

O Toque na prática clínica

Touch in clinical practice

José Reis dos Santos Roxo *

Resumo

Diversos estudos científicos têm reconhecido a importância do “toque” enquanto meio facilitador da interação entre o técnico de saúde e o doente. Demonstrem-se a existência de benefícios tais como: segurança, compreensão, sinceridade, respeito, apoio, preocupação, tranquilização, encorajamento, desejo de ajudar e desejo de se envolver.

Este estudo põe em evidência a arte e ciência de cuidar com recurso ao toque, necessária para cuidar da Pessoa de uma forma integrada.

A pesquisa, contextualizada a uma unidade de cuidados intensivos, concretizou-se através de um estudo de natureza qualitativa, centrada nos enfermeiros prestadores de cuidados, recorrendo a múltiplas estratégias de análise e interação com os vários actores em estudo, nomeadamente a observação participante, entrevistas estruturadas, onde foram inquiridos 15 enfermeiros, e entrevistas não-estruturadas (entrevistas informais), bem como, a consulta do processo do doente. As estratégias utilizadas na análise dos materiais obtidos através da observação participante e das entrevistas, apesar de diferenciados, funcionaram de forma complementar e interactiva, possibilitando a triangulação da informação recolhida.

Centrando-nos num dos eixos da pesquisa, que compreende a utilização do toque de forma intencional pelos enfermeiros na prestação de cuidados ao doente. Assim, destacamos alguns aspectos da utilização do toque em cuidados intensivos, nomeadamente o toque no doente (in)consciente, onde foi observado e referido que os enfermeiros utilizam o toque de forma assumida no doente consciente, o que nem sempre se verifica no doente inconsciente. A utilização do toque como forma de comunicação global, foi observado em algumas situações, principalmente em doentes que apresentavam grande sofrimento e estavam conscientes do meio circundante.

* PhD, Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra [roxo@esenfc.pt].

Abstract

Several scientific studies have acknowledged the importance of touch as a means to facilitate interaction between the health professional and the patient. The benefits are several: security, understanding, sincerity, respect, support, concern, tranquilization, encouragement, wish to help and wish to get involved.

This study shows the art and science of care with the use of touch, essential to care of the person in an integrated way.

The research, which was contextualized in an intensive care unit, was conducted through a qualitative study, focused on nurse caregivers, using multiple analysis and interaction strategies, with the several studied agents: participating observation, structured interviews (15 nurses were interviewed) and non structured interviews (informal interviews), as well as consultation to the patients' file.

Despite being different, the strategies used for the analysis of the obtained data through participating observation and interviews, worked in a complementary and interactive way, allowing the triangulation of the collected data.

We focused on one axle of the research, which understands the intentional use of touch by nurse caregivers. Thus, we highlight some aspects of the use of touch in intensive care, namely the touch in the unconscious patient; it was reported that nurses use touch intentionally in the conscious patient, which does not always happen with the unconscious patient. The use of touch as a way of global communication was observed in some situations, particularly in patients that presented great suffering and were aware of the surrounding world. The use of touch in aggressive procedures was observed and described by some nurses as a procedure that may bring benefits for the patient, helping him/her to better support the procedure. In lung aspiration, touch is reported to be used before, during and after aspiration with benefits for the patient well being.

Recebido para publicação em 16-02-06.
Aceite para publicação em 04-04-06.

A utilização do toque nos procedimentos agressivos, foi observado e referido por alguns enfermeiros, como um procedimento que pode trazer benefícios para o doente, levando este, a suportar melhor o procedimento. Na aspiração brônquica, foi observado e referido que utilizam o toque antes, durante e depois da aspiração com benefícios para o bem-estar do doente. No doente em “desmame do ventilador”, o toque funciona como forma de incentivo para a independência em relação à máquina. Nas massagens e nos posicionamentos, o toque é utilizado como forma de enriquecimento do momento de encontro com o doente. Na avaliação dos parâmetros vitais, verificou-se que alguns enfermeiros enriquecem o momento de avaliação, com os momentos de interação que estabelecem com o doente.

Palavras-chave: o toque, cuidados intensivos, hospitalização, cuidar, utilização do toque

In patients weaning from ventilation, touch works as a way of encouragement to independence towards the machine. In massage and positioning, touch is used as an enriching way at the moment of meeting with the patient. In the assessment of vital parameters, we saw that some nurses enrich the moment of assessment, with the interaction moments that they establish with the patient.

Keywords: the touch, intensive care, hospitalization, caring, touch use

Introdução

A preocupação com a utilização do toque em cuidados intensivos, insere-se na vivência do contacto com os serviços de saúde em geral e com as unidades de cuidados intensivos em particular. Com efeito, a evolução tecnológica observada nos serviços de saúde e mais concretamente nas unidades de cuidados intensivos, trouxe consigo recursos inestimáveis em termos de monitorização hemodinâmica do doente. Esses aparelhos suprem eventualmente alguma função vital, e fundamentalmente são um precioso auxiliar dos técnicos de saúde na vigilância constante do doente.

Acresce referir o facto de, perante a hospitalização em cuidados intensivos, os enfermeiros estarem confrontados com doentes em estado crítico, que carecem de cuidados de qualidade, numa visão holística do Homem. Para o efeito, dispõem de sofisticados recursos que o auxiliam nesse cuidado. Porém, as unidades de cuidados intensivos representam uma atmosfera muito particular, composta por doentes em perigo de vida, rodeados de aparelhagem sofisticada, que podem desencadear estímulos prejudiciais, devido à virtual imobilidade, à dor, aos diversos fios e cateteres que prendem o doente ao leito. Perante este contexto, existe uma procura, que passa por mudanças, por

uma busca de alternativas no sentido de combater a tendência dos enfermeiros a tornarem-se mais técnicos do que humanos, ou seja, uma preocupação em valorizar o cuidado humano, imbuído de valores, que dão prioridade à Pessoa com todos os seus direitos.

