

A Educação no Processo de Interação entre o Enfermeiro e a Pessoa Idosa/Família na Comunidade

Esperança Gago

Esperança do Gago Alves Pereira

Tese apresentada à Universidade de Évora para obtenção do Grau de
Doutor em Ciências da Educação

ORIENTADOR: Professor Doutor Manuel José Lopes

ÉVORA, novembro de 2014



u  **évora**
Instituto de Investigação e
Formação Avançada - IIFA

Contactos:
Universidade de Évora
Instituto de Investigação e Formação Avançada - IIFA
Palácio do Vimioso | Largo Marquês de Marialva, Apart. 94
7002-554 Évora | Portugal
Tel: (+351) 266 706 581
Fax: (+351) 266 744 677
email: iifa@uevora.pt

A Educação no Processo de Interação Entre o Enfermeiro
e a Pessoa Idosa/Família na Comunidade



A Educação no Processo de Interação Entre o Enfermeiro e a Pessoa Idosa/Família na Comunidade

Esperança do Gago Alves Pereira

Tese apresentada à Universidade de Évora para obtenção do Grau de Doutor em Ciências da
Educação

ORIENTADOR: **Professor Doutor Manuel José Lopes**

INSTITUTO DE INVESTIGAÇÃO E FORMAÇÃO AVANÇADA

ÉVORA, novembro de 2014

Dedico este trabalho aos meus filhos Bruno e Daniela, razão de eu existir;
ao Filipe companheiro e ser especial no meu percurso de vida pessoal e
profissional; aos meus pais afetivos Armando e Maria.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Doutor Manuel Lopes, que acreditou em mim aceitando-me como sua orientanda. Foi um privilégio partilhar as minhas dúvidas e as minhas angústias, com alguém que tão serenamente e inteligentemente colocava as questões certas para que eu construísse o meu caminho.

À minha irmã e aos meus amigos, especialmente ao Francisco e à Eva;

Às enfermeiras pela disponibilidade e acolhimento;

À Enfermeira Fátima Moreira Enf. Chefe – Vogal do Conselho Clínico ACES Ave Famalicão;

Às pessoas cuidadas, pessoa idosa e família, que nos permitiram entrar na sua intimidade do seu domicílio.

RESUMO

A Educação no Processo de Interação entre o enfermeiro e a pessoa Idosa/Família na comunidade

Objetivo: Compreender a educação no processo de interação entre o enfermeiro e a pessoa idosa e família no domicílio. Estudo de natureza qualitativa, enquadrado nos principais pressupostos do Interacionismo Simbólico e da *Grounded Theory*, em quatro freguesias do Agrupamento de Centros de Saúde do Ave III, com um total de inscritos de 80285 e destes 9,81% eram pessoas idosas com idades iguais ou superiores a 65 anos. Na colheita dos dados recorremos: (i) à observação não participante das práticas de enfermagem às pessoas idosas e família no domicílio;(ii) 12 entrevistas às enfermeiras observadas e 4 entrevistas em grupo (pessoa idosa e família). Emergiram as categorias: organização estrutural dos cuidados no domicílio; avaliação em contexto e intervenção terapêutica em contexto. A categoria central foi a “Construção da relação no contexto do domicílio” pelo facto da relação da enfermeira com o idoso e a família ser central em todo o processo de cuidados. Os conhecimentos fornecidos pela teoria substantiva “Cuidar no Domicílio – um Processo de Interação” fundamentada nos dados e na sua análise, fornecem contributos válidos para a prática de enfermagem nesta área específica do cuidar a pessoa idosa e família no domicílio e no contexto em que foi desenvolvido o estudo

Descritores: Cuidados de enfermagem; Bem-estar; Domicílio; Pessoa idosa; Cognição; Aprendizagem

ABSTRACT

Education in the Interaction Process between nurse and Elderly person/family in the community

Objective: Understanding education in the interaction process between nurse and elderly and their relatives at home. Qualitative study, framed on Symbolic Interactionism and Grounded Theory main assumptions, counting with 802825 members of four parishes of Agrupamento de Centros de Saúde do Ave III, which 9, 81% were elderly and had 65 or more years old. Data collection instruments used: (i) non-participant observation of nursing practices with elderly and families at home, (ii) interviews of 12 nurses practices observed and 4 group interviews (family and elderly person). Categories emerged: structural organization of home care; assessment and therapeutic intervention in context. The core category emerged was "Construction of the relationship in the context of the household" once the relationship between nurse, elderly and family seem be central to the whole process of care. The knowledge provided by substantive theory "Caring at Home - An Interaction Process" founded on data analysis provided valuable contributions to nursing practice in this specific area of care, elderly care and their relatives at home, in which context study was developed.

Keywords: Nursing Care; Welfare; Home; Elderly; Cognition; Learning.

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CE – Comunidade Europeia

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CS – Centro de Saúde

GPS – Grupo de Promoção da Saúde

GPS – Grupo de Promoção de Saúde

GT – Grounded Theory

HMO – Health Maintenance Organization

ICN – International Council Nursing

IOM – Institute of Medicine of the National Academies

MCE – Modificabilidade Cognitiva Estrutural

OARS – Older American Research and Services

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português do Sistema de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SINUS – Sistema de Informação para Unidades de Saúde

SLT – Seattle Longitudinal Study

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UNESCO – United Nations Educational Scientific and Cultural Organization

USF – Unidade de Saúde Familiar

VNF – Vila Nova de Famalicão

WHO – World Health Organization

Índice

CAPITULO I - INTRODUÇÃO QUADRO GERAL PROBLEMÁTICA, CONCEITOS CENTRAIS E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

1.Introdução.....	11
2. A pessoa idosa e família - elementos centrais na educação para a saúde.....	17
2.1. A pessoa idosa.....	17
2.1.1 Capacidades Cognitivas e de Aprendizagem.....	22
2.1.2 Promover o envelhecimento saudável e o bem-estar.....	27
2.1.3 Promoção da saúde – poder e responsabilidade.....	29
2.2 Família como uma unidade de cuidados.....	39
2.2.1- Cuidados de enfermagem no domicílio da pessoa idosa e família	40
3. Justificação do estudo.....	49

CAPITULO II - OPÇÕES METODOLÓGICAS

1.Desenho do estudo.....	54
1.1Abordagem qualitativa.....	54
1.1.1 Grounded Theory.....	55
2.Contexto e participantes do estudo.....	59
2.1 Caraterização do contexto.....	59
2.1.1 – Amostra teórica.....	62
3.Procedimentos de recolha e de análise de dados.....	65
3.1. Observação.....	66
3.2.Entrevista.....	68
4.Análise de dados.....	74
5.Procedimentos éticos.....	79

CAPITULO III - ANÁLISE DE DADOS: COMPREENDER A INTERAÇÃO

1.Resultados da análise dos dados.....	82
1.1.Natureza e processo de cuidados.....	83
1.1.1 – Pré-Visita Domiciliar.....	83
1.1.2 – Processo de Avaliação Diagnóstica.....	90
1.1.3 – Intervenções Terapêuticas Durante e Após a Visita no Contexto Domiciliar.....	102
1.2 Processo de cuidados/processo de interação.....	111

**CAPITULO IV - TEORIA SUBSTANTIVA PROCESSO DE INTERAÇÃO
ENFERMEIRO E PESSOA IDOSA E FAMÍLIA NO DOMICÍLIO –
REFLEXÕES FINAIS**

1.Processo de interação enfermeiro e pessoa idosa e família no domicílio.....	119
1.1.Teoria substantiva.....	119
2.Reflexões finais.....	129
BIBLIOGRAFIA.....	132

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião de Observação

APÊNDICE II – Guião da entrevista realizada com as enfermeiras

APÊNDICE III – Guião da entrevista realizada à pessoa idosa e família

APÊNDICE IV - Exemplo de entrevista a uma enfermeira

APÊNDICE V – Exemplo de entrevista a uma pessoa idosa e família

INDICE DE FIGURAS

	Pag.
Figura 1. Representação esquemática do envelhecimento	20
Figura 2. Modelo das estratégias locais de saúde in: OPPS (2012, p. 54)	50
Figura 3. Mapa das freguesias do Agrupamento de Centros de Saúde do Ave III - Famalicão	60
Figura 4. Os Códigos (<i>nodes</i>) obtidos na codificação aberta	75
Figura 5. A estruturação de dados em “árvore” através da codificação axial	78
Figura 6. Etapas do Processo de Pré-Visita Domiciliar	84
Figura 7. Etapas do Processo de Avaliação Diagnóstica	91
Figura 8. Etapas do processo de cuidados à pessoa idosa-família no domicílio	114
Figura 9. Etapas do processo de interação e competências mobilizadas pelas enfermeiras	116
Figura 10. Vários Sistemas e Recursos de Interação	129

INDICE DE QUADROS

Quadro 1. O que é desenvolver-se? Análise comparativa	19
Quadro 2. Efeitos do envelhecimento no funcionamento cognitivo	25
Quadro 3. Caraterização das Extensões de Saúde selecionadas	61
Quadro 4. Dados referentes aos inscritos no SINUS à data de 24/06/2009 das pessoas nascidas entre 1900 e 1994	62
Quadro 5. Caraterização das enfermeiras que faziam domicílios, das extensões de saúde onde ocorreu o estudo	64
Quadro 6. Caraterização das pessoas idosas entrevistadas em relação à idade, género, e habilitações	64

Quadro 7. Caraterização dos cuidadores das pessoas idosas referenciadas em relação ao grau de parentesco, idade, género e habilitações	65
Quadro 8. Preâmbulo da apresentação em domínios das 96 competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros	113

INDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama 1. Representação esquemática da Organização Estrutural dos Cuidados Domiciliares	89
Diagrama 2. Representação esquemática da Avaliação Diagnóstica em Contexto Domiciliar	100
Diagrama 3. Representação esquemática de Intervenção Terapêutica em Contexto	110
Diagrama 4. Padrão do processo de cuidados no domicílio	122
Diagrama 5. Teoria Substantiva Cuidar no domicílio como processo de interação	124

**CAPITULO I - INTRODUÇÃO QUADRO GERAL
PROBLEMÁTICA, CONCEITOS CENTRAIS E
JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO**

1.Introdução

A estrutura etária da população da União Europeia (Comissão Europeia, 2011) é composta de pessoas cada vez mais velhas (idade igual ou superior a 65 anos), devido ao aumento da expectativa de vida e baixos níveis de fertilidade. No relatório demográfico da responsabilidade da Comissão Europeia, constata-se que na projeção 2010 - 2060, a parcela da população com 65 anos ou mais deverá aumentar de 17,4% para 30%. Este progressivo envelhecimento é representado por um maior número de pessoas que se situam no segmento dos 80 anos ou mais.

Em Portugal, de acordo com os Censos de 2011 do Instituto Nacional de Estatística, a população portuguesa tem vindo a tornar-se gradual e progressivamente mais envelhecida, registando-se mais de dois milhões de pessoas com 65 anos ou mais, o que representa 19% da população total.

O foco dos cuidados de saúde tem acompanhado as alterações demográficas, centrando-se numa primeira fase na mortalidade materna e infantil, e posteriormente, na mortalidade e morbidade das pessoas idosas.

Na década de 70/80 do século XX em Portugal, os cuidados de saúde primários centravam a sua atenção na população materna e infantil, nomeadamente no que concerne: (i) às doenças infecciosas, (ii) aos fatores de risco socioeconómicos, (iii) aos fatores ambientais, (iv) às medidas preventivas a nível nutricional, (v) à vacinação, (vi) à vigilância pré-natal e ao puerpério. Verificou-se um grande sucesso em virtude das medidas preconizadas visíveis nos ganhos em saúde.

Na mesma década foi publicado no Canadá um relatório elaborado pelo ministro da saúde Marc Lalonde de 1974, o qual foi denominado por “*A new perspective on the health of Canadians*”. Nesse relatório era defendido que a “Boa Saúde” é a base sobre a qual é possível o progresso social. Deveriam ser criadas condições que minimizassem a doença e a incapacidade, para que fosse possível promover um estado de bem-estar que permitisse atividades físicas, mentais e sociais de forma adequada às características dos cidadãos. Este documento de trabalho tornou-se um elemento integrado nas políticas de saúde não só do Canadá, mas também, de muitos outros países. Em virtude da sua

aceitação generalizada foi considerado em 1984 como um documento de interesse mundial e uma grande conquista do movimento moderno de Saúde Pública. A estrutura conceptual apresentada inspirou, para o novo milénio, uma mudança de paradigma, nomeadamente quando se afirma que a saúde é mais do que os cuidados de saúde. Foi provado, quer em estudos no Canadá quer no Reino Unido, que a melhoria do estado de saúde devia-se mais a mudanças de estilos de vida e do meio ambiente, do que uma consequência dos avanços da ciência médica.

Este novo paradigma mudou a orientação política de saúde ao dar ênfase à Promoção da Saúde, (McKay, 2000). Paralelamente a este paradigma, outros paradigmas emergiram na sociedade, nomeadamente o papel preponderante da educação na sociedade, quer na educação dos mais jovens quer na educação de adultos, promovendo-se a obtenção de “ferramentas” para que cada cidadão tivesse capacidade de tomar parte das decisões em saúde e desenvolvesse um papel ativo nos estilos de vida saudáveis e do meio ambiente.

A saúde e a educação são dois pilares fundamentais para o desenvolvimento da sociedade, entrecruzando-se no desiderato de proporcionar condições políticas e sociais que concorram para o bem-estar de cada cidadão. Através da educação é possível potencializar a formação harmónica do indivíduo, permitindo-lhe integrar-se na sociedade e nela ser um agente de transformação (Pereira, 1998). No relatório elaborado pela Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI da UNESCO é afirmado que as políticas educativas são “... um processo permanente de enriquecimento dos conhecimentos, do saber fazer, mas também e talvez em primeiro lugar, como uma via privilegiada de construção da própria pessoa, das relações entre indivíduos, grupos e nações.” (Delors, et al., 1996, p.1).

Com o aumento da população idosa e sendo o envelhecimento potencializador do aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes, os Centros de Saúde começaram a dar primazia: às doenças crónicas não transmissíveis; à incrementação e avaliação de medidas preventivas (diabetes, hipertensão e outras); e aos estilos de vida saudáveis promotores de bem-estar. A saúde deixou de ser pensada segundo a premissa de existir doença ou não, mas sim, segundo a premissa de preservação da capacidade funcional, “...o que está em jogo na velhice é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios” (Ramos, 2003, p.794).

Este progressivo envelhecimento da população aliado a outras condicionantes, como a alteração na estrutura familiar, a migração, as fracas condições habitacionais, a desadaptação das casas às necessidades dos idosos e o facto dos serviços de proximidade alternativos serem insuficientes, torna a tarefa de manutenção dos idosos no seu domicílio difícil, verificando-se o aumento de procura de internamento da pessoa idosa em lares de terceira idade.

Os estudos de Pimentel (2001), Costa (1998) e Paúl (1996) revelam que a estadia em lares, mesmo com boas condições físicas, não oferece condições de interação humanas e desenvolvimentais. O ambiente humano é frio e impessoal, as relações interpessoais são controladas e reduzidas ao mínimo, e as regras são de tal forma rígidas e despersonalizadas, que o idoso não tem possibilidade de manter os seus hábitos, desenvolver as suas capacidades, ou seja, ser ele mesmo.

No documento sobre os direitos dos idosos – princípios das Nações Unidas para o idoso (1991) encontramos definidos 18 princípios, dos quais realçamos:

- “4 . Ter acesso à educação permanente e a programas de qualificação e requalificação profissional;
5. Poder viver em ambientes seguros adaptáveis à sua preferência pessoal, que sejam passíveis de mudanças;
6. Poder viver em sua casa pelo tempo que for viável;
7. Permanecer integrado na sociedade, participar ativamente na formulação e implementação de políticas que afetam diretamente o seu bem-estar e transmitir aos mais jovens conhecimentos e habilidades.” (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1991).

De entre as várias estratégias estruturadas de prestação de cuidados na comunidade, tem vindo a ganhar importância crescente o que se convencionou designar por domiciliação dos cuidados ou cuidados domiciliários. Estes correspondem aos cuidados prestados aos indivíduos e às famílias, nos seus locais de residência e têm por finalidade promover, manter ou recuperar a saúde, maximizando o nível de independência ou minimizando os efeitos da deficiência ou da doença terminal (Stanhope e Lancaster, 1999).

Neste contexto o conceito de envelhecimento ativo ganha expressão e visibilidade “...o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (WHO, 2002, p. 12).

O cuidar a pessoa idosa é um processo de desenvolvimento que exige aprendizagens constantes. Estas aprendizagens são ancoradas concetualmente em duas grandes áreas do

saber, a saúde e a educação. Os enfermeiros promovem a educação para a saúde através da incorporação de princípios e conhecimentos das ciências da educação e dos estudos das ciências de enfermagem, baseados nos contextos que alicerçam as decisões e as condições para maximizar as mudanças de estilos de vida e de comportamentos saudáveis na população.

Para a consolidação do saber em enfermagem, questionamo-nos como compreender e desenvolver o conhecimento, através das práticas nos cuidados domiciliários à pessoa idosa e família, as quais consideramos que são um processo sistemático e intencional. Benner (2001) enaltece a necessidade dos enfermeiros descreverem o conhecimento prático que poderá constituir-se no desenvolvimento de teorias de enfermagem.

A Investigação em enfermagem tem dado contributos para repensar as conceções orientadoras da prática. Nomeadamente em estudos cujo produto é a formulação de teorias substantivas e teorias de médio alcance, Lopes (2006), Frias (2010), Sapeta (2011) e Oliveira (2011).

A Escola da Promoção da Saúde, representada por Moyra Allen que desenvolveu o modelo concetual e de intervenção conhecido por “modelo de McGill”, é baseado na filosofia dos cuidados de saúde primários e na aprendizagem social de Bandura (Kérouac et al, 1996). Este modelo de cuidados de enfermagem centra-se no conceito de que a saúde se aprende através da participação ativa da pessoa, mas principalmente no seio da família. “... a família é apresentada, simultaneamente, como recurso e como entidade passível de ser intervencionada pela enfermeira.” (Lopes, 2001, p. 56).

As linhas orientadoras destas competências não são só os seus saberes (do enfermeiro), mas também a construção que é feita paralelamente e “intimamente” com a pessoa idosa e família, produzindo-se um desenvolvimento contínuo de todos os atores. O desenvolvimento de competências que levem à formação de profissionais reflexivos passam “... mediante la observación y la reflexión sobre nuestras acciones, realizar una descripción del conocimiento tácito que está implícito en ellas” (Schön, 1992, p. 35).

Como é referido nos estudos desenvolvidos por Lopes (2006), Frias (2010), Sapeta (2011) e Oliveira (2011), o interesse fulcral neste estudo foi o desenvolvimento de conhecimento científico e com o objetivo de desenvolver conhecimento útil na compreensão das necessidades de cuidados de enfermagem e para construção de respostas que permitam

cuidar melhor da pessoa idosa e família no seu domicílio. Por isto, a enfermagem tem como focos de investigação temas do dia-a-dia da sua prática, em que os atores em interação são seres humanos, co-construtores duma realidade social, que importa conhecer para melhor ajudar nos processos de saúde-doença e aprendizagens de estilos de vida que promovam o bem-estar.

Era nossa intenção compreender a natureza do fenómeno a estudar para tentarmos conhecer a estrutura dinâmica e complexa do sistema de relações profissionais, sociais e humanas em contexto. Identificamos o nosso estudo, no ponto de vista metodológico, dentro do paradigma qualitativo. De entre as abordagens qualitativas, inscrevemo-nos na *Grounded theory*, método adequado no estudo da compreensão de áreas ainda pouco analisadas e sobre as quais se pretende fazer emergir dados, questioná-los e através destes formular uma teoria através da qual se possa melhor compreender o fenómeno.

Organizamos este documento em quatro capítulos organizados da seguinte forma:

Capítulo I – “Introdução Geral: Problemática, Conceitos Centrais e Justificação do Estudo”, iniciamos o relatório com a contextualização geral do trabalho que nos propusemos realizar, abordando a pertinência de estudar as pessoas idosas e famílias que necessitam de cuidados de saúde no seu domicílio. Refletindo a importância dos dois pilares fundamentais da sociedade que são a Saúde e a Educação.

Tendo em consideração a natureza do estudo que desenvolvemos e de acordo com Strauss e Corbin (1992), não foi feita a testagem de nenhuma teoria nem nos baseamos na análise de dados em nenhuma teoria específica, quer das ciências de enfermagem quer das ciências da educação. No entanto, tivemos necessidade de aprofundar um conjunto de conceitos centrais nas duas áreas de saber referidas, para compreendermos em profundidade os fenómenos que pretendíamos estudar e que emergiam constantemente dos dados. Sendo assim este capítulo foi sendo construído de acordo com o desenvolvimento da recolha dos dados e sua análise.

Capítulo II – “Opções Metodológicas” , neste capítulo desenvolvemos o desenho do estudo com o objetivo de descrever e justificar as opções metodológicas que orientaram o percurso da investigação, enquadrada na abordagem qualitativa indutiva, optando pela *Grounded Theory*, em conformidade com o objeto de estudo.

A contextualização do contexto e da amostra, assim como os procedimentos de recolha e de análise dos dados, e os princípios éticos que estiveram sempre presentes em todo este processo, também constituem este capítulo.

Capítulo III - “Análise dos Dados – Compreender a Interação”, em consonância com as opções metodológicas apresentamos a análise comparativa constante dos dados e as técnicas e ferramentas de análise que incluíram os procedimentos de codificação aberta, axial e seletiva.

Capítulo IV – “Teoria Substantiva : Cuidar no domicílio – um processo de interação” Após a apresentação dos dados propomos a teoria substantiva que emergiu e se fundamenta nos dados. Refletimos acerca das etapas do processo de cuidados à pessoa idosa e família no domicílio, e da mediação pela interação constante que se prolongava no tempo e na construção da relação. Apresentamos também as reflexões finais que englobam o contributo deste estudo para o desenvolvimento da disciplina e a sua interligação com os saberes da educação, assim como as suas limitações. Por fim, apresentamos a bibliografia e os anexos.

2. A pessoa idosa e família - elementos centrais na educação para a saúde

2.1. A pessoa idosa

Habitualmente associa-se uma pessoa idosa a alguém cuja idade é igual ou superior a 65 anos. Esta forma de pensar a pessoa idosa focalizada na cronologia, no passar dos anos está convencionada em determinados contextos sociais. Trata-se, assim, de uma construção social baseada numa divisão do ciclo de vida, como se as etapas da vida se sucedessem umas às outras como etapas bem delimitadas. Este ciclo de vida é considerado como um ciclo único e pré-definido, não fazendo as pessoas que nele se integram parte de um processo interativo e mutável de acordo com as diversas experiências sociais, mas são concebidas como parte de um dos grupos etários estereotipados com características próprias de cada fase de vida.

Na teoria da *life-span* encontramos outra perspetiva, em que o desenvolvimento humano é pensado não só influenciado pelas questões biológicas, mas também pelas questões psicológicas e sociais, através de processos que se vão expandindo de acordo com o ritmo próprio de cada pessoa. A vida desenrola-se mais numa espiral onde os percursos sustentam avanços e recuos (Sousa, 2010 e Lemme, 1995) do que em ciclos predefinidos.

A visão da pessoa idosa como alguém contextualizado numa dimensão demográfica em que o aumento da probabilidade de chegar a uma idade cada vez mais avançada “ permite imaginar o desenvolvimento da vida segundo um percurso cada vez mais longo, um percurso que permite ‘viver várias vidas’, adivinhar trajetórias que admitem a possibilidade de errar e de mudar” (Sousa, 2010, p. 24).

Numa perspetiva exclusivamente anátomo-fisiológica, no envelhecimento constata-se o decréscimo das capacidades motoras, a redução da força e da flexibilidade. Em associação com estas, verificam-se alterações no: sistema cardiovascular; sistema respiratório, ocorrendo uma diminuição da capacidade vital, da frequência e do volume respiratório; sistema nervoso, quer central quer periférico, a reação torna-se mais lenta devido à diminuição da velocidade da condução nervosa; sistema músculo-esquelético, como consequência das alterações do tecido conjuntivo e pela falta de exercício e diminuição da força muscular, há diminuição da taxa metabólica basal. Assim, considera-se que os

idosos são o segmento da população que, tendencialmente e de forma progressiva, mais carecem de cuidados. Esta constatação prende-se com o facto de o envelhecimento acarretar inexoravelmente alguma diminuição da funcionalidade, isto apesar de o envelhecimento ser “cada vez mais reconhecido como uma etapa de ganhos e de perdas, de crescimento e de declínio.” (Moniz, 2003, p. 49).

Marchand (2001), de acordo com Huyck e Hoyer (1982), refere que, socialmente, a idade ainda tem um papel determinante na regulação das relações sociais identificando cinco dimensões:

- 1- “Dimensão cronológica (definida pelo tempo que decorre do nascimento até à morte);
- 2- Dimensão biológica (diversos níveis de maturidade física);
- 3- Dimensão psicológica (evolução dos processos cognitivos e emotivos);
- 4- Dimensão funcional (capacidade de adaptação às exigências sociais);
- 5- Dimensão social (papeis, hábitos e expectativas quanto à participação social).” (Marchand, 2001, p.20).

Cícero, filósofo romano da Antiguidade, dedicou a Tito Pompónio Ático uma obra intitulada “Catão Maior ou da Velhice” referindo-se à velhice da seguinte forma:

“Assim que a velhice é boa, sabendo-se governar e tomar aquilo que é seu e não sendo sujeita a servir e fazer a vontade a outrem e podendo até o extremo da vida senhoriar e mandar os seus. E em verdade que de um mesmo modo louvo qualquer mancebo que em parte quer parecer velho, como o velho que tem algumas partes de mancebo. Porque, aquele em que se isto achar poderá ser velho de corpo, mas do ânimo nunca o será” (Cícero, 2003, p.119).

Este testemunho é consonante com os princípios da psicologia desenvolvimental: “O importante é que, como resultante de um tratamento bem-sucedido, ela (a pessoa idosa) mantém sua autonomia, é feliz, integrada socialmente” (Ramos, 2003, p. 794).

Segundo Fonseca (2007), o processo de envelhecimento integra-se na complexidade do desenvolvimento da pessoa no seu ciclo de vida e num conjunto diversificado de caminhos possíveis durante o seu desenvolvimento, implicando tal que ocorram mudanças, quer de funcionamento, quer de comportamentos individuais.

“Uma visão desta natureza leva a encarar o ser humano como um sistema altamente complexo, onde se interligam dimensões de ordem biológica, cognitiva, emocional, relacional e social, um sistema que apesar de sujeito a uma evolução regular e progressiva

não está confinado a uma meta desenvolvimental pré-determinada.” (Fonseca, 2007 p. 278).

Alguns autores apontam um conjunto de características para a compreensão do envelhecimento através de mudanças desenvolvimentais, sintetizadas no seguinte quadro:

Clarke-Stewart, Perlmutter e Friedman (1988)	Hoffman, Paris e Hall (1994)	Overton (2003)
<p>O desenvolvimento está intimamente ligado à ocorrência de mudanças de uma forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sistemática (não aleatória), - permanente (não temporária), - progressiva (não regressiva), - estável (não flutuante), que ocorre ao longo de um certo período de tempo na vida de uma pessoa (não apenas numa hora), - relacionada com a idade e com a experiência acumulada no decurso da vida. 	<p>Mudança desenvolvimental assume-se como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - contínua (desenvolvimento ocorre ao longo de toda a vida, em qualquer período), - cumulativa (desenvolvimento constrói-se a partir de bases prévias), - direcionada (no sentido de uma cada vez maior complexidade), - diferenciadora (ao longo da vida as distinções entre as pessoas tendem a acentuar-se), - organizada (competências decorrentes das mudanças são integradas no funcionamento individual de forma coordenada entre si), - holística (todos os aspetos do desenvolvimento dependem um dos outros, interagindo mutuamente). 	<p>Definição do desenvolvimento passa pelo reconhecimento de dois tipos de mudanças:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mudança ligada à transformação (na forma, organização, ou estrutura de qualquer sistema, que adquire um caráter qualitativo e traduz uma descontinuidade desenvolvimental, não se reduzindo à “adição de comportamentos”), - mudança ligada à variação (grau ou extensão em que uma determinada ocorrência varia relativamente a uma norma ou uma média, configurando uma mudança quantitativa e contínua).

Quadro 1. O que é desenvolver-se? Análise comparativa (Fonseca, 2007, p. 278)

Para Rosa (2012), o envelhecimento encerra em si dois conceitos, denominados “envelhecimento individual “ e “ envelhecimento coletivo”. Esta autora refere que o envelhecimento individual integra o envelhecimento cronológico e o envelhecimento

biopsicológico. O envelhecimento coletivo, por sua vez, inclui o envelhecimento demográfico e o envelhecimento societal.

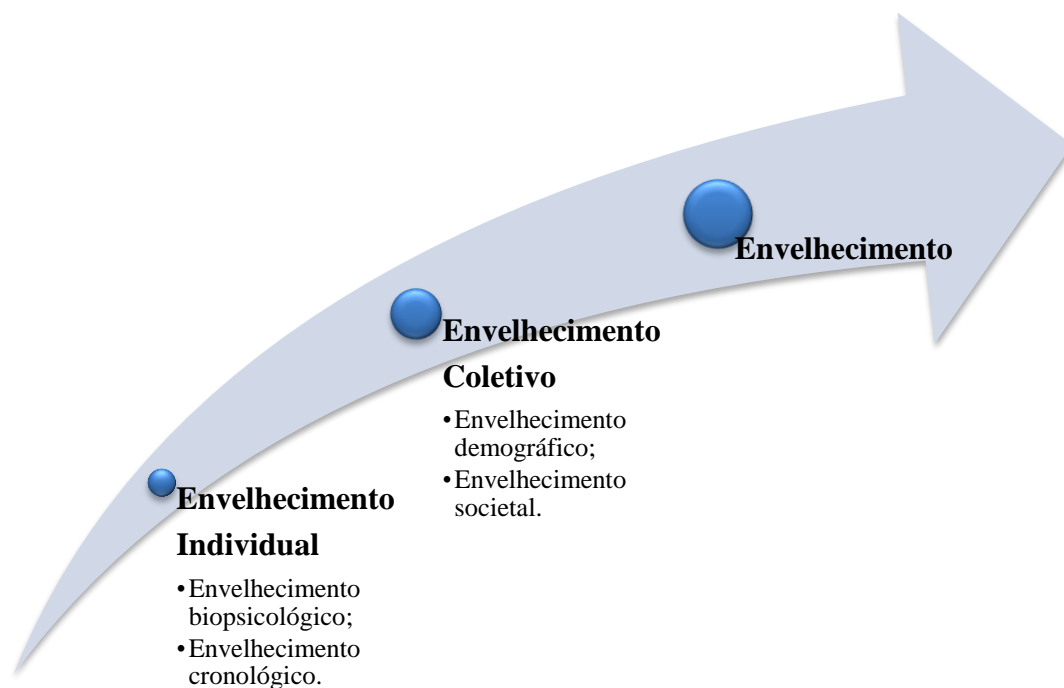


Figura 1. Representação esquemática do envelhecimento

“O envelhecimento biopsicológico, sendo um reflexo do envelhecimento cronológico, é diferente deste, menos linear, não fixo em termos de idade [...] Depende de pessoa para pessoa (da sua vivência passada, hábitos, estilo de vida, género, condicionantes genéticas e da própria sociedade em que se vive)” (Rosa, 2012, p.20).

A idade cronológica é um facto, no entanto que não tem uma relação direta com a “velhice”. Esta é “um estado difuso, vivido, sentido e percecionado de forma diversa, desde o seu enaltecimento até ao repúdio” (Rosa, 2012, p.22).

O envelhecimento coletivo inclui o envelhecimento demográfico e o envelhecimento societal. O envelhecimento demográfico é traduzido por categorias precisas relacionadas com a composição etária da população. Por sua vez, o envelhecimento societal prende-se com preconceitos de que os mais velhos são um grupo etário com pouco valor dentro de estruturas produtivas e sociais. Esta visão é recusada por Rosa (2012) e segundo a autora por outros autores que se dedicam ao estudo das pessoas desta faixa etária, afirmando “menos recetiva e mais resistente à mudança tecnológica do que uma pessoa mais nova, não tem fundamento científico” (Rosa, 2012, p.24).

Verifica-se, portanto, alguma complexidade na tentativa de caracterizar a pessoa idosa e a “velhice”. Esta complexidade traduz-se nos estudos transversais em várias perspetivas das ciências da saúde, da psicologia, da demografia e da sociologia. Paralelamente à caracterização das pessoas idosas também houve necessidade de criar instrumentos de avaliação, como passamos a descrever.

Há instrumentos que avaliam de forma multidimensional a pessoa idosa, atendendo a várias dimensões que nos fornecem uma avaliação global da capacidade funcional. Podemos referir um dos primeiros instrumentos deste tipo *Older Americans Research and Services* (OARS), elaborado pela Duke University em 1978, (Rodrigues, Scudeller, Pedrazzi, Schiavetto e Lange, 2008).

Existe, também, a classificação internacional desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), denominada por “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde” (CIF - OMS e Direção-Geral da Saúde, 2003). Esta classificação tem como objetivo não só proporcionar uma linguagem unificada e padronizada, mas também, introduzir uma mudança radical de paradigma, do modelo puramente biomédico, para um modelo biopsicossocial e integrado na perspetivação da funcionalidade e incapacidade humana. Na CIF existem domínios da saúde e domínios relacionados com a saúde. “Estes domínios são descritos com base na perspetiva do corpo, do indivíduo e da sociedade em duas listas básicas: (1) Funções e Estruturas do Corpo, e (2) Atividades e Participação” (OMS e Direção-Geral da Saúde, 2003, p. 5).

Esta classificação, não exclusiva para a avaliação da funcionalidade das pessoas idosas, também esclarece o conceito de Funcionalidade e de Incapacidade:

“A Funcionalidade é um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação; de maneira similar, *incapacidade* é um termo que inclui deficiências, limitação de atividades ou restrição na participação. A CIF também relaciona os fatores ambientais que interagem em todos os constructos. Neste sentido, a classificação permite ao utilizador registar perfis úteis da funcionalidade, incapacidade e saúde dos indivíduos em vários domínios” (OMS Direção-Geral da Saúde, 2003, p. 5).

A visão de desenvolvimento baseia-se também num sistema de relações entre a pessoa e o contexto ao longo do ciclo de vida (Fonseca, 2007).

Nas duas últimas décadas, Bronfenbrenner (1980) tem reformulado a sua abordagem sobre “*The Ecology of Human Development*”, daí resultando a teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner e Morris, 1998), que apresenta contributos para a compreensão do desenvolvimento do ser humano em interação com o ambiente ecológico que o rodeia em todo o ciclo de vida.

Neste sentido, o desenvolvimento efetua-se através das relações com os diversos contextos, considerando a bidirecionalidade em relação à pessoa e ao ambiente em que ela atua. Também se pressupõe que a pessoa se desenvolve na interação com o meio (contexto) onde atua (microsistema) e que este, por sua vez, é influenciado por um sistema de relações (mesossistema, exossistema e macrosistema). Sendo assim, o processo e o tempo são considerados elementos cruciais no desenvolvimento. Bronfenbrenner e Morris (1998), ao definirem o microsistema destacam três elementos principais: as atividades, as relações interpessoais e os papéis. A interação destes três elementos no microsistema é que potencializa o estímulo do desenvolvimento humano. O mesossistema é um sistema de microsistemas, ou seja, estabelece-se uma rede social em que a pessoa em desenvolvimento é a referência principal. Esta rede é formada pelas pessoas que interagem diretamente com a pessoa em desenvolvimento, pelo que influenciam esse processo. Quando a pessoa se encontra num contexto, mas não participa nos eventos que aí ocorrem, sendo, no entanto, afetada por eles e, concomitantemente, afetando também esse mesmos eventos, isso é o que o autor denomina exossistema. O macrosistema representa o padrão externo que inclui todos os microsistemas, mesossistemas e exossistemas, sendo caracterizado por determinada cultura, subcultura, ou qualquer outro contexto social maior com particular relevância para o desenvolvimento dos sistemas de crenças, recursos, riscos, estilos de vida e padrões de intercâmbio social que estão presentes em cada um desses sistemas.

