

Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional dos Enfermeiros

Therapeutic Relationship and Emotions: Nurses Emotional Involvement versus Detachment

PAULA DIOGO

Professora Adjunta; PhD, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

No paradigma de enfermagem da integração-interação, os enfermeiros integraram a abordagem do holismo nos seus cuidados, valorizando as necessidades emocionais, sociais e espirituais das pessoas cuidadas, e no seu cerne os relacionamentos próximos. Porém, os cuidados centrados no relacionamento fizeram emergir questões relacionadas com as emoções dos enfermeiros e dos clientes em interação, pois todo o processo relacional está impregnado de emoções.

O principal objetivo deste artigo de reflexão conceptual é a discussão sobre a influência das emoções na relação de cuidados de enfermagem, as estratégias de gestão dos relacionamentos e os estilos de proximidade e/ou distanciamento emocional adotados pelos enfermeiros na relação terapêutica em enfermagem. Mas é, principalmente, um estímulo ao debate científico sobre as características da relação terapêutica, com enfoque na influência das emoções dos protagonistas desta relação.

Na evidência científica consultada não existe consensualidade sobre a adequabilidade do envolvimento/distanciamento emocional na relação terapêutica em enfermagem, sendo apontadas várias vantagens e desvantagens para os enfermeiros e para os clientes.

O foco desta “discussão” evidencia a importância da competência emocional dos enfermeiros (habilidades de gestão emocional) nas relações complexas e exigentes, nas quais o cliente experiencia uma emocionalidade intensa e perturbadora associada aos processos de saúde-doença, evitando o stress e burnout na prática de enfermagem.

Palavras-chave: enfermeiros, relação enfermeiro-cliente, emoções, stress, burnout profissional.

In the paradigm of nursing integration-interaction, nurses integrated approach of holism in their care, enhancing the emotional, social and spiritual needs cared for, and at its heart close relationships. However, relationship-centered care has raised issues related to the emotions of nurses and clientes interaction, for all the relational process is impregnated with emotions.

The main objective of this conceptual reflection article is the discussion about the influence of the emotions in the relationship of nursing care, the relationship management strategies and the styles of emotional involvement /detachment adopted by the nurses in the therapeutic relationship in nursing. But it is mainly a stimulus to the scientific debate about the characteristics of the therapeutic relationship, focusing on the influence of the emotions of the protagonists of this relationship.

In the scientific evidence consulted there is no consensuality about the adequacy of the emotional involvement / detachment in the therapeutic relation in nursing, being pointed several advantages and disadvantages for the nurses and for the clients.

The focus of this "discussion" highlights the importance of nurses' emotional competence (emotional management skills) in complex and demanding relationships in which the client experiences an intense and disturbing emotionality associated with health-disease processes, avoiding stress and burnout in the nursing practice.

Keywords: nurses, nurse-patient relations, emotions; stress, professional burnout.

INTRODUÇÃO

Com o incremento do envolvimento e proximidade na relação enfermeiro-cliente (Williams, 2000), enquadrado no paradigma de enfermagem da interação (Kerouác et al., 1994), os enfermeiros adotaram paulatinamente a abordagem do holismo nos cuidados, reconheceram as necessidades emocionais, sociais e espirituais das pessoas cuidadas, e a necessidade de relacionamentos próximos (Benner, 2001). A importância desta relação é evidenciada por Collière (1999, p. 152): “É a relação com o doente que se torna o eixo de cuidados no sentido em que é simultaneamente o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detém em si própria um valor terapêutico”. Porém, desde o final da década de 80 que investigadores em enfermagem têm procurado compreender o processo de envolvimento/distanciamento emocional na relação enfermeiro-cliente, tendo em conta que a experiência emocional está omnipresente em cada situação de cuidados, a qual tem como base essa mesma relação (Diogo, 2006, 2015). Os cuidados centrados no relacionamento fizeram emergir questões em enfermagem relacionadas com as emoções dos sujeitos em interação, a par do desenvolvimento do conhecimento produzido por outras disciplinas, tal como a conceção defendida pelo psicólogo Goleman (2006) de que todo o processo relacional está impregnado de emoções. Então, McQueen (2004) alertou para uma questão essencial: os enfermeiros ao adotarem os valores do holismo, parceria e proximidade procuram conhecer o cliente enquanto pessoa, no entanto experienciam as respostas emocionais do seu sofrimento. Por um lado, a proximidade na relação permite conhecer o cliente e as suas necessidades, promovendo a humanização dos cuidados. Por outro lado, os enfermeiros ficam mais expostos ao stress físico e emocional, e podem ter que se distanciar de tais emoções durante os cuidados. Assim, levanta-se a questão: Qual a estratégia que os enfermeiros devem adotar na relação terapêutica em enfermagem, o envolvimento ou o distanciamento emocional?