Existem poucos estudos sobre o toque. Contudo, alguns estudos tentam correlacionar a frequência do toque com as características do doente e do enfermeiro (Barnett, 1972; Watson, 1975; Dewever, 1977; Clement, 1983). Estabrooks (1989) alude a modelos normativos do toque. Weis (1979) e Pepler (1984) propuseram modelos teóricos. Weis propôs “um contínuo despertar tátil” e Pepler propôs o modelo de “conceitos relacionados com o toque como sendo confortante”.

Daí o interesse pelo estudo do “toque” enquanto intervenção autónoma, que envolve o carácter psicossocial e que determinou a formulação da seguinte questão: No seu quotidiano os enfermeiros utilizam o toque de forma intencional na prestação de cuidados ao doente? Questão que constituiu um dos eixos da pesquisa e, uma vez formulada, conduziu ao seguinte objectivo: Descrever a intencionalidade dos enfermeiros das unidades de cuidados intensivos na utilização do toque na prestação de cuidados ao doente.

Neste sentido, o estudo decorreu num espaço físico preciso, numa unidade de cuidados

intensivos, que serve de palco aos actores, onde estes desenvolvem o seu papel profissional. Os actores são pessoas singulares, enfermeiros que, no desempenho do seu papel, poderão utilizar o toque como técnica de enfermagem na ajuda do doente em estado crítico. As actividades são todas as que se referem à prática dos enfermeiros, onde surge a oportunidade de utilização do toque e que foram observadas pelo investigador.

Neste contexto, este artigo inclui algumas referências inerentes ao enquadramento teórico, nomeadamente, hospitalização em cuidados intensivos e o toque no cuidar do doente. São evidenciados também, aspectos inerentes à metodologia e aos resultados obtidos no estudo empírico, terminando com as principais conclusões e algumas recomendações.

Referencial Teórico

Hospitalização

A hospitalização é uma experiência única na vida das pessoas que tiveram necessidade de recorrer ao internamento. O facto de ser única não significa que seja obrigatoriamente negativa, muitas vezes devolve ao doente o bem-estar físico, psicológico e social que circunstancialmente o abandonou. A hospitalização pode culminar numa experiência negativa por razões de vária ordem, umas relacionadas com a forma como foi acolhido e tratado, outras por lesões iatrogénicas contraídas no internamento, outras pelos problemas familiares e sociais ocasionados pela ausência do seu meio e pela incapacidade em desenvolver a sua actividade normal.

De salientar que, o internamento hospitalar é geralmente acompanhado de um ritual complexo e estranho para o doente, apesar de, por vezes, ser precedido de uma ligação de confiança com o seu técnico de saúde de referência. Uma vez no hospital o doente confronta-se com regras a observar, horários, relações interpessoais limitadas. A custo encontra significado para o tempo de

espera que medeia entre o diagnóstico e o início da terapêutica adequada.

As pessoas começam por ver o hospital como um lugar que representa a doença, o sofrimento, a morte, tornando-os de certa forma hospitalofobos. Por outro lado, o hospital apresenta algumas particularidades que podem influenciar as decisões éticas. A primeira é ser um ambiente separado da família e das circunstâncias que o homem normalmente vive, o que leva a olhar com sentido ético a humanização dos espaços e do meio hospitalar. A segunda, ressalta do peso da alta tecnologia própria do hospital, a qual pode aumentar a separação do pessoal de saúde / doente, com todos os problemas inerentes (Biscaia, 1998).

As unidades de cuidados intensivos constituem o espaço físico dentro do hospital onde se instalam doentes em estado grave, sob a supervisão de pessoal especialmente preparado, possuindo uma formação que permite prestar atenção às variações fisiológicas e psicológicas do doente (Burrell e Burrell, 1981). Acrescente-se também que este tipo de unidades apresentam uma atmosfera muito particular, com doentes de alto risco, rodeados de aparelhagem sofisticada. Estes aspectos podem desencadear estímulos prejudiciais, evocar imagens mentais, estranhas sensações resultantes dos procedimentos e técnicas, um mundo interno isolado e dominado pelo medo, consequência da visão de sofisticados aparelhos, luzes que brilham, pessoal muito ocupado, o que, por vezes, faz lembrar uma película de ficção científica (Rebello, 1988; Shirley e Egger, 1988).

Na realidade o doente passa a uma situação de dependência total, onde nem as funções corporais mais simples como a respiração e a eliminação estão sob o seu controle pessoal. Está constantemente sujeito a exames físicos e até exames das partes íntimas, pois a necessidade constante de dados supera as necessidades pessoais de privacidade ou das funções corporais. A total dependência de outros para sobreviver é por norma devastador para o equilíbrio emocional dos doentes em cuidados intensivos. Tal desconforto advém também da dependência da máquina, da perda

do controle, da incapacidade em comunicar, da entubação endotraqueal e da ventilação mecânica ao impedir a comunicação oral, os movimentos corporais. Esta situação vai aumentar o impacto da despersonalização num ambiente de alta tecnologia (Santos, 1996).

O Toque no Cuidar do Doente

A pele é o órgão mais extenso do nosso corpo. Qualquer experiência tátil ou de proximidade determina a sua representação a nível cerebral, enquanto experiência total mútua e única. Neste sentido, o toque foi conceptualizado por Estabrooks e Morse (1992), como sendo multidimensional, um gestalt que envolve a voz, a postura, o afecto, a intenção e o significado dentro de um determinado contexto, representa mais do que o contacto físico, pele com pele. O toque é considerado como uma das formas de comunicação não-verbal, que pode enviar mensagens positivas ou negativas para o doente, dependendo do momento, da forma e do local onde ocorre. Possibilita um tipo especial de proximidade, dado que, quando uma pessoa toca a outra, a experiência é inevitavelmente recíproca. Toca-se para “passar” algo, mas também para “sentir” algo, desde a temperatura e a forma, entre outros aspectos (Estabrooks e Morse, 1992; Serralheiro, 1993; Acqua, Araújo e Silva, 1998; Rioult, 1998).

