e seus objetivos, antes, durante e após a sua realização;
- Oferece-se como elemento de ajuda.

* **Identificação de problemas:** a enfermeira identifica problemas da pessoa com diabetes em uma perspectiva integralizante, ou seja, bio-psico-socio-cultural-espiritual.

- Questiona a pessoa com diabetes que tipo de problemas está apresentando decorrentes da doença;
- Valoriza todos os problemas referidos pela pessoa com diabetes, entendendo-os como determinantes ou desencadeantes para a doença;
- Busca formas de intervenção ou encaminhamentos relacionados aos problemas vivenciados pela pessoa com diabetes.

***Responsabilização mútua:** a enfermeira busca estimular o paciente para o auto-cuidado.

- Estimula a participação da pessoa com diabetes para o cuidado, reconhecendo e respeitando suas experiências;

-Realiza cuidados e orientações acatando, na medida do possível, os desejos e/ou sugestões da pessoa com diabetes evitando exposição a riscos, bem como um distanciamento da realidade vivenciada pela mesma.

***Envolvimento Emocional:** a enfermeira demonstra empatia com sentimentos e problemas da pessoa com diabetes, sem deixar-se imobilizar com a experiência.

- Demonstra aceitação da pessoa com diabetes pelo o que ela é;
- Valoriza os sentimentos do paciente;
- Expressa sentimentos de acordo com o que a pessoa com diabetes está dizendo ou apresentando, sem perder o controle da situação.

*** Comunicação:** a enfermeira utiliza a linguagem verbal e não verbal como recurso terapêutico, no seu relacionamento com a pessoa com diabetes.

- Fala de forma clara e concisa, certificando-se de que a pessoa com diabetes compreendeu a informação transmitida;
- Escuta a pessoa com diabetes com atenção, interesse e aceitação demonstrando linguagem corporal correspondente;
- Olha a pessoa com diabetes demonstrando interesse;
- Toca a pessoa com diabetes não apenas realizar um procedimento.

APÊNDICE C

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Solicito sua colaboração no sentido de participar da presente investigação, a qual constitui a minha dissertação de mestrado em enfermagem, cujo tema é a Competência Interpessoal de enfermeiras(os), no cuidado de pessoas com diabetes.

A Competência Interpessoal do profissional de Enfermagem que atua em frente à clientes portadores de diabetes, constitui-se em um tema de extrema importância já que o cuidar é objetivo da Enfermagem e, através desta competência pode o Enfermeiro instrumentalizar o seu trabalho com vistas a um cuidar afetivo e efetivo.

O objetivo dessa investigação é apreender a percepção de enfermeiras que cuidam de pessoas portadoras de diabetes sobre Competência Interpessoal, bem como identificar como as (os) enfermeiras (os) se relacionam com as pessoas portadoras de diabetes.

Será proposto um questionário a você participante, sobre a competência interpessoal no cuidado de pessoas com diabetes, que será respondida em local tranquilo e privativo, assim como realizarei uma observação do seu relacionamento com a pessoa portadora de diabetes.

Não tenho cargo administrativo nesta instituição, sendo que esta tomará conhecimento dos resultados do relatório final, no qual será assegurado o anonimato dos participantes do estudo. Os resultados deste questionário e da observação serão estritamente confidenciais e nenhum caso acessível a outra pessoa.

Pelo presente consentimento*, declaro que fui informada de forma clara e detalhada, dos objetivos, do procedimento a que serei submetido e dos benefícios da pesquisa.

Fui igualmente informado:

- da garantia de esclarecimento a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a investigação;
- da liberdade de recusar ou retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo a mim;
- da garantia do sigilo que assegure o caráter privativo das informações envolvidas na pesquisa;

A pesquisadora responsável por esse projeto é Daniela Arruda Soares, enfermeira, tendo como orientadora a professora. Doutora Dora Sadigursnky.

Nome e assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Data: ____/____/____

*O presente documento, baseado nos artigos IV.1 à IV.3, do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do sujeito pesquisado e outra com o pesquisador.



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

PARECER CONSUBSTANCIADO

Protocolo Nº 038/2006

I – Identificação:

Projeto de Pesquisa: COMPETÊNCIA INTERPESSOAL NO CUIDADO DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIRAS

Pesquisadora Responsável: Profª. Dora Sadigursky

Instituição onde se realizará: Universidade Federal da Bahia - UFBA

Área do Conhecimento: 4.04 Ciências da Saúde – Enfermagem

II – Objetivos

- Aprender a percepção de enfermeiras (os) que cuidam de pessoas portadoras de diabetes sobre Competência Interpessoal;
- Identificar como as (os) enfermeiras (os) se relacionam com as pessoas portadoras de diabetes.

III Parecer do relator

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa. A população será composta por profissionais enfermeiros que atuam no âmbito dos serviços da atenção básica, especificamente nas Unidades de Saúde da Família (USF) da zona urbana, no município de Vitória da Conquista – BA.

Considerando a natureza do referido estudo, que pretende analisar os relacionamentos interpessoais entre a enfermeira e os clientes portadores de diabetes, bem como compreender a sua dinâmica. A qualidade de enfermeiras a serem analisadas será de aproximadamente 12 (doze) profissionais. No entanto, os responsáveis pelo projeto salientam que em razão do conteúdo das falas dos sujeitos da pesquisa, tal número poderá sofrer alterações. A partir do momento em que os pesquisadores perceberem que as respostas emitidas começaram a saturar e, portanto ser possível ter a clareza para a compreensão do objeto da pesquisa.

IV - comentários do relator

O projeto está bem estruturado contendo todas as etapas que devem ser seguidas para a realização de uma pesquisa científica. A revisão bibliográfica extensa que fundamenta os conhecimentos sobre o objeto de estudo. A metodologia é adequada para cumprir os objetivos propostos no referido projeto.

V - Adequação do TCLE e forma de obtê-lo:

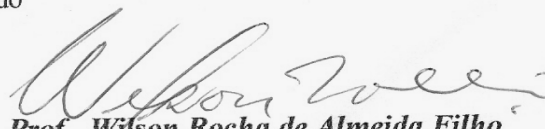
Adequado e com linguagem acessível.

VI - Parecer do relator

O parecer é favorável para a aprovação do projeto porque presentes estão os requisitos exigidos pela lei e porque o seu resultado será de grande alcance social em face dos objetivos a que propõe o pesquisador, de subsidiar a formação profissional de enfermeiros no entendimento de competências interpessoais, como instrumento no cuidado de pessoas com diabetes mellitus tipo 2.

Situação do projeto: aprovado

Jequié, 19 de abril de 2006


Prof. Wilson Rocha de Almeida Filho
Presidente do CEP