2.1.1 Capacidades Cognitivas e de Aprendizagem

Se as questões anteriores a nível funcional, biológico, psicológico e social demonstraram uma grande complexidade de abordagem, as capacidades cognitivas e de aprendizagem não são menos complexas. No entanto, teremos de ter, como nas anteriores, um olhar abrangente para o facto de que cada pessoa é um ser individual, caracterizado por si

próprio e dependente de toda a sua componente biológica, fisiológica, cultural, espiritual e social.

Nesta perspetiva, Simões (1990) refere que, para além da idade, devemos ter em consideração outros fatores, nomeadamente: as expectativas sociais (se a sociedade espera que os idosos percam capacidades, eles acabam por interiorizar a ideia e o declínio acaba por ocorrer); a saúde (os mais doentes registam maiores declínios); a educação (os mais instruídos registam declínios menores); a atividade intelectual (quem se mantém intelectualmente ativo regista menor declínio).

O *Seattle Longitudinal Study* (SLT) é um estudo que muito contribuiu para uma maior clarificação do desenvolvimento intelectual do adulto. Os participantes eram membros ou familiares de membros do *Health Maintenance Organization* (HMO) do *Group Health Cooperative of Puget Sound*, em Seattle e na área metropolitana de Washington. Foram feitos testes em seis ciclos que ocorreram em 1956, 1963, 1970, 1977, 1984 e 1991. Os resultados referem que há ganhos a nível de desenvolvimento intelectual até à quarta década de vida, seguido por um período de cerca de duas décadas de estabilidade. A partir dos 60 anos o estudo indicava declínios setoriais.

Spar e Larue (2005) também alertam para as tendências gerais do envelhecimento e, especificamente, do funcionamento cognitivo, informação que vamos expor sob o formato de um quadro:

Aptidão	Sentido da mudança no envelhecimento	Comentário
Inteligência Vocabulário, fundo de conhecimento Habilidades Percetivo motoras	Estável ou crescente Em declínio	Pode declinar ligeiramente em idade muito avançada; mais pronunciado em tarefas novas O declínio começa pelos 50-60 anos
Atenção Campo de atenção Atenção completa	Estável a declínio ligeiro Declínio ligeiro	Problemas em dividir a atenção, filtrar ruído, deslocar a atenção

Linguagem		Na ausência de défice sensorial
Comunicação	Estável	Varia com o grau de instrução
Sintaxe, conhecimento de palavras	Estável	Lapsos ocasionais em encontrar palavras
Fluência, nomeação	Declínio ligeiro	Alguma erosão no processamento de mensagens complexas
Compreensão	Estável a declínio ligeiro	Pode ser mais impreciso, repetitivo
Discurso	Variável	
Memória		Intervalo de dígitos em contagem crescente
De curto prazo (imediate)	Estável a declínio ligeiro	Intacto (7 ± 2 itens) mas com fácil rutura por interferências
De trabalho	Declínio ligeiro	Aptidão diminuída para manipular informação na memória de curto prazo
Secundária (recente)	Declínio moderado	Défices de codificação e recuperação; armazenagem intacta
Implícita	Estável a declínio ligeiro	Pode recordar com mais facilidade algumas características incidentais do que informação processada inconscientemente
Remota	Variável	Intacta para aspetos mais importantes da história pessoal
Visuo-espacial		Intacta para figuras simples, mas não para complexas
Copiar desenhos	Variável	
Orientação topográfica	Em declínio	Mais notável em terreno não familiar
Raciocínio		Alguma redundância e desorganização
Resolução lógica de problemas	Em declínio	
Raciocínio prático	Variável	Intacto para situações familiares

Funções de execução	Declínio ligeiro	Planeamento/monitorização menos eficiente de comportamentos complexos
Velocidade	Em declínio	Lentificação do pensamento e da ação é a mudança mais contante no envelhecimento

Quadro 2. Efeitos do envelhecimento no funcionamento cognitivo, Spar e Larue (2005).

De acordo com estes autores, as modificações situam-se dentro de um desvio padrão da média dos adultos jovens, referindo-se o declínio moderado a diferenças da ordem de um ou dois desvios-padrão abaixo da média dos adultos jovens.

As alterações cognitivas associadas ao envelhecimento situam-se entre “ligeiro” e “moderado”, observando-se por vezes que se mantêm ou melhoram. O padrão diferencial é menos evidente, de acordo com os autores citados, entre os mais idosos, que se situavam em idades iguais ou superiores a 85 anos.

Simões (2002) refere as perdas de memória e algum declínio nas capacidades cognitivas em fases mais avançadas de vida das pessoas idosas. No entanto, este autor acentua que este declínio poderá não afetar grandemente a vida das pessoas idosas.

A aprendizagem humana não se esgota na integridade biológica dos genes e dos cromossomas, segundo Fonseca (1998), que desenvolve a perspetiva co-constructivista e dinâmica da modificabilidade cognitiva estrutural (MCE) de Feuerstein. O postulado de base desta teoria (MCE) é que “Todo o ser humano é modificável”.

Este postulado permite-nos compreender dois conceitos - cognição e aprendizagem, que são definidos, respetivamente como: “ato de conhecer ou de captar, integrar, elaborar e exprimir informação.” e, “mudança de comportamento provocada pela experiência de outro ser humano.” (Fonseca, 1998, p.7-8).

A aprendizagem é possível através da ação de um “mediatizador”, pessoa mais experiente com conhecimentos e capacidade de promover noutra pessoa, o “mediatizado”, uma modificação cognitiva.

Fonseca (1998) apresenta cinco proposições básicas que o “mediatizador” deve ter em consideração, de acordo com Feuerstein (1975, 1989):

- 1.“O ser humano é modificável – a modificabilidade é própria da espécie humana;
- 2.O indivíduo que eu vou educar é modificável – para que a intervenção seja eficaz é necessário que se ponha em prática uma intencionalidade positiva, por mais desviantes que sejam as características de comportamento do indivíduo;

3. Eu sou capaz de produzir modificações no indivíduo – o mediatizador deve sentir-se competente e ativo para provocar a modificabilidade cognitiva no indivíduo mediatizado;
4. Eu próprio tenho de, e devo, modificar-me – todo o processo de desenvolvimento exige do mediatizador um investimento pessoal prolongado, visando uma automodificação permanente;
5. Toda a sociedade e toda a opinião pública são modificáveis e podem ser modificadas – é sabido que o desenvolvimento de atividades e práticas educacionais tem um grande impacto social, o mediatizador deve ter em conta que a modificação da sociedade, a modificação de atitudes, de práticas e de normas sociais é sempre um processo longo e demorado, no sentido do qual deve orientar com persistência a sua ação.” (Fonseca, 1998, p.45).

Em vários estudos onde apresenta a caracterização da pessoa adulta e da terceira idade, e ainda a noção de declínio intelectual, Marchand (2001) faz a seguinte síntese dos resultados sobre o envelhecimento cognitivo:

- “1. Manifesta-se em idades muito mais avançadas do que se pensava;
2. Não é um processo homogêneo que afeta da mesma maneira as diferentes capacidades, havendo pessoas, sobretudo as que desenvolvem intensa atividade intelectual, que não perdem capacidades intelectuais durante todo o ciclo de vida;
3. É controlado através de intervenções de estimulação cognitiva.” (Marchand, 2001, p. 164).

Embora não haja a negação da realidade do envelhecimento cognitivo, de acordo com os autores referidos, este é compensado pela plasticidade do funcionamento intelectual, havendo uma grande influência da experiência e da sabedoria na compensação de alguns défices das capacidades do sistema nervoso central que acompanham o envelhecimento cronológico.

Assente noutras linhas de investigação (Baltes e Smith, 1990; Binnem e Fisher, 1990; Marchand, 1990; Strenberg, 1990), Marchand (2001) advoga que “... o desenvolvimento cognitivo, durante a vida adulta, culmina na sabedoria, representando esta o nível mais elevado de compreensão da vida, dos outros e de si próprio.” (Marchand, 2001, p. 164). Também de acordo com Baltes e Smith, citados por Marchand (2001), há diversas situações que fazem apelo à sabedoria: i) situações em que o sujeito deve tomar decisões complexas sobre a própria vida; ii) situações em que o sujeito é solicitado a ajudar os outros a decidir; iii) situações em que o sujeito é confrontado com a necessidade de gerir questões sociais deficientemente estruturadas; iv) situações em que o sujeito coloca questões sobre assuntos de natureza espiritual e sobre si próprio.

Nesta perspectiva, a sabedoria resulta de várias experiências que surgiram ao longo da vida. Nesse processo, percebemos como cada pessoa experienciou a relação com outras pessoas, ou seja, como é reforçado por Tavares (1993), a importância das relações interpessoais.

Este autor conceitualiza os conceitos de Pessoaalidade e Interpessoalidade da seguinte forma:

Pessoaalidade: “A dimensão pessoal do sujeito humano contrapõe-se normalmente à sua dimensão individual. Enquanto a dimensão individual denota ou reflete características de opacidade, de unicidade, de indivisibilidade, de fechamento, de indisponibilidade, de impossibilidade de diálogo, de uma certa incapacidade de iniciativa, de simples presença mais ou menos rica, a dimensão pessoal pressupõe atributos por rasgos essenciais que vão precisamente no sentido oposto, ou seja características de confiança, de transparência, de autenticidade, de capacidade de abertura, de disponibilidade, de diálogo, de iniciativa, que marcam a diferença entre comportamentos humanos e inumanos.”

Interpessoalidade: “A atividade interpessoal traduz justamente essa relação **recíproca, assimétrica e dialética** entre pessoas, entre sujeitos capazes de sair de si mesmos e colocar-se no lugar, “na pele” do outro, compreendê-lo em toda a sua profundidade e riqueza sem deixar de ser ele próprio nem desenvolver qualquer atitude que pretenda subalternizá-lo muito menos manipulá-lo ou reduzi-lo. É este precisamente o conceito de **reciprocidade** em que a ação pessoal é projetada por inteiro e nos dois sentidos, vai toda num mesmo jato em direção ao alvo a atingir, de **assimetria** que indica que os dois sujeitos da relação não pode sobrepor-se e **dialética** que exprime a ideia de que nenhum dos pólos da relação pode ser anulado.” (Tavares, 1993, p.15-16).

2.1.2 Promover o envelhecimento saudável e o bem-estar

Na sequência do ponto anterior vamos deter-nos sobre a necessidade que vai emergindo na sociedade de alterar estereótipos e crenças ligadas a uma concepção reducionista e negativa sobre as pessoas idosas e seu subsequente envelhecimento.

De acordo com o que já analisámos, o envelhecimento é percebido e vivenciado por cada pessoa de acordo com as suas vivências, experiências e aprendizagens, as quais não deixam de ocorrer a partir de uma determinada idade definida socialmente. No entanto, como nos diz Fonseca e Paúl (2007) “...a saúde, real e percebida, é para a generalidade dos idosos um aspeto fundamental quando se equaciona a respetiva qualidade de vida

[...] se a saúde não é, por si, condição de felicidade, a sua ausência provoca sofrimento e quebra no bem-estar.” (p. 32).

Saliente-se que a capacidade funcional das pessoas desempenha um papel relevante no paradigma da saúde, e que “o bem-estar na velhice, ou a saúde num sentido amplo, seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões” (Ramos, 2003, p.794). Há uma relação direta entre a inatividade ou atividade física reduzida, e as perdas funcionais das estruturas e funções biológicas. No entanto, através de um olhar sobre as pessoas como sistemas abertos, também é identificada a influência da interação com o meio ambiente, podendo este ser potenciador ou condicionante da realização de atividades de vida, a nível pessoal e social. Outro fator preditivo de um envelhecimento bem-sucedido é a adoção de estilos de vida saudáveis.

“Envelhecer em Saúde” “Envelhecimento bem-sucedido” “Envelhecimento ativo” são termos que encontramos na literatura e em declarações políticas e sociais, com o intuito de promover um paradigma que perspetive as pessoas desta faixa etária como elementos de uma sociedade inclusiva, na qual todos os membros tenham uma participação ativa.

O envelhecimento ativo foi o conceito central na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, que decorreu em Madrid em 2002. Desta assembleia resultou a definição de três ações prioritárias: i) assegurar e manter o desenvolvimento em todas as idades; ii) criar ambientes potenciadores para todos os grupos etários e iii) assegurar o bem-estar das pessoas idosas.

Estas ações só poderão ser bem-sucedidas se houver um compromisso político e social abarcando três grandes dimensões da sociedade: i) a ação do sistema de saúde através da promoção da saúde e prevenção da doença e, dentro deste sistema, a acessibilidade aos cuidados de saúde a nível de tratamento e reabilitação, assim como a conjugação de esforços a nível da educação e da saúde na promoção de estilos de vida saudáveis; ii) ação económica que permita rendimentos que promovam uma vida digna no envelhecimento, nomeadamente a nível de proteção social; iii) ação efetiva no ambiente, excluindo as barreiras arquitetónicas, promovendo um ambiente seguro a nível de luminosidade e que facilite a independência da pessoa idosa.

Em Portugal, no Programa do XVII Governo (2005) sob a epígrafe “Envelhecer em Saúde” são propostas algumas medidas como:

- “A criação de serviços comunitários de proximidade, articulando centros de saúde, hospitais, cuidados continuados e instituições de apoio social;
- Desenvolver nos hospitais capacidade para reabilitação imediata do paciente crónico e idoso, logo após o episódio agudo e sua reinserção na família;
- Planear os equipamentos de cuidados continuados, prevenindo lacunas e redundâncias e incentivar os cuidados paliativos.”.

Estas orientações políticas enquadram-se na Declaração de Munique, assinada em Junho de 2000, onde é consagrado um conjunto de medidas que refletem a importância da família como unidade central da dinâmica dos cuidados. Defende-se que a família é a base onde se cimentam e desenvolvem as relações e interações não só entre os membros da família, mas também com a comunidade onde se encontram inseridos. Passamos de um paradigma individual e personalizado de cuidados de enfermagem, para um paradigma em que o centro dos cuidados se desenvolve na, e com a, família, surgindo de forma explícita o conceito de Enfermagem de Família.

Num dos estudos sobre Grupos de Promoção de Saúde no desenvolvimento da autonomia e condições de vida, os autores, referem-se a estes grupos (GPS), que têm como finalidades:

“[...] construção de relações sociais cooperativas a fim do desenvolvimento contínuo da autonomia. Desta forma, os *settings* grupais nos GPS têm como função a criação de um espaço cooperativo onde os participantes têm a oportunidade de: re-significar conceitos obstrutivos ao processo de promoção da saúde; valorizar conteúdos disponíveis na comunidade; manifestar e processar mobilizações emocionais; conhecer e refletir práticas e saberes em saúde que possam favorecer o incremento das capacidades funcionais dos indivíduos.” (Santos, Da Ros, Crepaldi e Ramos 2006, p.348).

2.1.3 Promoção da saúde – poder e responsabilidade

Analisadas algumas declarações internacionais sobre promoção de saúde, nomeadamente a Declaração de Alma – Ata (1978), a Carta de Ottawa (1986), a Declaração da Conferência de Adelaide (1988), a Declaração da Conferência de Sundsvall (1991), a

Declaração da Conferência de Jacarta (1997) e a Conferência Internacional do México (2000), verifica-se que há um apelo, adequado a cada momento sociopolítico e económico, no sentido de uma maior responsabilização dos Estados e comunidades na participação individual e coletiva dos cidadãos no planeamento e na implementação dos cuidados de saúde, bem como na identificação de áreas de ação para promover a saúde, nomeadamente as abaixo discriminadas:

- Construir políticas públicas que promovam a saúde;
- Criar ambientes favoráveis;
- Reforçar a ação comunitária;
- Desenvolver competências pessoais a nível dos consumidores de cuidados e dos profissionais de saúde;
- Reorientar os serviços de saúde (OMS 1986).

Na Conferência de Sundsvall, em 1991, foram realçadas quatro vertentes relativas a um ambiente favorável:

- Valores e crenças tradicionais, costumes, processos sociais e rituais que transmitem uma sensação de familiaridade, coerência e determinação;
- Compromisso político no diz respeito aos direitos humanos, à justiça social, à paz e à democracia;
- Reencaminhar os recursos económicos para a concretização da meta “Saúde para Todos” e não para a corrida ao armamento;
- O papel importante das mulheres na criação de ambientes favoráveis e a necessidade de acabar com a exploração.

A saúde enquanto direito humano básico foi um aspeto consolidado na Declaração da Conferência de Jacarta em 1997, que confirmou que há provas evidentes de que:

- As abordagens globais do desenvolvimento da saúde são as mais eficazes;
- Ambientes específicos (tais como as famílias, os bairros e as comunidades) oferecem possibilidades concretas para a implementação de estratégias globais;
- A participação de todos é indispensável para sustentar esforços;
- O acesso à educação e à informação é essencial para se conseguir uma participação efetiva das pessoas e das comunidades.

Na Conferência Internacional do México sobre Promoção da Saúde, em 2000, foi realçado que a saúde não é apenas um resultado, mas também um estímulo para o desenvolvimento económico e para a equidade, sendo assim dever e responsabilidade dos Governos considerar a promoção da saúde e o desenvolvimento social como uma componente fundamental das políticas e dos programas públicos.

A sexta Conferência Global de Promoção da Saúde na Tailândia em 2005 originou a chamada “Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde num mundo Globalizado”. A finalidade da “Carta de Bangkok” era reafirmar a necessidade de parcerias e de políticas, quer Nacionais quer Globais, no desenvolvimento de estratégias e projetos que promovam o “poder” das comunidades para melhorar a saúde e a equidade no âmbito da saúde. A conferência salientou, ainda, a necessidade de desenvolvimento dos seus objetivos através da implementação de ações sustentáveis de promoção de saúde, de mudanças dos comportamentos considerados fatores de risco que conduzirão a ganhos em saúde.

Na formulação dos vários documentos/recomendações/políticas que temos vindo a apresentar, verificamos, progressivamente, a estreita ligação entre Saúde e Educação. Isto significa que, se entendermos a saúde enquanto projeto pessoal, a pessoa precisa de possuir instrumentos que lhe permitam tomar decisões informadas, que são potenciadoras da autonomia individual e do desenvolvimento como pessoa.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998) salienta a necessidade de desenvolvimento de processos de literacia em saúde, com o objetivo de aumentar competências cognitivas, sociais e capacidades individuais, e o intuito de que cada pessoa tenha acesso a, compreenda e use informações que promovam e mantenham a saúde.

“A literacia em saúde, segundo o relatório do *Institute of Medicine of the National Academies* (IOM, 2003) baseia-se na interação entre as aptidões dos indivíduos e os respetivos contextos de saúde, o sistema de saúde, o sistema de educação e os fatores sociais e culturais em casa, no trabalho e na comunidade. Assim, a responsabilidade para a melhoria dos níveis de literacia em saúde deveria ser compartilhada entre vários sectores.” (IOM, 2003, p. 178).

Reforçamos, assim, a importância do desenvolvimento de conhecimentos, de habilidades e de competências, articulados com o compromisso das estruturas e sistemas de liderança, para que a promoção da saúde seja eficaz, denominando-se este conjunto de conhecimentos, habilidades e competências “*capacity building*” (Smith, Cho Tang e Nutbean, 2006). Segundo estes autores, a “*capacity building*” envolve ações de três

níveis: avanço de conhecimentos e competências dos profissionais de saúde; expansão da sustentação de infraestruturas para a promoção da saúde nas organizações e desenvolvimento da coesão e parceria para a saúde na comunidade.

A nível da comunidade, o foco das ações será no desenvolvimento da consciência sobre riscos para a saúde, na promoção de estratégias de coesão da comunidade, na simplificação do acesso a recursos externos e no desenvolvimento de estruturas para a tomada de decisão da comunidade.

A diferença entre promoção da saúde e prevenção da doença ou proteção da saúde para Pender, Murdaugh e Parsons (2006) é estabelecida de acordo com os princípios seguintes: promoção da saúde é um comportamento motivado para o bem-estar e o aumento de potencial de saúde humana, enquanto prevenção da doença; o termo proteção de saúde, utilizado de forma similar, é perspetivado como um comportamento motivado para evitar a doença de forma ativa. Estes autores referem que quando falamos em promoção da saúde não estamos perante a falta de saúde ou um dano específico da saúde, enquanto que, quando falamos de prevenção é porque já existem alterações na saúde ou já existem danos na mesma.

O objetivo último da promoção da saúde é o de se obter “*wellness*”, ou seja, de atingir um ótimo estado de saúde individual e/ou de grupo, segundo alguns autores como Smith, Cho Tang e Nutbean (2006) e Pender, Murdaugh e Parsons, (2006). Para tal, estes autores centram-se em dois focos: a realização da capacidade plena - física, psicológica, social, espiritual e económica - da pessoa; e a realização das suas expectativas em relação ao seu papel na família, na comunidade, no lugar de culto, no local de trabalho, entre outros.

Este processo abrange a responsabilidade individual, institucional e social de habilitar as pessoas com conhecimentos, para que estas assumam as responsabilidades sobre a sua saúde e tomem decisões no seu processo de saúde visando, portanto, promover o desenvolvimento das pessoas.

Assiste-se ao aumento do envelhecimento a nível mundial contando-se com 700 milhões de pessoas com idades iguais ou superiores a 60 anos, e estimando-se que, em 2050, este número passe para 2000 milhões. Esta é uma preocupação que surgiu na Assembleia Mundial sobre Envelhecimento em 2011, implicando a necessidade de centralizar as

políticas de saúde, de educação e sociais, na perspectiva de assegurar cuidados de saúde e sociais que conduzam à promoção da saúde e do bem-estar deste grupo etário.

Em diversas perspectivas (demográficas, sociais e políticas), esta população é um grupo que vivencia uma determinada fase do seu ciclo de vida, com tanto potencial de desenvolvimento como qualquer outra. Deste pressuposto decorre a intervenção dos enfermeiros na promoção desse desenvolvimento, que se processará a níveis diferentes dos verificados noutros momentos do ciclo de vida.

Entre todos os profissionais de saúde, os enfermeiros são a chave nas orientações individuais, familiares e comunitárias relativas às decisões importantes em saúde, com competências no tocante à implementação de intervenções de promoção da saúde, ao diagnóstico de fatores constrangedores de ordem socioeconómicos da família e à orientação do idoso e sua família para as instituições competentes (Pender, Murdaugh e Parsons, 2006). Os enfermeiros têm o privilégio de desenvolver processos através dos quais ajudam as pessoas de quem cuidam a controlar os fatores que poderão alterar a sua vida e, concomitantemente, na interação com as pessoas cuidadas, os enfermeiros aprendem e desenvolvem conhecimentos e estratégias de ação.

Na medida em que está em contacto contínuo com a comunidade, este grupo profissional assume um papel preponderante na liderança global e sistémica de todos os intervenientes no processo de prestação de cuidados, sejam profissionais de saúde ou não. Os enfermeiros têm capacidade interventiva através de uma relação direta, que lhes permite criar sinergias para que todos possam contribuir na promoção do autocuidado e da melhoria dos cuidados prestados à pessoa idosa. Integram recursos diversificados, nomeadamente a família, os vizinhos, os voluntários, os ajudantes domiciliários, os assistentes sociais e os médicos, entre outros, recorrendo à sensibilização e ao ensino, em parceria com outros serviços e instituições.

Os enfermeiros são os profissionais que, no terreno, utilizam estratégias de Educação e Saúde (Educação para a Saúde – EpS) e que contribuem para o desenvolvimento do indivíduo e da comunidade.

Estes processos devem ser orientados pelos princípios do construtivismo, que considera que o conhecimento é uma construção do sujeito, e não algo que possa ser transmitido pelo contexto em que este está inserido e adquirido de forma passiva. Do mesmo modo,

o ato de conhecer é um processo de adaptação vivido pela pessoa, que será processado de acordo com as suas experiências (El-Hani e Bizzo, 1999). A construção e a adaptação ocorrem no caso das pessoas alvo de cuidados e no dos enfermeiros.

Esta perspetiva é corroborada no Relatório de Primavera 2012 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde:

“O envolvimento dos cidadãos nos processos de tomada de decisão, no sector da saúde, contribui para a construção de uma democracia mais participativa e para tornar os profissionais de saúde e as próprias entidades de governação mais sensíveis aos interesses, necessidades, e expectativas dos cidadãos. [...] A promoção de melhores níveis de literacia em saúde das pessoas em Portugal assume-se como estratégia incontornável para uma melhor saúde, e para uma utilização mais racional dos cuidados de saúde, especialmente em tempo de crise.” (OPSS, 2012, p.56).

Neste mesmo Relatório, os relatores formularam um conjunto de recomendações /iniciativas a desenvolver em Portugal, com o objetivo de concretizar a democratização da saúde:

“ (i) ao nível do sistema, que se torne mais aberto e transparente, mais conhecedor e próximo das necessidades e expectativas das pessoas; (ii) profissionais de saúde, a responsabilidade na transmissão de conhecimento e parceria nas decisões são de importância crítica; e (iii) cidadãos, que necessitam de adotar uma atitude mais interventiva e interessada naquilo que diz respeito à sua saúde e à saúde da comunidade.” (OPSS, 2012, p.56).

Também segundo os autores deste Relatório, a promoção da literacia em saúde em Portugal deverá ser feita em torno de quatro eixos: “Cooperação entre os projetos em curso; Definição de prioridades e planeamento; Desenvolvimento de metodologias de avaliação; Sustentabilidade organizacional e financeira.” (OPSS, 2012, p.58).

Em qualquer dos “quatro eixos” referidos, o contributo dos enfermeiros em cuidados de enfermagem no domicílio é preponderante, por meio do desenvolvimento de competências que promovam a literacia em saúde, pois trata-se de um grupo profissional que lidera os intervenientes no processo saúde/doença. Por conseguinte, estas competências integram-se no que Alarcão (1996) define como “... uma competência artística não no sentido de produção do que normalmente se concebe por obra de arte mas um profissionalismo eficiente, um saber fazer que quase se aproxima de uma sensibilidade de artista” (p.16), integrando-se no que Schön (1987) designa como *artistry*.

A autora realça que a competência não existe sem conhecimento e este conhecimento é que permite “a cada um, aprender a atualizar os seus saberes para atuar” (Alarcão, 2011, p.23).

Segundo a mesma autora, a competência designada como *artistry* tem por base o conhecimento tácito, que os profissionais nem sempre conseguem verbalizar ou descrever:

“ é um conhecimento que é inerente e simultâneo às suas ações e completa o conhecimento que lhes vem da ciência e das técnicas que também dominam. Esta competência [*artistry*], em si mesma, é criativa porque traz consigo o desenvolvimento de novas formas de utilizar competências que já possuem e traduz-se na aquisição de novos saberes” (Alarcão, 1996, p. 16).

Este processo definido como *Empowerment* pode ser visto como um processo (*becoming empowered*), como um resultado (*being empowered*) e como uma intervenção (*empowering others*), como propõe Hulme (1999). Segundo este autor, a ideologia de ação social dos anos 60 do século XX é baseada na filosofia de *empowerment* formulada por Paulo Freire. Na perspectiva da “pedagogia do oprimido”, Freire (1987) refere-se à educação problematizadora, que coloca educador e educando integrados no mesmo processo, estabelecendo-se uma relação dialógico-dialética na qual ambos aprendem juntos.

Prevalecendo o diálogo e a troca de informação, os enfermeiros e as pessoas alvo de cuidados interagem com saberes que conduzem à produção de conhecimentos. Assim, o processo de *empowerment* é desenvolvido na relação enfermeiro-pessoa idosa-família, na qual todos os intervenientes interagem dentro dos seus contextos e dos seus saberes, numa relação dialógica-dialética e coresponsabilizando-se no processo de prestação de cuidados. Este processo é “*empowering*”, uma vez que ajuda as pessoas a desenvolver capacidades que lhes permitem ser independentes nas suas decisões e a encontrar soluções para os seus problemas.

“Para que os cidadãos possam assumir este papel de atores críticos, situados, têm de desenvolver a grande competência de compreensão que assenta na capacidade de utilizar as várias linguagens que permitem ao ser humano estabelecer com os outros e com o mundo mecanismo de interação e de intercompreensão” (Alarcão, 2011, p.25).

Benner (2001), no seu estudo sobre os níveis de competência desenvolvidos pelos enfermeiros, afirma que estes “encontraram um meio seguro de utilizar o seu poder: tal aconteceu implicando-se genuinamente no cuidado dos seus doentes. Identificam-se com eles [...] Guardavam sem cessar na sua memória que o doente é também uma pessoa” (Benner, 2001, p. 230).

Esta autora também identificou seis categorias de poder no âmbito das relações de prestação de cuidados entre enfermeira e doente: o poder de transformação, o poder de cuidar na reintegração, o poder de defesa (“*advocacy*”), o poder da relação terapêutica no âmbito da recuperação - cura; o poder de promoção da saúde (“*healing*”), o poder de participação /afirmação e o poder de resolução de problemas.

Ao liderarem o processo de cuidar, os enfermeiros poderão estabelecer uma relação de poder:

“ [...] a liderança enquanto caso particular do exercício do poder menos preocupado com os objetivos próprios do ator do que com os objetivos comuns que os ligam ao destinatário, será tanto mais legítimo quanto mais mediados por processos psicológicos de índole persuasiva[...]” (Jesuíno, 1999, p. 14).

Ao estabelecer uma relação de poder, o enfermeiro não pretende atingir objetivos pessoais, mas sim objetivos de bem-estar para as pessoas idosas e cuidadores. Estes reconhecem legitimidade aos enfermeiros, assumindo que estes profissionais os podem ajudar em virtude da sua formação e experiência.

O desenvolvimento da liderança implica o desempenho de atividades, sendo as interações dependentes dos comportamentos, sentimentos e atitudes que dos intervenientes, os enfermeiros e as pessoas alvo dos cuidados. A liderança implica “... relações interpessoais e, nessa medida, qualidades como a fluência verbal e traços como a cooperação e a sociabilidade serão, certamente, prioritários” (Jesuíno, 1999, p.36).

De acordo com Alarcão (2011), os professores têm um papel mediador, não sendo esta mediação feita de forma linear, mas sim de forma “orquestrada”, do mesmo modo que a noção de professor reflexivo se baseia na consciência da capacidade de pensamento e reflexão. Na nossa perspetiva e de forma similar, em situações imprevisíveis os enfermeiros acionam o seu conhecimento e a sua reflexão, baseando-se na experiência. A mesma autora também refere que o profissional em contexto desenvolve o triplo diálogo:

“- Um diálogo consigo próprio;

- Um diálogo com os outros incluindo os que antes de nós construíram conhecimentos que são referências;

- Diálogo com a própria situação, situação que nos fala, como Schön nos refere na sua linguagem metafórica. “ (Alarcão, 2011, p. 49).

Salientamos que a estratégia para o desenvolvimento das práticas de enfermagem pressupõe o pensamento crítico, em consonância com os estudos de Paiva (2006) e Jesus (2006), quando se referem ao conceito de processo de enfermagem. Assim, “[...] nada impede a utilização dinâmica do pensamento intuitivo ou criativo, requer estratégias de raciocínio tanto dedutivas como indutivas para apreciar, planejar, implementar, documentar e avaliar os cuidados de modo efetivos” (Jesus, 2006, p.28)

Para Paiva (2006) “...o processo de tomada de decisão em enfermagem é frequentemente relacionado com o conceito de pensamento crítico ...”, (p. 21), o que implica um processo intelectual sistematizado na utilização do conhecimento, permitindo aos enfermeiros conceptualizar, aplicar, analisar, sintetizar e/ou avaliar dados e informações para orientarem as suas ações.

Benner (2001) refere-se a competências e a práticas competentes, referindo que ambos os termos englobam a noção de cuidados de enfermagem competentes e a mobilização de capacidades de julgamento clínico desenvolvidas em situações reais.

Jesus (2006) no trabalho desenvolvido sobre decisão clínica de enfermagem, considera que o processo de prestação de cuidados e o processo de decisão clínica de enfermagem podem ser considerados sinónimos, optando por utilizar, preferencialmente, a expressão “processo de decisão clínica de enfermagem”. Desse trabalho emergiu um modelo composto por cinco componentes, que o autor classificou como principais e contínuos: “interagir”, “intervir”, “conhecer a utente”, “resolver problemas” e “avaliar”. Salienta que, durante o processo de prestação de cuidados, o “interagir” é uma constante, permitindo obter informações de uma forma contínua, identificando problemas, necessidades ou potencialidades, intervindo, avaliando e reavaliando as situações.

Este processo contínuo permite ir adequando as intervenções através de ensinamentos, informações e orientações, e estimular a pessoa alvo de cuidados a participar também neste processo. Segundo o autor referido, o “intervir” é contínuo porque é estruturante no processo de prestação de cuidados ou de tomada de decisão, bem como na identificação

de estratégias e subestratégias, tais como a reflexão/justificação das intervenções. O autor refere-se a uma subestratégia incluída no “intervir” como sendo: “[...] o preocupar-se com as utentes, a qual é reveladora do interesse das participantes pelas utentes, e que foi expresso, nomeadamente, através da compaixão, empatia, intimidade e envolvimento emocional” (Jesus, 2006, p. 275).

No estudo que desenvolveu sobre os processos e percursos de formação de dois grupos de enfermeiros que lidavam com idosos Costa (1998) aponta que

“[...] os cuidados de enfermagem situam-se no cruzamento do sistema de valores e crenças individuais, mas são também influenciados pelo terreno institucional e por todo o sistema sócio - económico e tecnológico, que o próprio meio institucional segrega e gera em simultâneo” (p. 103).

Este processo dos cuidados de enfermagem é compreendido como o resultado da interação recíproca, evoluindo da forma mais simples até à mais complexa, sendo mediado por eventos regulares e ao longo do tempo e favorecendo os processos proximais. Esta perspetiva enquadra-se na teoria “Bioecológica do Desenvolvimento Humano “ (Bronfenbrenner e Morris, 1998; Bronfenbrenner, 2005), já referida anteriormente.

Rua (2011) refere-se aos processos proximais como “...as relações que o aluno estabelece, os papéis e as atividades em que se envolve, desde que se verifiquem com alguma regularidade e por um período de tempo significativo” (p.12). Consideramos que estes processos proximais também se verificam nas experiências vividas pelos enfermeiros quando desenvolvem cuidados de enfermagem nos domicílios às pessoas idosas – família.

De forma similar, assiste-se ao estabelecimento de uma **díade** que ocorre num contexto em que há uma atividade entre duas pessoas. Se a participação destas é bidirecional, é promovido o processo de desenvolvimento (Bronfenbrenner, 2005).

Em contexto de cuidados de enfermagem no domicílio consideramos que se estabelece uma **díade observacional**, pois a pessoa idosa e família observam as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, assim como estes observam as atividades da pessoa idosa e família. Esta díade observacional evolui tendencialmente para uma **díade de atividade conjunta**, quando a pessoa idosa e/ou família passam a participar

conjuntamente (pessoa idosa-família e enfermeiros) nas atividades de promoção e prevenção relacionadas com o alvo dos cuidados.