Este artigo de reflexão conceptual fundamenta-se em evidência científica relevante, acedida em bases de dados internacionais (através das ferramentas eletrónicas de pesquisa Scielo, Ebsco, B-on e Google Académico), bibliotecas digitais e repositórios nacionais, e ainda consulta de obras de autores que se destacam no tema das emoções em enfermagem. Os descritores e palavras-chave (em idioma português e inglês) que nortearam a pesquisa foram: enfermeiros; relação terapêutica; relação enfermeiro-cliente; emoções; gestão das emoções; envolvimento emocional; distanciamento emocional; stress; burnout. Utilizou-se

uma metodologia descritiva e compreensiva para análise da produção científica.

O principal objetivo deste artigo de reflexão conceptual é a discussão não só sobre a influência das emoções na relação de cuidados de enfermagem, tendo em conta que as interações humanas estão impregnadas de uma emocionalidade singular que afeta positiva ou negativamente as mesmas, mas também sobre as estratégias de gestão dos relacionamentos e os estilos de proximidade e/ou distanciamento emocional adotados pelos enfermeiros na relação terapêutica em enfermagem. Porém, é principalmente um estímulo ao debate científico sobre as características da relação terapêutica, com enfoque na influência das emoções dos protagonistas desta relação.

O “MALABARISMO DAS EMOÇÕES” PARA GARANTIR A ESTABILIDADE DOS RELACIONAMENTOS

A relação entre enfermeiros e clientes está impregnada de emoções que se transmitem em cascata (Collière, 2003). Tendo em conta as vivências de emocionalidade excessiva e perturbadora dos clientes, no confronto com a doença e hospitalização, é frequente estes projetarem na relação com os enfermeiros o seu mau estar, a sua disforia, o seu medo e angústia, o seu sofrimento, moldando essa mesma relação e cada momento da interação, em cada encontro. No estudo de Henderson (2001), os enfermeiros perspetivam os relacionamentos como uma espécie de “dança” entre o enfermeiro e o cliente, que se alimenta mutuamente, com avanços e retrocessos e em que informações são recolhidas por cada pessoa envolvida, aquilo que mais parece um “tango”. De facto, os enfermeiros promovem a estabilidade nas relações através da gestão dos relacionamentos (Diogo, 2015), pois os episódios de conflitos constituem fonte de perturbação emocional para os clientes e também para os próprios enfermeiros; o que Goleman (2006) define como a arte de nos relacionarmos gerindo as emoções dos outros. Construir a estabilidade na relação com os clientes é, então, caracterizado pelo envolvimento emocional, pela gestão de episódios conflituosos e ainda pelo equilíbrio de poderes, fundamental para transformar positivamente a experiência de doença e hospitalização (Diogo, 2015).

