

# A relação de ajuda e o cuidar em enfermagem

Helder Antonio Henriques Marques  
(helder@ordemenfermeiros.pt)

---

**RESUMO:** Quer de forma implícita, quer de forma explícita, a relação de ajuda esteve sempre ligada ao exercício de enfermagem. No entanto, a importância e a forma como essa relação é perspectivada, relativamente aos cuidados de enfermagem, alterou-se e modificou-se, ao longo dos tempos e, em simultâneo com as alterações e evoluções do próprio exercício de enfermagem.

Impõe-se, assim, compreender a relação entre exercício de enfermagem e relação de ajuda, através de uma abordagem sobre o conceito de cuidar em enfermagem, segundo diversos autores, procurando desenvolver o raciocínio de forma a perceber-se a implicitude da relação de ajuda. Para tal achámos fundamental centrarmo-nos no processo interrelacional e salientar a importância da relação de ajuda na prestação de cuidados.

*Palavras-chave:* Relação de ajuda, cuidar, enfermagem

---

## La relación de ayuda y el cuidar en enfermería

**RESUMEN:** Quiere de forma implícita, quiere de forma explícita, la relación de ayuda estuvo siempre conectada al ejercicio de enfermería. Sin embargo, la importancia y la forma como esa relación es perspectivada, relativamente a los cuidados de enfermería, se alteró y se modificó, al largo de los tiempos y, en simultáneo con las alteraciones y evoluciones del propio ejercicio de enfermería.

Se impone, así, comprender la relación entre ejercicio de enfermería y relación de ayuda, a través de una abordaje sobre el concepto de cuidar en enfermería, según diversos autores, buscando desarrollar el raciocinio de forma a percibirse el alcance de la relación de ayuda.. Para tal hallamos fundamental centrarnos en el proceso interrelacionale y destacar la importancia de la relación de ayuda en la prestación de cuidados.

*Palabras llave:* Relación de ayuda, cuidar, enfermería

---

## O CUIDAR EM ENFERMAGEM

As novas concepções da disciplina de enfermagem permitem uma orientação para o “cuidar da pessoa, que em interacção com o seu ambiente, vive uma experiência da saúde”.

Segundo Watson (1988), “ a contribuição das enfermeiras nos cuidados de saúde estará delimitada pela capacidade das enfermeiras em traduzir o seu ideal de cuidado na sua prática”(ap.Kérouac,2000,p.42).

A orientação da enfermagem para o cuidar é uma orientação holística, centrada na pessoa, que é vista como um todo em constante interação com o meio.

Para Collière (1989) “ desde que surge a vida que existem cuidados, porque é preciso tomar conta da vida para que ela possa permanecer. Os homens como todos os seres vivos, sempre precisaram de cuidados, porque cuidar, tomar conta, é um acto de vida...”(p.27) .

Continuando a referir Watson (1988) “...o cuidado começa quando a enfermeira entra na situação de outra pessoa e percebe e sente o que ela vive, respondendo-lhe de forma que a permita exteriorizar os sentimentos e os pensamentos...”

“A relação interpessoal do cuidado é um relação humana particular em que as pessoas como co-participantes num processo, se respeitam evoluindo até uma maior auto- compreensão e uma grande harmonia” (ap.idem,p.24) .

Watson refere, também, que o cuidar é um ponto de partida, uma atitude, é um desejo de empenhamento que se manifesta nos actos mas, no entanto, os transcende. É um ideal moral da enfermagem ligado com a manutenção da dignidade e respeito pelos doentes como pessoas, e a sua finalidade (do cuidar) é a protecção, promoção e preservação da dignidade humana.

Se referirmos Leininger (1988):

“Os cuidados de enfermagem compreendem comportamentos, funções e processos de cuidados personalizados dirigidos á promoção e conservação de comportamentos de saúde e da sua recuperação”(ap.idem,p.45) .

Leininger (1988), que transmite na sua teoria, o cuidado como uma acção de assistência, de apoio e de facilitação da pessoa que tem necessidades..., refere que respeitando os cuidados tradicionais e não profissionais (que qualquer pessoa presta ) no apoio á vida e á morte, os cuidados de enfermagem são compostos por modos de ajuda baseados em uma ciência e numa arte humanista que se aprendem (ap.idem,p.45).

A dimensão do cuidar tem sofrido mudanças ao longo dos tempos, condicionado pela cultura e pelos valores. Está agora numa nova viragem para uma nova vertente de cuidados humanizados. Esta humanização pressupõe uma alteração de valores que passa essencialmente por uma valorização das relações entre as pessoas, traduzida numa comunicação mais eficaz e no respeito pelo ser humano.