O mesmo autor alerta para o facto de esta evolução, de díade observacional para díade de atividade conjunta, estar dependente da existência de três características: reciprocidade, equilíbrio de poder e relação afetiva.

Na relação dos enfermeiros com a pessoa idosa/família há reciprocidade porque os intervenientes, ao interagirem uns com os outros, acabam por se inter-influenciarem.

Também há um equilíbrio de poder entre os vários atores, pois se os enfermeiros são detentores de conhecimentos de cuidados de saúde, as pessoas cuidadas no domicílio estão no seu contexto, e depende da sua colaboração e abertura que os enfermeiros possam ser pró-ativos em relação às especificidades de cada pessoa e de cada momento de interação.

A Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano considera que, se a relação afetiva evoluiu no sentido positivo e se mantem reciprocamente mesmo não se encontrando juntos os vários atores envolvidos neste processo, forma-se o que o autor denomina **díade primária**. Encontramos nesta teoria alguns subsídios para a compreensão da construção da interação do enfermeiro com a pessoa idosa/família no domicílio.

2.2 Família como uma unidade de cuidados

A família é definida por Wright e Leahey (2002), como um sistema que necessita de ser atendido como um todo, devendo-se introduzir alterações nos padrões usuais da prática clínica. Esta mudança da prática implicará que os enfermeiros desenvolvam competências na avaliação e intervenção nas famílias de uma forma interativa.

Callery (1997) salienta ainda a natureza oculta dos cuidados de enfermagem junto das famílias, alertando para a necessidade de rigor na identificação e interpretação das necessidades das famílias, para que não exista o risco de mobilizar e direcionar os recursos de forma inadequada.

O foco dominante da avaliação e intervenção de enfermagem na família deve ser o da interação entre saúde, doença e família, e entre utente, família e enfermeiros. Wright e Leahey (2002) defendem que a variável mais significativa para a promoção de cuidados centrados na família é a conceptualização dos enfermeiros acerca da problemática de

saúde /doença. É a capacidade de pensar em termos de interação que desloca o foco da prestação dos cuidados de saúde, do individual para o familiar, promovendo a transição de uma perspectiva individualista para o “pensar interacional”.

A Escola da Promoção da Saúde, representada por Moyra Allen, que desenvolveu o modelo concetual e de intervenção conhecido por “modelo de McGill”, baseia-se na filosofia dos cuidados de saúde primários e na aprendizagem social de Bandura, (Kérrouac et al, 1996). Este modelo de cuidados de enfermagem centra-se no conceito de que a educação para a saúde se desenvolve através da participação ativa da pessoa, abrangendo o seu contexto familiar “... a família é apresentada, simultaneamente, como recurso e como entidade passível de ser intervencionada pela enfermeira.” (Lopes, 2001, p. 56).

Para a prestação de cuidados em qualquer fase do ciclo vital, a prática de enfermagem entendida como abordagem focalizada na família, tem como finalidade a promoção e a restauração da saúde, tanto no que toca a cada membro da família como no que respeita ao funcionamento saudável do todo familiar.

Os enfermeiros têm o privilégio de poderem desenvolver processos através dos quais ajudam as pessoas de quem cuidam a controlar os fatores que poderão alterar a sua condição de saúde e, concomitantemente, aprendem e desenvolvem, na interação com as pessoas cuidadas, estratégias de ação e conhecimentos.

Pelo facto de estar em contacto contínuo com a comunidade, este grupo profissional assume um papel preponderante na liderança global e sistémica de todos os intervenientes no processo de prestação de cuidados, sejam eles profissionais de saúde ou não. Graças à relação direta com as pessoas alvo de cuidados de saúde, o enfermeiro possibilita o desenvolvimento de sinergias para que todos possam contribuir para a promoção do autocuidado e da melhoria dos cuidados prestados à pessoa idosa e família. O enfermeiro articula recursos diversificados, nomeadamente a família, vizinhos, voluntários, ajudantes domiciliários, assistentes sociais e médicos, entre outros, em parceria com outros serviços e instituições, possibilitando o desenvolvimento de um processo educativo global

2.2.1- Cuidados de enfermagem no domicílio da pessoa idosa e família

De entre as várias estratégias estruturadas de prestação de cuidados, aquilo que se convencionou designar como domiciliação dos cuidados ou cuidados domiciliários tem

vindo a ganhar importância crescente. Estes correspondem a cuidados prestados aos indivíduos e às famílias nos seus locais de residência, e têm por finalidade promover, manter ou recuperar a saúde, maximizando o nível de independência ou minimizando os efeitos da deficiência ou da doença terminal (Stanhope e Lancaster, 1999).

Nesta perspetiva, o contexto domiciliário é um contexto natural e ecológico onde os enfermeiros prestam cuidados, o que lhes exige uma perspetiva diferente da que predomina nos serviços de saúde institucionais. Nos serviços de saúde institucionais, os enfermeiros, assim como todos os membros da equipa de saúde, estão numa situação que podemos considerar “protegida e confortável” pelo seu domínio das normas, das atividades e do espaço. Poderemos considerar também que as pessoas internadas se encontram fragilizadas, concorrendo para esta situação de fragilidade não só os seus problemas de saúde, como o desconhecimento do contexto, das normas e rotinas da instituição.

O inverso acontece, portanto, com os profissionais de saúde em contexto domiciliário, revestindo-se os cuidados de enfermagem domiciliários de uma grande complexidade, pelo facto de o enfermeiro ter que adequar a sua intervenção a ambientes muito diversos, com todas as suas singularidades, bem como a uma grande diversidade de experiências e significados de saúde/doença de cada um dos idosos/família/cuidador.

Historicamente falando os cuidados domiciliários estiveram sempre associados aos enfermeiros. Estes profissionais têm uma posição privilegiada, não só como profissionais cujos contextos e funções lhes permitem uma grande proximidade com as pessoas de quem cuidam, como também, na perspetiva política e económica, por influenciarem a redução do número de hospitalizações e o consumo medicamentoso, respeitando o ambiente do cuidado domiciliário. Os cuidados de saúde desenvolvidos no domicílio são considerados “... como o espaço social e físico das interações e interdependências dos seres humanos ...” (Silva e Erdmann, 2002, p.74).

A referência a este grupo profissional e ao seu desempenho profissional no domicílio pode ser encontrada nos documentos de Florence Nightingale, que teve um papel relevante na formação de enfermeiras, nomeadamente no que foi designado como “enfermeiras de bairro”. Estas tinham como objetivo ensinar aos doentes e família nos seus domicílios, técnicas de higiene e cuidados que promovessem o processo reparador,

recorrendo ao “ar puro”, à luz do sol, ao calor, à limpeza, ao repouso e à dieta, criando as melhores condições para a promoção da saúde.

Nos Estados Unidos da América, o Dispensário de Boston foi, em 1876, um dos primeiros a providenciar cuidados de saúde ao domicílio, orientando-se pelo princípio que os doentes poderiam ser cuidados em casa, não sendo assim penalizados com a separação dos seus familiares (Rice, 2004).

Em Portugal o Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Porto criou um grupo de enfermeiras domiciliárias em 1908 (Nunes, 2003).

Na década de trinta do século XX surge em Portugal outro grupo de enfermeiras, que se dedicavam a cuidados domiciliários, denominadas visitadoras. Em 1951, em Coimbra, surge o conceito de enfermeiras pertencentes às brigadas sanitárias da família. Estas práticas influenciaram a introdução de conteúdos de saúde pública nos currícula das escolas de enfermagem (Nunes, 2003).

A diminuição do tempo de internamento a nível hospitalar, com o objetivo de diminuir custos, tem sido uma das estratégias utilizadas no sistema de saúde do nosso país, implicando tal uma maior capacidade de resposta e de exigência a nível dos Centros de Saúde, quer no volume, quer na eficácia dos cuidados prestados no domicílio.

Todos os intervenientes no processo saúde-doença, mais especificamente os profissionais de saúde e os alvos dos cuidados de saúde, estão condicionados às interações sujeito-mundo no desenvolvimento do seu comportamento humano.

Os cuidados no domicílio começam, num primeiro momento, por referenciação de técnicos de saúde ou instituições, alongando-se de forma contínua no tempo. O trabalho que os enfermeiros iniciam após esta referenciação assemelha-se ao de um antropólogo, iniciando-se pela compreensão das pessoas como um ser biológico, social e cultural, e das interações que emergem no seu contexto, familiar, comunitário e social; é um conhecer para “**agir com**”.

O domicílio também funciona como uma unidade onde se desenvolvem cuidados frequentemente pautados por emoções intensas do idoso e do (s) membro (s) da família. Os enfermeiros são confrontados regularmente com pessoas que se sentem desesperadas, com medo, desorientadas, desamparadas, tendo que responder com intervenções

terapêuticas, entendidas como um “... conjunto de intervenções específicas de enfermagem e com potencialidades terapêuticas demonstradas” (Lopes, 2006, p. 85).

Estas intervenções terapêuticas são entendidas na perspectiva do desenvolvimento do potencial humano. Este potencial inclui os atores envolvidos no processo de prestação de cuidados - o enfermeiro, pessoa idosa e família - com a finalidade de “*authentic being*”. Este processo desenvolve-se através da identificação do potencial terapêutico na prestação de cuidados de enfermagem, na promoção e facilitação para “... *empower patients to heal themselves*” (McMahon e Pearson, 1998, p.5). Segundo estes autores, há a necessidade de que os enfermeiros possuam pré-requisitos que os orientem na prática de cuidados de enfermagem terapêuticos, sendo estes pré-requisitos o holismo e a autodeterminação, a pró-atividade e a iniciativa - capacidade de correr riscos.

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros (OE) dá especial relevo ao julgamento profissional, à relação de ajuda, à comunicação terapêutica, à reflexão crítica, ao *empowerment* e ao trabalho de equipa. Também definiu a prática profissional, ética e legal como os principais domínios de competência dos enfermeiros para a prestação e gestão de cuidados e o desenvolvimento profissional.

No entanto, também é fundamental que os enfermeiros aprendam a conhecer o utente e o respeitem como um ser único, uma vez que “... a tomada de consciência das perceções dos utentes por parte dos enfermeiros ajuda-os a compreender e a lidar com os problemas dos mesmos” (Jesus, 2006, p. 51).

Estudos da evolução das escolas de pensamento em enfermagem, feito por vários estudiosos desta área, nomeadamente por Kérouac et. al. (1996), sugerem uma nomenclatura dos paradigmas para a melhor compreensão teórica desta evolução. Considera-se “paradigma” “... um conjunto organizado de crenças, de valores, de leis e de princípios, de metodologias e respetivas formas de aplicação...” (Lopes, 2001, p.34).

A denominação dos paradigmas encerra em si a localização cronológica que, concomitantemente, está relacionada com “... a predominância das ideias e dos valores inerentes a (cada paradigma) numa determinada época. Isto não significa que atualmente não co-existam ideias dos diversos paradigmas” (Lopes, 2001, p.34).

As autoras já referidas (Kérouac et. al., 1996) propuseram os seguintes paradigmas:

Paradigma da categorização: este paradigma apresenta duas orientações, uma mais centrada na saúde pública, centrando-se os cuidados das enfermeiras na pessoa integrada no ambiente, com o objetivo de manter ou recuperar a saúde. Segundo as autoras referidas, Florence Nightingale considera que a pessoa, de acordo com a sua constituição física, intelectual, emocional e espiritual tem capacidade e responsabilidade para alterar a sua situação. As enfermeiras deveriam ter em consideração estas características da pessoa e alterar o seu ambiente com o objetivo de melhorar as condições de vida pessoais e comunitárias.

A segunda orientação do paradigma da categorização foi influenciada pela chamada evolução científico-tecnológica. Não era concebível que alguém doente não fosse tratado no hospital, já que este era considerado o único ambiente onde as pessoas poderiam ser tratadas. Esta perspetiva centrada no hospital deveu-se à identificação de alguns agentes patogénicos e à grande preocupação com a proliferação dos processos infecciosos, assim como também aos conceitos de assepsia e de antissepsia que orientavam as práticas.

A grande influência do modelo cartesiano, que encarava o indivíduo como constituído por um conjunto de órgãos sem relação entre si, separando a mente do corpo, influenciou os cuidados; estes eram fragmentados e só podiam ser prestados por técnicos de saúde, seguindo o princípio de “**fazer por**”.

Paradigma da integração: Este paradigma distingue-se do paradigma da categorização pelo facto de se centrar nos cuidados, na pessoa e não na doença. A pessoa é considerada mais que a soma das suas partes, e estas interrelacionam-se umas com as outras. O cuidado focaliza-se em manter a saúde da pessoa em todas as suas dimensões - física, mental e social - de acordo com a capacidade de avaliação dos enfermeiros relativamente às necessidades de ajuda da pessoa e atendendo às perceções dessa pessoa na sua globalidade.

Intervir segundo o paradigma da integração significa “**agir com**” a pessoa no contexto em que esta se insere (histórico, social e político), com a finalidade de responder às necessidades da pessoa. Com a sua perícia, os enfermeiros ajudam a pessoa a decidir os comportamentos de saúde que melhor se adaptem às suas funcionalidades, necessidades e realidades.

Esta visão do conjunto organizado de crenças, de valores, de leis e de princípios, de metodologias e respetivas formas de aplicação, seguindo Lopes (2001) e Kérouac et. al., (1996), deveu-se não são às condi es sociais e políticas (fim da segunda guerra mundial, crise econ mica dos anos de 1930), como também aos contributos da psicologia individual de Adler, da terapia centrada na pessoa segundo Rogers, da teoria da motiva o de Maslow, estando também ligada   diferencia o entre a disciplina de enfermagem e a da disciplina médica.

Esta diferencia o deveu-se aos estudos desenvolvidos por enfermeiros, de que resultaram modelos conceituais que orientavam a prática dos cuidados de enfermagem, bem como a forma o e a investiga o.

Paradigma da transforma o: O paradigma da transforma o reflete a abertura da ciência de enfermagem ao mundo, surgindo novas conce es da disciplina de enfermagem, (Newman, 1983; Parse, 1981; Rogers,1970; Watson, 1985; 1988 *In* Kérouac et. al. 1996).

Esta abertura ao mundo também tem como fator impulsionador o “ ... contexto em que se evidencia a abertura de fronteiras, primeiro, no plano cultural, depois no econ mico e, por fim, no político; em que a cultura ocidental e a oriental se influenciam mutuamente.” (Lopes, 2001, p. 144).

A orienta o dos cuidados focalizada na aten o às experiências das pessoas cuidadas, para o respeito pela rela o e do contexto e para a utiliza o do princípio da beneficência, valorizando com responsabilidade os desejos das pessoas cuidadas, bem como o significado subjetivo das experiências e respostas humanas a problemas reais ou potenciais de saúde,   considerada como um compromisso de natureza moral que os enfermeiros deverão manter no desempenho da sua profissão (Watson, 2002). Para esta autora, a presta o de cuidados  

“... um empreendimento epist mico que define quer o enfermeiro quer a pessoa e ainda o nível de espaço e tempo; requer estudos s rios, reflexão, a o e uma pesquisa para novos conhecimentos que ajudarão a descobrir novos significados da pessoa e do processo de cuidar, durante as experiências saúde-doença.” Watson (2002, p. 56).

Encontramos várias defini es sobre “cuidar”, “ cuidado” e “processo de cuidar”. Cuidar neste mundo   da responsabilidade de todo o corpo social, segundo Petit (2004),

definindo-se como “... uma atitude, uma maneira de estar na vida que induz a um verdadeiro olhar para o outro e para o mundo” (Petit, 2004, p. 87). Outros autores acrescentam que:

“... o processo de cuidar não é linear, não segue só um raciocínio lógico de resolução de problemas mas exige avaliação e intervenção praticamente simultâneas, que resultam da concentração da atenção na vida quotidiana da pessoa/grupo, nas respostas às situações de saúde que estão a viver” (Basto, 2009, p. 13).

Ao refletir sobre o conjunto de definições que a literatura nos oferece, é consensual que o “cuidar” não é exclusivo dos profissionais de enfermagem, mas sim de todos os profissionais, independentemente da sua área profissional (Renaud, 2010; Lopes, 2005; 2008; Costa, Rodrigues, Basto, Bruges, Raposo, 2008; Hesbeen, 2004), não devendo o “cuidar” ser abordado de forma corporativa, mas sim numa perspetiva heurística e holística, onde faz sentido a existência de uma equipa de prestação de cuidados como uma equipa pluridisciplinar.

Estudos sobre a recomposição profissional da enfermagem, estudo sociológico em contexto hospitalar, referem-se à prática de cuidar como “... o operador ideológico central, aglutinador das referências de sentido das práticas de enfermagem e da sua diferenciação, relativamente às práticas profissionais de outros grupos” (Lopes, 2001, p. 58). Esta autora refere a mudança dos paradigmas orientadores da prestação de cuidados do biomédico para o holístico, sendo neste modelo fundamentada a especificidade de enfermagem, valorizando a relação interpessoal e respeitando os valores e a cultura do doente.

Quanto ao cuidado “holístico” explicita-se que “... o que se deve tratar e cuidar, não é apenas um corpo que tem uma avaria no seu funcionamento objetivo, mas um corpo que reage interiormente e pessoalmente à sua avaria” (Renaud, 2010, p. 3), sendo ainda afirmado que: “No contexto profissional, aprendi com os doentes que o que está em causa numa situação de doença, não é apenas, nem principalmente, um processo fisiopatológico, mas antes e sobretudo, uma experiência humana” (Lopes, 2005, p. 221).

De acordo com a complexidade da prestação de cuidados, torna-se difícil enquadrar a sua prática numa única teoria que descreva, explique e possa prever todos os fenómenos da disciplina de enfermagem. A noção de cuidado e o conceito de autocuidado em enfermagem implicam várias conceções de cuidado, que “... têm coexistido e

influenciado a prática de enfermagem, variando conforme a perspectiva teórico-filosófica e o cenário da prática” (Bub et. al., 2006, p.153).

O paradigma da simultaneidade apontado por Parse (1995), é outra forma de encarar os cuidados em enfermagem, sendo sobreponível ao paradigma da transformação, que considera a pessoa um ser aberto, unitário e sinérgico, em que o todo é mais que a soma das partes. Neste paradigma, a pessoa que deve fazer as suas escolhas e assumir as responsabilidades pelas suas decisões. É um ser humano que vive em constante interação com o ambiente. O ambiente é inseparável da pessoa e este evolui reciprocamente com o universo. A saúde é o que a pessoa vive, é um processo que só é identificado pela própria pessoa, não podendo ser definido por outras pessoas. Assim, a enfermagem é uma ciência humana cujo foco é a pessoa e a essência da enfermagem é a relação enfermeiro - pessoa com o objetivo de estar com a pessoa na sua caminhada para melhorar a sua qualidade de vida.

A mesma autora defende que é da responsabilidade da enfermagem a orientação dos indivíduos e das famílias na escolha de possibilidades de modificação do processo de saúde, sendo esta orientação realizada pela participação intersubjetiva com as pessoas. A prática de enfermagem não é uma abordagem prescritiva baseada em diagnósticos médicos ou de enfermagem, nem a oferta de conselhos e opiniões provenientes do sistema de valores sociais da enfermeira, sendo o alvo dos cuidados quem, em presença da enfermeira, determina as atividades visando a alteração dos padrões de saúde.

Na perspectiva do “*human becoming*” são estabelecidos os seguintes pressupostos:

- “*human becoming*” é escolher livremente, dar significado à situação, num processo intersubjetivo e segundo as prioridades dos seus valores;
- “*human becoming*” é co-criar padrões abertos no processo de troca com o universo;
- “*human becoming*” é a multidimensionalidade da transcendência com as possibilidades que possam emergir (Parse, 1995, p.6 – tradução livre).

Entende-se o desenvolvimento humano como um processo, ou seja, as pessoas estão num *continuum* de mudança, em relação com as outras pessoas e o ambiente, construindo os seus padrões e valores de vida; é neste *continuum* que se processa o desenvolvimento humano.

Os enfermeiros, na teoria geral de Orem (2001) são designados como agentes de autocuidado terapêutico quando as pessoas, por si só, não têm capacidade de desenvolver

o autocuidado. São estes profissionais de saúde os elementos chave nas orientações individuais, familiares e comunitárias nas decisões importantes em saúde, com competências na implementação de intervenções de promoção da saúde, no diagnóstico de fatores constrangedores de ordem socioeconômicos da família e na orientação do idoso e sua família para as instituições competentes.

A adequação das intervenções resulta da promoção da participação da pessoa idosa/família na prática dos cuidados domiciliares. A promoção desta participação poderá ser vista à luz do pressuposto, referido pelo autor, de que o autocuidado não é inato, é uma conduta que se aprende e se vive.

Segundo Kérouac et. al. (1996) o primeiro objetivo dos cuidados de enfermagem é a promoção da saúde através da saúde familiar, por meio da qual se estimulam processos de aprendizagem dos membros da família. Os enfermeiros são assim um recurso primário da saúde das famílias e comunidade sendo a relação enfermeira-família caracterizada pela colaboração.

Numa lógica de interação orientada, os enfermeiros colocam-se no processo da interação e colocam-se a si próprios na esfera das ações dos outros; usam-se a si próprios terapêuticamente e avaliam as suas ações principalmente em termos de interação. Os cuidados desenvolvidos numa interação-orientada focalizam-se no aconselhamento, na orientação e no ensino, ajudando as pessoas que cuidam a encontrar significado para a sua situação. Neste sentido, a interação-orientada não se focaliza apenas no “fazer” pelas pessoas cuidadas (Meleis, 2007).

Para a compreensão do processo de saúde-doença da pessoa idosa no seu contexto e a intervenção terapêutica sobre o mesmo, assinalamos também vários outros contributos, nomeadamente os da “Escola das Necessidades”, da “Escola da Interação”, da “Escola da Promoção da Saúde”, da “Escola dos Efeitos Desejados”, da “Escola do Ser Humano Unitário” e da “Escola do Cuidar”, segundo Kérouac et. al. (1996)

As orientações da prestação de cuidados a pessoa (s) idosa (s) e família (s) no domicílio passam pela sensibilidade e experiência profissional nesta área dos cuidados, bem como por aprendizagens significativas desenvolvidas pelas enfermeiras, ou seja, as orientações da prática não são apenas sustentadas pela consolidação de um conjunto de princípios

teóricos e empíricos, mas também pelas competências pessoais e profissionais de cada enfermeira.

3. Justificação do estudo

A compreensão do percurso das políticas de Saúde e da Educação, quer a nível nacional quer a nível internacional, contextualiza e esclarece o papel da Saúde e da Educação como pilares cruciais do desenvolvimento social e cultural de uma sociedade, assim como a sua suscetibilidade às alterações da política, da economia e da cultura de cada época.

A Organização Mundial de Saúde (1986) refere-se à promoção da saúde como um processo que visa tornar a pessoa apta a assumir o controlo e a responsabilidade da sua saúde. Laverack (2004) relaciona a promoção da saúde com um contexto de *empowerment* da comunidade, atendendo a três dimensões, o Estado, a Economia de Mercado e os Grupos Comunitários. Considera que o Estado regula as oportunidades de saúde, enquanto as economias de mercado criam as oportunidades e os riscos de saúde, e os grupos comunitários influenciam o Estado e as economias de mercado através das suas escolhas individuais ou ações coletivas, influenciando concomitantemente a sua própria saúde. Neste contexto, a literacia em saúde surge como condição essencial para a transformabilidade e sustentabilidade dos sistemas de saúde (OPPS, 2012).

A enfermagem, entendida não só como profissão, mas também como uma disciplina que lida com o ser humano e estuda experiências únicas e globais centradas nas pessoas que são alvo de cuidados, responde a problemas de saúde existentes ou potenciais.

Nesta perspetiva, consideramos como muito relevante o papel desempenhado pelos enfermeiros nas intervenções terapêuticas desenvolvidas em contexto dos cuidados domiciliários, conferindo ao idoso e família o que Gibson (1991) identifica como *empowerment*. De igual modo consideramos determinante o contexto pessoal, social, cultural, económico e político em que se desenvolve o processo de saúde – doença.

Como defende Paulo Freire relativamente à educação, o educador não é só aquele que educa, pois enquanto educa também é educado, o que tem como resultado o desenvolvimento de um processo de ensino-aprendizagem (Freire, 1987).

Fizemos um paralelismo entre a área do conhecimento das ciências da Educação e da Enfermagem, pois entendemos que o processo de prestação de cuidados só terá sucesso se existir desenvolvimento humano assente em premissas de respeito, de dignidade, compromisso, responsabilidade e investimento, por parte dos enfermeiros, na aprendizagem ao longo da vida. Também é nossa convicção que terão de ser adotadas estratégias locais de saúde, podendo ter como base o seguinte modelo proposto, pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde:

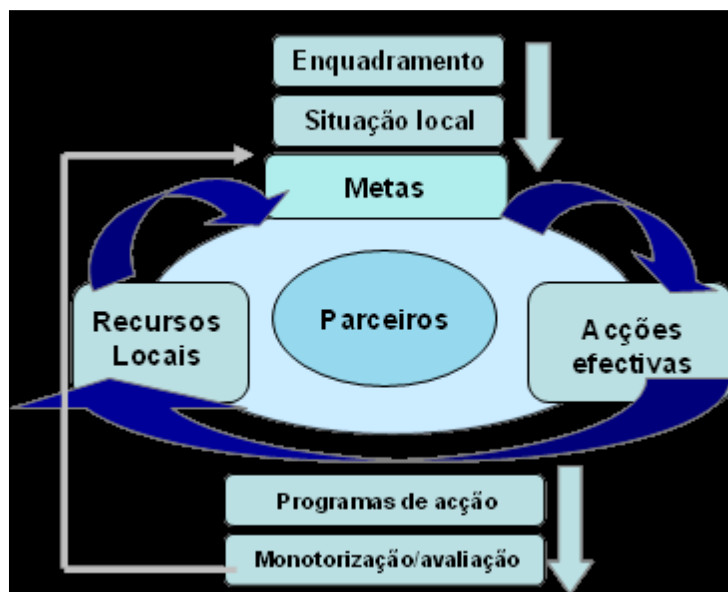


Figura 2. Modelo das estratégias locais de saúde, segundo OPPS (2012, p. 54).

Os enfermeiros que desenvolvem o seu projeto profissional nos CS(s) têm a responsabilidade de aumentar na comunidade onde estão inseridos a consciência sobre os riscos para a saúde. Devem promover estratégias de coesão da comunidade, potenciando os recursos da comunidade e de todos os intervenientes no processo de saúde-doença.

A estes profissionais é reconhecida a função e competência de promotores da saúde (Smith, Cho Tang e Nutbeam, 2006). A competência de promotores da saúde é uma condição necessária, mas não suficiente, para a promoção eficaz da saúde.

A nível institucional, deverá ser enfatizada a aprendizagem permanente dos profissionais, fornecendo-lhes recursos e o desenvolvimento de estruturas para o planeamento e avaliação da promoção da saúde.

A nível da comunidade, importa aumentar a consciência sobre os riscos para a saúde e promover estratégias de coesão e de solidariedade que facilitem a utilização de recursos

existentes, assim como facilitar o acesso aos recursos externos e o desenvolvimento de estruturas para a tomada de decisão.

Pensamos que o compromisso no desenvolvimento de conhecimentos de todos os envolvidos neste processo (enfermeiros, outros profissionais de saúde, auxiliares, comunidade em geral e a pessoa idosa-família), bem como o facto de este conduzir a ganhos em saúde na população, poderá levar a uma aprendizagem transformativa (King e Lawler, 1998).

Esta aprendizagem transformativa é caracterizada pela influência da análise de novos dados e da reflexão sobre estes, que irá alterar as perspetivas existentes. A aprendizagem torna-se, pois, transformativa quando os pressupostos são vistos como distorcidos, inadequados, ou inválidos para dar resposta à realidade, dando lugar a uma perspetiva de sentido transformada (King e Lawler, 1998).

Os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, sentem que o domicílio, da (s) pessoa (s) alvo de cuidados funciona como uma unidade de saúde fora dos muros das instituições formais de saúde, distante do conforto do espaço e dos recursos materiais e humanos dessas instituições.

O objetivo dos cuidados domiciliários é fornecer ao utente e família a compreensão, o apoio, o tratamento, as informações e os cuidados de que necessitam para gerir com sucesso as necessidades de saúde no domicílio (Rice, 2001). No entanto, segundo a mesma autora, há um hiato de conhecimento em relação à aplicação prática da promoção da saúde e a prevenção da doença.

Nos cuidados domiciliários, o enfermeiro imerge no espaço cultural e vivencial de cada família, o que exige uma grande capacidade de adaptação, mas também de compreensão das diferentes particularidades de cada um desses espaços. Tal possibilita-lhe conquistar a confiança das pessoas cuidadas, o que lhe permitirá utilizar todos os recursos em prol do projeto terapêutico.

Apesar deste enunciado genérico, questionamo-nos ainda sobre a forma como os enfermeiros desenvolvem este processo. Que saberes de Enfermagem estão subjacentes a esta prestação de cuidados? Como é que os enfermeiros organizam e estruturam os cuidados domiciliários? Que estratégias utilizam para serem aceites no ambiente íntimo e privado das pessoas alvo dos cuidados de saúde? Quando, ou como é que, os

enfermeiros sentem que já são aceites pelas pessoas que cuidam? Como é que os enfermeiros mobilizam os vários recursos, materiais e humanos, de forma a obter respostas à complexidade de situações que se lhe deparam? Que intervenções terapêuticas desenvolvem nestes contextos?

Foram estas e outras questões que nos impulsionaram neste projeto de investigação, na senda de clarificar o “... saber construído e utilizado na prática quotidiana das enfermeiras...” (Basto, 2005, p.??). A interação dos enfermeiros com pessoas idosas e família no domicílio (contextos naturais) é uma área do conhecimento que necessita de desenvolvimento.

Assim, a **educação no processo de interação entre o enfermeiro e pessoa idosa e família no domicílio** constitui o nosso objeto de estudo. A indagação sobre o processo de interação permitiu-nos definir os seguintes objetivos para a nossa investigação.

Objetivos:

- Compreender o processo de interação desenvolvido pelos enfermeiros com a pessoa idosa e família no domicílio,
- Identificar as intervenções desenvolvidas no domicílio pelos enfermeiros, na interação com a pessoa idosa e família;
- Identificar que intervenções terapêuticas desenvolvidas no domicílio pelos enfermeiros são percebidas pela pessoa idosa e família;
- Identificar as competências dos enfermeiros no contexto da interação com a pessoa idosa e família no domicílio;
- Compreender os subsídios da Educação no processo de interação, no domicílio, entre o enfermeiro e a pessoa idosa e família;
- Desenvolver uma teoria substantiva sobre a Educação no processo de interação no domicílio entre os enfermeiros e a pessoa idosa e família.

CAPITULO II - OPÇÕES METODOLÓGICAS

1. Desenho do estudo

A elaboração deste capítulo tem como objetivo descrever e justificar as opções metodológicas que orientaram o percurso do nosso estudo. Isso significa explicitar o desenho do estudo, identificando o tipo de abordagem metodológica que responda à questão de investigação, assim como definir a população e amostra estudadas, os procedimentos de recolha de dados e sua análise.

1.1 Abordagem qualitativa

A nossa opção metodológica enquadra-se no paradigma qualitativo. Esta decisão foi norteada pelo objeto de estudo, de acordo com o tema proposto, **Educação no processo de interação entre o enfermeiro e a pessoa idosa e família na comunidade.**

A indagação sobre o processo de interação permitiu-nos definir os seguintes **objetivos**:

- Compreender o processo de interação desenvolvido pelos enfermeiros no domicílio com a pessoa idosa e família;
- Identificar as intervenções desenvolvidas no domicílio pelos enfermeiros, na interação com a pessoa idosa e família;
- Identificar as intervenções terapêuticas desenvolvidas no domicílio pelos enfermeiros que são percebidas pela pessoa idosa e família;
- Identificar as competências dos enfermeiros no contexto da interação no domicílio com a pessoa idosa e família;
- Compreender os subsídios da Educação no processo de interação, no domicílio, entre o enfermeiro e a pessoa idosa e família;
- Desenvolver uma teoria substantiva sobre a Educação no processo de interação no domicílio entre os enfermeiros e a pessoa idosa e família.

Obtivemos sustentabilidade para esta opção metodológica nos autores Morse, Leininger (2007), Martínez (2006), Olabuénaga (2003), Streubert e Carpenter (2002), Polit e Hungler (1997), que afirmam que essa é a orientação adequada para descobrir, explicar e interpretar os domínios centrais e dominantes dos fenómenos em Enfermagem e ciências Sociais e Humanas, especialmente os relacionados com a prestação de cuidados, a saúde e o bem-estar humano.

Olabuénaga (2003) caracteriza os métodos qualitativos de acordo com os seguintes princípios:

- O objeto da investigação é a captação e a reconstrução de significado;
- Não são utilizados números nem testes estatísticos, mas fundamentalmente, narrativas e descrições, através de uma linguagem concetual e metafórica;
- A recolha de informação é feita através da observação e da entrevista, o modo de captar a informação é flexível na sua estrutura;
- É através dos dados e não de teorias e hipóteses definidas que se compreende a realidade. O procedimento é indutivo e não dedutivo;
- Não se generalizam os dados obtidos através de uma amostra, mas capta-se todo o conteúdo, experiências e significados de realidades específicas. Baseia-se numa perspetiva holística e concreta.

Para além de todos os fatores descritos, que justificam a nossa opção, não queremos deixar de realçar o facto de este paradigma fornecer um conjunto de orientações metodológicas sensíveis “... a la complejidad de las realidades de la vida moderna y, al mismo tiempo, estar dotadas de procedimientos rigurosos, sistemáticos y críticos, es decir, poseer una alta respetabilidad científica” (Martínez, 2006, p. 124).

Strauss e Corbin (1998) também confirmam este “olhar metodológico” ao afirmarem que a expressão “investigação qualitativa” representa um conjunto de abordagens que permitem descobrir e compreender o que se encontra por trás de um fenómeno sobre o qual pouco ou nada se sabe. Ou seja, poderemos conhecer os pormenores da complexidade dos fenómenos, o que não seria possível através de uma metodologia de natureza quantitativa.

Assim sendo, o estudo enquadra-se nos principais pressupostos do Interacionismo Simbólico e da *Grounded Theory*.

1.1.1 *Grounded Theory*

Como já referimos a nossa opção metodológica, de acordo com o objeto de estudo que pretendemos compreender e explicar, enquadra-se em abordagens qualitativas indutivas, de entre as quais optámos pela *Grounded Theory*.

De acordo com Darkenwald (2005), “Grounded Theory is usually identified with the sociological tradition of symbolic interactionism that has its epistemological roots in the work of G. H. Mead and John Dewey” (p. 65). O interacionismo simbólico é considerado por vários autores como uma abordagem que se baseia no pressuposto de que todo o ser humano é livre de fazer as suas escolhas conscientemente Charon (1989) e Blumer (1986). O ser humano não é um ser passivo, mas um ser que interage com outras pessoas. Estas interações são influenciadas pelas experiências vividas no passado e pelo presente, assim como pelas interpretações de cada pessoa em determinada situação. Este conjunto de interações e (re) interpretações constroem a sociedade em que cada pessoa está inserida.

A perspectiva interacionista simbólica tem as suas raízes na Sociologia e na Psicologia Social, e possibilita a compreensão do modo como os indivíduos interpretam os objetos e como esta interpretação condiciona a interação com os outros.