No estudo de Goodman (2001), os enfermeiros usam um conjunto de metáforas para descrever os relacionamentos através da imagem de uma “viagem de barco”, para ilustrar a sua preocupação com a manutenção da situação estável ou evitar causar disrupções a nível emocional; “não balançar muito o barco” ou “não levantar ondas”. Os enfermeiros conseguem alcançar a desejada estabilidade nos relacionamentos, pois são “malabaristas das emoções” (Bolton, 2001; Goodman, 2001). Estão habilitados a manifestar uma variedade de expressões faciais de acordo com diferentes situações que as motivam, o que revela uma elevada complexidade emocional para os profissionais que regulam a expressão das suas emoções, adotando diferentes faces (Bolton, 2001). E também recorrem à negociação de situações de conflito, têm a necessidade de fazer “malabarismos” face às exigências para manter os relacionamentos terapêuticos com os clientes, tal como gerir as situações difíceis (Goodman, 2001).

O ENVOLVIMENTO EMOCIONAL NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA

Os enfermeiros acreditam que as relações difíceis, conflituosas, frias e distantes conferem instabilidade na dinâmica dos cuidados e da equipa, e não beneficiam a experiência de doença e hospitalização dos clientes, e por isso procuram alcançar a estabilidade nos relacionamentos investindo no envolvimento emocional (Diogo, 2015). Procuram ser uma figura de referência para a família e desenvolver um envolvimento emocional, conhecimento mútuo, proximidade e confiança. Langton (2000) considera importante que um mesmo enfermeiro se mantenha como responsável pelos cuidados a uma mesma criança, pelo menos no seu primeiro internamento, já que a sua segurança emocional implica a criação de laços interpessoais significativos e duradouros. Esta modalidade de organização do trabalho promove um maior conhecimento das suas reações habituais e um estabelecimento mais forte da relação com ela e com os pais. Morse et al. (2006) defende que a essência da relação é o envolvimento, numa identificação do enfermeiro com o cliente. Diogo (2006) identifica o envolvimento afetivo entre os enfermeiros e a criança/jovem e familiares, cujos benefícios é a qualidade da relação (enquanto cuidado) decorrentes da proximidade e de uma melhor compreensão que, por sua vez, vai contribuir para desenvolver a própria relação. O estudo de Brooks e Phillips (1996) revela, igualmente, que os enfermeiros acreditam que o envolvimento emocional está associado a resultados positivos para os clientes, e existe evidência de que os clientes concordam, o que é totalmente corroborado pelos achados de Diogo (2015). De facto, o afeto e o envolvimento emocional são atributos essenciais para cuidar (Henderson, 2001; Diogo, Baltar, Santiago, & Prudêncio, 2017), e também para que os cuidados se desenvolvam num contexto relacional estável e propício.

Benner (2001) acrescenta que o envolvimento emocional pode ser muito útil para o próprio enfermeiro. Recorda que aquando da sua própria formação era prevenida para não se envolver demasiado e que nas suas investigações interrogou-se sobre o modo como as enfermeiras conseguiam tornar compatível o facto de estarem emocionalmente envolvidas com o cliente e, no entanto, terem de o submeter a tratamentos dolorosos. Desenvolveu, então, a hipótese de que é esse mesmo envolvimento que ajuda as enfermeiras, bem como os clientes a enfrentar melhor a experiência. Benner (2001, p. 190) refere: “Creio que as técnicas que visam impor uma certa distância entre elas e os doentes, protegem insuficientemente as enfermeiras da dor da situação, ao mesmo tempo impedindo-as de aproveitar os recursos e as possibilidades que engendra o compromisso face a estes doentes e às suas famílias”. Ainda Watson (2002a) defende que o envolvimento emocional na prática dos enfermeiros é necessário para produzir o processo reflexivo para que a ajuda seja dada; o enfermeiro ajuda o cliente a integrar a experiência subjetiva com uma visão externa da situação. Este envolvimento emocional promove o sentimento nos clientes de serem respeitados e considerados e também de se sentirem mais confiantes, e deste modo sentem-se cuidados, gerando um estado emocional de tranquilidade e confiança que é apaziguador da angústia, revolta e agressividade, levando a aceitar e a compreender mais facilmente os eventos stressantes, as más notícias ou alguma coisa que não corra a seu favor (Diogo, 2015).