Estabrooks (1988) definiu três tipos de toque: “o toque de carinho” que se traduz num toque afectivo, positivo; “o toque tarefa” que se traduz num toque relacionado com a tarefa, também denominado por toque instrumental; “toque de protecção”, usado para proteger o doente fisicamente e para proteger o enfermeiro sob o ponto de vista físico e emocional.

Objecto de Estudo e Metodologia

A questão central que guiou a investigação diz respeito à intencionalidade dos enfermeiros na utilização do toque nos doentes em cuidados

intensivos: No seu quotidiano os enfermeiros utilizam o toque de forma intencional na prestação de cuidados ao doente? Questão que, uma vez enunciada, nos conduziu à formulação de algumas sub-questões de investigação com a finalidade de “saber mais sobre”. De considerar que, como nos refere Huberman e Milles (1991), as questões de investigação facilitam a passagem do quadro conceptual a considerações posteriores, relacionadas com os instrumentos e a análise.

Para encontrar resposta à questão enunciada, enquadrámo-nos na equipa de enfermagem de uma unidade de cuidados intensivos de um hospital central, no sentido de observar a prática clínica dos enfermeiros e as suas estratégias de recurso à técnica do “toque”. A observação tinha como foco a questão central.

Estratégias Metodológicas

Esta investigação é de natureza qualitativa e caracteriza-se como um modo de inquirição sistemática, preocupada com a compreensão dos seres humanos e seu ambiente, descrita como holística, com todas as suas complexidades (Polit e Hungler, 1995).

Para o estudo da utilização do toque, recorremos a uma abordagem qualitativa, de tipo etnográfico, que consiste em descrever um sistema cultural do ponto de vista das pessoas que partilham a cultura estudada (Richardson, 1989; Fortin, 1999). As investigações de natureza etnográfica constituem uma das alternativas que recorrem a uma nova filosofia interpretativa e reconstrutiva da realidade. A filosofia interpretativa reconstitui a realidade e constitui uma das alternativas, onde o investigador procura encontrar informações pertinentes, que lhe permitam a reconstrução pormenorizada e a compreensão da realidade que ocorre numa situação microsocial. A unidade de cuidados intensivos, é o contexto onde se movem os actores, profissionais de saúde e doentes, em relação aos quais se pretende obter informações, com o fim de documentar os fenómenos, gerar e aperfeiçoar esquemas e categorias conceptuais, descobrir a

validar associações entre os fenómenos (Ludke e André, 1986; Goetz e Lecompte, 1988; Costa, 1990).

Reconhecemos que na observação participante, o investigador é o principal instrumento de observação, o que se insere no paradigma interpretativo ou compreensivo, em que o investigador pode compreender o mundo social do interior, pois partilha as condições humanas dos indivíduos observados.

O observador colocou-se inicialmente, numa posição prudente de não invasão do campo, no sentido de esperar que os observados o observem e aceitem, como nos refere Bogdan e Biklen, (1994). Nesta fase, embora tendo presente os objectivos do trabalho, procurámos conhecer os diferentes actores intervenientes no processo de cuidar, (re)conhecer o espaço onde decorriam os cuidados e a atitude a adoptar face aos objectivos definidos.

Para a concretização do estudo consideramos importante e fundamental obter o ponto de vista dos actores, as suas representações, dado que constituem elementos essenciais a associar a outros tipos de informações obtidos através da observação participante.

O objectivo a atingir com a entrevista determinará a liberdade deixada ao investigador e entrevistado e a profundidade das informações a colher, isto é, o tipo de entrevista a realizar (Grawitz, 1990). A entrevista assumiu características semi-estruturada, ou seja, a formulação e a sequência das questões não são predeterminadas, mas deixadas à livre disposição do entrevistado, sendo por isso, um instrumento privilegiado da investigação qualitativa (Fortin, 1999).

As entrevistas decorreram num espaço reservado para o efeito pela Enfermeira Chefe, foram gravadas em fita magnética e posteriormente foi feita a sua transcrição manual pelo investigador. Neste tipo de entrevistas, os informantes privilegiados revelaram-se de grande importância, quer pela descrição e interpretação, quer pela disponibilidade para facilitar o acesso à temática em estudo.

Recorremos a entrevistas informais, também denominadas “entrevistas não-estruturadas”, “conversas com um objectivo”, utilizadas para

reforçar um conjunto de interacções, com um objectivo explícito, as quais foram desencadeadas no decorrer da observação participante (Fortin, 1999).

Todas as entrevistas foram identificadas e transcritas no mesmo dia da sua realização. Este trabalho permitiu identificar as unidades de análise (Goetz e Lecompte, 1988), as ideias chave (Huberman e Milles 1991) e as unidades de registo (Ghiglione e Matalon, 1992). Com efeito, fomos sublinhando e anotando à margem, tendo em vista destacar os aspectos mais evidentes, que podem vir a revelar-se mais tarde como mais importantes (Goetz e Lecompte, 1988).