Através das vivências, experiências e interações dentro de grupos ao longo da vida, cada pessoa é construtor e reconstrutor do *self*. Este é um processo que é iniciado através da definição e redefinição, do *self*, durante a infância como produto da relação com os pais, família e outras pessoas significativas Charon (1989) e Blumer (1986). Estes pressupostos teóricos entendem-se como contributos para melhor compreendermos os processos sociais na interação humana em contextos naturais, uma vez que ancoramos o nosso estudo na GT.

Seis características distinguem o método da GT de outros métodos qualitativos:

Envolvimento simultâneo na recolha de dados e na análise; Criação de códigos analíticos e categorias, desenvolvidos a partir dos dados e não a partir de hipóteses pré-concebidas; Desenvolvimento de teorias intermédias para explicar comportamentos e processos; Fazer registo sob a forma de memorandos escritos; Utilizar uma amostragem teórica (será o número de informantes necessários para verificar e tornar as categorias concetualizadas “robustas”); A revisão da literatura vai sendo feita de acordo com os dados que se obtêm e a sua análise. (Charmaz, 2008, p.28 – tradução livre).

A *Grounded Theory* (GT) foi desenvolvida originalmente por dois sociólogos Glaser e Strauss (1967, *In* Cooney, 2010). Glaser e Strauss defendiam que a partir de dados sistematicamente obtidos e analisados de forma qualitativa era possível fazer emergir uma teoria.

Posteriormente Glaser e Strauss seguiram caminhos diferentes, mas continuaram a trabalhar e a desenvolver a *Grounded Theory*. Glaser manteve-se fiel à versão inicial, enquanto Strauss com Corbin reformulou a versão original. Glaser dá uma grande importância à indução e faz uma análise dos dados através de dois processos de codificação, a substantiva e a teórica, mantendo a perspectiva de que a GT é unicamente indutiva.

Strauss e Corbin (1988, 2008), autores adotados neste estudo consideram a GT como um método de recolha sistemática de dados e da sua constante análise. Esta análise indutiva dos dados permite descobrir e compreender o que se encontra na essência de um fenómeno sobre o qual existam lacunas de conhecimento. Explicitaram um método de análise de dados particularmente sensíveis aos contextos com recurso a codificação.

Codificar é um processo de análise, de concetualização e reestruturação dos dados, que permite ao investigador compreender os dados que emergem do processo e construir uma teoria substantiva. Esta compreensão de fenómenos reflete a complexidade de uma realidade local com base nas experiências vividas por um determinado grupo social Strauss e Corbin (1988, 2008).

A codificação compreende três fases, designadas como codificação aberta, axial e seletiva. No entanto, estas três fases não se processam de forma linear e sequencial, mas antes de forma recursiva, com níveis de compreensão e de concetualização progressivamente mais elaborados. Assim, as estratégias de recolha de dados e a amostra não são previamente definidas de forma definitiva, mas sim de forma provisória.

Os critérios que Cooney (2010) definiu, partilhando a posição “straussiana”, foram:

It is compatible with contemporary thinking. The literature reviewed suggested that Straussian grounded theory reflects a shift toward social constructivist ontology and postmodernism which is more compatible with current thinking (Annells 1997, McCann and Clark 2003, Corbin and Strauss 2008);

- It pays attention to the broader environmental and contextual factors (macro conditions) that influence the phenomenon being studied, which was an important consideration.

- It aims to produce a theory that is relevant and able to guide action and practice. The broad goal of Straussian grounded theory as with all grounded theories, is produce a theory that fits the situation, aids understanding and guides action and practice (Strauss and Corbin, 1988, Corbin and Strauss, 2008)

- Explicit guides for data analysis are provided. The more explicit guidelines on analysis were considered helpful rather than restrictive. (Cooney, 2010, p. 26).

Há ainda algumas especificações sobre as características do investigador que faz a ancoragem da sua investigação na GT segundo Strauss e Corbin (2008):

- 1- Capacidade de retroceder e analisar criticamente as situações;
- 2- Capacidade de reconhecer a tendência de enviesamento;
- 3- Capacidade de pensar abstratamente;
- 4- Capacidade de ser flexível e aberto a críticas construtivas;
- 5- Sensibilidade às palavras e às ações dos informantes;
- 6- Um sentido de absorção e devoção relativos ao processo de trabalho. (p.21).

A abordagem da GT permite-nos conhecer os pormenores da complexidade do fenómeno sobre o qual nos debruçamos. Desta forma, podemos obter detalhes acerca de fenómenos como os sentimentos, as emoções e os processos de pensamento, difíceis de destacar ou de compreender através dos métodos mais convencionais Strauss e Corbin (1998, 2008), Lopes (2003), Lopes (2006), Frias (2010), Sapeta (2011) e Oliveira (2011).

Síntese Reflexiva

De acordo com o descrito, podemos indutivamente, desenvolver uma teoria explicativa do fenómeno em estudo e, simultaneamente, fundamentar a explicação na observação empírica dos dados, de acordo com o que os autores denominam de teoria substantiva.

Tendo em conta os pressupostos anteriores e o conhecimento da realidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa idosa e sua família na comunidade em contextos naturais, bem como à consciência da carência de estudos sobre os processos sociais na interação humana, mais especificamente na interação dos enfermeiros com pessoas idosas, consideramos crucial compreender a **Educação no processo de interação entre o enfermeiro e a pessoa idosa e família na comunidade** onde se insere o seu domicílio. Em suma, a opção metodológica assumida permite-nos a aproximação ao mundo subjetivo e à interpretação aprofundada do processo de interação que é construído por todos os envolvidos neste processo: enfermeiros, pessoa idosa e respetiva família, e outros profissionais.

2.Contexto e participantes do estudo

De acordo com as nossas opções metodológicas investigar implica interação com o mundo social. Mais do que aplicar procedimentos é exigido que haja uma interpretação constante dos dados e a sua contextualização no ambiente onde todo o processo de interação se desenvolve.

Os participantes/informantes e o contexto onde estes estão inseridos são considerados os principais elementos da investigação, dado que se pretende desenvolver conhecimento acerca das experiências e dos significados que lhes são atribuídos pelos informantes no âmbito da interação.

Decidimos desenvolver o nosso estudo em quatro freguesias do concelho de Vila Nova de Famalicão, pertencentes ao Agrupamento de Centros de Saúde do Ave III – Famalicão. Esta decisão teve a ver com fatores como a disponibilidade e a acessibilidade ao contexto e aos profissionais.

2.1 Caraterização do contexto

O distrito de Braga, inserido na província do Minho, é o distrito a que pertence Vila Nova de Famalicão (VNF) e onde está implementado o Agrupamento de Centros de Saúde do Ave III – Famalicão, da Administração Regional de Saúde do Norte.

De acordo com o plano de desenvolvimento social da Câmara de VNF (2004), este concelho continua a apostar, a nível económico, no setor secundário, representado maioritariamente pela indústria têxtil e de calçado. À imagem do que sucede em cidades de média e grande dimensão, constata-se em VNF uma diminuição do setor primário, pelo que a maioria das freguesias de VNF são consideradas áreas predominantemente urbanas, e as restantes sejam classificadas de áreas mediantemente urbanas. É um concelho com uma grande dinâmica de ação social, com 11 Comissões Sociais Inter-Freguesias (todas elas têm no seu núcleo pelo menos uma enfermeira). A rede social é um recurso da comunidade cujo objetivo é a articulação e congregação de esforços entre entidades públicas e privadas, visando a erradicação ou atenuação da pobreza e a promoção do desenvolvimento social e do bem-estar a nível de cuidados promotores de saúde, Moreira e Silva (2008).

O Agrupamento de Centros de Saúde do Ave III – Famalicão tem como missão o desenvolvimento de intervenções de saúde com recurso a equipas multiprofissionais centradas na pessoa e orientadas para o indivíduo, para as famílias e para a comunidade onde se insere.

Estas intervenções incluem a promoção e vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, para além do desenvolvimento de atividades específicas junto de grupos vulneráveis e de risco. Constitui-se como primeira linha e base da rede de cuidados de saúde, e como resposta às necessidades de saúde da população abrangida, em articulação permanente com os cuidados de saúde hospitalares e os restantes recursos da comunidade.

Este Agrupamento de Centros de Saúde abrange a totalidade do concelho, com 49 freguesias (Figura 3) alargando a sua área de influência a mais 5 freguesias dos concelhos limítrofes. Tinha 136 458 utentes inscritos distribuídos por catorze Extensões de Saúde e duas Unidade de Saúde Familiares (USF). O Hospital de referência é o Centro Hospitalar do Médio-Ave (Unidade de Famalicão).



Figura 3. Freguesias do Agrupamento de Centros de Saúde do Ave III – Famalicão

Caracterização das Extensões de Saúde onde se realizou o estudo

Passaremos à caracterização das extensões selecionadas. No quadro 3 podemos observar as freguesias de cada extensão, os recursos humanos que lhes estão associados e o número de utentes inscritos.

EXTENSÃO DE SAÚDE	UTENTES INSCRITOS	FREGUESIAS	RECURSOS HUMANOS
Delães	19634	Delães; Bairro; Carreira; Oliveira de S. Mateus; Oliveira de Sta. Maria; Riba de Ave	Catorze enfermeiras (uma com a especialidade em Saúde Comunitária e outra com a especialidade em Saúde Materna e Obstétrica); dez médicos; seis administrativos; cinco auxiliares de apoio e vigilância
Ribeirão	9584	Ribeirão	Sete enfermeiras (uma com a especialidade de Médico-cirúrgica, uma com a especialidade em Enfermagem de Reabilitação e uma com a especialidade em Saúde Comunitária); seis médicos; quatro administrativos; uma auxiliar de apoio e vigilância
Urbana	34610	Gavião; Brufe; Outiz; Cavalões; Antas; Calendário; Vilarinho das Cambas e Esmeriz.	Vinte e duas enfermeiras (uma com a especialidade de Enf. em Saúde Mental e Psiquiatria, duas com a especialidade de saúde Materna e Obstétrica, três com a especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica, uma com a especialidade em Enf. De Reabilitação e uma com a especialidade de Enf. Comunitária) Dezassete médicos, nove administrativos e duas auxiliares de apoio e vigilância.
Joane	16457	Joane; Pousada de Saramagos; Vermoim; Mogege e Pedome.	Nove enfermeiras (uma com a especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica, uma com a especialidade de Saúde Materna e Obstétrica e uma com a especialidade de Enf. Comunitária), sete médicos, seis administrativos e duas auxiliares de apoio e vigilância

Quadro 3. Caracterização das Extensões de Saúde selecionadas

No quadro seguinte apresentamos, discriminada por género, a percentagem de pessoas com idades iguais ou superiores a 65 anos que se encontravam inscritas nas extensões onde focalizámos o nosso estudo.

Extensões de Saúde	Utentes inscritos	Homens \geq 65 anos	%	Mulheres \geq 65 anos	%	Total %
Delães	19634	678	3,45%	970	4,94%	8,39%
Ribeirão	9584	407	4,25%	577	6,02%	10,27%
Urbana	34610	1317	3,81%	1945	5,62%	9,43%
Joane	16457	842	5,12%	1143	6,95%	12,06%
TOTAL	80285	3244	4,04%	4635	5,77%	9,81%

Quadro 4. Dados referentes aos utentes nascidos entre 1900 e 1944 que estavam inscritos no SINUS à data de 24/06/2009 (utentes que perfaziam 65 ou mais anos de idade em 2009).

2.1.1 – Amostra teórica

As decisões sobre a amostra do nosso estudo foram feitas de forma dinâmica e seguindo as orientações de Strauss e Corbin (2008).

Numa primeira fase seleccionámos o contexto, ou seja, as extensões onde o número de inscritos representassem pelo menos 50% do total dos utentes do Agrupamento de Centros de Saúde do Ave III – Famalicão. As extensões seleccionadas encontravam-se de acordo com este critério com 58,8% do total dos inscritos no ACES. Outro critério de inclusão foi o facto de as visitas domiciliárias não serem uma atividade de enfermagem rotativa, assegurada pelas equipas de enfermagem de cada extensão, mas serem da responsabilidade de uma equipa fixa, de uma ou duas enfermeiras com pelo menos um ano de experiência neste contexto e nesta atividade.

Respeitados estes critérios, fizemos a análise sistematizada dos dados obtidos pela observação - notas de campo, entrevistas às enfermeiras, às pessoas idosas e sua família, pessoas que pertenciam ao microsistema onde se desenrolava a interação, que definiram a nossa amostragem teórica. As informações começaram a ser repetidas e não havia dados novos a emergir da análise comparativa constante, o que nos levou a não incluir mais informantes no estudo.

Assim, entrevistámos as seis enfermeiras, bem como as pessoas idosas e sua família indicadas por estas mesmas enfermeiras. Repetimos as entrevistas às mesmas seis enfermeiras, fornecendo-lhes alguns resultados que emergiram das entrevistas feitas às pessoas idosas e família. Na totalidade, fizemos doze entrevistas às enfermeiras que cuidaram das pessoas idosas e família no domicílio, e quatro entrevistas aos recetores dos cuidados de enfermagem.

De acordo com as orientações metodológicas da GT, “A amostragem teórica é importante ao explorar áreas novas ou desconhecidas porque permite ao pesquisador escolher os caminhos de amostragem que geram maior retorno teórico” (Strauss e Corbin, 2008, p. 196). Este percurso foi feito, tendo evoluído à medida que a recolha de dados e análise foi sendo concretizada, ou seja, fizemos a recolha de dados através de várias fontes e com várias técnicas, decorrentes da análise simultânea dos dados.

Na prática, o processo de definir a nossa amostra não foi linear. Foi um processo reflexivo e em contínuo crescimento, com avanços, questionamentos e aglutinações, como se de uma estrutura elíptica se tratasse. Após este conjunto de procedimentos, verificámos a densificação e saturação dos conceitos, pelo que consideramos ter atingido a saturação teórica.

Caracterização dos informantes - enfermeiros

Neste estudo os informantes foram os enfermeiros do Centro de Saúde (CS) de Vila Nova de Famalicão que prestavam exclusivamente cuidados de saúde domiciliar há pelo menos um ano consecutivo no mesmo contexto geográfico, assim como os idosos e família a quem estes prestavam cuidados domiciliários. Estas enfermeiras (utilizaremos o termo enfermeiras, pelo fato de serem todas do género feminino) trabalhavam nas extensões de saúde referidas (Delães, Ribeirão, Urbana e Joane).

A média de idades das enfermeiras informantes era de 35 anos, quatro eram licenciadas e duas especialistas em saúde comunitária. Em média, já prestavam cuidados domiciliários há nove anos e eram profissionais há 13 anos, como podemos verificar no quadro 5:

Enf.	Anos Domicílios	Anos Formação	Habilitação	Género	Idade
A	9	16	Licenciatura	Feminino	38
B	14	14	Licenciatura	Feminino	36
C	6	8	Licenciatura	Feminino	28
D	3	12	Licenciatura	Feminino	37
E	15	16	Especialista	Feminino	39
F	11	13	Especialista	Feminino	33

Quadro 5. Caracterização das enfermeiras que faziam domicílios, nas extensões de saúde onde ocorreu o estudo.

A distância dos domicílios visitados às extensões de saúde era variável, podendo distar até 6Km. O número médio de visitas programadas pelas enfermeiras para um período de cerca de 4 horas era de entre 14 a 16 visitas.

Caracterização dos informantes – pessoa idosa e família

Foram quatro as pessoas idosas indicadas pelas enfermeiras informantes, pertencendo às extensões de saúde onde fizemos o nosso estudo (Delães, Ribeirão, Urbana e Joane). As habilitações académicas das pessoas idosas eram de nível do 1º ciclo, com exceção de um utente com o 3º ciclo (quadro 6).

Pessoa Idosa	Idade	Género	Habilitação
A	83	Masculino	1º Ciclo
B	67	Feminino	1º Ciclo
C	74	Masculino	3º Ciclo
D	72	Feminino	1º Ciclo incompleto

Quadro 6. Caracterização das pessoas idosas entrevistadas em relação a idade, género e habilitações académicas.

Estas pessoas idosas estavam todas reformadas e apresentavam alterações da funcionalidade relacionadas com as estruturas e com as funções corporais, e consequentemente, as atividades de participação também estavam alteradas.

Os familiares de referência que fundamentalmente apoiavam estas pessoas eram uma sobrinha, uma esposa e uma filha. Uma das pessoas idosas não indicou especificamente nenhum familiar ou pessoa significativa, pois o apoio familiar era muito pontual, conforme Quadro 7.

Cuidador	Parentesco	Idade	Género	Habilitação Académica
Idoso A	Sobrinha	32	Feminino	3º Ciclo
Idoso C	Esposa	72	Feminino	1º Ciclo
Idoso D	Filha	35	Feminino	2º Ciclo

Quadro 7. Caracterização dos cuidadores das pessoas idosas referenciadas, em relação ao grau de parentesco, idade, género e habilitações académicas.

Observámos que havia uma boa relação entre vizinhos, nomeadamente na colaboração, em pequenas tarefas, com os cuidadores e a pessoa idosa. Elementos da rede social formal como IPSS e Conferências¹, sempre que solicitadas, ofereciam ajuda a nível de cuidados de higiene, de fornecimento de alimentação e de cuidados com as roupas. Estas características eram extensíveis a todas as outras pessoas idosas alvo de cuidados que observámos.

3.Procedimentos de recolha e de análise de dados

Após a descrição pormenorizada dos contextos onde se desenvolveu o nosso estudo e da caracterização e definição da amostra teórica, vamos explicitar os procedimentos que estiveram na base da recolha de dados e da sua análise.

¹ Organização católica que tem como missão renovar-se constantemente, adaptando-se às condições mutáveis do mundo, bem como atuar na missão salvífica da Igreja. A sua ação inclui as visitas domiciliárias às famílias carentes e a distribuição de roupas, leite para as crianças e outros bens que sejam sentidos como necessários.

Os dados obtidos resultaram das notas de campo obtidas durante 41 períodos de visitas domiciliares e de esclarecimentos solicitados às enfermeiras, que acompanhamos durante o período de observação, constituindo-se estes esclarecimentos como entrevistas informais. Estas ocorreram durante a deslocação de um domicílio para outro e relativamente ao que acabávamos de observar ou a dúvidas que nos surgissem da análise de visitas já ocorridas noutros dias. Os dados resultaram ainda das entrevistas previamente agendadas que foram feitas às enfermeiras, às pessoas idosas e sua família.

3.1. Observação

A observação é considerada como um processo de contemplação sistemática e sucessiva da vida social, sem a manipular nem a modificar, estabelecendo-se comunicação entre o observador e o fenómeno observado. Esta comunicação efetua-se maioritariamente de forma não-verbal, não deixando, pontualmente, o investigador de clarificar verbalmente alguma dúvida que se lhe coloque durante essa observação (Olabuénaga, 2003).

A compreensão da interação das enfermeiras com as pessoas idosas e familiar, no seu domicílio, foi facilitada por termos vivenciado em contexto a interação estabelecida entre todos os participantes na prestação de cuidados, com particular relevância para a pessoa idosa cuidada e o seu familiar. A nossa presença nestes contextos também facilitou uma melhor compreensão das situações, permitindo-nos familiarizarmo-nos com as situações e sentirmo-nos aceites, quer pelos enfermeiros quer pela pessoa idosa e sua família.

Foram de grande importância os dados obtidos através da observação não participante, pois obtivemos contributos a partir da contextualização da problemática em estudo. Tal contextualização permitiu-nos perceber os potenciais e as fraquezas dos espaços onde todos os implicados na interação vivenciavam esse fenómeno. Decidimo-nos pela observação não participante para que o processo decorresse da forma mais natural, sem qualquer condicionalismo provocado pela nossa participação.

Na observação não participante, outro contributo relevante e crucial para a investigação foi percebermos a dinâmica de todo o processo da visita domiciliária. Esta dinâmica, desenvolvida ainda dentro da unidade de saúde, no percurso na comunidade e na interação com a pessoa idosa e a família no domicílio, foi observada em 41 períodos de visita, o

que totaliza cerca de 574 momentos observados, partindo de uma média de 14 pessoas visitadas.

Durante os 574 momentos observados registámos em formato de notas de campo todos os dados observados, orientando-nos por um guião previamente desenhado (Apêndice I). As notas de campo eram elaboradas sumariamente no trajeto de carro de um domicílio para outro e completadas com clarificações pontuais que solicitávamos à enfermeira. Poderemos considerar estes momentos de esclarecimento como uma entrevista reduzida a poucos minutos (Olabuénaga, 2003).

A observação que resultou do nosso contacto presencial, efetivada durante o acompanhamento de cada uma das enfermeiras nas visitas domiciliares, permitiu-nos perceber a complexidade de conhecimentos e tomadas de decisão que os cuidados no domicílio exigiam. As atividades iniciavam-se na extensão de saúde e prolongavam-se durante todo o percurso previamente definido, até regressarmos novamente à unidade de saúde.

Depois de terminarmos as visitas e a observação, ao recolhermos ao nosso espaço de estudo fora do centro de saúde, fazíamos uma nova retrospectiva do que tinha ocorrido durante a visita, relíamos as notas escritas, bem como as respostas das enfermeiras obtidas entre as deslocações e dentro da unidade de saúde. Quando ainda nos surgiam questões para as quais não tínhamos obtido resposta, na visita seguinte com a mesma enfermeira revíamos e clarificávamos as nossas dúvidas.

Foi sempre nossa preocupação a observação da(s) interação(ões) de todos os envolvidos nos cuidados à pessoa idosa e família, assim como a compreensão do contexto.

Olabuénaga (2003) refere algumas sugestões com o intuito de manter o rigor no percurso da investigação, nomeadamente que:

- a) Es importante que el investigador no pierda el norte de lo que busca aunque ésto le lleve a alterar sus hipótesis iniciales de trabajo.
- b) Dado que los estudios cualitativos buscan más la explicación de cómo sucedem las cosas que las relaciones de causa y efecto, es importante que se explique cómo se llega a ciertas conclusiones.
- c) El uso de contactos extensos, observaciones continuas, corroboraciones y triangulación de fuentes informativas ayudan a aumentar la credibilidad.

- d) Los sesgos introducidos en la recogida de datos pueden minimizarse documentando los datos recogidos, recurriendo las notas de confirmación ...
- e) La credibilidad puede acrecentarse intermezclando continuamente las fases de recolección, de interpretación y de sistematización de los datos.
- f) Un recursos importante es el sometimiento de las informaciones a chequeo por parte de las propias fuentes de información, de forma que se llegue a un informe “pactado”. (2003, p.106).

3.2. Entrevista

Na investigação qualitativa, a entrevista tem como principal meta compreender o mundo a partir da perspectiva dos sujeitos de investigação, pretendendo-se desta forma entender o significado das experiências dos indivíduos, com vista a explicar de forma sistemática o mundo experienciado e vivido por todos os envolvidos nesse processo.

A entrevista compreende o desenvolvimento da interação, captando significados que estão condicionados por características pessoais, quer do entrevistador quer do entrevistado. Nesta perspectiva, o paradigma construtivista “... sostiene que el investigador socialmente situado crea, através de la interacción, las realidades que constituyen los emplazamientos donde se recogen y analizan los materiales empíricos” (Olabuénaga, 2003, p. 166).

Entrevista em profundidade

A entrevista em profundidade, ainda de acordo com Olabuénaga (2003) é uma técnica utilizada para que o entrevistador obtenha, com recurso ao discurso oral do entrevistado, a definição pessoal dessa pessoa sobre o fenómeno em estudo: “*La entrevista comprende un esfuerzo de “inmersión” (más exactamente re-inmersión) por parte del entrevistado frente a, o en colaboración con, el entrevistador que asiste activamente a este ejercicio de reposición cuasi teatral.*” (Olabuénaga, 2003, p.166).

De acordo com esta perspectiva, a de captar a vivência e a percepção do fenómeno por parte das enfermeiras informantes, e tendo percebido que os laços de aceitação da nossa presença estavam estabelecidos, solicitámos-lhes a possibilidade de as entrevistarmos.

O agendamento das entrevistas foi feito de acordo com a disponibilidade de cada uma das enfermeiras e decorreu numa sala privada, sem interrupções, na unidade de saúde a que

pertenciam. Em média as entrevistas tiveram a duração de 40 minutos. Decorreram em dois períodos, o primeiro durante os meses de Novembro e Dezembro de 2008 e o segundo durante os meses de Abril e Maio de 2009. As entrevistas desenvolveram-se de acordo com um guião previamente desenhado, tendo como base o período de observação (já desenvolvido) e as entrevistas reduzidas efetuadas no carro entre domicílios.

As questões colocadas não foram elaboradas como interrogações, com exceção da última, porque pretendíamos dar liberdade às enfermeiras para expressarem a sua experiência de forma fluída. Tínhamos como objetivo que as questões fossem como um fio condutor da entrevista, visando uma narração sobre o fenómeno que estávamos a estudar. Passamos a transcrever:

- Descreva um dia típico de visita domiciliária;
 - o que fez antes da visita
 - o que fez depois da visita
- Descreva as atividades e intervenção que desenvolve na visita domiciliária;
- No decurso da sua experiência de prestação de cuidados em domicílios a idosos, teve com certeza experiências que foram relevantes para si. Descreva-me uma à sua escolha;
- Diga quais são, na sua opinião, as intervenções terapêuticas que o idoso considerou mais importantes na experiência que acabou de relatar;
- Que razões a levaram a escolher esta experiência para narrar? (Apêndice II).

Como já referimos, as entrevistas às enfermeiras, embora orientadas de acordo com o guião previamente estabelecido, não se processaram de forma rígida, nem em relação ao seu conteúdo, nem quanto à forma. Embora o guião tenha sido o mesmo para as seis enfermeiras informantes do estudo, o processo não foi análogo em todas as entrevistas. Tivemos necessidade, por vezes, de situar os informantes face a situações emergentes, para que as respostas não divergissem para outras situações.

Estas entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas por nós. Em seguida entregámos a cada uma das enfermeiras o documento em suporte impresso, onde estavam

transcritas as respostas obtidas, para verificarem se a nossa transcrição era fiel, se pretendiam esclarecer algum aspeto e/ou reformular alguma afirmação.

Dado tratar-se de um conjunto muito amplo de informação foi utilizado como ferramenta de apoio durante a análise de dados o *Software NVivo8*[®]. Este *software* permitiu a indexação de todos os documentos e a sua posterior utilização, tendo como princípio básico o da codificação das informações, que seguem uma lógica de estrutura de árvore, com diferentes ramos cujos nós (*free nodes*) se vão subdividindo e interrelacionando.

Após análise, questionamento e comparação dos dados obtidos com recurso à observação e à clarificação de dúvidas com as enfermeiras informantes, sentimos a necessidade de voltar a campo e solicitar às enfermeiras que nos indicassem pessoas idosas e família pertencentes à população cuidada durante o período da nossa observação. Pretendia-se realizar entrevistas a estas pessoas idosas e família com o objetivo de identificar a perceção que tinham da interação desenvolvida pela enfermeira. Tal visou obter dados sob o ponto de vista do(s) alvo(s) dos cuidados de enfermagem (Apêndice III).

As entrevistas com as pessoas idosas e familiares foram realizadas no domicílio, após devido agendamento pela enfermeira responsável pela visita domiciliária. Estas entrevistas também foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Na data marcada, o investigador deslocou-se a casa da pessoa idosa acompanhado pela enfermeira, que reforçou a nossa apresentação e a autorização da pessoa idosa e seu familiar para participar no estudo.

Após ter prestado os cuidados, a enfermeira ausentou-se para outros domicílios, permanecendo a investigadora sozinha com a pessoa idosa para realizar a entrevista.

Entrevista em grupo

Estas entrevistas foram feitas em simultâneo com a pessoa idosa e o seu familiar. Esta decisão foi tomada pela díade pessoa idosa e familiar, após serem questionados se pretendiam fazer a entrevista em grupo ou individualmente. Todos referiram que preferiam ser em conjunto, com a exceção de uma senhora que nos concedeu a entrevista sozinha, não nos tendo sido possível entrevistar a familiar.

Na entrevista foi-lhes pedida opinião sobre o trabalho que os enfermeiros desenvolviam nas visitas que efetuavam no seu domicílio, bem como nos dissessem quais eram as

expectativas que tinham sobre o trabalho da enfermeira para o seu bem-estar (Apêndice V).

Esta entrevista em grupo foi considerada positiva pelos entrevistados, pois gerou-se um ambiente harmonioso em que todos os intervenientes sentiam que estavam envolvidos neste processo, que tinham algo a dizer e que eram ouvidos. Os entrevistados verbalizaram a ideia de que, ao estarem em conjunto com a pessoa idosa que cuidavam, sentiam-se incluídos no processo que estavam a vivenciar e que o seu trabalho estava a ser valorizado. Por outro lado, a pessoa idosa também referiu que era melhor a presença da(o) seu familiar, pois poderia esquecer-se de algum incidente, e havia “coisas” que a enfermeira explicava ao familiar e que ela própria não tinha compreendido muito bem.

O investigador também teve oportunidade de compreender e esclarecer alguns dados que foram surgindo durante a entrevista, relativamente a aspetos que eram mais valorizados pela pessoa idosa e/ou pelo familiar, quer por parte da pessoa idosa quer por parte da familiar, de algum episódio ocorrido na interação com a enfermeira.

Estas entrevistas decorreram durante o mês de Março de 2009, demorando em média 60 minutos. Os resultados obtidos após a análise destas entrevistas levaram-nos a decidir não fazer mais entrevistas aos alvos dos cuidados desenvolvidos pelas enfermeiras.

Após análise das entrevistas obtidas no domicílio das pessoas idosas e família, pedimos às enfermeiras uma nova entrevista, que muito prontamente e com satisfação aceitaram.

Tal como no primeiro momento, agendámos as entrevistas para uma sala da unidade de saúde e para o período em que as enfermeiras estavam disponíveis. As entrevistas, como já referimos, ocorreram entre os meses de Abril e Maio de 2009.

Começámos por partilhar a análise que tínhamos feito das notas de campo e das entrevistas às enfermeiras e às pessoas idosas e familiar, havendo ainda algumas questões que não tínhamos conseguido ver respondidas aquando do questionamento dos dados. Também disponibilizámos em suporte papel alguns excertos das entrevistas das várias enfermeiras e da pessoa idosa e familiar (os excertos tinham códigos, não sendo possível identificar o seu autor).

Consideramos que este segundo momento de entrevistas foi muito enriquecedor pois, tal como os autores da GT referem, a interpretação dos dados deverá ser verificada com os

informantes durante a progressão do estudo. Também de acordo com os “critérios de excelência” definidos por Olabuénaga (2003), concretizámos o princípio de “dependência”, que o autor considera equivalente ao de “fiabilidade” utilizado nos estudos quantitativos. Fundamentámo-nos no facto de termos estabelecido um plano de recolha de dados flexível de forma a permitir efetuar mudanças devidamente justificadas, no decorrer do processo. Recorremos a técnicas de triangulação de recolha de dados em relação aos sujeitos e às técnicas desenvolvidas.

De acordo com o autor citado, a “confirmabilidade” também surge como “critério de excelência”. Esta “confirmabilidade” é concretizada por todos os sujeitos que fazem parte do processo, ao confirmarem ou clarificarem os diversos conceitos que foram emergindo do estudo e que o investigador, implicitamente ou explicitamente, foi apresentando a todas as enfermeiras, verificando se a análise dos dados era coerente com a interação desenvolvida com a pessoa idosa e familiar. Para a concretização deste princípio, recorremos à análise e crítica de peritos externos, nomeadamente o nosso orientador, como perito de Enfermagem e de Investigação, e a enfermeira vogal do ACES, onde foi realizada a investigação. Outro recurso utilizado foi a apresentação dos dados em congressos e nos seminários de colegas doutorandos promovidos pelo nosso orientador. As críticas e sugestões estiveram sempre presentes na análise e reflexão sobre os dados.

Entrevista reflexiva

A segunda entrevista constituiu-se como uma entrevista reflexiva, em que as enfermeiras perceberam que os cuidados de enfermagem do âmbito técnico instrumental eram os mais valorizados pelas pessoas idosas e família. Os idosos e familiares referiram, no entanto, que os cuidados de enfermagens a nível técnico-instrumental eram da competência das enfermeiras e era expectável que assim fosse. Valorizavam mais as atitudes de respeito, disponibilidade e os ensinamentos, pois era nestas competências que eles verificavam que havia diferenças. Isto enaltecia mais a interação humana, relacional e de compromisso que as enfermeiras também valorizavam. Estas pensavam, no entanto, que essas componentes da prestação de cuidados não eram perceptíveis aos alvos do seu cuidado, devido à limitação de tempo a que estavam sujeitas.

Foi um momento de uma grande partilha e de empenhamento das enfermeiras, já sentido nos processos anteriores. No entanto, nesta segunda entrevista, foi sentida uma grande envolvimento no estudo, como podemos observar nas seguintes reações²:

“...estes relatos são uma pequena parte daquilo que nós fazemos e ao mesmo tempo faz-me refletir que quando entrar na casa dos nossos utentes tenho que pensar melhor na forma como o faço.” (E.J)

“...ao ler estes excertos ficamos com outra visão, isto é realmente assim, isto sempre aconteceu, mas nunca valorizei, ver no papel é muito importante, mas nunca refleti e assim é muito gratificante.” (E.R)

“...é uma sensação que não dá para descrever [...] Aqui posso refletir sobre o meu trabalho e a perceção que eles têm de nós, nós não temos tempo para pensar nem vamos perguntar aos utentes o que pensam de nós.” (E.C)

“...a aceitação e a confiança só são atingidas com o passar do tempo [...] É gratificante rever o meu trabalho nestes excertos.” (E. Ca)

“...a primeira coisa que me ocorreu, é como é importante não nos centrarmos só no que é visível, perceber toda a dinâmica que existe numa família. Estes excertos são um grande estímulo.” (E. M)

Após estas manifestações de empenhamento e partilha, passámos à entrevista com cada uma das enfermeiras, de acordo com os seguintes objetivos:

- Perceber que atividades / atitudes/ estratégias são desenvolvidas na recolha de dados, para tornar possível uma avaliação diagnóstica autêntica e real na intimidade das casas das pessoas cuidadas;
- Perceber que critérios são definidos para estabelecer prioridades nas visitas e para delimitar o tempo a utilizar em cada visita;
- Perceber os critérios que as enfermeiras definem para implementar as intervenções;

² Com o objetivo de manter o anonimato dos informantes, utilizaremos a letra **E** (enfermeira) seguida de outra letra quando nos referimos à identificação das enfermeiras.

- Perceber que intervenções é que as enfermeiras implementam;
- Perceber como é que as enfermeiras avaliam os resultados.

Perante estes dados, as entrevistas feitas às enfermeiras trouxeram novos subsídios para a clarificação de conceitos e desocultação de outros. Revemo-nos na afirmação de Yunes e Szymanski (2005) de que a entrevista é “[...] um encontro interpessoal que inclui a subjetividade dos protagonistas, vão construir um novo conhecimento através do encontro de seus mundos sociais e culturais, numa condição de horizontalidade e equilíbrio das relações e poder.” (p.3). Ainda para Szymanski (2001) a reflexividade tem “[...] o sentido de refletir a fala de quem foi entrevistado, expressando a compreensão da mesma pelo entrevistador e submeter tal compreensão ao próprio entrevistado, que é uma forma de aprimorar a fidedignidade.” (p. 197).

4.Análise de dados

Corbin e Strauss (2008) estruturaram a análise de dados designando-a como codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva. A validação é feita através de um processo de comparação de conceitos e das suas relações com os dados durante toda a pesquisa, até se verificar o quanto estas relações resistem a este escrutínio. A interpretação do investigador é verificada com os participantes do estudo e com os dados durante a progressão da investigação.