Nos conceitos expressos pelos vários modelos de cuidar a acção de enfermagem é orientada de modo ligeiramente diferente mas sempre virada para as necessidades do cliente/utente/indivíduo/pessoa/doente para os problemas

decorrentes do seu desequilíbrio ou instabilidade e para as dificuldades da sua adaptação a situações de stress.

Se chegamos a este ponto a defender o cuidar como a essência da enfermagem, vejamos o que diz Watson (1979): “O estabelecimento de uma relação de ajuda e confiança são características necessárias para garantir a qualidade dos cuidados” (ap.idem).

## O PROCESSO INTERRELACIONAL

### RELAÇÃO DE AJUDA?

Não podemos deixar de referir (Lopes, 1999), na sua defesa da importância que a interacção (o papel relacional) enfermeiro/utente tem nos cuidados que o enfermeiro presta á pessoa que está a viver uma experiência, a antecipar, ou a completar um acto de transição (é nisso que consiste a vida, transições constantes).

Teremos de perceber primeiro os conceitos, ou os pressupostos subjacentes.

O paradigma da transformação transmite-nos também que as mudanças constantes, provocam uma dinâmica, que pode ser entendida como um processo recíproco de interacção.

Pearson & Vaughan (1992) referem existirem actualmente características comuns entre os vários modelos de enfermagem, características essas que têm por base os principais conceitos de:

-Saúde

-A visão holística da pessoa

-A visão humanística da pessoa

-A autonomia de doentes e clientes

-A necessidade de estabelecer uma relação produtiva e terapêutica entre os que prestam cuidados de enfermagem e aqueles a quem são prestados.

Dizem-nos Pearson & Vaughan (1992) que em relação á visão holística das pessoas estão subjacentes duas premissas ou crenças básicas:

1- O indivíduo reage sempre como um todo unificado;

2- O indivíduo, como um todo, é diferente de e mais que a soma das partes (p.37).

Salientando a importância do estudo da interacção da mente com o corpo, em relação ao humanismo, referem (ap.idem,p.39) assentar-se no valor do ser humano,

no valor de existir e na qualidade dessa existência, encostando-se ao pensamento existencialista para o qual citam Stevenson (1974): “As três características principais do existencialismo: a primeira é a unicidade do indivíduo, a segunda refere-se ao significado e finalidade das vidas humanas com prioridade sobre as verdades relativas a todo o universo e ao seu funcionamento, o terceiro é a liberdade do indivíduo poder escolher”. Chegando ao ponto de Bevis (1978), defender o existencialismo humanista como “a natural filosofia maturacional da enfermagem”(ap.idem,p.39).

Em relação á autonomia do doente Pearson (1992) assenta a sua teoria “na crença de que os clientes ou doentes são indivíduos que têm o direito de serem envolvidos nas tomadas de decisão esclarecidos sobre si mesmos e o seu futuro” (p.40).

Existe mesmo um modelo de enfermagem centrado no “auto-cuidado”, o qual foi desenvolvido por Dorothea Orem, baseado de forma um pouco generalista (ap.idem): “no desejo de facilitar e permitir que as pessoas tomem a iniciativa de serem responsáveis pelo seu próprio cuidado de saúde, quando isso é possível” (p.73).

Bennet (1980) escreve: “Quando as enfermeiras debatem o auto-cuidado, devem lembrar-se que os indivíduos, sãos e doentes, exigem cada vez mais o controle dos cuidados de saúde. Querem participar activamente no processo de tomadas de decisão, isto é, eles querem poder identificar as suas carências no auto-cuidado, estabelecer suas metas de aprendizagem e avaliar os seus comportamentos de auto-cuidado. Os doentes recusam o papel de recipientes passivos em que as decisões são feitas pela enfermeira, independentemente do input do doente. As pessoa querem assumir a responsabilidade por todos os aspectos do auto-cuidado”.

Sobre este aspecto é interessante ver o que diz a Lei de Bases da Saúde. Se as leis resultam daquilo que a sociedade pensa (os deputados são cidadãos) será que a nossa sociedade já pensa assim? - Lei nº 48/90 de 24 de Agosto, na base V, ponto 1, “ Os cidadãos são os primeiros responsáveis pela sua própria saúde, individual e colectiva, tendo o dever de a defender e promover”.

Não nos podemos esquecer que a autonomia do doente não significa que ele seja obrigado a tomar as decisões sempre sozinho, mas sim ter o poder de escolher quando as quer tomar ou não, previamente esclarecido.