Procedimentos de Análise / Estratégias de Validação da Informação

Num primeiro momento, uma vez relidas as entrevistas, foram identificadas as unidades de análise, as ideias chave, as unidades de registo. Em função destas foram construídas as primeiras matrizes de dados, nas quais foram introduzidos códigos, de acordo com a informação recebida e tendo presente a problemática em estudo. Este exercício possibilitou encontrar novas unidades de registo e, em simultâneo, a visualização dos posicionamentos distintos dos enfermeiros de cuidados intensivos em estudo, o que possibilitou a identificação de uma ou outra unidade de análise susceptível de ser comparada.

Num segundo momento, foi realizada a leitura das unidades de análise identificadas e matrizes, relacionando-as e identificando, por vezes, no seu interior, novas unidades de análise, às quais foram introduzidos novos códigos e sub-códigos. Tivemos presente que a análise de conteúdo “será tanto mais fiável quanto a eleição das unidades de análise estão objectivamente mais especificadas e, portanto, menos sujeitas ao arbítrio do investigador” (Pérez e Serrano, 1994, p. 146).

No terceiro momento, o trabalho realizado em torno dos dados empíricos decorrentes da observação participante, embora enriquecedor, foi problemático. No decorrer da observação

participante fomos elaborando memorandos, mais propriamente notas de campo, de ordem descritiva e interpretativa, onde reunimos dados que nos pareciam significativos, comportamentos, descrição de momentos de cuidados específicos.

De considerar que as estratégias utilizadas na análise dos materiais obtidos através da observação participante, das entrevistas estruturadas e não-estruturadas (entrevistas informais) apesar de diferenciadas funcionaram de forma complementar e interactiva, possibilitando a triangulação da informação recolhida.

Utilização do Toque em Cuidados Intensivos: Estudo Empírico

A análise dos dados permitiu identificar algumas circunstâncias que motivam ou desmotivam a utilização do toque em cuidados intensivos. Contudo, a exigência de delimitação do presente artigo, leva-nos a destacar alguns aspectos do toque em cuidados intensivos, respeitando o observado no decorrer da investigação.

Um primeiro aspecto, refere-se ao toque no doente (in)consciente. Com efeito, a consciência do doente traduz a sua capacidade para perceber o mundo que o rodeia. Ou seja, ter a percepção das coisas, do ambiente que o circunda, das experiências agradáveis e desagradáveis e em consequência ser capaz de reagir dentro das suas possibilidades. O doente internado numa UCI, poderá estar consciente, embora frequentemente se encontre com alteração do nível de consciência, devido à sua situação clínica, ou mesmo, à frequente sedação a que é submetido. A necessidade de estabilização hemodinâmica parece constituir o motivo fundamental da sedação, contudo, o “apagamento” do sujeito não é completo como na anestesia, esses resquícios de consciência permitem a percepção de uma experiência dolorosa, de uma terrível dependência e impotência. É uma ruptura com a realidade por onde se vislumbra uma luz que não se apaga, um tempo sem noites e sem

dias verdadeiros, um espaço fluido e, sobretudo, o barulho, os alarmes, os outros doentes, as visitas, as conversas das equipas, as manipulações diversas assumem por vezes proporções exageradas, seguramente insuportáveis.

Neste sentido, em relação ao doente com alteração do nível de consciência, admitindo que seria desejável possibilitar a este o máximo de consciência (o que não é fácil) qual deveria ser a orientação do cuidado? Com efeito, as notas de campos aludem ao toque de natureza instrumental, e ao referido por um dos enfermeiros “ela (a doente) tem Midazolam em perfusão contínua, não obedece a nada” ou “não vale a pena comunicar com ela”. Traduz o aceitar que o doente não está a ouvir ou a sentir a presença do enfermeiro. Porém, a orientação deveria ser no sentido de considerar o resquício da consciência, valorizando os momentos de encontro com o doente.

“(...) os cuidados de conforto decorreram em silêncio, utilizando o toque instrumental preciso, sem contudo serem acompanhados de comunicação verbal com o doente.

A enfer.^a P questionada sobre o nível de consciência do doente referiu: «ela tem Midazolam em perfusão contínua, não obedece a nada...»

Os registos de enfermagem aludem que «a doente está hemodinamicamente estável e que se encontra sedada com Midazolam, só reagindo a estímulos dolorosos (...)» NC

Uma das inquiridas alude às “respostas visíveis” consequentes da utilização do toque, observadas na variação dos parâmetros vitais, em que o seu efeito pode baixar a frequência cardíaca, a Pressão Intra Craniana (PIC), ou mesmo, a espasticidade. Foi observado que em relação à espasticidade, esta pode diminuir ou aumentar, dependendo do modo como se toca. Esta observação em relação à maneira como se toca traduz uma aprendizagem no terreno, em que, no decorrer das intervenções de enfermagem em CI, se utiliza amiudamente o toque instrumental, o qual deve ser utilizado de forma adequada face à pessoa doente.

A alusão à utilização do “toque com várias coisas (...)”, nomeadamente o tom de voz (baixo), o falar com eles, o chamá-lo à realidade, apesar de não se saber ao certo se lá chega a mensagem (...), parece ir de encontro ao conceito de toque, já anteriormente apresentado, defendido por (Estabrooks e Morse, 1992).

“ (...) da utilização do toque nos doentes inconscientes (...) há reacções de resposta que são visíveis em termos de parâmetros vitais, em que o toque pode acalmar, baixar a frequência cardíaca, pode baixar a PIC. Certos períodos de espasticidade também podem diminuir ou exacerbar com o toque, dependem da maneira como o tocamos (...)” E

“ (...) nós aqui temos o toque com várias coisas (...), o toque com um tom de voz baixo (suave), o falar com eles, o informá-lo do que se está a passar, o tentar chamá-lo à realidade, apesar de não sabermos se a mensagem lá chega ou não. O que é certo é que a frequência cardíaca e a espasticidade diminuem (...)” E.