Os recursos utilizados na análise, como já referimos anteriormente, foram a codificação aberta, axial e seletiva (Strauss e Corbin, 1988, 2008). Também utilizamos como ferramenta de apoio o *Software NVivo8*[®].

O *Software NVivo8*[®] foi uma ajuda na organização dos dados e na sua indexação. Na primeira fase, ao fazer a microanálise, definimos os “*free nodes*”, que representavam o que emergia de uma palavra, de uma linha ou de um parágrafo dos dados transcritos. A codificação era feita através da atribuição de um nome representativo, **um código**, assim como da descrição das propriedades que nos levaram à escolha dessa “etiqueta”.

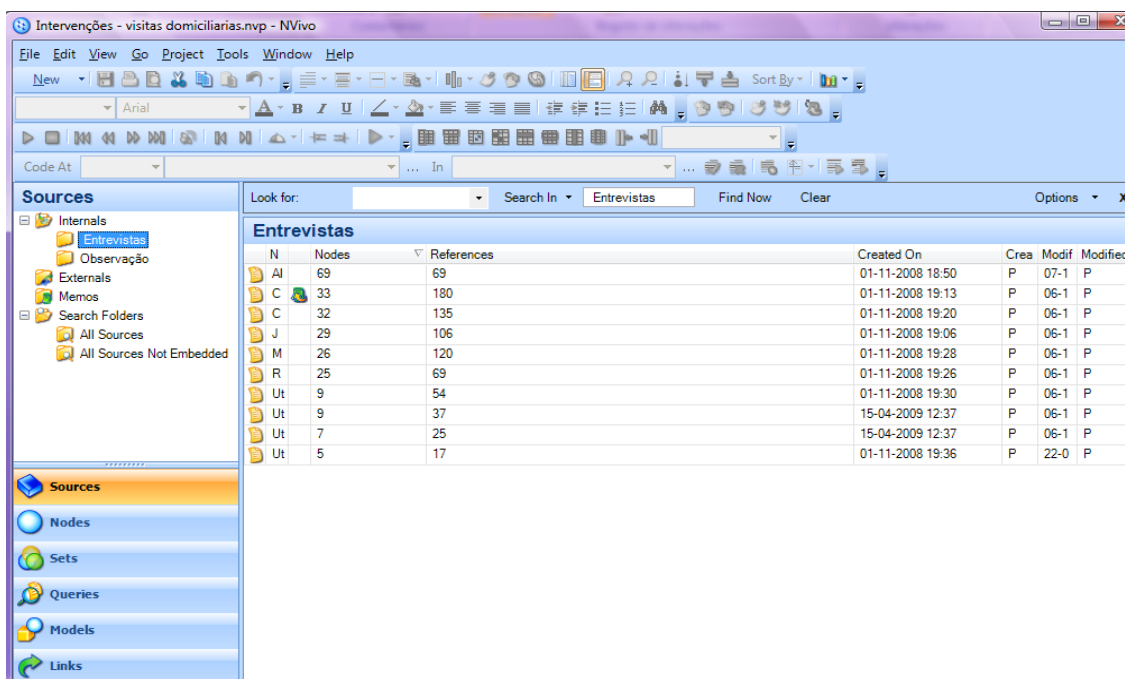
O processo de codificação foi longo, pois os dados obtidos por observação em contexto, as notas de campo e a transcrição textual das entrevistas implicaram uma constante

reflexão e interpretação. A operacionalização da análise foi efetuada por codificações e recodificações constantes.

Codificação Aberta

A codificação aberta é entendida por Strauss e Corbin (2008) como a parte da análise que pretende especificamente dar nome e categorizar o fenómeno através da análise minuciosa de dados. Pretende-se classificar os conceitos, as etiquetas conceptuais que se deram às ocorrências, aos eventos. Esta classificação de conceitos é efetuada quando os conceitos são confrontados entre si e parecem pertencer a um fenómeno similar. Deste modo, os conceitos são agrupados de forma crescente, num conceito ainda mais abstrato.

A etiquetagem do fenómeno surge quando se divide os dados em partes discretas e estes são conceptualizados. A operação aqui inerente consiste em atribuir a cada ideia um nome. Num primeiro momento, definimos cerca de 244 códigos (*free nodes*) e 812 referências, como podemos visualizar na Figura 4, volume que duplicou com a continuidade de recolha de dados e da sua análise.



The screenshot shows the NVivo software interface. On the left, there is a 'Sources' pane with a tree view containing 'Internals', 'Externals', and 'Search Folders'. The 'Entrevistas' source is selected. Below this, there are buttons for 'Sources', 'Nodes', 'Sets', 'Queries', 'Models', and 'Links'. The main area displays a table titled 'Entrevistas' with columns for 'N', 'Nodes', 'References', 'Created On', 'Crea', 'Modif', and 'Modified'. The table contains 10 rows of data.

N	Nodes	References	Created On	Crea	Modif	Modified
AI	69	69	01-11-2008 18:50	P	07-1	P
C	33	180	01-11-2008 19:13	P	06-1	P
C	32	135	01-11-2008 19:20	P	06-1	P
J	29	106	01-11-2008 19:06	P	06-1	P
M	26	120	01-11-2008 19:28	P	06-1	P
R	25	69	01-11-2008 19:26	P	06-1	P
Ut	9	54	01-11-2008 19:30	P	06-1	P
Ut	9	37	15-04-2009 12:37	P	06-1	P
Ut	7	25	15-04-2009 12:37	P	06-1	P
Ut	5	17	01-11-2008 19:36	P	22-0	P

Figura 4. Os códigos (nodes) obtidos na codificação aberta

Alguns exemplos de códigos e das suas propriedades, bem como dos extratos selecionados:

Código: Limitação de tempo

Propriedades: A falta de tempo é o elemento mais angustiante para as enfermeiras; é atribuído ao grande número de pessoas idosas cuja situação de saúde é complexa e ao condicionalismo de transporte.

Alguns exemplos de extratos: “o peso dos horários”; “As vigilâncias deviam de ser prioritárias, mas pela limitação do tempo que temos o carro não é possível”; “precisava de dar mais, mas não tenho tempo para o fazer”.

Código: Envolvimento

Propriedades: Os idosos e a família necessitam que a enfermeira mostre consideração por eles; as enfermeiras demonstram envolvimento através da preocupação e atenção ao bem-estar das pessoas de quem cuidam.

Alguns exemplos de extratos: “Nós podemos fazer todos os ensinamentos, mas o que eles precisam mesmo é da nossa atenção e carinho”; “Os idosos valorizam a atenção que lhes damos, o carinho, tempo e ouvi-los “[...] por muito pouco tempo que seja, eles já ficam melhor”; “A esposa tem muitos ciúmes do marido, porque ele está acamado e acha que nós só ligamos ao marido, quando ela tem tantos problemas de saúde. Então começamos por primeiro nos dirigirmos à senhora e só depois ao marido”.

Código: Definição de Prioridades

Propriedades: A enfermeira, conhecendo amplamente os idosos/cuidadores e as suas necessidades, assim como as suas próprias limitações de tempo, estabelece um plano de prioridades de forma a responder em tempo útil às especificidades de cada idoso/cuidador.

Alguns exemplos de extratos: “... se vejo que tenho valores um pouco assustadores nós vamos nem que seja todos os dias”; “... vamos adiar para outra altura, porque esta situação é prioritária”; “Programamos no dia anterior porque conhecemos os utentes, mas às vezes corre tudo ao contrário... poderemos ter que alterar tudo se for uma situação urgente”.

Como temos vindo a afirmar, a análise dos dados é um processo ativo, não hierarquizado, mas que nos permitiu questionar os dados em relação às suas similitudes e diferenças, alterando ou aglutinando dados em qualquer uma das técnicas utilizadas. Por vezes, ao confrontarmos-nos com a dificuldade da codificação, voltávamos a campo, utilizando a técnica mais adequada para esclarecimento da dúvida que nos surgia na codificação e

condicionava a nossa compreensão do evento em questão. Todo este processo ficava registrado e não havia perda de informação, o que nos permitiu definir os “*free node - código*” e a determinar as suas propriedades.

Codificação Axial

A codificação axial representa o conjunto de procedimentos através dos quais se agrupam os dados, de diferentes formas, fazendo-se as conexões entre as categorias. Esta operação envolve as condições, o contexto, a ação/interação e as consequências dos dados (Strauss e Corbin, 2008). Este processo axial é complexo porque a análise de dados é feita, ou vai-se fazendo, seguindo quatro passos analíticos distintos quase em simultâneo:

1. Relacionar hipoteticamente as subcategorias com a categoria pelo sentido das afirmações, denotando-se a natureza das relações entre elas e o fenómeno;
2. Verificação das hipóteses efetuadas relativamente aos atuais dados;
3. Procurar de forma continuada as propriedades das categorias e subcategorias bem como a sua localização dimensional;
4. Iniciar a exploração da variação no fenómeno através da comparação de cada categoria e suas subcategorias por diferentes padrões descobertos pela comparação dimensional. (Strauss e Corbin, 2008).

De acordo com o grau de abstração e comparação dos vários conceitos fizemos agrupamentos pela sua similitude e também por diferenças concetuais. Ocorreu a formação de categorias. Enquanto a codificação aberta fraturou os dados, a **codificação axial** agrupou esses dados através da relação das categorias com as suas subcategorias. A operação na codificação axial passa pela especificação da categoria em termos das condições que a fizeram surgir do contexto, das estratégias de ação/interação e das consequências dessas estratégias.

A concetualização que emergiu deste processo implicou um trabalho exaustivo e pormenorizado. Para tal, tivemos que ler e reler os dados, de acordo com o princípio “... that coding should be performed with an open mind without preconceived ideas” (Allan 2013, p.1).

O princípio básico da codificação da informação permitiu-nos a construção de uma árvore estruturante, “tree nodes” com vários ramos, em que os “free nodes” se iam subdividindo e interrelacionando, como podemos visualizar na Figura 5.

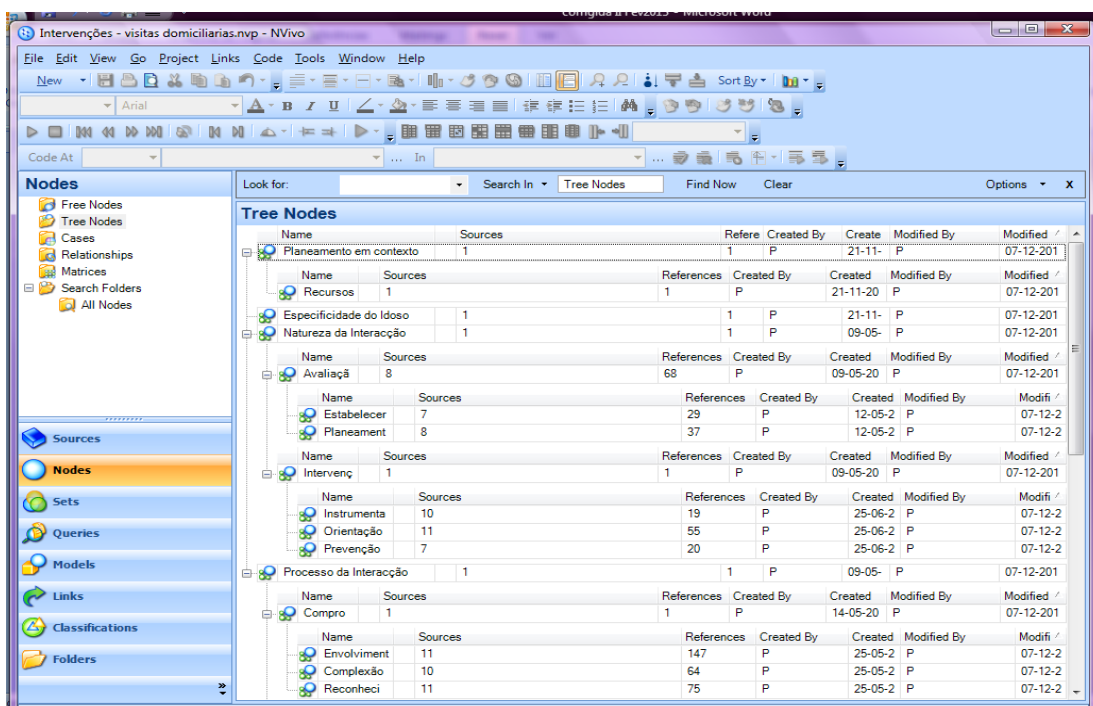


Figura 5. A estruturação dos dados em “árvore” através da codificação axial

Numa primeira fase, definimos duas categorias designadas como “Natureza da interação” e “Processo de interação”, que depois sofreram várias alterações, como se explica no capítulo seguinte.

Na categoria “Natureza da interação” definida como um conjunto de elementos que caracterizam a essência da interação, emergiram os conceitos “planeamento” “intervenções” e “prioridades”, ligados a um eixo estruturante denominado por “avaliação diagnóstica contínua”.

Na categoria “Processo de interação” definida como um conjunto sequencial e singular de ações com o objetivo de estabelecer interação entre os vários sujeitos intervenientes no cuidar da pessoa idosa/família no domicílio, emergiram os conceitos “início da relação”, “compromisso relacional”, “envolvimento”, “articulação”, “continuidade da relação”, ligados a um eixo estruturante denominado “construção da relação”.

Na fase seguinte, na sequência de recolha de mais dados através das segundas entrevistas realizadas às enfermeiras e da constante análise comparativa, com o objetivo de

identificar a categoria central, consolidada e intimamente relacionada com outras categorias, despontaram mais perspectivas, tendo as dimensões e os eixos sofrido sucessivas mutações. A codificação foi um percurso contínuo, de avanços, recuos, questionamento e clarificação.

Codificação Seletiva

A fase de codificação seletiva não é muito distinta da codificação axial, distinguindo-se sobretudo pelo facto de as operações serem efetuadas num grau maior de abstração. Assim, a codificação seletiva é o processo de seleccionar a categoria central, relacioná-la sistematicamente com outras categorias, validar as suas relações e “recheiar” as categorias que precisam de ser refinadas e desenvolvidas (Strauss e Corbin, 1990).

Neste processo há diferentes passos que não têm uma sequência linear “one moves back and forth between them” Strauss e Corbin (1990, p. 118). Assim, deve-se:

1. Conceptualizar a categoria central;
2. Relacionar categorias subsidiárias à volta da categoria central pelo sentido de um paradigma;
3. Relacionar as categorias no seu nível dimensional;
4. Validar essas relações através de, e com, os dados;
5. “Recheiar” as categorias que precisam de refinamento. (Strauss e Corbin, 1990, p.118).

Para além do já observado, realçamos ainda que o envolvimento com o contexto e a interatividade entre a recolha de dados e a análise foram os pilares estruturantes de todo o nosso trabalho de investigação.

5.Procedimentos éticos

Na investigação qualitativa os aspetos éticos são mais subtis e menos visíveis do que na investigação quantitativa. Esta situação decorre, fundamentalmente, dos métodos utilizados na investigação qualitativa, em que “A investigação de campo é um paradigma baseado na interação humana, e os investigadores de campo são eles próprios os instrumentos de medida” (Simpson, 2007, p. 325).

No contexto da investigação realizada estiveram sempre presentes as exigências éticas inerentes a este estudo. Garantimos a confidencialidade, o anonimato, o princípio da não maleficência e a autonomia na recolha e no tratamento/análise dos dados, tendo respeitado

o princípio do consentimento informado e tratado os participantes com a dignidade e respeito que lhes são devidos.

Todas estas preocupações éticas foram alvo de particular atenção, pois a investigação qualitativa “entra” no mundo “vivido” pelos participantes/informantes.

Após a obtenção da autorização da sub-região de saúde de Braga e do diretor do Agrupamento de Centros de Saúde do Ave III – Famalicão, onde se realizou o estudo, reunimos com a enfermeira coordenadora e enfermeiras chefes, para explicar o trabalho a ser desenvolvido e solicitar colaboração por parte da equipa de enfermagem no acesso a todos os espaços utilizados - instalações do centro de saúde e unidades de cuidados - assim como para a possibilidade de acompanhar as enfermeiras na realização dos cuidados domiciliários.

Depois de estarem identificadas as enfermeiras informantes, também reunimos individualmente com cada uma delas e apresentamos o nosso projeto, respondendo-se a todas as questões que nos foram colocadas. Obtivemos a aceitação destas enfermeiras para a participação informada, tendo sido garantida toda a liberdade para abandonar o estudo se assim o entendessem. Por outro lado, também foi garantido que nenhum dos dados de identificação seria explicitado, na medida em que se iria proteger a privacidade através de códigos atribuídos a cada enfermeira e pessoas cuidadas.

No domicílio a enfermeira apresentou o investigador à pessoa idosa e familiar. Este explicou o estudo que pretendia realizar e solicitou à pessoa idosa e familiar autorização para a sua presença. Tentamos estar o mais “invisíveis” possível, reunindo todas as nossas energias para, de uma forma sistematizada, observarmos todo o processo que se ia desenvolvendo.

Previamente à entrevista, quer dos enfermeiros quer das pessoas cuidadas, o investigador reforçou o objetivo da mesma, e esclareceu qualquer dúvida que ainda existisse. Também explicou os princípios éticos que estavam subjacentes a este processo, nomeadamente a confidencialidade, e informou que poderiam suspender a entrevista em qualquer momento. Para que tal ficasse registado no início da gravação da entrevista, solicitou-se que referissem a autorização informada da sua realização, que ficou, desta forma, também registada na gravação .

**CAPITULO III - ANÁLISE DE DADOS:
COMPREENDER A INTERAÇÃO**

1. Resultados da análise dos dados

Os resultados da análise dos dados que apresentamos estão em consonância com as opções metodológicas já descritas. Recorreu-se ao método de análise comparativa constante dos dados e utilizaram-se técnicas e ferramentas de análise que incluíram os procedimentos de codificação aberta, axial e seletiva, definidos na *Grounded Theory*.

Iniciámos a análise pela codificação aberta. Esta foi feita de forma livre orientada pelo objetivo de apreender o significado de pequenos excertos de textos, elementos integrantes das entrevistas e das notas de campo. Posteriormente foram encontrados significados comuns nas unidades de significação, através da comparação constante entre elas, o que nos levou a fundi-las umas nas outras e a perceber os conceitos que elas nos transmitiam.

O processo foi sistematicamente repetido até os dados terem proporcionado segurança para agregar os conceitos em categorias.

De acordo como os objetivos da presente investigação e como resultado destes procedimentos, passamos a apresentar a estrutura e o processo dos cuidados desenvolvidos pelas enfermeiras em interação com a pessoa idosa e sua família. Esta interação iniciava-se ainda entre muros institucionais, no Centro de Saúde, com o planeamento e organização de todo o processo que iria ser desenvolvido. Seguia-se a interação em contexto domiciliar, que compreendia o diagnóstico da situação nesse contexto, o que permitia o planeamento real das intervenções terapêuticas a executar e o planeamento de intervenções para problemas potencialmente identificados durante a visita domiciliar. As intervenções terapêuticas durante e após a visita em contexto domiciliar são apresentadas como sendo o conjunto de intervenções independentes e interdependentes que constituem o **agir** e o **como agir** das enfermeiras na execução das intervenções.

Para melhor explicitação destas dimensões vamos recorrer a alguns excertos das narrativas obtidas com recurso às várias técnicas utilizadas para recolha de dados. Identificaremos estes excertos com códigos como já fizemos no capítulo anterior³.

³ Com o objetivo de manter o anonimato dos informantes utilizaremos a letra **E** (enfermeira) seguida de outra letra quando nos referimos à identificação das enfermeiras; as iniciais **NC** quando se trata de dados das notas de campo, e a letra **U**, seguida de outra letra, quando nos referimos às pessoas objetos de cuidados (pessoa idosa e seu familiar).

1.1.Natureza e processo de cuidados

1.1.1 – Pré-Visita Domiciliar

Ainda dentro do Centro de Saúde, a enfermeira definia um conjunto de procedimentos no sentido de preparar o processo de cuidados a desenvolver, num determinado período do dia, para um conjunto de pessoas que se encontravam em domicílios geograficamente dispersos.

Para o efeito, a enfermeira começava por reunir a informação necessária, socorrendo-se de várias fontes de informação tais como registos de enfermagem e conhecimento global das pessoas de quem cuidava, cartas de alta hospitalar, solicitações dos utentes/família e referênciação por parte do médico de família.

A diversidade de fontes tem uma relação direta com a diversidade de situações com as quais a enfermeira se irá confrontar. Outro dado importante é a tipologia da visita, ou seja, a distinção entre uma primeira visita, sem conhecimento do contexto, e uma visita de continuidade.

Com o objetivo de planificar o dia de trabalho e para além das fontes de informação acima referidas, a enfermeira equacionava outras variáveis, nomeadamente o alvo dos cuidados de enfermagem, os materiais clínicos necessários e as variáveis tempo/dispersão geográfica.

O processo de recolha de dados e análise das condicionantes constituía-se como o conjunto de elementos a equacionar para a primeira avaliação diagnóstica, que lhe permitia planificar o dia de trabalho fora do Centro de Saúde. A Figura 6 representa as várias etapas e os seus elementos constituintes, que a enfermeira tinha que gerir para poder tomar decisões antes de sair do Centro de Saúde, no que designámos como Processo de Pré-Visita Domiciliar.

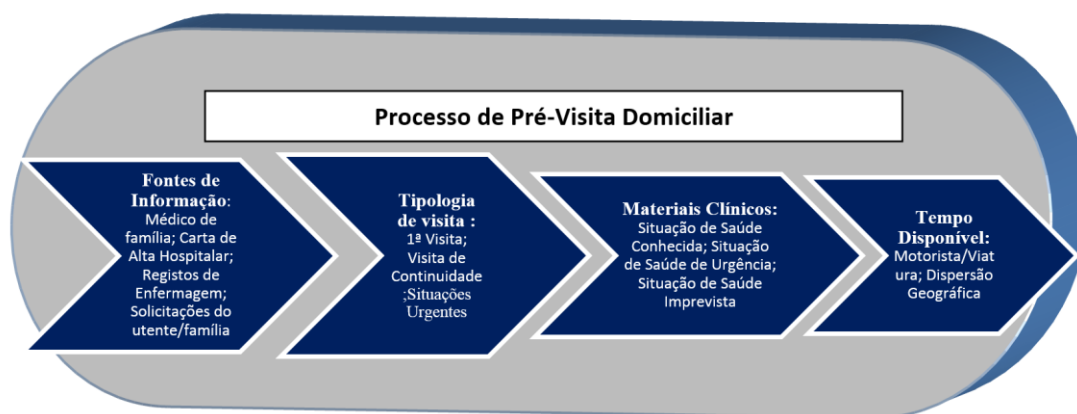


Figura 6. Etapas do Processo de Pré-Visita Domiciliar

Este processo de pré-consulta domiciliar, que se apresentou esquematicamente, oculta a complexidade dos raciocínios clínicos que as enfermeiras desenvolviam durante esta etapa, os quais emergiram da análise das entrevistas e através de uma observação atenta. Com recurso a estas técnicas foi-nos possível perceber o conjunto de variáveis equacionadas, desde o bem-estar das pessoas alvo de cuidados e a situação de saúde em que estas se encontravam, até à gestão de materiais de uso clínico, às prioridades a estabelecer e o tempo de que dispunham, quer a nível de horário laboral, quer ao nível da utilização do meio de transporte.

As enfermeiras desenvolviam os raciocínios clínicos de acordo com o seu nível de perícia e mobilizavam os seus conhecimentos práticos e teóricos, sendo estes reforçados pela intuição no caso das decisões clínicas. Este processo de pensamento enquadra-se nos resultados obtidos por Benner (2001) no seu estudo sobre a aprendizagem experiencial na prática de enfermagem.

Iremos observar que este processo de pensamento era desenvolvido de forma sistemática e sistematizada em todas as fases do processo de cuidados, ou seja, era visível e percecionado, não só na Pré-Consulta Domiciliar, mas também em todo o processo de desenvolvimento dos cuidados, dentro e fora do Centro de Saúde.

Passamos a descrever os elementos constituintes desse desenvolvimento que emergiram do estudo e que permitem a compreensão do processo e a consistência da etapa que denominámos Pré-Consulta Domiciliar.

As decisões da enfermeira em relação aos materiais clínicos e ao circuito geográfico centravam-se prioritariamente nas pessoas a quem eram dirigidos os cuidados, ou seja, o

alvo dos cuidados de enfermagem. Uma vez que a análise do alvo dos cuidados nesta fase é determinante, começaremos por pormenorizar esta categoria através das suas subcategorias. Posteriormente, abordaremos as categorias materiais clínicos e dispersão geográfica.

O alvo dos cuidados de enfermagem

Entre os vários dilemas que se colocavam à enfermeira no planeamento de todo o processo de visita domiciliária, o alvo dos cuidados - as pessoas a quem eram dirigidos os cuidados de enfermagem em situação de saúde/doença - encontrava-se no centro das decisões. As pessoas e as suas necessidades de saúde determinavam os cuidados de enfermagem a ser desenvolvidos no domicílio, assim como a definição das prioridades.

Só após a identificação das condições de saúde e das prioridades ligadas a essas condições é que era decidido o circuito geográfico e, paralelamente, os materiais clínicos a seleccionar para a visita domiciliar.

“Poderemos ter que alterar completamente o nosso planeamento em determinadas situações, temos que estabelecer prioridades, por exemplo se a pessoa estiver a fazer retenção urinária” (E.M).

“Temos que dar prioridade, por exemplo, a alguém que está em jejum para fazer insulina e aí o circuito tem que ser outro” (E.Ca).

No diagnóstico de situação e no planeamento também eram equacionadas três situações: se se tratava de uma pessoa idosa-família que ainda não tinha sido alvo de cuidados no domicílio, que designámos como primeira visita; se era uma pessoa idosa-família que já tinha sido visitada e carecia de continuidade de cuidados; ou finalmente, se era o caso de uma pessoa idosa-família que já estava num processo de visitas de continuidade, mas que por ter ocorrido qualquer eventualidade exigia uma visita fora do período definido pela enfermeira, o que designámos por situações urgentes. Passamos a explicitar as tipologias de visita que podem ocorrer simultaneamente num período de visita domiciliar.

Pessoa idosa-família - 1ª visita

A referenciação desta pessoa poderá ser feita através da carta de alta enviada por uma instituição hospitalar, ou seja, resultante de um internamento da pessoa idosa e da sua posterior alta, com necessidade de continuidade de cuidados. Pode ainda decorrer de

indicação por parte do médico de família, ou de solicitação direta de um familiar. A informação que é obtida está, normalmente, relacionada com o diagnóstico médico e as necessidades de cuidados a nível curativo.

“O primeiro contacto serve mais para visualizar a pessoa, as condições da casa, os meios de possível apoio, se tem alguém que os cuidem ou não...” (E.M).

“... recebem-nos como estranhos... a casa muito arrumadinha...” (E.R).

“A primeira coisa que lhes digo é o meu nome, o meu contacto para sempre que precisem de mim. Posso vir cá a casa nos dias X e Z. Estou disponível não só para tratar o idoso, mas também para ajudar e esclarecer as dúvidas que tiverem” (E.C).

“Começamos pela “história”, do motivo que nos levou lá, perguntamos-lhe o que lhe aconteceu, porque foi internado ou porque foi operado ... o que é que nos quer contar...” (E.Ca).

Pessoa idosa-família - visita de continuidade

Neste caso existe um conhecimento cumulativo resultante das visitas anteriores, o qual permite compreender a situação de saúde/doença, mas também o contexto sociofamiliar. Este conhecimento permite uma planificação de cuidados que responde à solicitação primária, ou seja intervenção a nível curativo, assim como, concomitantemente, a diversas outras necessidades que entretanto tenham sido detetadas, nomeadamente de educação para a saúde na perspectiva de prevenção e/ou de promoção da saúde.

“As vigilâncias de diabéticos, hipertensos, grupos de risco, estando estabilizados, programam-se as visitas de três em três meses, se vejo que tenho valores um pouco assustadores, nós vamos nem que seja todos os dias” (E.Ca).

“Nos primeiros contactos temos que nos adaptar à família e ao idoso. Perceber a dinâmica que existe ali por trás, e conforme os contactos vão aumentando, a família e o idoso vai-se abrindo” (E.M).

“Tem que se criar ambiente para que as coisas aconteçam, demora muito tempo... no início só conhecemos um bocadinho das pessoas e só o quarto onde tudo se desenrola. Ficamos limitados àquelas quatro paredes...” (E.R).

“...pergunto-lhe se já tomou o pequeno almoço e porque é que o tomou na cama, se não veio cá fora... se isso se deveu ao facto de alguém se recusar a levantá-lo ou se não tinha ninguém que o ajudasse...”(E.J).

“...às vezes chegamos lá vemos um ligeiro rubor no calcâneo, pronto, temos que ensinar o cuidador e assim temos que gastar muito tempo que não estávamos a contar, para não deixar evoluir esta situação. Assim, se tínhamos programado a avaliação de uma TA, vamos adiar para outra altura, porque esta situação é prioritária” (E.A).

Situações urgentes

Esta situação ocorre quando surge qualquer complicação no tempo que medeia entre uma visita e outra, não estando portanto prevista. Por exemplo, pode tratar-se de ausência de urina no saco coletor, de uma exteriorização de um cateter ou de algo de anormal, que é sentido ou observado pela pessoa idosa e/ou família e que precisa da intervenção direta da enfermeira. Estes casos normalmente são sinalizados por telefone, meio de contacto que a enfermeira na primeira visita disponibiliza.

“O cuidador liga-nos porque o velhinho a tossir ficou sem sonda e está sem se alimentar; ou que está a fazer uma retenção, por se ter desalgaliado ...”(E.Ca).

Os materiais clínicos

Dentro das instituições de saúde, os enfermeiros dispõem habitualmente de todos os recursos necessários para a prestação de cuidados, fundamentalmente os diretamente relacionados com técnicas instrumentais e medicamentosas, usufruindo da manutenção de *stocks* e de boa acessibilidade a estes recursos. No entanto, quando têm que se deslocar para fora da “zona de conforto” institucional do Centro de Saúde têm que selecionar os materiais clínicos que preveem que irão necessitar: ferros cirúrgicos, compressas, adesivos, solutos, materiais de penso com ação terapêutica, material de punção, material de cateterização, entre outros. A decisão sobre a seleção deste material clínico está dependente do conhecimento que a enfermeira tem sobre as várias situações de saúde/doença que se lhe vão deparar durante a visita, salvaguardando também a possibilidade de haver situações imprevisíveis que podem surgir no decorrer deste

complexo processo. De acordo com este quadro, atribuímos a designação de cuidados de enfermagem previstos e cuidados de enfermagem imprevistos.

Na seleção do material clínico a enfermeira também tem de ter em atenção o facto que dispõe de um saco que terá que ser transportado por ela do carro para o interior das habitações onde irão decorrer os cuidados.

“Normalmente, como temos o peso dos horários, no dia anterior às visitas organizamos tudo de acordo com a agenda, arrumamos os ferros e todos os materiais no saco” (E.J).

“Quando saímos do CS levamos um planeamento sobre as intervenções a executar, no entanto estamos preparadas para algo mais que possa surgir” (E.A).

A dispersão geográfica

Outra variável que as enfermeiras têm que ter em consideração aquando da organização e planeamento do seu trabalho, ainda dentro do Centro de Saúde, é a localização geográfica das habitações das pessoas que são alvo dos cuidados, de forma a rentabilizar o horário definido pelas chefias do CS e a disponibilidade de transporte e motorista.

Verifica-se uma grande dispersão geográfica, pois cada CS dá resposta a várias freguesias, sendo a distância média entre o CS e as freguesias de cerca de 6km.

“Organizamos as visitas por um circuito geográfico para rentabilizarmos a utilização do carro” (E.A).

“Primeiro planeio de acordo com as necessidades dos utentes e depois de acordo com a rentabilização do tempo e a nível geográfico” (E.C).

Após equacionarem todas as variáveis que explicitamos e procederem à sua análise, as enfermeiras desenvolviam o seu plano de intervenção estabelecendo as prioridades relativas às necessidades de saúde. Posteriormente, com o seu conhecimento da área geográfica e recorrendo à opinião do motorista definiam o circuito a ser realizado.

Este processo, iniciado antes de as enfermeiras saírem do Centro de Saúde para os domicílios, era comum em todos os Centros de Saúde e desenvolvido do mesmo modo por todas as enfermeiras informantes. O diagrama 1 representa esquematicamente a

diversidade de fatores tidos em conta nesta fase do processo de cuidados, bem assim como a complexidade de relações entre eles.

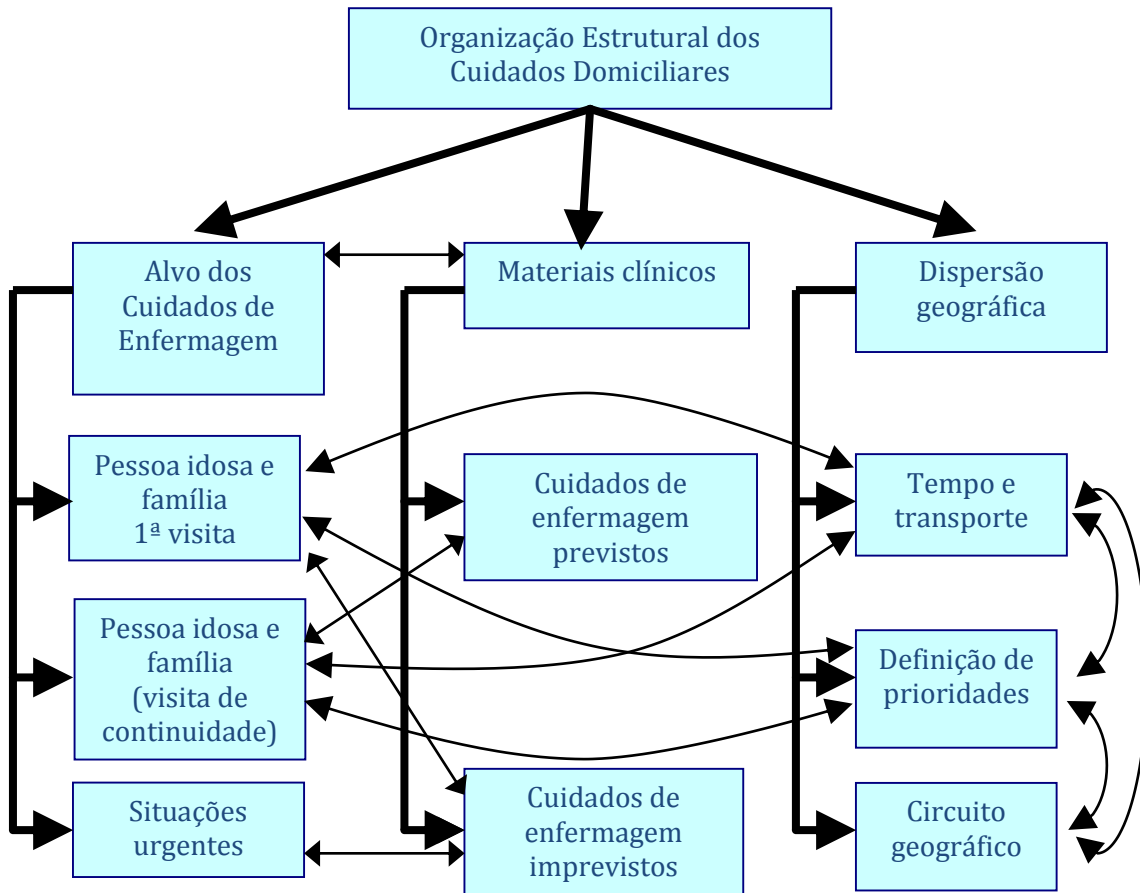


Diagrama 1. Representação esquemática da Organização Estrutural dos Cuidados Domiciliares

Este Diagrama resulta do agrupamento dos dados através da relação das categorias com as suas subcategorias.