Conclui-se que para exercer, tendo em conta todos estes conceitos voltamos a sentir a necessidade de uma “parceria na relação enfermeiro/doente”. Pearson (1992) diz:

“A profissional opera como um parceiro em exercício com o cliente e não como um dirigente do exercício para, em vez de, ou junto do doente”;

“ A profissional tem de partilhar o que sabe com o doente, em vez de guardar os seus conhecimentos e dizer ao doente o que deve fazer”

“A parceria requer ainda que a Enf<sup>a</sup> complete a própria unicidade do doente e adapte os conhecimentos á capacidade e necessidades do doente e os transmita de modo que ambos possam elaborar um plano de acção” (p.41).

São vários os autores a defender a importância da interacção enfermeira/doente. Uma delas foi King que é referenciada por Pearson & Vaughan (1992) desta forma:

“O conceito básico de enfermagem de King (1971) vê esta como um processo que engloba a acção, a reacção, a interacção e a transacção. Por meio deste processo a enfermagem ajuda os indivíduos de qualquer idade ou meio social a satisfazer as necessidades básicas ao realizar as actividades de vida diária e a controlar a saúde e a doença em determinado ponto no ciclo de vida” (p.131); “Interacção é um acto de comunicação entre duas ou mais pessoas” (p.135); “Relação interpessoal – trata-se da interacção entre duas ou mais pessoas, e é portanto um encontro de diferentes expectativas, objectivos, necessidades e valores” (p.135).

Também Peplau é referenciada por Pearson & Vaughan (1992) como uma das primeiras teóricas de enfermagem a preocupar-se com as relações interpessoais na enfermagem, transmitindo desta forma a visão da enfermagem, segundo Peplau , como um processo interpessoal terapêutico , que implica uma intimidade profissional... , e que quando os indivíduos sofrem de stress , “a auto-preocupação torna-se a força quase exclusiva . A tarefa da enfermeira não é simpatizar com esta auto-preocupação, mas antes ajudar o doente a saber aguentar-se – e a desenvolver pelo uso – a sua competência para ver e compreender a sua difícil situação” (p.151).

Também Chalifour (1989) na sua obra, nos diz que:

- “O ser humano é um ser de relação. É através da qualidade da relação que ele estabelece com o meio que o rodeia e consigo próprio, que ela processa o seu desenvolvimento. A necessidade de ajuda de uma pessoa, provem da dificuldade em estabelecer quadros de relação harmoniosos com ele mesmo, logo com o meio que o rodeia”.

Já falámos sobre os conceitos base do paradigma da transformação, já falámos sobre a importância da relação nos cuidados de enfermagem, tal como dos conceitos base que segundo Pearson & Vaughan (1992) nos influenciam o exercício actualmente, quase que podemos concluir, um pouco influenciados por Rogers que o exercício de enfermagem se baseia num pensamento humanista feito de confiança no homem, de respeito, de liberdade e de utilização das riquezas próprias da pessoa.

Este conceito de pessoa, em relação constante consigo mesmo e com o universo, numa dinâmica constante em busca do bem-estar, o qual é definido segundo o seu potencial e as suas prioridades, esta crença de que a pessoa tem incutidas as capacidades de auto-regulação acaba por nos transformar em facilitadores (orientadores) de uma relação que visa ajudar a pessoa em reconhecer ou aceitar as suas dificuldades, de forma a permitir a sua tendência natural para o desenvolvimento de todas as suas potencialidades.

A relação de ajuda, que Chalifour (1989) define sinteticamente como:

- “ A relação de ajuda consiste numa interacção particular, profissional entre duas pessoas, por exemplo enfermeiro/doente, contribuindo cada uma pessoalmente para a procura e satisfação de uma necessidade apresentada pelo último”.

Continuamos considerando o modelo de relação de ajuda de Chalifour (1989) que nos transmite os seguintes conceitos:

*Pessoa:* Ser aberto sobre o meio, com as suas características biológicas, cognitivas, afectivas sociais e espirituais. Considera que a pessoa tem recursos latentes, e como todo o organismo tem uma tendência natural para o desenvolvimento de todas as suas potencialidades, a necessidade de ajuda que manifesta é resultante da sua dificuldade em os reconhecer, os aceitar e de os viver plenamente;

*Saúde:* As descrições encontram-se na corrente de pensamento holística-humanista. A saúde tem a ver com a capacidade de manter o equilíbrio de relações tanto internas como externas;

*Cuidados de enfermagem:* ...assistir a pessoa a fim de a ajudar a desenvolver estratégias que lhe permitam viver harmoniosamente com ela mesma e com os outros , a natureza e o universo .