Relação
Terapêutica
e Emoções:
Envolvimento
versus
Distanciamento
Emocional dos
Enfermeiros

O DISTANCIAMENTO EMOCIONAL NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA

Os achados de um estudo de Mercadier (2004), sobre cuidados de enfermagem a adulto e idosos, explicitam que a repressão das emoções dos enfermeiros presentes na interação com o cliente, é conseguida através da abordagem distante com que iniciam e terminam essa interação, através do distanciamento do foco das emoções e da experiência emocional dos clientes, protegendo com isso a sua percepção emocional. Estes mecanismos defensivos são desenvolvidos com recurso ao cumprimento exclusivo dos protocolos instituídos e à rotulação dos clientes. Deste modo, o confronto com as emoções deixa de ser direto, e até esquecido, desviando a atenção quase exclusivamente para os atos técnicos.

Morse et al. (2006) enfatizam igualmente estes mecanismos defensivos, acrescentando a negação e a blindagem emocional (enquanto proteção impermeável às emoções dos outros). Os profissionais desejam não se verem envolvidos numa relação de proximidade com o cliente, relação que implica uma experiência emocional intensa, com a qual podem não conseguir lidar, e que pode ser insustentável quando o hospital é considerado uma empresa com fins económicos, na qual não há espaço para as emoções (Mercadier, 2004).

Para Omdahl e O'Donnell (1999), os enfermeiros devem usarem estratégias que promovam a empatia mas que evitem o contágio emocional, de modo a garantirem a perenidade de uma boa prática. Também segundo Bolton (2001), parece consensual para os enfermeiros de diferentes serviços da prática hospitalar que, para um legítimo cuidado ao cliente, estes ficam envolvidos a um certo nível e a procura de uma distância vai ao encontro dos seus interesses, e não tanto dos do cliente.

O LIMITE TERAPÊUTICO DO ENVOLVIMENTO EMOCIONAL

Os enfermeiros de um serviço de ginecologia que vivem experiências emocionais intensas quando cuidam do bebé nado-morto mantêm, veementemente, a intenção de ajudar a mulher em luto (Bolton, 2000). Quando as expectativas da mulher são muito elevadas quanto ao suporte e envolvimento emocional da parteira, estas parecem trabalhar arduamente para garantir o suporte solicitado ou nas situações em que a mulher parece não ser receptiva ao suporte da parteira (troca rejeitada), esta trabalha arduamente para estabelecer rapport, tentando diferentes abordagens: um estilo maternal, autorrevelação de experiências pessoais de parto e maternidade, uso do humor ou assumir uma postura de “perito”; estas situações implicam trabalho árduo e são emocionalmente esgotantes, mas os enfermeiros insistem no desenvolvimento do relacionamento (Hunter, 2006). Os achados de Diogo (2015) revelam, igualmente, um investimento e vontade construtiva da relação com os clientes, o que é corroborado por vários estudos na área da enfermagem pediátrica (Zengerle-Levy, 2004; Livesley, 2005; Björk, Nordström & Hallström, 2006; Diogo, 2006; Woodgate, 2006; Anderzén-Carlsson et al., 2007; Diogo, Baltar, Santiago & Prudêncio, 2017).

Mas o desenvolvimento de relações significativas entre enfermeiros e clientes, de

proximidade, de envolvimento emocional, numa ausência de distância terapêutica, implica limites que se confinam ao espaço profissional como, por exemplo, não dar o contacto pessoal ou telefonar para os clientes apenas do serviço (Diogo, 2015) ou a necessidade das enfermeiras de diferenciarem “o ser mãe e o ser enfermeira”, apesar de cuidarem afetivamente das crianças como se fossem seus filhos (Diogo, Baltar, Santiago & Prudêncio, 2017).