Relação da categoria “Alvo de Cuidados de Enfermagem” com as subcategorias:

- Pessoa idosa e família, 1ª visita;
- Pessoa idosa e família, visita de continuidade;
- Situações urgentes.

Relação da categoria “Materiais Clínicos” com as subcategorias:

- Cuidados de enfermagem previstos;

- Cuidados de enfermagem imprevistos.

Relação da categoria “ Dispersão Geográfica” com as subcategorias:

- Tempo e transporte;
- Definição de prioridades;
- Circuito geográfico.

O agrupamento da relação entre estas três categorias e a relação entre as várias subcategorias fizeram surgir neste contexto uma árvore estruturante (“*tree nodes*”), codificada por um conceito ou uma categoria *major*: “**Organização Estrutural dos Cuidados Domiciliares**”.

1.1.2 – Processo de Avaliação Diagnóstica

Ainda dentro do Centro de Saúde, as enfermeiras analisavam todos os dados de que dispunham para a organização estrutural dos cuidados domiciliares e, assim, apreendiam um conjunto de necessidades a que tinham que dar resposta no domicílio de cada pessoa e família. Neste contexto, podiam tomar decisões para intervir terapêuticamente, com o objetivo de dar resposta às necessidades de saúde que pudessem ser resolvidas através dos cuidados de enfermagem prestados.

Embora ancoradas num conjunto de informações e observações pertinentes e exaustivas, todas as decisões de prescrição e implementação de cuidados de enfermagem que as enfermeiras planeavam, apresentavam uma margem de incerteza. Esta incerteza era decorrente da peculiaridade de cada pessoa e família, focalizada nas perceções de saúde/doença e nos resultados de saúde que se iam obtendo, dados que as enfermeiras só podiam avaliar com um maior grau de certeza no efetivo contexto de prestação de cuidados. Para fazer face a esta incerteza, o seu nível de perícia permitia-lhes, de forma flexível, adaptar o plano de intervenção de acordo com a realidade que se lhes deparasse no domicílio.

“Depois de nos apresentarmos começamos pela história, do motivo que nos levou lá, perguntamos-lhe o que lhes aconteceu,

porque foram internados ou porque foram operados, como se não tivéssemos qualquer informação de base. Então contam a historinha toda, tive uma dor ali ou acolá, fui ao médico tal, ele disse isto, descobriu aquilo, etc. Contam-me a história toda e são eles que dizem o que acham que têm, e conversam connosco.” (E.R).

Estas enfermeiras demonstraram perícia visível na constante avaliação das situações e dos resultados obtidos, implicando tal nova recolha de dados, de forma a obter informações que fundamentassem as suas decisões.

Estes processos eram norteados pela preocupação por parte das enfermeiras de não se limitarem à resolução instrumental dos problemas, como refere Schön (1983), mas de mobilizarem os conhecimentos profissionais, com reflexão e discernimento, para a compreensão dos problemas e para as respetivas tomadas de decisão. Com a Figura 7, pretendemos representar de forma esquemática as várias etapas do processo de avaliação diagnóstica.

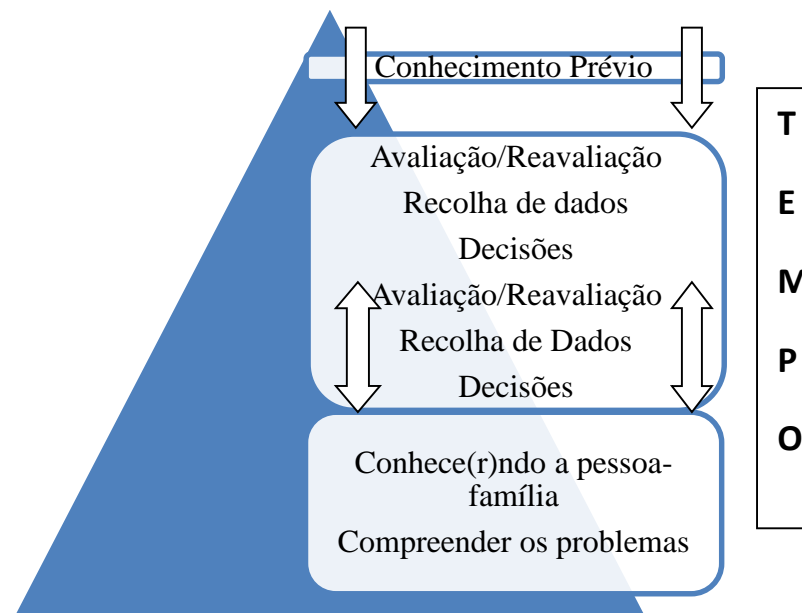


Figura 7. Etapas do Processo de Avaliação Diagnóstica

Consideramos que o conhecimento prévio constituía uma pequena porção do conhecimento sobre as pessoas cuidadas e de toda a complexidade que as envolvia. Esta

complexidade encontrava-se relacionada não só com as alterações de saúde, motivo impulsionador da referenciação para cuidados domiciliários, mas também com o impacto que estas alterações implicavam no bem-estar da pessoa e de toda a estrutura familiar envolvida, tanto a nível social como económico, relacional e de saúde.

As enfermeiras centravam o seu cuidado na pessoa e família avaliando os recursos internos e externos, descodificando os problemas reais e potenciais. A constante avaliação e reavaliação acompanhadas de análise dos dados eram desenvolvidas em cada momento de interação com a pessoa idosa-família, implicando assim uma avaliação ao longo de todo o processo de interação.

O processo de cuidados de enfermagem não é um processo linear com uma sequência de etapas sucessivas, mas integra um processamento da informação, que é submetida a uma constante avaliação e análise. Esta constante avaliação e análise permitia às enfermeiras inferir diagnósticos de enfermagem a cada momento de interação com a pessoa idosa-família e optar por novas decisões e/ou ajustamento de decisões a nível da intervenção terapêutica.

Esta dinâmica só era possível às enfermeiras através do contacto e da promoção da relação com as pessoas alvo dos cuidados, efetuada ao longo do tempo e estabelecida no espaço privado dessas pessoas, sendo também de considerar que este espaço privado estava inserido numa comunidade com determinadas características.

Por a considerarmos como determinante na recolha e avaliação de todos os dados que contribuam para uma adequada avaliação diagnóstica e, concomitantemente, um posterior planeamento e prescrição de intervenções terapêuticas de enfermagem, vamos pormenorizar a categoria pessoa cuidada através das suas subcategorias. Posteriormente abordamos a categoria recursos terapêuticos.

Pessoa Cuidada

Para a promoção de um espaço de interação no contexto de cuidados domiciliários, os profissionais de enfermagem tinham que conjugar o conhecimento e o respeito pela pessoa alvo de cuidados como ser único, formado por um conjunto de estruturas complexas que o caracterizavam como um organismo biológico com reações fisiológicas.

Assim, a pessoa era perspectivada como um ser em desenvolvimento, motivado pelas relações sociais estabelecidas e influenciado pela sua cultura, crenças e história de vida.

As enfermeiras deparavam-se com uma grande diversidade de fenómenos, de respostas humanas e de realidades de recursos. Como enfatizam Bronfenbrenner e Morris (1998), no seu modelo bioecológico, o desenvolvimento humano é caracterizado pela realidade biocultural, pela relação entre o contexto sociocultural e as cognições, pelas práticas sociais.

Em todas as etapas, os cuidados que eram desenvolvidos pelas enfermeiras eram focalizados na pessoa cuidada, tendo em consideração o conhecimento consistente que detinham sobre o alvo dos cuidados e sobre a realidade dos contextos onde este se inseria e se tinha desenvolvido. Assim, verificámos um grande esforço por parte destas profissionais para compreenderem o significado que as pessoas cuidadas atribuíam à situação pela qual estavam a passar.

Para as enfermeiras era determinante perceberem o impacto e a perceção que o processo de saúde doença tinha na pessoa cuidada para poderem fazer o diagnóstico da situação e terem dados para estabelecerem o plano de cuidados. Essa perceção era condicionada pela história de vida daquelas pessoas, pela sua cultura e pelas necessidades afetivas que emergiam aquando da interação desenvolvida das enfermeiras no contexto.

A pessoa cuidada era constituída pela díade pessoa idosa-família. Quando se refere “família”, não se está a falar obrigatoriamente de pessoas com laços de consanguinidade, mas sim de alguém que se relaciona afetivamente com a pessoa idosa com o objetivo de lhe proporcionar bem-estar; podia ser, inclusivamente, alguma pessoa da vizinhança que se disponibilizava para ajudar e estar atenta a algum sinal preocupante e alertar, telefonicamente, por exemplo, um familiar ou um profissional de saúde.

Processos Saúde/Doença

Para fazerem um raciocínio sobre as necessidades de cuidados, as enfermeiras utilizavam várias fontes como a carta de alta ou informações do médico de família, mas o recurso fundamental era a perceção das pessoas que eram alvo dos cuidados.

Este processo fornecia às enfermeiras informações sobre a dinâmica dos vários contextos que as pessoas tinham vivenciado no processo de saúde/doença, o estado atual da pessoa

e as suas inquietações. Desta forma, adequavam a planificação dos cuidados personalizados atendendo a conceitos subjetivos do processo saúde/doença por parte da pessoa cuidada.

“... no espaço de tempo da realização do penso, vou perguntando sobre o que sente e o que a inquieta o que a perturba.” (E.Ca).

“Nós temos a nossa visão do que é preciso fazer, qual é a necessidade do utente, mas depois temos as necessidades de saber o que a família pensa que o doente tem e o que o próprio doente afirma, que não corresponde sempre ao mesmo, aquilo que a enfermeira acha que é problemático e à família nunca ocorreu que aquilo fosse importante.” (E.A).

História de vida

No processo de desenvolvimento cada pessoa é possuidora de uma história de vida que representa o seu percurso. Neste todas as suas vivências influenciaram o seu projeto como pessoa, o que pode facilitar ou condicionar as alterações de comportamento relativamente aos estilos de vida adotados.

Ao fazer incidir o nosso estudo nos cuidados prestados pelas enfermeiras a pessoas idosas, verificámos quão importante era que estas profissionais, numa primeira fase, conquistassem a confiança suficiente para que, neste contexto, estas pessoas permitissem espontaneamente que a(s) sua(s) história(s) fosse(m) do conhecimento de alguém estranho que não tinha feito parte do seu trajeto.

Este conhecimento profissional da história de vida das pessoas idosas era mais um recurso que favorecia a obtenção de dados para a avaliação diagnóstica e a compreensão, por parte destas profissionais, sobre as razões da dificuldade de adesão ao regime terapêutico, considerando que um regime terapêutico é o que o International Council of Nurses (ICN) define como:

“Volição com as características específicas: ação auto iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações e de comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um

comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento.”

(International Council of Nurses, 2005, p. 81).

O conhecimento da história de vida, como já referimos, munia as enfermeiras de mais informação que lhes permitia, de forma reflexiva, adotar estratégias eficientes e prescrições terapêuticas de enfermagem adequadas. Assim, a partir da partilha das experiências de vida e de sofrimento, tornava-se claro e quase aceitável o facto de as pessoas alvo dos cuidados não aderirem a comportamentos mais saudáveis, que contribuiriam para melhorar o seu estado de saúde e bem-estar. Esta compreensão permitia diminuir algum desalento, ou por vezes, até a frustração das profissionais.

“A Sra. Enfermeira está sempre a falar na minha alimentação. Mas eu passei tanta fome antes de ir para a França e agora que tenho posses não vou comer aquelas coisas de que gosto?” (U.R).

A compreensão destas situações por parte das enfermeiras levava-as a promover outras estratégias de educação para a saúde e a sentirem-se mais motivadas para acompanhar estas pessoas no seu trajeto de vida.

“Ao entrar em casa, se eles começam a falar nas couves, Sra Enfermeira já viu o que aconteceu às couves com esta chuva? Eu aproveito para lhes falar nas couves, no que vai fazer de almoço, e começo a falar sobre a alimentação. Não vale a pena estar a falar no vestuário se a pessoa quer falar de facto é nas couves.” (E.C).

Nas histórias de vida são também encontrados motivos para situações que, em princípio, são condenáveis moralmente e mal aceites pela sociedade. Desta forma, é possível compreender a relação familiar que cada um construiu no seu passado e o reflexo que esta tem no presente. Este conhecimento poderá levar a repensar premissas sobre quem terá melhores condições para cuidar da pessoa idosa, seja esta funcionalmente autónoma ou não.

“A minha tia abandonou-o, agora que ele tanto precisava dela ... é verdade que toda a vida ele foi mauzinho para ela... ele para mim foi sempre muito carinhoso” (U. L).

Cultura

De acordo com os contextos culturais onde se desenvolvem, as pessoas assumem determinadas posturas, mitos e expressões que poderão ter significados diferentes de um local para outro. O conhecimento, por parte das enfermeiras, do significado que é atribuído a alguma coisa por determinada população em determinada cultura, por exemplo no que toca às propriedades de alguns alimentos, vai facilitar a compreensão e a interação na comunicação.

“Há certas situações que temos que agendar um momento de encontro para compreendermos determinadas atitudes de renitência a alguns ensinamentos” (E.J.).

“...ela explica muito bem...nós compreendemos o que ela nos diz e depois repete sempre que cá vem” (U.R.).

“A Sra. Enfermeira quer que o meu marido venha para a cadeira, mas custa-me muito tirá-lo da caminha, ele pede para não lhe mexer ... eu sempre ouvi dizer que as pessoas doentes estão melhor na cama ... mas agora percebo que para ele não ter feridas tem que ser...” (U.C.).

Necessidade Afetivas

As necessidades afetivas são também percebidas através de pequenos sinais não-verbais, reações ou posturas que são “lidas” e compreendidas pelas enfermeiras. As necessidades afetivas são observadas não só na pessoa idosa, mas também no cuidador/família, estando muitas vezes relacionadas com situações de limitação e dependência por longos períodos de tempo.

“A ferida em si não é muito importante para a família ... claro que querem saber se está curada... mas não é importante o que se lhe faz...dão mais importância a que estejamos um bocadinho ao lado deles” (E.M.).

“São muito recetivos à nossa presença e aos nossos cuidados, eles gostavam é que nós fôssemos mais vezes, para nós parece que fomos há pouco tempo mas eles estão sempre ansiosos que os vamos ver” (E.C.).

Recursos

A relação que se estabelece entre a enfermeira e a pessoa idosa-família é feita através de um diálogo em que há a expressão de sentimentos e pensamentos. Neste diálogo observa-se disponibilidade, confiança, autenticidade e o desenvolvimento da capacidade de escuta.

Esta relação caracteriza-se fundamentalmente pelo envolvimento e compromisso de todos os atores neste processo de prestação de cuidados, que funciona, concomitantemente, como uma atitude facilitadora da interação e como uma atitude terapêutica.

Para além da utilização do seu conhecimento e perícia, as enfermeiras também utilizavam outros recursos disponíveis, promovendo sinergias através da interação, articulação e gestão, que em conjunto permitissem um encadeamento de respostas adequadas à pessoa idosa-família, em termos de saúde e das dimensões sociais, psicológicas ou espirituais.

Para a prossecução desta finalidade as enfermeiras estabeleciam contactos com as redes de apoio formal e informal, ou seja, com a família, amigos, vizinhos ou pessoas com algum tipo de ligação pessoal e afetiva à pessoa idosa, bem como com associações de carácter solidário e/ou religioso, e estruturas autárquicas.

Familiares

A família poderá ser uma importante fonte de suporte à pessoa idosa no seu domicílio. No entanto, as repercussões de uma situação de dependência da pessoa idosa, exigindo disponibilidade, força física e tempo, podem provocar alguma desorganização a nível familiar. Este processo era equacionado considerando a necessidade de promover a prestação de cuidados em parceria com os recursos familiares. Só após a avaliação de todas as possibilidades era possível às enfermeiras identificar o familiar que assumiria o papel de cuidador.

Esta parceria de cuidados com familiares, vizinhos e/ou outros apoios domiciliários oferecidos por IPSS, ou outro tipo de apoio solidário, implicava um trabalho de supervisão das práticas destas pessoas, assumindo as enfermeiras um papel de “gestoras de casos” (d’Espiney, 2010).

“Avaliámos se a filha podia apoiar ou se era preciso contactar alguma instituição de apoio” (E.A).

“A esposa tinha muita vontade de tratar do marido... mas tinha algumas limitações físicas. O que nos valeu foi a ajuda de uma vizinha e o apoio da equipa domiciliar para as refeições.” (E.M).

Económicos

No processo de prestação de cuidados no domicílio, um dos muitos elementos que as enfermeiras têm em atenção é a capacidade económica de cada pessoa idosa-família, procurando, antes de referirem a necessidade de aquisição de qualquer ajuda técnica (cama articulada ou outras), verificar se a pessoa idosa-família têm capacidade aquisitiva.

“...quando temos um idoso que necessita de uma cama articulada, não chegamos lá e dizemos que tem que a comprar, conversamos e analisamos todas as possibilidades de aquisição, como por exemplo saber se há algum vizinho que possa emprestar ... as reformas são muito baixinhas” (E.C).

“...fazemos o ensino sobre a alimentação, mas temos que indicar produtos essencialmente que as pessoas tenham na horta ... os animais que criam, para comprarem o menos possível” (E.Ca).

Habitacionais

O domicílio onde se encontra a pessoa idosa também é alvo de avaliação. Esta avaliação tanto se reporta aos aspetos mais básicos como ter eletricidade, água e saneamento, como às acessibilidades externas ao domicílio como escadas ou rampas (demasiado íngremes), e às acessibilidades internas, a existência de demasiados móveis ou tapetes na habitação, ou pouca luminosidade.

“...no entanto naquela casa, não tem água dentro de casa logo não tem água quente” (E.R).

“...a neta não percebeu que o avô urinou no chão porque a luz era muito fraquinha e ele não viu que a tampa da sanita estava fechada” (E.C).

“Combinamos com a filha, para mandar fazer uma rampa na porta da cozinha, assim a mãe já podia ir ver as couves ao quintal” (E.A).

Sócio – Comunitários a nível material e/ou Humano

Para além do seu conhecimento técnico e científico, as enfermeiras também interagem com a comunidade onde está inserido o seu local de trabalho e, como já referimos, as enfermeiras fazem parte das comissões interfreguesias. Esta dinâmica permite às enfermeiras ter um conhecimento global dos recursos sócio-comunitários, interprofissionais e legais da comunidade onde está inserida a pessoa alvo de cuidados.

Além da promoção de solidariedade na comunidade, também acionavam ou orientavam os familiares para os serviços sociais

“A rede social é uma grande ajuda, reunimos trimestralmente com todos os elementos da comissão: assistente social, psicóloga da câmara, presidente da junta de freguesia, enfermeira (que sou eu), um elemento de cada IPSS, nesta comissão social interfreguesias...” (E.C.).

“Temos contactos com várias instituições ou organizações religiosas como as conferências vicentinas, que nos arranjam colchões de pressão alterna, calcanheiras, etc.” (E.M.).

“Quando regressamos das visitas ficamos com a sensação que os sacos estão mais cheios, trazemos a família que encontrámos sem comer, aquele idoso que está abandonado, há que resolver estas situações” (E.Ca).

A articulação dos dois conceitos “Pessoa Cuidada” e “Recursos Terapêuticos” sustentados pelas suas subcategorias, fazem emergir um conceito mais abstrato. A categoria pessoa cuidada, através das suas subcategorias e, posteriormente, a categoria recursos terapêuticos, consolidada pelas suas subcategorias, constituem-se como os elementos que emergiram do estudo e que permitem a compreensão e consistência da etapa que denominámos “**Avaliação Diagnóstica em Contexto Domiciliar**”.

Apresentamos a seguir um diagrama (Diagrama 2) com o qual pretendemos clarificar como os constructos, entendidos como conceitos, se articulam sem qualquer hierarquia nem estrutura linear, mas ocorrendo de forma circular e conjugada.

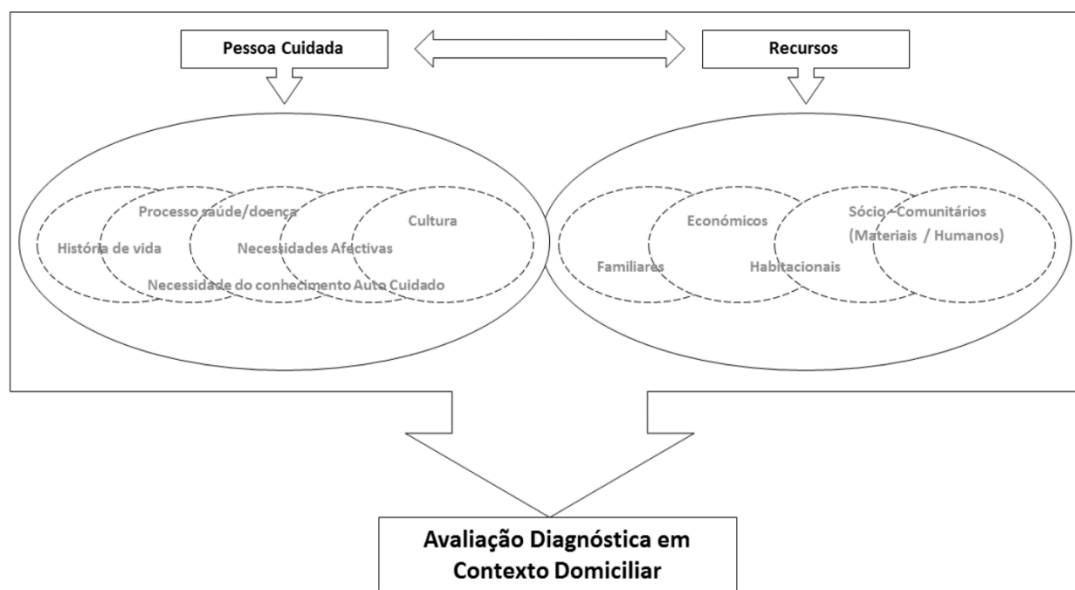


Diagrama 2. Representação esquemática da Avaliação Diagnóstica em Contexto Domiciliar

Denominamos “**Avaliação Diagnóstica em Contexto Domiciliar**” o processo desenvolvido pelas enfermeiras nos domicílios onde se encontram as pessoas idosas e família. Aqui, a enfermeira confronta-se com um conjunto de contingências que emergem da complexidade da dimensão humana, necessitando de desenvolver atitudes quase similares às do antropólogo centrando-se nos seres humanos, alvo dos seus cuidados, e no seu processo evolutivo, na sua cultura, no seu modo de vida e na sua identidade.

A eficácia e eficiência profissional das enfermeiras estão dependentes da sua capacidade de mobilizar os conhecimentos adquiridos ao longo da sua formação e do empenhamento na aprendizagem ao longo da vida. Para além destas competências, também coordenam estas aprendizagens com os saberes práticos que emergem do seu quotidiano em interação com as pessoas que são alvo dos seus cuidados.

Outros saberes, como os de outros técnicos de saúde e os dos conhecimentos de senso comum e populares, também concorrem para um todo complexo permitindo que as enfermeiras analisem, avaliem e tomem a decisão que, no seu entender, é a melhor. Perspetivam a ação de forma contextualizada, respeitando o projeto de saúde definido pelo alvo dos seus cuidados e os recursos existentes.

Esta ação ultrapassa largamente o âmbito inicial que permitiu, a nível organizacional, o contacto com as pessoas que precisavam dos seus cuidados, ou seja, ultrapassa a

administração de medicação, execução de pensos e outras atividades de enfermagem técnico-instrumentais, alargando horizontes através da reflexão sobre a ação e o desenvolvimento de capacidades de gestão de recursos e processos. Em síntese, trata-se da capacidade de antecipar cuidados, de gerir dilemas e de desenvolver mecanismos que respondam satisfatoriamente à resolução de problemas de saúde ou de estilos de vida/comportamentos.

Nas respostas satisfatórias à resolução de problemas de saúde, também interpretam a percepção da saúde na qualidade de vida que cada pessoa idosa tem. Como nos refere Fonseca e Paúl (2008) baseando-se em Rothermund e Brandtstadter (2003), a existência de doenças e perdas irreversíveis nos idosos nem sempre têm um impacto negativo na percepção da qualidade de vida. Compreendendo-se este paradoxo pela utilização de um processo dual de *coping* que permite à pessoa idosa ajustar-se às dificuldades.

Toda esta dinâmica só será bem-sucedida, por parte das enfermeiras, através de uma constante **Avaliação Diagnóstica em Contexto Domiciliar** que é iniciada e alimentada pelo “conhecimento prévio” intramuros institucionais, a clara identificação das necessidades de saúde da pessoa idosa e família, e a avaliação da convergência, na percepção das necessidades de saúde, entre os profissionais de saúde e o alvo dos seus cuidados.

O fator tempo é transversal à continuidade de cuidados. A avaliação diagnóstica é determinante para ganhos em saúde e bem-estar. Esta é feita - e só pode ser feita - pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelas enfermeiras, que têm o privilégio de desenvolver cuidados de proximidade e de obter conquistas, que na maioria das vezes são muito subtis, mas possuem um carácter excecional quando obtidas para o sucesso das intervenções sobre as necessidades identificadas sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Este sucesso das intervenções terapêuticas também depende da interação estabelecida e prende-se com a relação que vai sendo construída para que as pessoas que são alvo dos cuidados tornem a sua intimidade permeável no que toca à identificação de situações, que condicionam ou podem condicionar, o bem-estar a nível de saúde. Nestas situações incluem-se, nomeadamente, a história pessoal e familiar, os dramas pessoais, as relações familiares favoráveis ou adversas, o contexto social e económico, e os recursos internos disponíveis.

A contínua intervenção terapêutica e a avaliação dos resultados obtidos ao longo do tempo fornece outros dados para análise e avaliação no que toca à continuação dos cuidados,

sendo estes dados relativos às várias atitudes e fases, que podem eventualmente, surgir na reação da pessoa idosa e família à presença das enfermeiras na intimidade. Estes poderão, por um lado e de forma positiva, sentir que a enfermeira é uma aliada e que a sua presença só tem como objetivo acompanhá-los e ajudá-los na fase de vida em que se encontram. Por outro lado, também poderão sentir que a enfermeira é alguém estranho, questionador e crítico, que quer impor as suas razões e saberes profissionais, que exige aos cuidadores e/ou à pessoa cuidada um conjunto de responsabilidades e mudanças de atitudes para as quais estes não estão preparados ou que não pretendem assumir, levando-os também a pensar que poderão ser vítimas de censura moral. Estas possíveis reações exigem da enfermeira um espírito crítico acentuado, bem como humildade, para que esta tenha a capacidade de perceber possíveis reações adversas.

É nesta constante dinâmica de avanços e recuos que a **Avaliação Diagnóstica em Contexto Domiciliar** tem uma função mediadora imprescindível, pois após um recuo, o avanço torna-se mais sólido. Esta dinâmica é possibilitada pelo facto de as enfermeiras serem detentoras de conhecimentos aprofundados a nível profissional, aos quais se junta uma grande capacidade de intuição, construída nas várias experiências e aprendizagens significativas por meio das reflexões críticas que fundamentam os juízos clínicos no campo das intervenções, das quais trataremos no ponto seguinte.

1.1.3 – Intervenções Terapêuticas Durante e Após a Visita no Contexto Domiciliar

O conjunto de ações que respondem ao processo de saúde/doença vivenciado pela pessoa idosa e família, através do juízo clínico desenvolvido pelas enfermeiras, é denominado intervenções terapêuticas, e constitui o processo de resposta às necessidades identificadas que sejam sensíveis aos cuidados de enfermagem.

O componente das relações grupais de todos os intervenientes e potenciais intervenientes neste processo também é considerado, como já referimos no ponto anterior, constituindo o **agir** e o **como agir** na execução das intervenções. As intervenções têm que ser individualizadas e coordenadas -incluindo cuidados técnico-instrumentais, de orientação, de promoção da saúde e preventivos-, e enquadradas no respeito pelos princípios éticos e deontológicos, promovendo a confiança, o empenhamento e o respeito por parte de todos

os envolvidos no objetivo de obtenção de ganhos em saúde e de bem-estar das pessoas alvo dos cuidados.

Com base na análise constante e no questionamento dos dados é nosso entendimento que qualquer intervenção terapêutica de enfermagem é uma mediação, cuja finalidade é a promoção do bem-estar e a prevenção de complicações na pessoa idosa-família.

Como já referimos, o sucesso das intervenções está dependente do facto de a enfermeira não tomar decisões terapêuticas nem as executar sem que existam outros intervenientes, tais como outros profissionais, pessoas comuns colaborantes e solidárias e, sobretudo, a(s) pessoa(s) alvo dos cuidados. No entanto, consideramos que as enfermeiras e o alvo dos seus cuidados (pessoa idosa-família) são o núcleo desta mediação, e que é através destes atores que todo o processo se desenvolve. Assim, do nosso estudo emergiram dois tipos de mediação que legitimam as intervenções terapêuticas de enfermagem, a mediação interdependente e a mediação independente.

Mediação Interdependente

O conhecimento amplo das enfermeiras sobre os problemas das pessoas de quem cuidam -a nível das suas necessidades, das suas limitações de autocuidado e ao de obtenção de respostas a todas as suas necessidades no contexto onde estão inseridas-, permite às enfermeiras desenvolverem estratégias para dinamizar e supervisionar os recursos existentes: família, vizinhos, comunidade, apoio legal (por exemplo, o subsídio de terceira pessoa) e outros profissionais de saúde.

Na perspetiva interdependente, esta mediação tem como objetivo facilitar e mobilizar todos os recursos possíveis, facilitando a comunicação, e ajudar na melhor compreensão e reflexão sobre as necessidades da pessoa idosa-família, mas nunca impondo soluções. Isto significa que a enfermeira interage com os vários profissionais e também com a família para a tomada de decisões que concorram para o bem-estar da pessoa idosa e família.

Orientações no ambiente domiciliar

Os cenários com que se deparam as enfermeiras exigem esforços para a obtenção de condições ambientais favoráveis, ou seja, ambientes promotores de qualidade de vida, quer a nível de deambulação sem riscos de quedas, quer na manutenção da integração

social das pessoas idosas. Para a concretização deste objetivo, as enfermeiras têm por vezes intervir na própria estrutura e decoração das casas, como por exemplo, alterar a disposição de móveis, retirar tapetes, alterar acessibilidade à casa de banho, etc.. Esta atitude interfere com aspetos íntimos do ambiente domiciliário, e por isso as enfermeiras, além de mobilizarem os seus conhecimentos, têm de escolher o momento em que sentem que já se estabeleceu uma relação de aceitação, para que haja cooperação nas alterações destinadas a proteger e melhorar o estado das pessoas cuidadas.

“... não podemos começar por dar ordens, faça isto ou arrume o quarto desta maneira, etc. temos que entrar de forma progressiva até eles nos aceitarem ...”
(E.M).

Ponte com os profissionais de saúde

As enfermeiras são profissionais privilegiadas na interação com aqueles de quem cuidam no domicílio, pois há uma relação de grande proximidade. No entanto, há situações que ultrapassam as suas competências, e por isso estabelecem uma ponte entre profissionais de acordo com a situação colocada. Por exemplo, se é observada uma situação de negligência relativamente à pessoa idosa, acionam os mecanismos sociais e legais para que estas pessoas sejam cuidadas com dignidade no seu domicílio ou em famílias de acolhimento, em cumprimento do seu dever moral e ético. A avaliação do processo de saúde/doença também poderá implicar a solicitação da colaboração do médico de família, quer para prescrever medicação ou a realização de análises de exsudados de feridas, quer para casos de possível infeção urinária ou infeção respiratória, entre outras situações.

Os profissionais que asseguram a higiene e/ou alimentação da pessoa idosa também são supervisionados pelas enfermeiras, que as orientam ou chamam à atenção as auxiliares, normalmente de IPSS(s). Estas pessoas colaborantes agiam da mesma forma, colocando dúvidas ou reportando situações que tinham observado aquando do desenvolvimento das suas atividades de higiene. Esta comunicação é feita diretamente quando é possível conjugar a visita no mesmo período ou através de pequenos apontamentos escritos ou informação oral transmitida pelos cuidadores. Também há situações em que é solicitada a colaboração da nutricionista na elaboração de um plano alimentar adequado para determinada pessoa. No entanto, a maioria das pessoas alvo de cuidados tem dificuldades, económicas e mesmo de se deslocarem aos locais onde poderão comprar o que lhes é recomendado. Nestes casos, as enfermeiras fazem a ponte entre a nutricionista e as

peessoas de quem cuidam, de acordo com o contexto da realidade dessas pessoas, não só a nível clínico mas também a nível económico.

“... temos que dizer, mas ela não pode comprar. Esta família só tem couves e batatas[...] ajude-me com o que ela tem a nível monetário, e com o que ela tem em casa, os coelhos, as galinhas etc. como é que poderá fazer uma alimentação mais adequada[...] Tem que ser com os meios que as pessoas têm em casa, não o que a nutricionista manda comprar” (E.Ca).

Relação Familiar

A gestão das relações familiares é uma das muitas intervenções terapêuticas que as enfermeiras desenvolvem. Por um lado, há famílias em que todos os elementos familiares querem assumir a responsabilidade de cuidar da sua mãe ou do seu pai, no entanto não sabem como o fazer, pois não querem abdicar das suas casas, nem podem desempregar-se, quando a pessoa idosa não quer sair da casa onde sempre morou. Outras famílias estão na sua maioria emigradas e não têm possibilidade de ficarem com os pais. Há ainda outras situações de abandono e alheamento total.

Esta gestão de relações familiares é destacada pelas enfermeiras quando afirmam ou fazem reflexões como:

“... às vezes o problema não é o cuidador saber fazer as coisas, é o conseguir gerir as coisas todas, o emprego, o trabalho de casa e tomar conta da pessoa idosa, nós temos que conversar com as pessoas, indicar caminhos e recursos que desconhecem...” (E.R.).

“... está acamado e vive com a esposa, é muito bem cuidado há rotatividade em escala com os filhos, tem tudo do melhor ...” (E.J.).

“A vida é difícil, pode haver situações de má vontade em que os pais precisam de ajuda e nenhum filho se disponibiliza para os cuidar, mas também há muitos que não podem deixar os seus empregos para virem para casa para olhar pelos pais...” (E.A.).

Muitas vezes, as enfermeiras solicitam aos filhos da pessoa alvo de cuidados que, de acordo com as suas habilidades, contruam uma rampa, uma superfície de trabalho, no caso de verificar que algum deles desenvolve atividades de carpintaria ou tem habilidade

para bricolagem. Um exemplo de outras estratégias que as enfermeiras promovem na relação familiar é a visita de um neto, no fim das suas atividades escolares, pela casa da avó ou do avô para conversarem um bocadinho.

Recursos da comunidade

As comunidades onde as pessoas idosas e família estão inseridas têm especificidades e recursos distintos umas das outras, pelo que as enfermeiras têm que ser profissionais bem informadas sobre os recursos que cada comunidade tem, estabelecendo relações com IPSS (s), com o pároco, as conferências e os vizinhos.

“... temos muitas ajudas, dos vizinhos, de auxiliares de cuidados de higiene ou de alimentação, apoio dos filhos ao fim do dia, e isso para nós é um descanso muito grande” (E.A.).