A relação de ajuda pressupõe a existência de um elo de ligação enfermeiro/utente, implicando a presença do enfermeiro junto do utente. Cuidar e ajudar caminham juntos numa relação interpessoal – Relação de ajuda, á volta da qual se desenvolvem os cuidados de enfermagem.

O enfermeiro deve aprender a ajudar através de atitudes e habilidades essenciais na arte da comunicação (presença, escuta, empatia, exploração), nunca procurando impor-se, interpretar ou julgar, respeitando o “princípio da não-directividade” sobre o qual assenta a relação de ajuda.

Por isso não basta a boa vontade, é necessário um grande trabalho de desenvolvimento pessoal. Uma relação de ajuda implica um envolvimento sensorial, intelectual e emotivo, constante.

Se tivermos em conta o que foi dito sobre o cuidar, o qual foi considerado como um conceito básico para o exercício de enfermagem, não será a relação de ajuda inerente ao cuidar?

## CONCLUSÃO

Apesar de aparentemente estar cada vez mais interiorizado na mente dos enfermeiros, a importância da relação enfermeiro / utente, há ainda um grande trabalho a fazer (importante o papel das escolas) para que a relação de ajuda como técnica fundamental no exercício de enfermagem se implante definitivamente.

Gostaríamos de terminar, usando os seguintes comentários:

Watson (1989) declara que o que habitualmente é entendido por atendimento de saúde é um mito, o diagnóstico de doenças o tratamento das mesmas e a prescrição de drogas, são na realidade atendimento médico. O verdadeiro atendimento de saúde enfoca o estilo de vida, as condições sociais e o ambiente

“A saúde refere-se á unidade e á harmonia na mente, no corpo e na alma...”  
(George, 2000,p.258);

“Os tratamentos sem os cuidados só podem ser prejudiciais, nem uma planta nem um animal os suportariam. Para isso torna-se, pois, imperativo a iniciativa e a decisão da enfermeira de não fazer dos tratamentos simples tarefas de execução mas situá-los como complementares de todos os cuidados indispensáveis para manter o gosto e o desejo de viver” (Colliérre, 1990,p.48).

Parece-nos difícil, depois de interiorizar-mos todos estes conceitos não defendermos a prestação de cuidados globais e integrais á pessoa. A outra opção parece ser a da dependência em relação á ciência médica, a execução de prescrições médicas, o objectivo único da cura.

A escolha é nossa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENTO, M.C. – Cuidados e formação em enfermagem. Que identidade? Lisboa: Fim de Século, 1997.

CHALIFOUR, J. – La relation d'aide en soins infirmiers. Une perspective holistique-humaine. Paris : Editions Lamarre, 1989.

COLLIÈRE, M.F. – Promover a vida : da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

COLLIÈRE, M.F. – Autonomia da profissão de enfermagem. Lisboa: “Boletim Sindical: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses”, 11, Maio-Agosto, 1990, pp.45-50.

DIÁRIO DA RÉPUBLICA – Ministério da Saúde – Lei nº 48/90 de 24 de Agosto – Lei de bases da saúde – I Série.

ELHART, D.; FIRSICH, S.C. ; CRAGG, S.H.; RESS , O.M. – Princípios Científicos de enfermagem .Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, 1983.

GEORGE, J.B. – Teorias de enfermagem. Os fundamentos á prática profissional. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.

KÉROUAC, S.; PEPIN, J. ; DUCHARME, F. ; DUQUETTE, A. ; MAJOR, A. – La pensée infirmière. Conceptions et stratégies .Laval (Québec): Éditions Vivants, 1994.

LOPES, M.J. – Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral : Alguns dados e implicações. Lisboa: Associação Portuguesa de enfermeiros, 1999.

MEYER, D.; LOPES, M.; WALDOW, V. – Maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ORNELAS, J. – Psicologia Comunitária: origens, fundamentos e áreas de intervenção. “Análise Psicológica”, 3 (XV), Lisboa 1997, pp.375-388.

PEARSON, A.; VAUGHAN, B. – Modelos para o exercício de enfermagem . Lisboa: Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde, 1992.

RAPPORT, J. – Community Psychology: Values, research and action .New York: Holt, Rineharte Winston, 1997.

ORNELAS, J. – Psicologia Comunitária: origens, fundamentos e áreas de intervenção. “Análise Psicológica”, 3 (XV), Lisboa 1997, pp.375-388.

PEARSON, A.; VAUGHAN, B. – Modelos para o exercício de enfermagem . Lisboa: Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde, 1992.

RAPPORT, J. – Community Psychology: Values, research and action .New York: Holt, Rineharte Winston, 1997.