Swanson (1993) alerta para que existe uma linha muito fina entre partilhar a realidade do outro e transformar essa realidade como nossa. Quando tal fronteira é quebrada o sofrimento surge para ambos os sujeitos em interação. Os resultados refletem um desgaste nos cuidados aos clientes, redução do bem-estar dos enfermeiros e, em última análise, influencia a relação pessoal e profissional e o desempenho das funções. Também Livesley (2005) refere, no seu estudo, que os enfermeiros que prestam cuidados a crianças sem acompanhante procuram usar a estratégia de diferenciação entre ser enfermeiro e ser mãe/pai, o que permite definir a significado de fronteira/limite profissional. Neste estudo, o tradicional significado do conceito de “distanciamento emocional” é ultrapassado pelos enfermeiros mais resilientes, ao salientarem que estão disponíveis emocionalmente para as crianças e pais nos relatos das suas histórias. Mas as metáforas “dar um passo atrás” e “fazer uma pausa” espelham a interpretação e significado dos enfermeiros relativamente à necessidade de estabelecer alguma distância entre elas e as crianças durante os cuidados. Mais importante de que se tornar emocionalmente indisponível, esta estratégia de distanciamento “temporário” possibilita que permaneçam emocionalmente disponíveis para as crianças. Estabelecem, então, nesse momento um pouco de distanciamento, numa ocasião em que a distância permite tempo para pensar nas suas próprias necessidades, um espaço de elaboração sobre o que precisa de fazer antes de entrar no “cenário de cuidados”. Esta estratégia pode ser útil para ajudar a gerir as suas próprias emoções e as dos clientes no contexto da relação.

Watson (2002b) defende o conceito do envolvimento profissional na enfermagem: a participação total do Self, usando todas as dimensões da pessoa como uma fonte na relação profissional. Este conceito está vinculado a um relacionamento transpessoal no cuidar, no qual os sentimentos do enfermeiro podem ser experimentados e sentidos, não como uma forma de obter alívio ou ajuda dos clientes, mas como parte de ser e de se tornar presente no relacionamento.

MODELO EXPLICATIVO DA RELAÇÃO ENFERMEIRO-CLIENTE COM ÊNFASE NO PROCESSO DE ENVOLVIMENTO/DISTANCIAMENTO EMOCIONAL DOS ENFERMEIROS (MORSE ET AL., 2006)

Morse et al. (2006) apresentam um modelo explicativo da empatia na relação enfermeiro-cliente (Figura 1), que coloca ênfase no processo de envolvimento/distanciamento emocional dos enfermeiros face ao sofrimento dos clientes. Os autores referem que um estímulo provoca no enfermeiro um insight empático (uma sensação reflexa e subjetiva que desperta espontaneamente em si quando observa o sofrimento do outro) e o resultado é a empatia emocional. A partir deste ponto as características do

envolvimento do enfermeiro dependem das suas respostas emocionais ao sofrimento, com foco no cliente ou com foco no seu Self.

As respostas humanas que se encontram no 1.º nível, e que são focadas no cliente, são desencadeadas pelo insight emocional do enfermeiro. Estas respostas são culturalmente condicionadas, tal como podem ser aprendidas, mas na maior parte das vezes são reflexas ou involuntárias, e são naturalmente reconfortantes para quem sofre. Cada uma das respostas (célula-a) são sentimentos particulares dos enfermeiros que são conduzidos especificamente na direção do cliente, e podem ser reconhecidas através de características de expressão verbal e intuição. Mas, na enfermagem, estas respostas são desvalorizadas e os enfermeiros são treinados a responder de um “modo profissional”. Os autores consideram que esta desvalorização, das respostas de 1.º nível (célula-a), limita seriamente a eficácia da prática de cuidados. No entanto, as observações da prática ilustram que apesar do facto destas respostas não fazerem parte da formação formal em enfermagem, estas são habitualmente usadas pelos enfermeiros. O fator determinante na eleição de respostas de 1.º nível é que o enfermeiro envolve-se na experiência do cliente, exigindo que esteja emocionalmente envolvido ou habilitado para se identificar com o cliente. O enfermeiro deve estar disposto e habilitado para experienciar ou partilhar o sofrimento dos outros, para poder dar respostas com sentido e apropriadas ao cliente. É este processo de envolvimento entre o enfermeiro e o cliente que permite a partilha da experiência.