Em relação aos doentes conscientes, é referido por alguns dos inquiridos, que o toque é utilizado de forma assumida, para transmitir carinho, como complemento importante aos procedimentos técnicos, uma vez que o doente está num ambiente estranho, exposto à sobrecarga de múltiplos estímulos, visuais, auditivos, olfactivos, tácteis e gustativos. O reconhecimento que o ambiente em cuidados intensivos é muito impessoal, por vezes falta o mais importante, o encontro com a Pessoa, pois com frequência, os cuidados e procedimentos técnicos são efectuados com luvas, o que impede o contacto, pele com pele.

“ (...) sim, muitas das vezes faço-o (toque) de uma forma consciente e objectiva, nomeadamente quando dou um carinho, quando brinco com um doente consciente. Utilizo o toque como um complemento importante, dado que o doente está sobrecarregado de estímulos ambientais, em que muitas das vezes falta o mais importante

(...) o toque humano. É um ambiente por vezes muito impessoal porque o enfermeiro utiliza muito as luvas para fazer quase tudo em termos de cuidados, e não duvido que há momentos que era fundamental o doente sentir o calor de uma mão sem luvas (...)” E

Uma primeira ideia chave é a que se refere à comunicação global com o doente, onde se observa que, a enfermeira ao abordar o doente utiliza o toque numa perspectiva holística, como parte integrante das suas intervenções. Constitui um mecanismo fundamental para estabelecer a comunicação de ideias e emoções.

Descrição da Situação

“(...) continuei a observar a E.C. a cuidar da sua doente Sr.^a (...) de 71 anos de idade, amputada a um membro inferior direito, internada no serviço devido a sepsia no pós-operatório.

Inclinada sobre a doente, pegando na mão desta perguntou «tem dores na perna Sr.^a(...), quando lhe fizer o penso dou-lhe uma injeção que lhe alivia a dor », de referir que o coto está aberto, ou seja, não está suturado, para facilitar a limpeza e preparação para nova cirurgia.

A doente agitou-se um pouco, experimentou tossir, a enfermeira de imediato aspirou a doente, ficando esta mais sossegada.

Os cuidados de conforto decorreram de uma forma rápida e precisa, por vezes comunicando com a doente «já vai ficar confortável». Quando fez o penso, administrou um analgésico e foi questionando a doente «está a doer», os gestos eram suaves e precisos, comunicando com a doente «está quase, já a vou deixar descansar, está bem!...».

Após os cuidados questioneei a E.C. sobre: P – Utiliza amiudadamente o toque no doente? R – Sempre que vou prestar algum cuidado, quando o doente apresenta dor e desconforto, por vezes tenho a sensação que a dor diminui com o toque e com a comunicação com o doente. O toque é algo que nos identifica mais perto do doente.

P – O toque transmite carinho e afecto? R – Sim, penso que sim, embora seja um pouco complicado (...), há colegas que defendem que nós não nos devemos envolver, contudo penso que sim. Nós devemos dar carinho ao doente e o toque ajuda”.
NC

Factos Relevantes

- Doente amputada ao membro inferior direito
- Sépsia pós-operatória
- Coto não está suturado, apresenta uma superfície cruenta muito sensível
- O tocar na mão e a interacção enfermeira – doente
- Administração de analgésicos
- Resposta às questões do investigador.

Análise Inferencial

O tocar a mão da doente possibilitou um momento de interacção enfermeira – doente, transmitindo à doente atenção e carinho, bem como, orientação em relação aos procedimentos técnicos.

Também o indagar se a doente tem dor, uma vez que apresenta uma superfície cruenta ao nível do coto muito sensível e com a realização do penso pode condicionar o aparecimento de dor e sofrimento à doente.

Nas respostas às questões do investigador, a enfermeira reconhece a importância do toque, quando o utiliza e o que transmite ao doente. Considera também que nos CI é um pouco complicado, dado que há colegas que são contrários ao envolvimento com o doente, embora a sua prática não seja essa.

Constitui parte integrante dos cuidados de enfermagem tocar os doentes. É um acto necessário ao papel desempenhado pelo enfermeiro na prestação de cuidados. Com efeito, de todos os cursos de saúde e profissões ligadas a esta, a enfermagem é uma das poucas em que há grande quantidade de procedimentos técnicos que

implicam contacto com o doente. É um processo já descrito como toque de tarefa ou instrumental, que constitui um cuidado básico de enfermagem, concentrando tudo o que encerra a enfermagem e constitui uma actividade fundamental do enfermeiro. É um cuidado que exige presença física e psíquica, implica o uso de todos os sentidos, no contacto estabelecido com o doente, onde o corpo, as mãos, o olhar, o tom de voz e a sensibilidade entre outros aspectos, desempenham um papel primordial.

A análise dos dados obtidos no decorrer do trabalho de campo, permitiu identificar algumas unidades de análise, onde a utilização do toque de tarefa ou instrumental, contribui para o bem-estar do doente e conseqüente êxito das intervenções.

Os enfermeiros aludem aos procedimentos agressivos, ou seja as situações que agredem os doentes, que provocam dor, nomeadamente as colheitas de espécimes para análise, a introdução de drenos torácicos, a administração de terapêutica, entre outros, são por vezes acompanhados de sofrimento, de ansiedade e medo.

As situações que provocam dor e a (in)capacidade do doente tolerar a mesma, mereceu o destaque por parte de alguns enfermeiros. De facto a dor é um sintoma muito desagradável, acrescido do facto do doente em CI, apresentar com alguma frequência, a (in)capacidade em exteriorizar a situação dolorosa. O valorizar estas situações particulares por parte do enfermeiro é fundamental, bem como a intervenção adequada, onde se insere o toque.