Mediação Independente

Como já referimos, a mediação é uma intervenção terapêutica de enfermagem com a finalidade de promover o bem-estar e a prevenção de complicações na pessoa idosa-família. Considerando que a Saúde é também uma representação mental da condição individual, tratando-se, portanto, de um estado subjetivo (OE, 2001), a enfermeira não deixa de ser uma mediadora nas intervenções terapêuticas, dado o facto de só poder desenvolver estas intervenções após a aceitação das pessoas alvo de cuidados.

Ao considerarmos as enfermeiras como mediadoras de aprendizagens a desenvolver pelo elemento mediatizado - pessoa idosa e família - estamos de acordo com Feuerstein (1999 In Marchand, 2001), quando este afirma que a aprendizagem humana é possível pela ação de um mediatizador na sua perspetiva co-construtivista e dinâmica de modificabilidade cognitiva estrutural.

As intervenções que emergiram da análise dos dados, também podem ser consideradas independentes, pois para além de estas interagirem com as pessoas cuidadas recorrendo aos seus conhecimentos e competências profissionais, as intervenções das enfermeiras são legitimadas por conhecimentos e competências profissionais só reconhecidas aos enfermeiros.

Nesta dimensão consideramos como intervenções terapêuticas resultantes de uma mediação independente as seguintes subcategorias:

Procedimentos técnico-instrumentais

Os procedimentos técnico-instrumentais, na generalidade, são a razão pela qual as enfermeiras realizam a visita domiciliar, ou seja constituem o principal motivo para que o processo de interação se inicie através do “consentimento” de que as enfermeiras “invadam” a privacidade de uma pessoa-família no seu domicílio. Destes procedimentos constam o desenvolvimento de competências independentes em relação há consecução de cicatrização, ou o debelar de processos infecciosos ou inflamatórios devido a alterações fisiológicas, por causas médicas ou cirúrgicas.

“A nível de intervenções curativas, a agenda fica quase toda repleta de situações de feridas, pensos, feridas cirúrgicas, úlceras, feridas traumáticas, vacinação, injetáveis” (E.R.).

Capacitar para o auto cuidado

Uma das grandes finalidades dos cuidados de enfermagem no contexto global da saúde, e em particular na comunidade, é o bem-estar das pessoas alvo dos cuidados, com especial atenção às que apresentam características do que habitualmente se denomina grupos vulneráveis. Sem dúvida que as pessoas idosas que são referenciadas para prestação de cuidados no domicílio por parte das enfermeiras podem ser consideradas como pertencentes a este grupo.

De acordo com vários autores Silva, Lima e Galhardoni (2010), Paúl e Fonseca (2008), Teixeira e Neri (2008), Laranjeira (2007), Bezerra, Santo, Batista Filho (2005), Carneiro e Falcone (2004) e Sousa, Galante e Figueiredo (2003), há potencialidades que podem ser promovidas através de uma prática educativa, visando o denominado envelhecimento bem-sucedido, posição que se opõe à perspetiva da velhice como fase de perdas, danos e incapacidades.

Um modelo para desenvolver a promoção da saúde é proposto por Pender (2006), que apresenta um modelo com uma estrutura que possibilita que os enfermeiros planifiquem, intervenham e avaliem as suas ações de forma individual equacionando três componentes:

as características e experiências individuais, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento, e as consequências de adoção desses comportamentos.

O autocuidado é um conceito central na Enfermagem, especialmente em contexto comunitário, pelo facto de ser uma resposta humana que assume uma dimensão significativa como recurso para a promoção da saúde e prevenção da doença, ou de sequelas decorrentes de situações ao nível da saúde.

A Educação para a Saúde tornou-se tão central na prestação de cuidados que extravasou as preocupações teóricas para preocupações sociais, surgindo na legislação e regulamentação da profissão de Enfermagem. No documento dos Padrões de Qualidade, enunciados descritivos da OE (2001), surge claramente explícita a natureza do mandato social da profissão de Enfermagem a nível da missão educativa das pessoas que cuidam, seja na dimensão da promoção da saúde, seja na dimensão da readaptação funcional.

O autocuidado, como recurso acionado pelas enfermeiras na promoção da saúde e da autonomia das pessoas alvo de cuidados, constitui-se como um cuidado multifocal através de intervenções psico-educacionais, cognitivas e comportamentais (Petronilho, 2013; Sidani, 2011).

O autocuidado também promove a responsabilidade de autonomia e independência de cada pessoa, de acordo com o seu nível de capacidade, desempenhando um papel predominante na recuperação e/ou potencialização da sua saúde. Este potencial poderá ser mais ou menos atingível com a participação e ajuda das enfermeiras, com o objetivo de capacitar as pessoas que são alvo de cuidados através do planeamento educativo e de intervenções, cujo conteúdo se deve enquadrar no conhecimento das pessoas sobre a sua situação de saúde.

A pessoa idosa e família demonstram acreditar e confiar no profissionalismo, nas competências e na honestidade da enfermeira. Esta situação ocorre em momentos diferentes do percurso e do contacto com as enfermeiras, logo que este seja recorrente e não esporádico. A presença da enfermeira transmite segurança à pessoa idosa-família, que lhe confia todas as decisões a nível da sua saúde, o que implica que se crie uma simbiose entre todos os participantes na prestação de cuidados.

Quando se verifica esta situação está estabelecido um ambiente permeável aos ensinamentos para alterações de atitudes e estilos de vida. É uma das intervenções que mais preocupa

as enfermeiras e que estas desejam que ocorra com sucesso, pois a sua presença é muito limitada, devido ao tempo que dispõem. Neste sentido, as enfermeiras sentem uma grande necessidade de incluir nos cuidados a pessoa idosa, se esta tiver condições funcionais e cognitivas para tal, e/ou a pessoa que cuida dela. A percepção da enfermeira é a de que, ao transmitir autonomia ao alvo dos seus cuidados, está a promover a segurança da pessoa idosa e a diminuir o desgaste da família que cuida dela.

Em síntese, as enfermeiras pretendem capacitar as pessoas com um conjunto de conhecimentos e habilidades que as torne as mais autónomas que seja possível e que contribua para que tomem decisões que levem a ganhos em saúde e bem-estar.

“... normalmente eles estão muito orientadinhos nós também fazemos por isso, ensinamos o nº de vezes que for necessário, e eles são muito recetivos fazendo tudo direitinho como nós dizemos” (E.A.).

“... fazemos logo o domicilio fazemos ensino da mobilização, prevenção de úlceras de pressão, e vamos lá de forma consecutiva para verificar se fizeram bem a aprendizagem, vigiamos as ajudas” (E.M.).

Suporte emocional

A nível do suporte emocional, a enfermeira faz visitas com momentos de escuta para que sejam superadas situações de perda, de desgaste e de solidão, tanto em relação à pessoa idosa como à pessoa que está a cuidar dela.

A presença das enfermeiras também possibilita que a pessoa idosa partilhe os seus desgostos ou a sua felicidade em relação a situações que ocorrem no seio da sua família. Nesta intervenção, a enfermeira demonstra preocupação, atenção, afeto e interesse relativamente à situação que está a ser vivenciada naquele domicílio. Mesmo que ocorra o falecimento da pessoa que motivou a relação com os serviços do CS, é mantido este suporte emocional à pessoa que acompanhou e se dedicou ao alvo direto dos cuidados de enfermagem, tal como as enfermeiras nos diziam:

“... depois da morte do marido ela ficou muito deprimida sem companhia ... se eu deixasse de lá ir todos os dias, não sei o que aconteceria”. (E.C.).

“... quando temos mais pressa, digo-lhe que tenho de me ir embora e ela responde “vá embora menina vá, que eu estou bem” ela compreende que vou lá só para lhe dar apoio” (E.Ca.).

Da relação das categorias “mediação interdependente” e “mediação independente” com as subcategorias orientações no ambiente domiciliar, ponte com os profissionais de saúde, relação familiar, recursos da comunidade, procedimentos técnico-instrumentais, capacitar para o autocuidado e suporte emocional emerge o conceito “**Intervenção Terapêutica em Contexto**”.

As intervenções terapêuticas em contexto implicam um processo intelectual sistematizado e intencional na utilização do conhecimento, permitindo aos enfermeiros, de forma contínua e simultânea, compreender, aplicar, analisar, sintetizar e avaliar dados e informação para orientarem as suas ações. Apresentamos seguidamente a sistematização do processo de forma esquemática no diagrama 3.

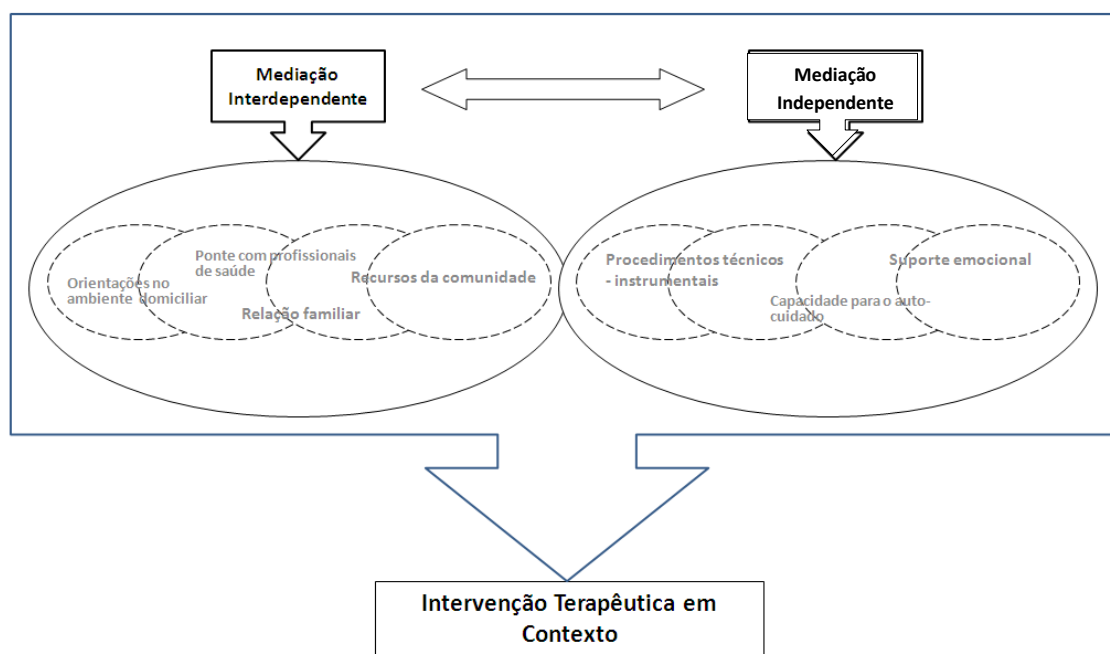


Diagrama 3. Representação esquemática da Intervenção Terapêutica em Contexto

Quando as enfermeiras já têm um conjunto de dados que lhes permitem identificar os problemas humanos que afetam a pessoa idosa-família é com subtileza e perícia que enfrentam as situações e desenvolvem intervenções terapêuticas, ou seja, atividades de enfermagem promotoras de saúde e bem-estar.

O plano de intervenção é delineado de acordo com as respostas humanas no domínio da saúde que continuamente vão sendo identificadas. Estes problemas humanos constituem processos de saúde, que provocam alterações de saúde na pessoa idosa e que alteram o seu padrão de bem-estar, contextualizado pelo seu ambiente domiciliário, de relação familiar e de relação com a comunidade. Todas estas dimensões são únicas e singulares para cada pessoa

Estas atividades desenvolvem-se através da relação humana, entre a(s) pessoa(s) alvo(s) de cuidados e a enfermeira, mobilizando esta um conjunto de competências e conhecimentos, no domínio da Enfermagem, para reconhecer e responder às necessidades de ajuda solicitadas e/ou percecionadas pelas próprias. A natureza da interação e o seu processo estão intimamente envolvidos influenciando-se mutuamente. Cada um destes elementos só poderá perspetivar-se em ligação com o outro e na sua dependência, como se de uma estrutura helicoidal se tratasse (espiral ascendente), encontrando-se ligados pela relação desenvolvida em todos os momentos de interação.

A Educação é outra área do conhecimento que, conjugada com os conhecimentos de Enfermagem e o conhecimento profundo da pessoa no seu contexto, permite estabelecer uma relação de confiança com a pessoa idosa e família como pressuposto essencial na promoção da saúde. O seu resultado é incrementar a autonomia das pessoas e promover o seu desenvolvimento, tendo o sucesso da interação, como grande finalidade, a implementação do bem-estar das pessoas alvo dos cuidados.

1.2 Processo de cuidados/processo de interação

Os dados obtidos pela observação, notas de campo e entrevistas, revelaram que a relação da enfermeira com a pessoa idosa e família se assumiu como central em todo o processo de prestação de cuidados. Esta relação era, simultaneamente, o contexto de todos os cuidados e um instrumento terapêutico.

Este processo era contínuo e progressivo, iniciando-se aquando da referenciação da pessoa idosa como alvo dos cuidados de enfermagem podendo prolongar-se no tempo independentemente de o problema inicial já estar solucionado, ou tendo ocorrido a morte da pessoa idosa. Neste último caso as enfermeiras continuavam a fazer visitas

domiciliares, tendo em conta as pessoas que tinham sido cuidadoras, na sua maioria também pessoas idosas, que necessitavam de manter a relação com as enfermeiras que as tinham acompanhado na difícil caminhada.

A progressividade da relação era dependente das características pessoais das enfermeiras, da pessoa cuidadora e da pessoa cuidada, assim como das necessidades de saúde que eram identificadas. Estas não eram pensadas como algo de definitivo, mas antes como um processo contínuo em que a solução de umas necessidades abre perspectivas para a identificação de outras. Esta progressividade da relação e, conseqüentemente, do processo de cuidados também estava dependente da aceitação e dos laços de confiança que se desenvolviam entre as enfermeiras e as pessoas cuidadas/cuidadoras. A relação assente na confiança e aceitação da presença das enfermeiras permitia que surgissem mudanças de atitudes que promovessem o bem-estar das pessoas cuidadas.

A indefinição do tempo de duração desta relação era motivada pelo facto do processo de envelhecimento se caracterizar por mudanças fisiológicas que vão exigindo adaptações contínuas a nível do autocuidado e das aprendizagens com adesão a novas orientações que promovessem estilos de vida mais saudáveis e, concomitantemente, o bem-estar. O papel das enfermeiras também se constituía como suporte e prevenção de complicações.

As enfermeiras que iniciavam o processo de cuidados dentro do Centro de Saúde, davam continuidade a este processo no contexto das pessoas cuidadas e, quando regressavam ao Centro de Saúde continuavam este processo através de:

- Registos eletrónicos;
- Planeamento e agendamento, em suporte de papel, da programação do dia seguinte;
- Contactos feitos dentro do CS com colegas para esclarecer alguma dúvida que tivesse surgido durante a visita, pedido de colaboração para contactar algum familiar relacionado com a pessoa visitada e/ou com o médico de família para solicitar a verificação de medicação, a necessidade de efetuar algum exame complementar de diagnóstico, etc.;
- Contacto com outros técnicos, especialmente com a assistente social, quando precisavam de sinalizar algo que lhes tivesse suscitado dúvidas, como indícios de

maus tratos, ou para a aquisição de ajudas técnicas - camas articuladas, colchões de pressão alterna, cadeiras de rodas e outros;

- Contacto com recursos autárquicos, comunitários e sociais (junta de freguesia, igreja ou outros), para uma intervenção destinada a alterações arquitetónicas, a melhorar a luminosidade, às acessibilidades à habitação ou a providenciar refeições, limpeza do domicílio ou cuidados de higiene à pessoa idosa.

Através deste conjunto de atividades podemos extrapolar as competências das enfermeiras. As competências foram observadas e comprovadas pelos resultados terapêuticos obtidos na interação com as pessoas cuidadas. Quando nos referimos às competências das enfermeiras participantes neste estudo temos como subjacente que o seu exercício profissional de Enfermagem correspondia ao preconizado pela ordem dos enfermeiros, que passamos a apresentar no quadro seguinte:

<p>O exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro quer as pessoas clientes dos cuidados de Enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de Enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades;</p>	<p>A tomada de decisão do enfermeiro, que orienta o exercício profissional, implica uma abordagem sistémica e sistemática – na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade); após efetuada a correta identificação da problemática do cliente, as intervenções de Enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. No processo de tomada de decisões em Enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na prática;</p>	<p>Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, relevam os princípios humanistas, de respeito pela liberdade e dignidade humanas e pelos valores das pessoas e grupos. No seu desempenho, os enfermeiros respeitam os deveres previstos no Código Deontológico e a regulamentação do exercício da profissão, que enformam a boa prática de Enfermagem.</p>
--	---	---

Quadro 8. Preâmbulo da apresentação em domínios das 96 competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2003, p.5-6)

No que toca ao processo de cuidados que as enfermeiras definiam e executavam, o seu exercício profissional enquadrava-se nas competências preconizadas pelo órgão regulador da profissão, quer no contexto domiciliário quer dentro do Centro de Saúde

durante a pré-visita, a visita domiciliária e após a visita.

Estas competências são inerentes à realização do processo de cuidados. Este poder-se-á considerar, de uma forma geral, como um padrão em qualquer contexto do exercício profissional de Enfermagem, perspetivando uma prática intencional, sistémica e sistematizada. Este padrão refere-se a um círculo constituído por etapas: recolha de dados que permite fazer a avaliação diagnóstica das situações; planeamento de cuidados de acordo com resultados expectáveis; execução de cuidados; e avaliação dos resultados obtidos, reiniciando-se todo o processo em qualquer uma das etapas indicadas.

No entanto, de acordo com o contexto estudado, este padrão não é completamente coincidente, pois verificámos um conjunto de especificidades adicionais que caracterizam o processo de cuidados a delinear, executar e avaliar, que poderemos esquematizar com a seguinte figura:

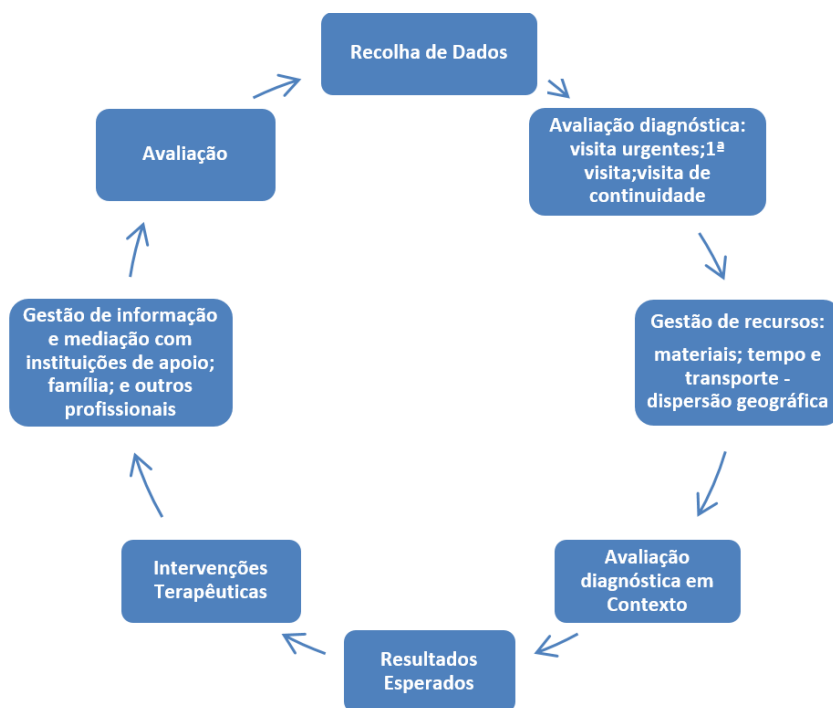


Figura 8. Etapas do processo de cuidados à pessoa idosa-família no domicílio

Verificámos que, estruturalmente, o processo de cuidados neste contexto exige às enfermeiras um conjunto de competências específicas, para além das que são exigíveis no processo de cuidados que ocorrem dentro das instituições de saúde. Nestas competências inclui-se, nomeadamente, a avaliação da tipologia de visitas com que se vão deparar em cada período de visita domiciliar - visita de urgência, 1ª visita ou visita de continuidade. Esta tipologia vai determinar a seleção dos materiais clínicos a

transportar e a decisão do circuito geográfico a fazer, de acordo também com o tempo em que dispõem do transporte.

O contexto domiciliar é um espaço privado e íntimo da pessoa visitada e não o espaço, que habitualmente, as enfermeiras dominam e têm sentimentos de pertença. Este é mais um fator que implica um “estar” e um “contacto” diferente das enfermeiras no processo de cuidados.

No contexto domiciliar as enfermeiras recolhem novos dados e elaboram o diagnóstico, já contextualizado e de acordo com o momento em que se procede ao contacto com as pessoas alvo de cuidados. Para além de delinearem os resultados esperados, executam as intervenções terapêuticas, as quais se prolongam para além do espaço restrito do domicílio.

Este processo não se reduzia a um conjunto de fatores individuais como se tratasse de uma *checklist*. Era exigido às enfermeiras, na fase organizacional, uma perícia que lhes permitia estabelecer as prioridades em necessidades de cuidados conjugando-as quer com os constrangimentos institucionais (tempo, motorista e carro) e geográficos, quer com o conhecimento profundo das pessoas que eram alvo de cuidados, e do próprio contexto comunitário onde a unidade de cuidados estava integrada.

Outro aspeto dessa perícia era a responsabilidade de catalisarem os vários recursos (institucionais, profissionais e familiares) com o objetivo de que as pessoas de quem cuidavam obtivessem ganhos em saúde. Todo este processo era implicitamente ou explicitamente avaliado, levando à sua continuidade circular.

As enfermeiras, parafraseando Alarcão quando se refere aos professores, são profissionais “...da ação cuja atividade implica um conjunto de atos que envolvem seres humanos. Como tal, a racionalidade que impregna a sua ação é uma racionalidade dialógica, interativa e reflexiva” (Alarcão 2001, p.23). Verifica-se que o processo de cuidados é eficaz quando assente no processo de interação de forma sistemática e intencional, e através da Educação para a Saúde, cujo objetivo é o de proporcionar conhecimentos que possam levar a pessoa cuidada a modificar o ambiente onde se insere e a adotar estilos de vida favoráveis promovendo o bem-estar.

Ilustramos este processo da seguinte forma:

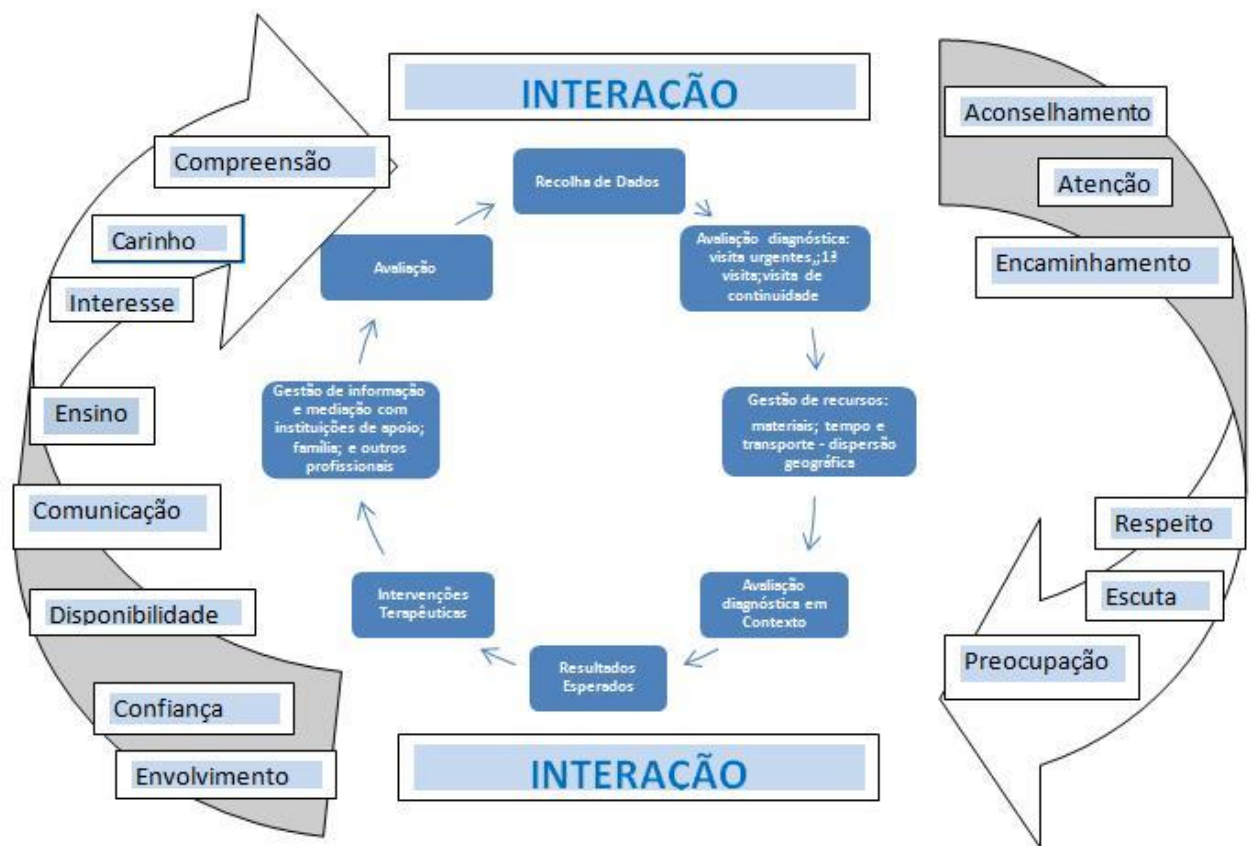


Figura 9. Etapas do processo de interação e competências mobilizadas pelas enfermeiras

As competências demonstradas pelas enfermeiras informantes do estudo (Envolvimento; Confiança; Disponibilidade; Comunicação; Ensino; Interesse; Carinho; Compreensão; Preocupação; Aconselhamento; Atenção; Encaminhamento; Respeito; Escuta; Preocupação), implicavam a integração de saberes de diversa natureza, e eram concretizadas pela realização de um conjunto de atividades de Enfermagem integradoras e contextualizadas.

De entre as várias áreas de saber, as Ciências da Educação fornecem-nos subsídios para a compreensão do papel da interação como catalisadora do desenvolvimento humano, de acordo com o nosso foco neste estudo: o desenvolvimento das pessoas cuidadas e das enfermeiras que cuidam.

O respeito, o diálogo e a confiança, segundo Gonzalez (2002), são as três chaves para criar o meio educativo. A Educação para a Saúde é um processo que humaniza porque aumenta a capacidade reflexiva e a capacidade de decidir conscientemente, assim como também aumenta a autonomia de cada cidadão na participação ativa. A Educação fornece subsídios fundamentais para a promoção da saúde, assim como para a formação de enfermeiros através da prática reflexiva, que transformam a experiência em fonte de aprendizagem.

Também a palavra e o diálogo são chaves dos processos educativos, pois permitem ao sujeito interagir com os outros e desenvolver-se. As capacidades comunicativas do enfermeiro deverão passar por uma boa estruturação das suas ideias, pois assim será facilitada a comunicação e aumentará a percepção do outro sobre a mensagem que pretende, de forma intencional, fazer chegar às pessoas alvo de cuidados. Num processo de interação dialógica, as enfermeiras têm a possibilidade de se adaptar e perceber por onde, e em que tempo devem encaminhar a sua ação.

Ao agirem em contexto domiciliar baseando a sua ação numa pedagogia dialógica e ativa, as enfermeiras favorecem atitudes de comunicação e de autoestima, quer no que toca às pessoas alvo dos cuidados, quer no que se refere a si próprias enquanto agentes educativas. Com recurso a esta estratégia, aprendem e ensinam a resolver problemas, a tomar decisões, a estabelecer relações e desenvolvê-las. A capacidade de escuta e a negociação de temas de Saúde facilitam à pessoa idosa e família melhorar a expressão dos seus problemas em Saúde e, conseqüentemente, a aquisição de aprendizagens.

**CAPITULO IV - TEORIA SUBSTANTIVA
PROCESSO DE INTERAÇÃO ENFERMEIRO E
PESSOA IDOSA E FAMÍLIA NO DOMICÍLIO –
REFLEXÕES FINAIS**

1. Processo de interação enfermeiro e pessoa idosa e família no domicílio

1.1. Teoria substantiva

Após a apresentação dos dados, passaremos à exposição da teoria substantiva.

Os pioneiros da GT (Glaser e Strauss, 1967) designam como teoria substantiva uma teoria que se fundamenta nos dados, emergindo da sua análise e da constante reflexão sobre esses dados. Consideram que uma teoria substantiva tem como funções:

- 1- “Permitir a explicação e previsão do comportamento;
- 2- Ser útil no avanço teórico;
- 3- Ser útil em aplicações práticas – previsão e explicação;
- 4- Fornecer uma perspetiva de comportamentos perante os dados;
- 5- Gerar e proporcionar um estilo de pesquisa em áreas particulares.” (Glaser e Strauss, 1967, p. 3).

Meleis (2005) corrobora a necessidade de os enfermeiros disporem de teorias que ancorem os seus juízos clínicos e as decisões terapêuticas clínicas nas suas práticas, afirmando “Os processos de apreciação, diagnóstico e intervenção devem ser considerados no desenvolvimento das teorias de enfermagem. Para alcançar os seus objetivos de suportar e promover saúde ótima e bem-estar ...” (Meleis, 2005, p.18).

O estudo dos cuidados de enfermagem desenvolveu-se no domicílio de pessoas idosas e família de uma zona geográfica delimitada, o que permitiu uma visão dos fenómenos que ocorreram na prática num contexto real e concreto já caracterizado. Assim sendo, esta teoria emerge de um conjunto coeso de categorias interrelacionadas, elaboradas e fundamentadas nos dados, em consonância com Charmaz (2008), que afirma que a teoria substantiva é uma interpretação teórica ou explicação de um problema delimitado a uma área particular.

Na perspetiva de enquadrar e direcionar a construção teórica do estudo, considerámos como basilares as seguintes asserções:

- A prestação de cuidados em enfermagem é um processo de raciocínios lógicos e reflexivos sobre as respostas adequadas às situações de saúde que as pessoas e ou grupos estão a viver, exigindo avaliação e intervenção dos enfermeiros na resolução dos

problemas com que as pessoas alvo dos cuidados se confrontam no seu quotidiano e no seu contexto familiar, domiciliário, comunitário e social;

- As práticas de enfermagem oferecem um cuidado diferenciado a cada ser humano, como ser integral e singular, contextualizado na sua realidade pessoal, nas suas experiências de vida e nas suas expectativas a nível de saúde e bem-estar;

- A pessoa idosa como qualquer ser humano é modificável cognitivamente através de um mediador persistente na sua ação educativa;

- A pessoa idosa é um ser humano constituído por dimensões biológicas, cognitivas, emocionais, relacionais e sociais, que se interligam e interinfluenciam na dimensão pessoal e interpessoal;

- A pessoa idosa incorpora a “sabedoria” que lhe permite fazer juízos e tomar decisões sobre a sua própria vida;

- A família e/ou pessoa significativa são perspectivadas como recursos, alvos e entidades passíveis de intervenção no que toca ao processo de prestação de cuidados de saúde;

- O sucesso do processo de cuidados depende da interação que se desenvolve com as pessoas cuidadas, assumindo essa interação uma dupla função de veículo e de instrumento terapêutico.

A prestação de cuidados de enfermagem às pessoas idosas e família no seu domicílio constitui um grande desafio profissional para as enfermeiras, exigindo-lhes uma grande perseverança e resiliência pessoal. Tal deve-se a um conjunto de condicionantes organizacionais, relativamente ao número de pessoas de quem as enfermeiras cuidam, nomeadamente o tempo que lhes é disponibilizado, o meio de transporte e a dispersão geográfica.

O nível do desempenho da atividade profissional é também um desafio constante pela imprevisibilidade das necessidades de cuidados, exigindo às enfermeiras que mantenham o equilíbrio entre os seus pressupostos e as solicitações das pessoas alvo de cuidados, ou ainda a confrontação com dados clínicos, emocionais, afetivos, económicos que poderiam surgir durante a interação desenvolvida no domicílio.

O equilíbrio que as enfermeiras encontram é mediado pela reflexão que desenvolvem através de construções e reconstruções do seu pensamento, em círculos concêntricos e em espiral, que não são desligadas dos seus conhecimentos, sentimentos, emoções e afetos.

A perseverança e a resiliência estão intimamente relacionadas com as capacidades que as enfermeiras demonstraram quando tinham que se dirigir para os domicílios onde eram aguardadas, independentemente: (i) das condições climáticas; (ii) do facto de terem de suportar, fisicamente, o saco onde transportavam os materiais que lhe iriam ser úteis para as suas práticas técnico-instrumentais; (iii) de invadirem um espaço privado; (iv) da incerteza relativamente ao cenário que iriam encontrar; (v) de terem de ajustar o processo de cuidados a situações clínicas, ou a outras situações não clínicas.