No cliente		Focus	No enfermeiro	
<u>Características</u>	<u>Respostas</u>		Respostas	<u>Característica</u>
Envolvimento (com as emoções do cliente)	Piedade Simpatia Consolação		Reserva Desumano Distanciamento Rotulação	Contra- envolvimento
Resposta genuína, reflexa	Compaixão Validação reflexiva		Negação Proteção Blindagem Afastamento	Contra a incorporação, proteção
		a	b	
		c	d	
Pseudo- envolvimento	Partilha do Self Humor Validação da informação		Comportamento rotineiro “Estilo profissional” Legitimado/ Justificado	Ausência de envolvimento
Profissional Instruído	Empatia terapêutica Confronto Confortar instruído		Pena (falso profissionalismo) Falsa confiança	Ausência ou reduzida incorporação

Fig. 1 - Tipos de envolvimento em função do foco e da experiência emocional dos enfermeiros face ao sofrimento do cliente (Morse et al., 2006)

Paradoxalmente, a imersão do enfermeiro na realidade do outro resulta também numa experiência de dor e sofrimento para o próprio. Devido à exposição do enfermeiro

ao sofrimento, sendo “bombardeado” constantemente pelo stress emocional e realizando, frequentemente, procedimentos que provocam dor (i. é, que causam sofrimento adicional), este aprende a redirecionar, a alterar ou reprimir a espontaneidade das respostas emotivas de 1.º nível.

Quando o enfermeiro procura reduzir as suas respostas emocionais para com o cliente, reduzindo também o seu investimento na experiência de sofrimento do outro, este desenvolve respostas de 2.º nível; as respostas profissionais instruídas de empatia terapêutica (célula-c). Como o seu envolvimento emocional com o cliente é mais limitado e a duração da interação é mais reduzida, tem que tentar imaginar o que se passa com o cliente, em vez de se tornar genuinamente envolvido com a sua experiência. O termo pseudo-envolvimento designa este nível de respostas. O foco da resposta de ajuda profissional é o cliente, embora algumas destas respostas possam estar fora do alvo, ou seja, não atinjam o objetivo ou não ajudem, elas são genericamente terapêuticas. Estas respostas mantêm o enfermeiro de algum modo conectado, mas a uma “distância segura”, objetiva e profissional, do cliente.

Com foco no cliente, o envolvimento emocional que é central no 1.º nível de respostas implica a empatia emocional. No 2.º nível de respostas, a empatia terapêutica acompanhada de distanciamento é um pré-requisito, reduzindo a possibilidade de envolvimento do enfermeiro e garantindo que a interação seja profissional. Quando o 1.º nível de respostas se encontra focado no enfermeiro, mais do que no cliente, os seus sentimentos são bloqueados ou ignorados ativamente. Como resultado, o enfermeiro não se envolve com o cliente e verifica-se ausência de proximidade. As respostas centradas no Self neste nível (célula-b) têm como finalidade principal a proteção do enfermeiro de ser “absorvido” pela experiência de sofrimento. Isto é feito através da focalização no próprio e lutando para rejeitar os seus sentimentos resultantes do contacto com o cliente. A resposta é reativa e gera distância emocional que é por vezes necessária para que o enfermeiro consiga executar os procedimentos. Estas respostas servem para proteção do enfermeiro, reduzindo a sua vulnerabilidade (com recurso à blindagem ou afastamento) ou alterando a sua percepção da experiência de sofrimento (com recurso à negação ou rotulação), uma vez que mantêm o enfermeiro emocionalmente desconectado do cliente. O distanciamento que resulta destas estratégias ocorre, muitas vezes, quando o enfermeiro está muito desgastado ou emocionalmente afetado para continuar a ser sensível ao sofrimento do outro.