“(…) acho que é um momento importante, em que os doentes sentem uma sensação de alívio, de conforto, para mim é dos mais importantes, nomeadamente quando se está a realizar um procedimento doloroso, desde a introdução de um dreno torácico a uma simples gasometria (...) o tocar e explicar ao doente antes e durante o procedimento é fundamental” E

“(…) utilizo o toque no doente quando administro uma terapêutica, quando vou aspirar. Ou seja, situações em que agrido mais

o doente, acho que é importante reconfortá-lo com um toque humano e carinhoso (...)"E

" (...) face à situação que o doente está a enfrentar, por exemplo, procedimentos que provocam ansiedade, medo e dor, utilizo o toque de forma assumida. Geralmente faço uma avaliação da situação, em que equaciono o procedimento técnico a realizar, a posição a adoptar pelo doente e as reacções emocionais mais frequentemente associadas a esta situação (...)"E

Foi referido pelos inquiridos que a aspiração brônquica é um procedimento técnico desagradável, cansativo, esgotante, agressivo, desconfortante, doloroso e que causa ansiedade. O expresso pelos inquiridos e as notas de campo, aludem à utilização do toque no início, durante e após a aspiração brônquica. Tal facto traduz a preocupação dos referidos no sentido do doente suportar melhor a agressão física e psicológica provocada pelo procedimento em questão. Este gesto humano facilita a estabilização e consequente recuperação dos parâmetros respiratórios do doente.

" (...) a aspiração brônquica é um procedimento muito violento. O toque no início deste procedimento técnico, pretende sossegar o doente, prepará-lo para a agressividade do procedimento, que causa sempre desconforto. No fim da aspiração contínuo com o toque físico, em que lhe tocamos no ombro ou mesmo na face, e verbalizamos que já terminou, que vai ficar melhor, que deve deixar o ar entrar nos pulmões, deve relaxar (...)"E

" (...) principalmente após uma aspiração brônquica, se calhar nem sempre o fazemos, principalmente ao terminar a aspiração em que eles ficam ansiosos, cansados, diria, esgotados, é um bom momento para lhe tocar e interagir com ele «já vai ficar melhor (...), deixe o ar entrar (...), pronto já vai ficar bem» (...)"E

" (...) habitualmente antes de uma aspiração brônquica, para libertar as vias aéreas de qualquer secreção, melhorando a capacidade ventilatória do doente. Geralmente, toco na face do doente, no sentido de lhe transmitir que já terminou, que já terminei o procedimento. Dado que, pelas descrições dos doentes, há uma sensação que lhe vão arrancar os pulmões, que lhe estão a roubar o ar. É um procedimento muito agressivo. A nossa intervenção em termos de toque, é uma forma de compensar e ajudar (...)"E

O "desmame do ventilador" significa o conjunto de procedimentos que determinam a independência do doente em relação à máquina. Traduzem um conjunto de passos seguros, que pretendem assegurar o equilíbrio hemodinâmico do doente; para tal, é fundamental o envolvimento total com a Pessoa. É um momento que exige proximidade com o doente no sentido de lhe transmitir apoio, segurança, incentivo para a "independência da máquina". O contacto físico, o toque, desempenha um papel muito importante, dado que o doente pressente o interesse do enfermeiro no seu bem-estar e, por outro lado, facilita a interacção enfermeiro/doente. As notas de campo, aludem à utilização do toque como forma de facilitar a adesão do doente à sua nova situação de independência em relação à máquina, a qual lhe dava suporte a uma necessidade fundamental e vital: "respirar". Daí o envolvimento da enfermeira, que se traduzia em incentivos para a referida independência (...).

Descrição da Situação

"(...)entrei na unidade cerca das 13,30 horas, tendo-me dirigido para o centro da unidade, junto ao denominado balcão, no sentido de cumprimentar os presentes. De seguida, dirigi-me para junto da E.A., que estava a receber indicação médica para que o seu doente iniciasse o desmame do ventilador.

A E.A., começou por reunir os recursos necessários à monitorização complementar da respiração (óxímetro), depois explicou ao doente os procedimentos, tocando com a sua mão esquerda no braço, enquanto com a mão direita dava ligeiras «palmadas» no tórax e comentava para o doente «vamos pôr estes músculos a trabalhar!...», vamos desligar o ventilador, «é preciso encher o peito de ar» isso, «estes músculos têm estado muito preguiçosos». Depois de desadaptar o doente do ventilador, continuou junto dele, incentivando este a ventilar espontaneamente, continuando a tocar no tórax do doente solicitando «força!» «isso mesmo!» «muito bem!» «isso vai!» «queremos que se vá embora daqui! (...) mas bom!». O doente sorria, apresentando-se bem disposto; a sua nova experiência de vida estava a decorrer bem (...)”NC

Factos Relevantes

- A enfermeira reúne o material para monitorizar o O₂;
- Explicação dos procedimentos ao doente;
- Toca no braço esquerdo, mantendo algum tempo de contacto;
- Incentiva o doente a respirar;
- Interage com o doente.

Análise Inferencial

O enfermeiro enquanto explica os procedimentos, mantém contacto físico com o doente (toque), transmitindo-lhe segurança. É uma passagem por vezes complicada, dado que o doente até ao momento dependia de uma máquina que lhe supria uma necessidade fundamental – respirar. Neste sentido, os doentes estão mais despertos para os cuidados e interesse dos enfermeiros quando há contacto físico por parte destes. Verificou-se também que há um aumento da interacção enfermeiro / doente quando é utilizado o toque. Observando-se que o toque enfermeiro / doente representa uma importante ferramenta de comunicação não-verbal.