Mas se a experiência do enfermeiro for continuamente “violenta” (i. é, presta cuidados continuamente a clientes em sofrimento ou a clientes que tenha de infligir dor), o processo de bloquear o envolvimento acentua-se, e este fica desprovido de sentimentos para com o outro, ficando completamente desligado e distante; 2.º nível de respostas centradas no Self (célula-d). Deste modo, os clientes são tratados como objetos ou como casos, e não como pessoas na sua singularidade. Os enfermeiros que adotam estas respostas podem manifestar-se como autómatos e frios, e no extremo revelarem uma dureza e insensibilidade. Os enfermeiros podem também proteger-se dos estímulos emocionais e responderem com comportamentos tais como respostas rotineiras, justificação permanente e persistente das ações ou atuando como sendo “muito fortes”. Apesar da possibilidade do efeito terapêutico do completo distanciamento, é claro que o cliente está consciente que não é considerado como pessoa, e isso pode afetar o seu bem-estar. Estas respostas reduzem o investimento na prática de cuidados e eliminam

a necessidade de experienciar qualquer dor ou sofrimento, contudo não beneficiam o cliente e podem ser alienantes.

Este modelo proposto por Morse et al. (2006) demonstra que os enfermeiros para se protegerem do sofrimento têm que se distanciar dos clientes e bloquear a sua sensibilidade.

Também no estudo de Diogo (2006) os enfermeiros desenvolvem 2 tipos de estratégias de gestão das experiências emocionais, que surgem totalmente opostas: 1) a construção de habilidades emocionais como desenvolver consciência do seu sentir e do seu agir, analisar as experiências ou criar uma melhor estabilidade emocional interior, que permite a proximidade na relação com os clientes; 2) a construção de defesas, como viver as situações com distanciamento que lhes permite prestar cuidados sem se deixarem perturbar pelo sofrimento alheio.

Em ambos os estudos, a defesa constitui uma forma para não sentir, para não sofrer com o sofrimento do outro. Também em ambos os estudos, os seus autores concluem que manter a distância compromete a relação e o cliente percebe que não é considerado como pessoa, e isso pode afetar o seu bem-estar.

Mas os achados de Diogo (2015) revelaram um mecanismo alternativo à blindagem emocional – “não se deixar afetar negativamente mantendo-se conectado” (p.167) –, o que enfatiza a necessidade da gestão das emoções nos próprios enfermeiros, com a intencionalidade de regular a sua disposição emocional para cuidar. Englobam, ainda, o envolvimento emocional com foco no cliente descrito por Morse et al. (2006) e a construção de habilidades emocionais que garantem a proximidade na relação identificada por Diogo (2006).

Benner e Wrubel (1989) sugerem que a gestão das emoções na prática de cuidados está ligada a um nível de experiência e perícia dos enfermeiros, e que manter a distância na relação com o cliente pode constituir uma potencial barreira que causa ainda mais stress. Os enfermeiros peritos tendem a se envolverem com o cliente e a darem uma grande importância às emoções na sua prática.

REFLEXÃO FINAL

Na evidência científica consultada não existe consensualidade sobre a adequabilidade do envolvimento/distanciamento emocional na relação terapêutica em enfermagem, sendo apontadas várias vantagens e desvantagens para os enfermeiros e para os clientes.

Na perspectiva da autora, corroborando alguns autores citados, os enfermeiros experienciam distanciamento ou proximidade ao longo de um contínuo da relação com o cliente, o que apresenta oscilações de acordo com as circunstâncias de ambos. As habilidades dos enfermeiros, de movimentação neste contínuo, pode constituir uma vantagem e protegê-lo do inerente desgaste/stress emocional da sua prática de cuidados, sem que necessite de recorrer a mecanismos defensivos que impõem o distanciamento emocional. Essas habilidades são de gestão emocional e de relacionamentos - a competência emocional. A posição da autora é favorável ao envolvimento emocional, essencial

no cuidado humanizado, mas que requer formação e treino dos enfermeiros para o desenvolvimento da competência emocional.