O incentivar o doente a respirar, desempenha duas funções, por um lado estimula a ventilação, contribuindo para a manutenção de uma necessidade fundamental – respirar. Por outro lado, ao nível psicológico, transmite segurança ao doente, despertando este para a sua independência em relação à máquina (ventilador). Para obter a colaboração do doente, é preciso estar em linha com o interlocutor e vice-versa, só assim é possível o doente sorrir e deixar a unidade no mais curto espaço de tempo possível.

Os enfermeiros fazem alusão à utilização do toque nas massagens e nos posicionamentos. Com efeito, no decorrer do trabalho de campo, observamos enfermeiros retirarem as luvas de látex, utilizadas nos cuidados de conforto, para massajar o doente; tal facto vai de encontro ao observado por Montagu (1988) que, em relação à “imposição das mãos”⁽¹⁾ e mais concretamente o caso das crianças afectadas por qualquer doença ou distúrbio da pele, o toque da mão humana é especialmente importante e por isso, alguns dermatologistas recomendam que, quando a mãe aplicar um medicamento, sua aplicação deve ser feita manualmente, de modo que a criança sinta uma carícia ao invés da aplicação impessoal (utilizando luvas ou compressa).

Com efeito, o toque massagem deve ser adaptado a cada doente. Para os doentes muito fatigados, as massagens na região dorsal, com o doente em decúbito lateral possibilitam uma boa prática, as mobilizações suaves dos membros, dos dedos, dos ombros, permitem a descontração do doente e um movimento no sentido da sua autonomia. Com efeito, na opinião de Almeida e Duarte (2000), o ritmo uniforme nas massagens é essencial para assegurar o relaxamento e a frequência estabelecida deve ser constante em toda a manobra, enquanto a mão está em contacto com a pele.

⁽¹⁾ “A Imposição das Mãos”, é uma prática milenar que vem desde a mais remota antiguidade. Uma vez que a mão é o órgão mais activo do corpo, realizando toda a espécie de actos, tanto comuns quanto mágicos, ou religiosos, é possível que tenha representado um símbolo de poder.

Assim, a “imposição das mãos”, o “toque de Rei”, era utilizado para curar doenças específicas como a escrófula, conhecida como “mal do Rei”, era em certa época, amplamente utilizado e dizia-se ser eficiente. O toque real data do tempo dos Capetos em França, e dos Normandos em Inglaterra (Montagu, 1988).

“ (...) utilizo principalmente quando faço massagens em que usualmente não utilizo luvas; quando quero que o doente colabore em algumas intervenções também lhe toco, agarro-lhe na mão ou no braço, é uma forma que nós temos de interagir com o doente (...)” E

“ (...) a ER cuidava da Sr.^a ..., que se encontrava no 16^o dia de pós-operatório, estava consciente, pouco participativa nos cuidados. A doente estava traqueostomizada, dependente do ventilador. A enfermeira comunicava com a doente, mas não esperava retorno, iniciando os cuidados de conforto, tudo de uma forma rápida e determinada. Para massajar o dorso da doente, retirou as luvas, colocando de seguida creme nas mãos, massajando a região dorsal com movimentos suaves e precisos.

Após os cuidados de conforto, questioneei a ER, P – “Habitualmente retira as luvas para massajar os doentes? R – “Geralmente procedo assim, se estivesse aqui doente gostaria que me fizessem o mesmo, além disso a doente não têm qualquer processo infeccioso (...)” NC

Os enfermeiros aludem também à utilização do toque na avaliação de parâmetros vitais, componente fundamental na assistência ao doente em cuidados intensivos. Para tal o enfermeiro recorre aos seus sentidos, principalmente à audição, à visão e ao tacto que, com o auxílio da tecnologia evidenciam a situação hemodinâmica do doente. Com efeito, o início do turno, quando estabelecem o primeiro contacto com o doente, no sentido de avaliarem alguns dos parâmetros vitais, é reconhecido como um momento importante para utilizarem o toque.

“ (...) geralmente tocamos no doente no início do turno, quando colocamos o termómetro e começamos a avaliar a temperatura corporal e outros parâmetros vitais. É um bom momento para o fazer,

contudo, por vezes, tocamos e estamos a olhar para o lado a conversar (...). Lá está, os actos mecanizados, em que estamos a fazer coisas por rotina, acabamos por não ligar aquilo que estamos a fazer (...)” E

“ (...) utilizo o toque, quando por exemplo vou fazer uma glicemia capilar, não pego no dedo e pingo de imediato. Pego na mão do doente, informo-o que vou fazer uma picadinha no dedo (...), quer o doente esteja consciente ou não. O doente ao sentir a presença do enfermeiro e o seu interesse torna uma coisa desagradável em algo mais suportável (...)” E

Ficou subjacente às expressões dos inquiridos que a avaliação dos parâmetros vitais é um momento em que utilizam com muita frequência o toque, não só como exigência do procedimento, como por exemplo a avaliação da frequência respiratória ou da temperatura corporal, como também, no sentido de informar o doente do tipo de procedimento a realizar.

Conclusão

Ao concluirmos esta breve abordagem sobre o toque na prática clínica, convém referir que, os enfermeiros pela sua formação são obrigados no seu quotidiano a tocar com muita frequência a intimidade da Pessoa, homem ou mulher, por vezes em situação de grande sofrimento psíquico e físico.

Os enfermeiros demonstraram mais facilidade em utilizarem o toque no doente consciente, dado que é mais apelativo, ou seja, este facilita a interacção enfermeiro/doente. Pelo contrário, perante o doente com alteração do nível de consciência, nem sempre conseguem manter o mesmo nível de interacção. Contudo, alguns enfermeiros, em relação ao doente inconsciente aludem a “respostas visíveis” resultantes da utilização do toque, como seja a diminuição da PIC,

ou seja, a variação dos parâmetros vitais ou mesmo da espasticidade.