No cerne desta “discussão” encontra-se a competência emocional do enfermeiro (habilidades como criar ambientes afetivos e acolhedores, facilitar a gestão das emoções do cliente, gerir as próprias emoções, gerir os relacionamentos), o que na nossa perspectiva possibilita o envolvimento emocional e minimiza o stress e burnout na prática de enfermagem.

Fica, então, o repto para dar continuidade ao debate científico sobre a questão do envolvimento/distanciamento emocional na relação terapêutica em enfermagem, almejando outros argumentos, novas investigações, diferentes reflexões...

REFERÊNCIAS

- Anderzén-Carlsson A., kihlgren, M., Skeppner, G. & Sorlie, V. (2007). How physicians and nurses handle fear in children with cancer. *Journal of Pediatric Nursing*, 22, 71-80.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring*. California: Addison-Wesley.
- Björk, M., Nordstrom, B. & Hallstrom, I. (2006). Needs of young children with cancer during their initial hospitalization: an observational study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 23, 210-219.
- Bolton, C. (2000). Who cares? Offering emotion work as a “gift” in the nursing labour process. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 580-586.
- Bolton, S. C. (2001). Changing faces: nurses as emotional jugglers. *Sociology of Health & Illness*, 23(1), 85-100.
- Brooks, F. & Phillips, D. (1996). Do women want women health workers? Women’s views of the primary health care service. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 1207-1211.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida (2.ª ed.)*. Loures: Lusociência.
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro: Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica - Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar. 2.ª ed.* Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P. (Coord.) (2017). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P., Baltar, P., Santiago, D., & Prudêncio, A. (2017). Afeto na prática de cuidados à criança hospitalizada sem acompanhante: determinante da relação enfermeiro-cliente. Em P. Diogo, *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem* (pp. 1-43). Loures: Lusodidacta.

- Goodman, C. (2001). The use of metaphor in district nursing: maintaining a balance. *Journal of Advanced Nursing*, 33(1), 106-112.
- Goleman, D. (2006). *Inteligência Emocional*. (3.ª ed.). Espanha: Sábado.
- Henderson, A. (2001). Emotional labor and nursing: an underappreciated aspect of caring work. *Nursing Inquiry*, 8(2), 130-138.
- Hunter, B. (2006). The importance of reciprocity in relationships between community-based midwives and mothers. *Midwifery*, 22, 308-322.
- Kérouac, S. [et al.] (1994). *La pensée infirmière: Conceptions et stratégies*. Québec: Éditions Études Vivantes.
- Langton, H (2000). *The child with cancer*. China: Baillière Tindall.
- Livesley, J. (2005). Telling tales: a qualitative exploration of how children's nurses interpret work with unaccompanied hospitalized children. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 43-50.
- McQueen, A. (2004). Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing* 47(1), 101-108.
- Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar*. Loures: Lusociência.
- Morse, J., Bottorff, J., Anderson, G., O'Brien, B., & Solberg, S. (2006). Beyond empathy: expanding expressions of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 1, 75-90.
- Omdahl, L. & O'Donnell, C. (1999). Emotional contagion, empathetic concern and communicative responsiveness as variables affecting nurses' stress and occupational commitment. *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), 1351-1359.
- Pejlert, A., Norberg, A., & Asplund, K. (2000). From a psychiatric ward to a home-like setting: the meaning of caring as narrated by nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 689-700.
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *IMAGE: Journal of Nursing scholarship*, 25(4), 352-357.
- Watson, J. (2002a). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-33-9.
- Watson, J. (2002b). *Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-37-1.
- Williams, A. (2000). A literature review on the concept of intimacy in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 660-667.
- Woodgate, R. L. (2006). The importance of being there: perspectives of social support by adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 23, 122-134.
- Zengerle-Levy, K. (2004). Practices that facilitate critically burned children's holistic healing. *Qualitative Health Research*, 14(9), 1255-1275.

Contacto: pdiogo@esel.pt