Os enfermeiros utilizam o toque como forma de comunicação global, utilizando-o nas suas intervenções, pois têm presente a perspectiva holística do doente, chegando a reconhecer o toque como uma forma de transmitir ideias e emoções.

Perante procedimentos agressivos, os enfermeiros utilizam o toque no sentido de suavizar o momento, ajudando o doente a suportar melhor o acto. Com efeito, a aspiração brônquica é um procedimento muito desconfortante, que pode ser melhor suportado com o recurso à utilização do toque.

O desmame do ventilador pressupõe o esforço desenvolvido pelo enfermeiro e pelo doente, no sentido de este adquirir a sua independência em relação à máquina. Este processo pode ser facilitado com a utilização do toque.

Os enfermeiros consideram também benéfico a utilização do toque nas massagens e nos posicionamentos, bem como, na avaliação dos parâmetros vitais, onde a exigência do contacto físico, pele com pele, é parte integrante do procedimento.

Para finalizar, consideramos importante a utilização do toque nas práticas clínicas dos técnicos de saúde. Os enfermeiros, como profissionais do humano⁽²⁾, são aqueles que mais recorrem ao contacto físico com o doente na sua prática clínica. Neste sentido, devem estar conscientes que esses momentos, podem ser enriquecidos em termos afectivos, advindo daí, cuidados humanizados e de elevada qualidade.

Bibliografia

- ACQUA, M. C. Q.; ARAUJO, V. A.; SILVA, M. J. P. (1998) – Toque: qual o uso actual pelo enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol. 6, n.º 2, p. 17-22.
- ALARCÃO, Isabel (2001) – Formação reflexiva. **Referência**. N.º 6, p. 53-59.
- ALMEIDA, Maria de Lurdes; DUARTE, Susana Filomena (2000) – Massagem dorsal de bem estar e de conforto. **Referência**. N.º 5, p. 75-78.
- BARNETT, K. A. (1972) – A survey of the current utilization of touch by health team personnel with hospitalized patients. **International Journal of Nursing Studies**. Vol. 9, n.º 4, p. 195-209.
- BISCAIA, J. (1998) – A ética na vida hospitalar. **Cadernos de Bioética**. N.º 18, p. 33-46.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. (1994) – **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora.
- BURRELL, Z. L.; BURRELL, J. O. (1981) – **Cuidado intensivo**. 3.ª ed. México: Editorial Limusa.
- CLEMENT, J. M. (1983) – **Descriptive study of the use of touch by nurses with patients in the critical-care unit**. Austin: The University of Texas at Austin. (Abstracts International; 43). Tese de doutoramento.
- COSTA, A. F. (1990) – A pesquisa no terreno em sociologia. In SILVA, A. Santos [et al.] – **Metodologia das ciências sociais**. 4.ª ed. Porto: Edições Afrontamento.
- DEWEVER, M. K. (1977) – Nursing home patients perception of nursing affective touch. **The Journal of Psychology**. Vol. 96, p. 163-171.
- ESTABROOKS, C. A. (1989) – Touch: a nursing strategy in the intensive care unit. **Heart & Lung**. Vol. 18, n.º 4, p. 392-401.
- ESTABROOKS, C. A.; MORSE, J. M. (1992) – Toward a theory of touch: the touching process and acquiring style. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 17, n.º 4, p. 448-456.
- FORTIN, M. F. (1999) – **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência.
- GHIGLIONE, R.; MATALON, B. (1992) – **Inquérito, teoria e prática**. Oeiras: Celta Editora.
- GOETZ, J. P.; LECOMPTE, M. D. (1988) – **Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa**. Madrid: Ediciones Morata.
- GRAWITZ, M. (1990) – **Méthodes des sciences sociales**. 8.º éd. Paris: Précis.
- HESBEEN, Walter (2000) – **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência.
- HUBERMAN, M.; MILES, M. (1991) – **Analyse des donnés qualitatifs: recueil de nouvelles méthodes**. Bruxelas: Ed. De Boeck.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. (1986) – **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: Ed. Pedagógica e Universitária.
- MONTAGU, A. (1988) – **Tocar: o significado humano da pele**. 5.ª ed. São Paulo: Summus Editora.

(2) Na perspectiva de Alarcão (2001), ser profissional do humano é ser capaz de lidar com o imprevisível, susceptível de emergir no sei das regularidade do dia-a-dia.

- PEPLER C. J. (1984) – **Congruente in relational messages communicadet to nursing home residents throug nurse aide touch behaviours**. The University of Michigan. (Abstracts International; 45). Tese de doutoramento.
- PÉREZ SERRANO, G. (1994) – **Investigación cualitativa. Retos e interrogantes**. Madrid: Editora la Muralla. Vol. 2.
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. (1995) – **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 3.^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- REBELO, A. (1998) – Stress em cuidados intensivos. **Psiquiatria Clínica**. Vol. 9, n.º 4.
- RICHARDSON, R. J. (1989) – **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 2.^a ed. São Paulo: Editora Atlas.
- SANTOS, Z. (1996) – O doente em cuidados intensivos. **Psiquiatria Clínica**. Vol. 17, n.º 3, p. 231-237.
- SHIRLEY, L.; EGGER, R. N. (1988) – UCI: un lugar especial para la relation. In **El paciente crítico**. Barcelona: Ediciones Doyma.
- WATSON, J. (2002) – **Enfermagem: ciência humana e cuidar: uma teoria de enfermagem**. Loures: Lusociência.
- WATSON, W. H. (1975) – The meanings of touch: geriatric nursing. **Journal of Communication**. Vol. 25, n.º 3, p. 104-112.
- WEIS, S. J. (1979) – Psycholophysiology effects of caregiver touch on incidence of cardiac dysrhythmia. **Heart & Lung**. Vol. 15, n.º 5, p. 495-505.