Como já referimos, o padrão do processo de cuidados estabelecido e utilizado em qualquer outro contexto do exercício profissional de enfermagem não é completamente adequado ao desenvolvimento de cuidados terapêuticos no domicílio, ou seja, não responde às especificidades do processo de cuidados à pessoa idosa e família no seu contexto domiciliar. Da análise de dados verificámos que as etapas do processo de cuidados à pessoa idosa e família careciam de especificações para descrever e compreender este processo de cuidados, que era mediado pela interação constante, que se prolongava no tempo e na construção da relação. Propõe-se a seguinte esquematização:

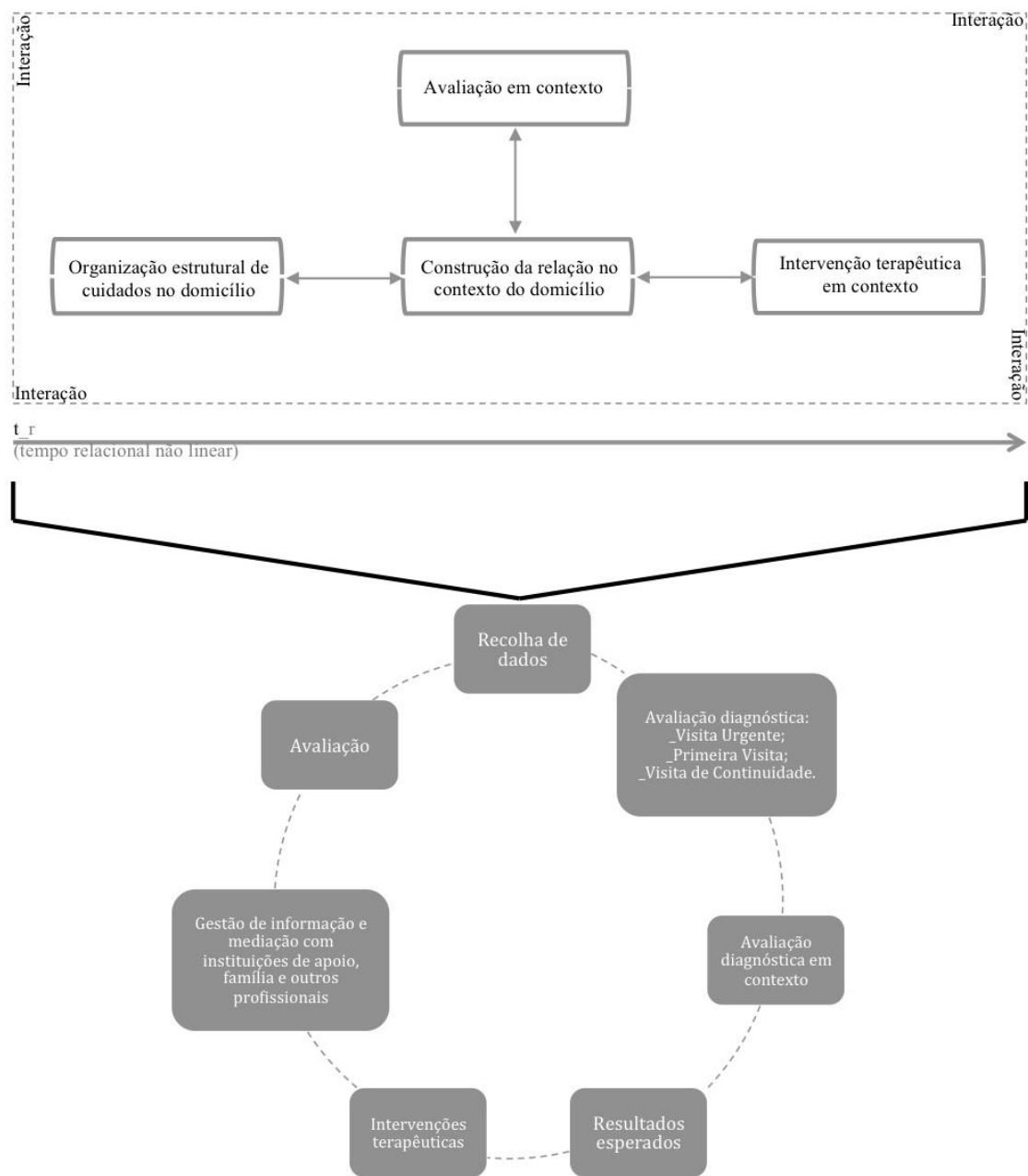


Diagrama 4. Padrão do processo de cuidados no domicílio

Nesta linha de pensamento e atendendo aos elementos concetuais subjacentes propomos uma teoria substantiva que designamos por “Cuidar no domicílio – um processo de interação”. Esta teoria emerge de um conjunto coeso das seguintes categorias, com as suas definições e proposições, integradas e articuladas: **Intervenção Terapêutica em Contexto; Avaliação em Contexto; Organização Estrutural de Cuidados no**

Domicílio. Os elementos deste conjunto são interdependentes e ligados pela Construção da Relação em Contexto Domiciliar, que é um processo contínuo e dinâmico, mediado pela Interação de todos os participantes neste processo: pessoa idosa e família, enfermeiros, assistentes domiciliares, vizinhos, recursos da comunidade (formais e informais), outros técnicos de saúde, autarquias e líderes de natureza religiosa.

A Construção da Relação no Contexto do Domicílio assume-se como categoria central, pois a natureza e processo de interação entre o enfermeiro, a pessoa idosa e família no domicílio estão compreendidos nesta categoria, quer de forma primária quer de forma secundária, com todos os outros recursos comunitários e institucionais.

Consideramos portanto que as Intervenções Terapêuticas em Contexto são um processo dinâmico, articulando-se com a Avaliação Diagnóstica em Contexto, assim como com a Organização Estrutural dos Cuidados Domiciliares, apresentando-se como interdependentes e ligados pela Construção da Relação no Contexto do Domicílio.

O sucesso do processo de prestação de cuidados em enfermagem à pessoa idosa-família no domicílio implica a adaptação recíproca de todas as pessoas envolvidas na Construção da Relação no Contexto do Domicílio, bem como a interceção com a Avaliação Diagnóstica em Contexto Domiciliar, com a Organização Estrutural dos Cuidados Domiciliares e com a Intervenção Terapêutica. Estas três categorias não se apresentam de forma horizontal e hierárquica. Pode-se afirmar que os resultados obtidos, a nível de bem-estar das pessoas cuidadas com a colaboração e gestão de todos os recursos humanos e materiais concorrem, também, de forma continuada para a Construção da Relação no Contexto do Domicílio. Isto significa que estas categorias se relacionam e articulam entre si num processo diacrónico não linear, mas sim helicoidal. Apresentamos, esquematicamente (Diagrama 5), a teoria substantiva que emergiu dos dados no contexto de prestação de cuidados à pessoa idosa e família no domicílio.

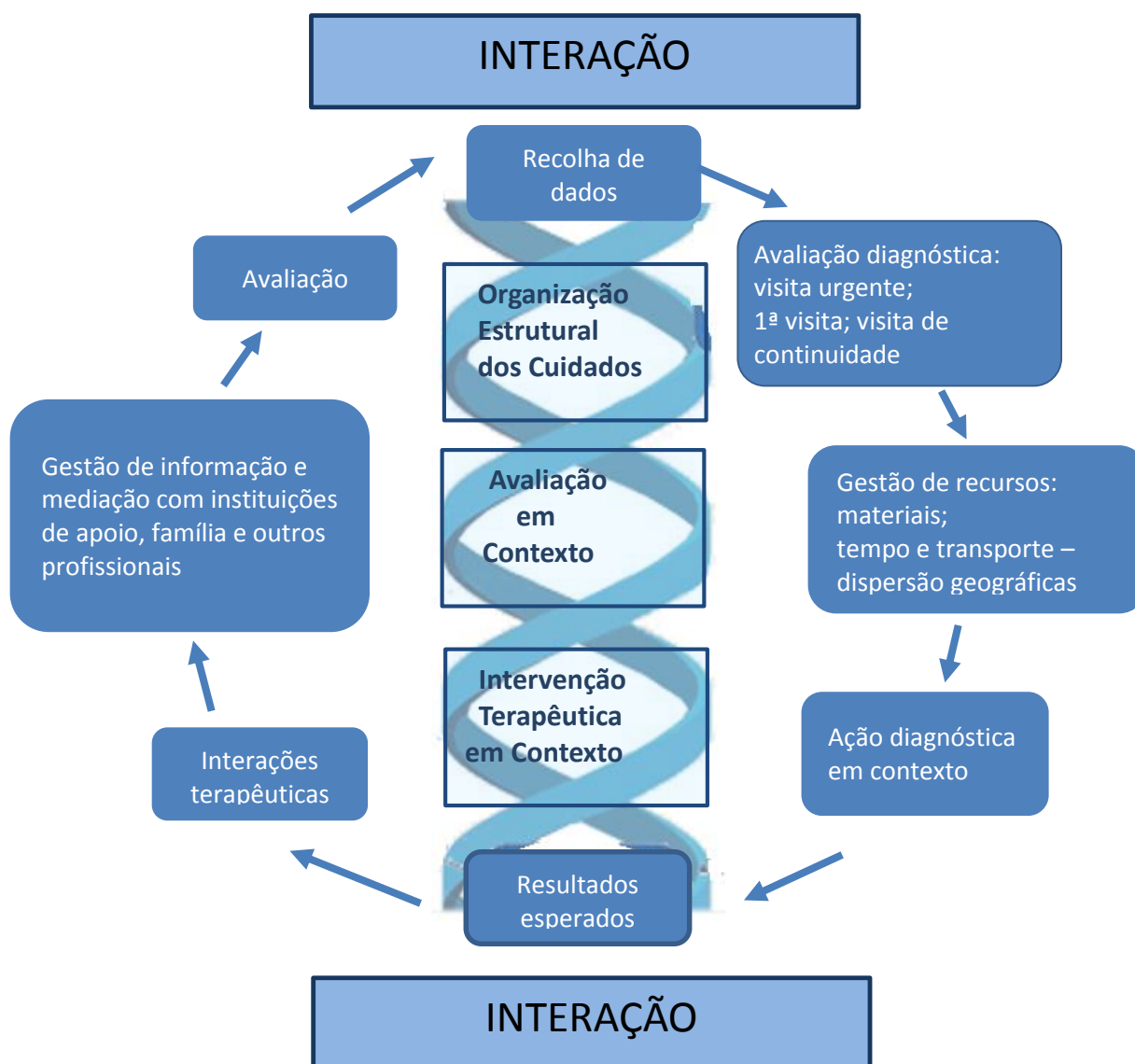


Diagrama 5. Teoria Substantiva Cuidar no domicílio como processo de interação

O processo de construção da relação não se desenvolve através de etapas sequenciais lineares e hierárquicas, mas sim através de uma atitude profissional em que o plano de cuidados é gerido de forma contingente, dependendo entre outros fatores, de se tratar de uma primeira visita ou de visitas de continuidade. As enfermeiras constroem e reconstróem a avaliação e adequam as intervenções às situações de saúde-doença com que se vão confrontando, assim como à disponibilidade e abertura que vão sentindo por parte dos sujeitos alvo dos seus cuidados.

A relação inicia-se aquando da referenciação da pessoa idosa como alvo dos cuidados de enfermagem e prolonga-se no tempo, mesmo após o problema inicial que foi sinalizado

ter sido solucionado, ou mesmo que o desfecho da situação inicial seja a morte da pessoa idosa alvo dos cuidados.

A indefinição do tempo de duração desta relação com a pessoa idosa é motivada pelo facto de o processo de envelhecimento ser caracterizado por mudanças fisiológicas que vão exigindo adaptações progressivas ao nível do autocuidado, pelo que as enfermeiras mantêm as visitas domiciliárias, numa perspetiva de prevenção e promoção da saúde e bem-estar, de acordo com cada fase ou *status* de saúde.

É no contexto da relação que as enfermeiras encontram o ambiente necessário à obtenção dos dados de que carecem para a compreensão das necessidades de cuidados dos idosos. Assim, à medida que o tempo decorre, a resposta das enfermeiras extravasa o objetivo inicial (curativo) e passa a incluir outras dimensões, com recurso a outras estratégias de intervenção e com outros objetivos terapêuticos, nomeadamente educacionais. Estabelecem-se díades de uma forma longitudinal, desde o primeiro contacto e durante o percurso de desenvolvimento humano dos sujeitos deste processo de interação.

Referimo-nos ao que Bronfenbrenner (1980) classifica como díade observacional, díade de atividade conjunta e díade primária. As enfermeiras são os atores chave neste processo, reunindo e operacionalizando, com perícia e competência - “*artistry*” - (Alarcão, 1996), estratégias e instrumentos (em contexto domiciliário, na comunidade e no Centro de Saúde) promotoras de um contínuo e progressivo bem-estar das pessoas cuidadas e, conseqüentemente, no desenvolvimento humano. Tal implica a perspetiva de que o envelhecimento é uma fase do desenvolvimento humano em que a Educação e a Saúde têm uma grande predominância.

Todas estas características estão presentes em alguns dos estudos mais recentes desenvolvidos em Portugal, nomeadamente o de Sapeta (2011), de Oliveira (2011), de Frias (2010) e de Lopes (2006). Nestes estudos encontra-se, também, explícita a dupla dimensão da relação, enquanto contexto da prestação de cuidados e prestação de cuidados por si só.

É de salientar todavia que, contrariamente aos estudos atrás referidos, que se desenvolveram em contexto hospitalar, o presente estudo se desenvolveu em contexto domiciliário. Apesar das semelhanças, o papel da enfermeira apresenta, neste caso, características particulares e dignas de realce, pois a enfermeira age como se fosse uma

antropóloga, ou seja, precisa de conhecer as particularidades de cada uma das famílias com que contacta e de adequar a sua intervenção ao seu alvo específico. Outra particularidade a realçar é a emergência da necessidade da Educação para a Saúde, com particular ênfase na capacitação para o autocuidado, quer da pessoa idosa quer da família (cuidador). Como fator contextual, mas não menos importante, surge também o facto de, no domicílio, os enfermeiros atuarem num ambiente que, para além de não ter as condições nem recursos que uma unidade hospitalar pode oferecer, os coloca, inicialmente, na situação de um estranho que invade a privacidade de uma família.

De acordo como o exposto no estudo de Lopes (2006), o foco de atenção central das enfermeiras é a pessoa para quem foram requeridos os cuidados. No entanto, observa-se também que, de acordo com as circunstâncias, os enfermeiros podem focalizar-se também noutros aspetos integrantes do contexto de prestação de cuidados: na interface pessoa idosa-família, com as várias organizações que interagem com aquela família (outros profissionais, outras realidades comunitárias), ou noutras contingências relacionadas com a gestão de materiais clínicos, circuito geográfico, limitações de tempo, meio de transporte e motorista. Este conceito de focalização contextual adquire características muito próprias, marcadas pelo contexto comunitário dos cuidados.

Relativamente à categoria Organização Estrutural dos Cuidados Domiciliares, destacamos, por um lado, a multifocalidade, e por outro, a decisão clínica. A decisão clínica é referida nesta categoria por ser aquela que mais se evidencia e é transversal a todas as outras categorias. A decisão clínica apresenta características que se aproximam do modelo proposto por Jesus (2006), apesar deste modelo ter sido desenvolvido em contexto hospitalar. Partilha-se a ideia de Orlando (1999) acerca da existência de “dois contínuos permanentes - interagir e intervir, os quais, por sua vez possibilitam três outros contínuos: conhecer o utente, resolver problemas e avaliar” (Orlando, 1999, p.360).

As intervenções dos enfermeiros incluem, para além das dimensões curativas, as relacionadas com o ensino, nomeadamente orientar, prevenir, promover, fazer supervisão e vigilância de saúde. A supervisão é desenvolvida na interação da enfermeira com a pessoa idosa e todos os envolvidos no projeto de interação, no que toca à promoção do bem-estar, ou seja, o processo contínuo de construção de saberes, quer por parte das pessoas cuidadas, quer por parte das enfermeiras. A análise dos resultados espelha, nesta dimensão de supervisão, similitudes com o trabalho contínuo feito pelos professores, uma

vez que tem como foco central o desenvolvimento humano de todos os intervenientes deste processo domiciliar (Alarcão e Tavares, 1978, 2003).

A relação começa antes do primeiro encontro e prolonga-se para lá do requerido pela dimensão curativa; funciona como contexto dos cuidados, logo como facilitadora da avaliação sistemática, e como cuidado em si mesma. O processo de construção da relação é progressivo, flexível, dependendo em grande parte da evolução da confiança.

As enfermeiras têm de ter conhecimento pormenorizado dos seus utentes e uma visão global de todo o contexto interno (normas e orientações do funcionamento do Centro de Saúde) e externo, o ambiente onde se desenvolvem os cuidados. Este conhecimento permite-lhes fornecer respostas de saúde adequadas, contextualizadas nas políticas de gestão e na otimização dos recursos existentes na Instituição de Saúde a que pertencem e na comunidade onde está inserida a pessoa idosa-família.

A responsabilidade e autonomia das enfermeiras para fornecer respostas adequadas aos seus utentes implicam a tomada de decisões ancoradas no seu conhecimento específico sobre as pessoas de quem cuidam, nas suas competências profissionais e nos seus conhecimentos científicos.

Fica assim demonstrada a inter-relação entre as categorias **Organização Estrutural dos Cuidados Domiciliares** e **Avaliação Diagnóstica em Contexto Domiciliar**. Deve salientar-se que, de acordo com o já observado, esta avaliação antecipatória é passível de alteração face aos dados recolhidos em contexto.

No processo de saúde/doença também há a participação e envolvimento do cuidador-família, pois este permanece mais tempo com a pessoa idosa e pode dar informações atempadas para que as enfermeiras desenvolvam intervenções terapêuticas a nível da proteção de saúde, que Pender, Murdaugh e Parsons (2006) refere ser um comportamento motivado para evitar a doença de forma ativa, no sentido de detetar mais cedo uma doença previsível, ou mesmo evitar que esta surja.

A participação nos cuidados às pessoas idosas no domicílio, por parte dos cuidadores-família, depende de conhecimentos para desenvolverem a melhor estratégia e compreenderem “o como” e “o que” fazerem. Como educadores, os enfermeiros fazem o diagnóstico das necessidades de conhecimento de todos os atores envolvidos no processo de cuidar, promovendo, adicionalmente, conhecimentos de autocuidado.

A focalização em aspetos contextuais não exclui a ênfase na promoção da autonomia e independência da(s) pessoa(s) alvo dos cuidados. Muito frequentemente, as situações de saúde/doença com que estas se deparam são desconhecidas, constituindo experiências que nunca vivenciaram. Depois de identificarem estas necessidades de conhecimento, os enfermeiros desenvolvem um plano adequado para instruir, treinar e acompanhar o cuidador/família e a pessoa idosa no processo de cuidar, promovendo desta forma a corresponsabilização e *empowerment* de todos os envolvidos.

As decisões sobre a periodicidade de prestação de cuidados estão dependentes de dados observáveis no contínuo saúde/doença. Para estas decisões também contribui a experiência que as enfermeiras têm das várias situações da sua vida profissional, ou seja, as aprendizagens significativas por meio das quais se tem desenvolvido o seu conhecimento.

O trabalho responsável com a pessoa idosa-família implica que a enfermeira vivencie e interiorize todas as situações que vão ocorrendo durante as várias visitas, havendo uma entrega total das enfermeiras, que integram e assumem as suas experiências profissionais de forma comprometida e continuada.

As intervenções a implementar são portanto orientadas numa perspectiva holística e centradas no contexto da pessoa idosa e família, pois só assim haverá adequação e aceitação por parte da pessoa idosa e família das sugestões de um plano de intervenção. Verifica-se que a focalização da prática no contexto, hábitos e estilos de vida das pessoas cuidadas facilita a aceitação das sugestões e o sucesso da intervenção das enfermeiras, permitindo, concomitantemente, a introdução de novas orientações e o sucesso na obtenção de ganhos de saúde e bem-estar para as pessoas idosas.

2. Reflexões finais

Os conhecimentos fornecidos pela teoria substantiva **“Cuidar no Domicílio – um Processo de Interação”** fundamentada nos dados e na sua análise, fornecem contributos válidos para a prática de enfermagem nesta área específica do cuidar a pessoa idosa e família no domicílio. As práticas de enfermagem orientadas por esta teoria poderão resultar em “melhores práticas” em cuidados domiciliários, uma vez que há uma desocultação e sistematização da complexidade dos cuidados de enfermagem em contexto domiciliar. Com a sua perícia e o conhecimento desta teoria, os enfermeiros poderão mobilizar recursos cognitivos para explicar, prever e prescrever os cuidados de enfermagem de uma forma mais eficiente e proativa. Na Figura 10 pretendemos esquematizar o conjunto de sistemas e recursos que podem ser dinamizados pelos enfermeiros quando prestam cuidados no domicílio.

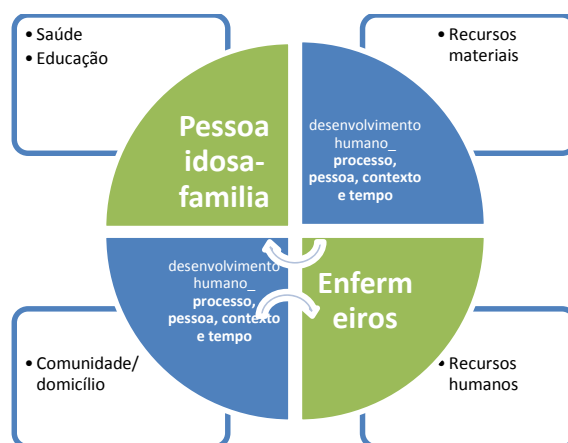


Figura 10. Vários Sistemas e Recursos de Interação

O reconhecimento da interação como fator central do cuidado poderá estimular os enfermeiros a promover ambientes favoráveis à prática, através da promoção de interações de proximidade e, concomitantemente, adequadas aos contextos das pessoas alvo de cuidados. De igual modo, a aproximação e conexão com a família transmite à pessoa idosa e à sua família, uma preocupação genuína e comprometida por parte dos enfermeiros que lhes prestam cuidados. Assim, as respostas proporcionadas aos problemas dessas pessoas serão congruentes com as suas necessidades, permitindo-lhes serem, de facto, o foco da equipa de prestação cuidados.

Esta teoria substantiva parece ser relevante para a consciencialização dos enfermeiros acerca do seu papel como “dinamizador/supervisor” no envolvimento dos diferentes setores, nomeadamente, comunitário, político, social e educacional. Assim, os enfermeiros contribuem para a definição de níveis de responsabilização de toda a sociedade próxima no cuidar das pessoas idosas e família no domicílio.

O envelhecimento é uma fase do desenvolvimento humano revelando-se a Educação e a Saúde como essenciais para a promoção desse desenvolvimento. Os enfermeiros são os atores chave neste processo, utilizando várias estratégias e instrumentos no contexto onde desenvolvemos o nosso estudo. Estes enfermeiros paralelamente ao desenvolvimento humano da pessoa idosa e família, também se desenvolvem como pessoas e como enfermeiros. Como defendido por Paulo Freire (1987) na Educação, o educador não é só aquele que educa, pois enquanto educa também é educado. Daí que resulta o desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem.

Ao refletirmos sobre as limitações do estudo que acabamos de apresentar, consideramos que este representa para o conhecimento uma parcela limitada sobre a Educação no Processo de Interação entre o Enfermeiro e Pessoa Idosa e Família no Domicílio, devido à singularidade dos objetivos e do contexto onde foi realizado o estudo.

Outra limitação que apontamos relaciona-se com a nossa (minha) inexperiência de utilizar a *Grounded Theory*, o que implicou um grande esforço de compreensão e elasticidade no processo de codificação, que se tornou também apaixonante, pois foi um processo de descoberta, desocultação e de fundamentação empírica de algo que percecionávamos, mas não tínhamos a certeza nem podia ser afirmado por falta de evidência empírica. Apesar destas limitações, consideramos que este estudo poderá trazer contributos para a compreensão do cuidar de pessoas idosas e família no domicílio.

A reflexão e a análise da teoria substantiva formulada poderão trazer contributos na formação dos estudantes de Enfermagem, no repensar as práticas utilizadas nos Centros de Saúde a nível da avaliação diagnóstica, planeamento de cuidados e a implementação dos mesmos. Não é adequado transferir as práticas utilizadas em meio hospitalar sem a devida adaptação à realidade das comunidades onde estão inseridos os Centros de Saúde. A nível de gestão deverão ser repensados os métodos de trabalho e os horários ajustados às necessidades em termos de cuidados às pessoas idosas e família, preferencialmente em horários compatíveis com a pessoa que se responsabiliza na continuidade de cuidados.

Outro aspeto a ser repensado é a limitação de tempo colocada aos enfermeiros devido à gestão do meio de transporte.

Consideramos também que outros questionamentos se poderão colocar em investigações futuras, para melhor compreensão da natureza e dos processos dos cuidados desenvolvidos nos domicílios, como por exemplo estudar: (i) outra população alvo, que não só pessoas idosas; (ii) estratégias de Educação para a Saúde a cuidadores de pessoas idosas; (iv) estratégias de Educação para a Saúde a cuidadores de pessoas não idosas; (v) a aquisição e o desenvolvimento de perícia das enfermeiras na prestação de cuidados no domicílio.

BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, I. (1982). Supervisão Clínica: um Conceito e uma Prática ao Serviço da Formação de Professores. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. Ano XVI. (pp. 149 – 168).
- Alarcão, I. (1996). Reflexão Crítica Sobre o Pensamento de D. Schön e os Programas de Formação de Professores. In I. Alarcão *Formação Reflexiva de Professores. Estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora, (pp. 9-39).
- Alarcão, I. (2000). *Escola Reflexiva e Supervisão. Uma Escola em Desenvolvimento e Aprendizagem*. Porto: Porto Editora.
- Alarcão, I. (2001). *Escola Reflexiva e Nova Racionalidade*. Porto Alegre: Artemed
- Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. In *Referência*. Vol. 6. Coimbra, (pp. 54-9).
- Alarcão, I. e Tavares, J. (2010). *Supervisão da prática pedagógica – uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Edições Almedina.
- Alarcão, I. (2011). *Professores Reflexivos em uma escola reflexiva*. São Paulo: Cortez Editora.
- Almeida, A. (2009). A reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência – estudo exploratório em meio hospitalar. *Dissertação de mestrado*. Porto: ICSUCP.
- Basto, M. (2005). Da (in)visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num centro de saúde. In *Enfermagem* vol. 23, Nº 1, (pp.25-41).
- Basto, M. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina: proposta de um percurso. In *Pensar Enfermagem*, vol. 13, nº 2, Lisboa: UIDE-ESEL (pp.11-18).
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito-excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto, Coimbra.
- Bronfenbrenner, U. (1980). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (2002). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artmed.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bronfenbrenner, U. e Morris, P. (1998). The Ecology of developmental Process. In W. Damon e R.M. Lerner. (Eds), *Handbook of Child Psychology, 1, Theoretical Models of Human Development*. New York: Wiley, (pp. 993-1028).

- Bub, M. et. al. (2006). A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. In *Texto e Contexto Enfermagem*, 15 (Esp.) Brasil: Florianópolis (pp.152-157)
- Callery, P (1997). Maternal knowledge and professional knowledge: co-operation and conflict in the care of sick children. In *International Journal of Nursing Studies*, v.34.1, February. USA: IJNS, (pp. 27-34).
- Carta de Bangkok (2005) Promoção da Saúde em um Mundo Globalizado. Tailândia. Disponível em: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf> – consultado dezembro 2011.
- Carta de Ottawa (1986). Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, novembro de 1986. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf– consultado dezembro 2011.
- Charmaz, K. (2008). Constructionism and the Grounded Theory. In J.A. Holstein e J. F. Gubrium (eds.), *Handbook of Constructionist Research*. New York: The Guilford Press (pp. 397-412).
- Cícero, M. (2003). *Fac-símile da ed. De Veneza: Estevão de Sabbio, 1538 - Catão Maior ou da Velhice*. Lisboa: Biblioteca Nacional.
- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF (2003). Disponível em arquivo.e-se.ips.pt/e-se/cursos/edespecial/pdf.
- Costa, M. (1998). *Enfermeiras, dos percursos de formação à produção de cuidados*. Rio de Janeiro: Fim de Século.
- Costa, M (2002). *Cuidar Idosos- Formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Lisboa: EDUCA.
- Darkenwald, G. (2005). *Field Research and Grounded Theory- Chapter Five*. Disponível em: <http://www-distance.syr.edu/cach5.html> em 11/06/23 11:07
- Declaração de Adelaide (1988). Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Adelaide, Austrália, 5-9 de abril de 1988. Disponível em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Adelaide.htm– consultado janeiro 2012.
- Declaração de Alma-Ata (1978). Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978 , Disponível em <http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>–consultado dezembro 2011.
- Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI (1997). Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf – consultado novembro 2011.

- Declaração de Sundsvall (1991). Promoção da Saúde e Ambientes Favoráveis à Saúde 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Sundsvall, Suécia, 9 – 15 de Junho de 1991. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_sundsvall.pdf – consultado janeiro 2012.
- Delors, J. Et al. (1998). Educação: um Tesouro a Descobrir – Relatório para a UNESCO. São Paulo: Cortez Editora-UNESCO.
- El-Hani, C. e Bizzo, N. (1999). Formas de Construtivismo: Mudança Conceitual e Construtivismo Contextual. In *Atas do II Encontro de Pesquisa em Educação em Ciências – Ensaio Pesquisa em Educação em Ciências* (ENPEC), vol. 4, nº 1, Minas Gerais: UFMG.
- Figueiredo, M. (2009). Enfermagem de família: um contexto do cuidar. *Tese de Doutorado*. Porto: Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Fonseca, A. e Paúl, C. (2008). Saúde e qualidade de vida ao envelhecer: perdas, ganhos e um paradoxo. In *Geriatrics & Gerontologia*, vol. 2, nº 1, Lisboa: SPGG, (pp. 32-37).
- Fonseca, V. (1991). De algumas concepções de inteligência à perspectiva da modificabilidade cognitiva estrutural de R. Feuerstein. In *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, vol. I, nº 5/6, (pp. 13-24).
- Fonseca, V. (1998). *Aprender a aprender – a educabilidade cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Fonseca, A. (2007). Subsídios para uma Leitura Desenvolvimental do Processo de Envelhecimento. In *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), (pp.277-289). Disponível em www.scielo.br/prc. – consultado dezembro 2011.
- Freire, P. (1987). *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Frias, C. (2010). O processo de construção de cuidados enfermeiro/pessoa em fim de vida: encontro de corpos. *Tese de Doutorado*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Gibson, C. (1991). A concept analysis of empowerment. In *Journal of Advanced Nursing*, 16, USA: John Wiley and Sons (pp. 354-61).
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital – enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo*. Loures: Lusociência.
- Hulme, P. (1999). Family empowerment: a nursing intervention with suggested outcomes for families of children with a chronic health condition. In *Journal of Family Nursing*, Vol. 5 (1), Canadá: SAGE (pp. 33-50).
- Jesuino, J. (1999). *Processos de liderança*. Lisboa: Livros Horizonte.

- Jesus, E. (2006). *Decisão clínica de enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Kérouac, S. et. al. (1996). *La Pensé Infirmière, conceptions et stratégies*. Québec: Études Vivantes.
- King, K. e Lawler, P. (1998). Institutional and individual support of growth among adult learners. In *New Horizons in Adult Education*, v. 12, nº 1, Launcestan: John Wiley and Sons (pp. 4-10).
- Laverack, G. (2004). *Promoção de saúde – Poder e empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Lemme, B. H. (1995). *Development in adulthood*. Boston: Allyn & Bacon editors.
- Lopes, C. e Jorge, M. (2005) Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interactivo em enfermagem. In *Rev Esc Enferm USP* 39(1), São Paulo: USP (pp. 103-8).
- Lopes, N. (2001). *Recomposição Profissional de enfermagem – estudo sociológico em contexto hospitalar*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Lopes, M. e Lourenço, O. (1998). Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: Alguns dados e implicações. In *Análise Psicológica*, 4 (XVI), Lisboa: ISPA (pp. 655-665).
- Lopes, M. (2003). A metodologia da Grounded Theory: Um contributo para a conceitualização na enfermagem. In *Revista de Investigação em Enfermagem* (8), Coimbra: Formasau (pp.63-74).
- Lopes, M. (2005). Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. In *Rev. Esc Enferm USP*; 39 (2), São Paulo: USP (pp. 220-8).
- Lopes, M. (2006). *A Relação Enfermeiro-Doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- Marchand, H. (2001). *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e do idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Mcmahon, R. e Pearson, A. (1998). *Nursing as therapy*. Cheltenham (UK): Editora Nelson Thornes.
- Meleis, A. (2007) - *Theoretical nursing: development & progress*. 4ª ed. Philadelphia: Lippincott, Williams Wilkins.
- Meleis, A. (1997). *Theoretical nursing: development & progress*. 3ª ed. Philadelphia: Lippincott, Williams Wilkins.
- Meleis, A. e Sawier, L. e Im, E. e Hilfinger, M. e Schumacher, K. (2000). Experiencing transition: an emerging middle-range theory. In *Advances in Nursing Science*, Set. 23 (1), USA: Wolters Kluwer - Lippincott, Williams Wilkins (pp.12-28).

- Miguel, M. (2002). La Etnometodologia y el Interaccionismo Simbólico. In *Revista HETEROTOPIA*, vol.2, nº 21, Caracas: UCV (pp. 9-21).
- Miguel, M. (2006). Nuevo Paradigma Epistemológico de la Ciencia. In *Revista Concienciactiva* 21, nº 14, Caracas: FC (pp. 15-59).
- Ministério da Saúde. (2003). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - Classificação Detalhada com definições - Todas as categorias com as suas definições, inclusões e exclusões proposta de um percurso. In *Pensar Enfermagem*, vol. 13, nº 2, Lisboa: UIDE-ESEL (pp. 11-18).
- Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2006). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Moniz, J. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa – a prática de cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência.
- Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro – Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012). *Relatório de Primavera 2012 Crise & Saúde um País em Sofrimento*. Lisboa: OPSS, INODES e FCG.
- Oliveira, C. (2011). O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: individualizar a intervenção conciliando tensões. *Tese de doutoramento*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- OMS, (2000). 2ª Conferência Interministerial de Munique – Declaração de Munique. Região Europeia da OMS. In *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, nº 0, Lisboa: OE.
- ONU (2002). 2ª Assembleia Mundial sobre Envelhecimento. Acedido em <https://www.unric.org/html/portuguese/ecosoc/ageing/idosos-final.pdf>, outubro 2012.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. St. Louis: Mosby.
- Paiva, A. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem - uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra: Formasau e ESESJ.
- Parse, R. (1995). *Illuminations: the human becoming theory in practice and research*. London: Jones and Bartlett Publishers.
- Paúl, C. e A. Fonseca (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. (2005). A Construção de um Modelo de Envelhecimento Humano. In C. Paúl e A. Fonseca (coord.) *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores (pp. 21-41).

- Pender, N. e Murdaugh, C. e Parsons, M. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*, 5ª Ed., New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Pereira, H. (2011). Subitamente cuidadores informais! A experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado. *Tese de doutoramento*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Petit, C. (2004). Cuidar neste mundo: uma exigência da humanidade. In W. Hesbeen, *Cuidar neste mundo*. Loures: Lusociência (pp.87-102).
- Peters, M. (2000). Does constructivist epistemology have a place in nurse education? In *Journal of Nursing Education*, Vol. 39, Nº 4, USA: JNE (pp.166-172).
- Petronilho, F. (2013). A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos - estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador. *Tese de doutoramento*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editores.
- Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud Promoción de la salud: hacia una mayor equidade Ciudad de México, 5-9 de junio de 2000. (2000). Disponível em:<http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf5.pdf> - consultado novembro 2011.
- Ramos, L. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. In *Cadernos Saúde Pública*, 19 (3), Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (pp.793-798).
- Relvas, A. (2000). *O ciclo vital da família. Perspectiva sistémica*. 2ª ed., Porto: Edições Afrontamento.
- Renaud, I. (2010). O Cuidado em Enfermagem. In *Pensar em Enfermagem*, vol. 14, nº 1, Lisboa: UIDE-ESEL (pp. 2-8).
- Rice, R. (2004). *Prática de Enfermagem nos cuidados domiciliários*. Loures: Lusociência.
- Rodrigues, R., Scudeller, P., Pedrazzi, E., Schiavetto, F. e Lange, C. (2008). Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos. In *Acta Paulista de Enfermagem*, 21 (4), São Paulo: Universidade de São Paulo (pp.643-48).
- Rodrigues R. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. In *Revista Panamericana Salud Publica*, 23(2), USA: OPAS (pp.109–15).
- Rosa, M. (2012). *O envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

- Rua, M. (2011). *De Aluno a Enfermeiro – Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Loures: Lusociência.
- Santos, L. e Da Ros, M. e Crepaldi, M. e Ramos, L. (2006). Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. In *Revista de Saúde Pública*, 40, 2, São Paulo: Escola Nacional de Saúde Pública e FSPUSP (pp.346-352).
- Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: o processo de interação enfermeiro-doente*. Loures: Lusociência.
- Schön, D. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books.
- Schön, D. (1987). *Educating the Reflective Practitioner*. San Francisco: Jossey Bass.
- Schön, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Barcelona: Centro de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia y Ediciones Paidós Ibérica, SA.
- Serrano, M. (2008). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho. *Tese de doutoramento*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Silva, R. e Erdmann A. (2002). Ambiente do cuidado: dimensão ecológica. In *Texto & Contexto Enfermagem*, 11 (3), Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina (pp.72-82).
- Simões, A. (1990). Alguns mitos respeitantes ao idoso. In *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXIV (2), Coimbra: Universidade de Coimbra (pp.109-121).
- Simões, A. (2002). Um novo olhar sobre os idosos. In *Revista Portuguesa de Pedagogia*, (1,2,3), Coimbra: Universidade de Coimbra (pp.559-569).
- Sines, D. (1995). *Community health care nursing*. London: Blackwell Science.
- Smith, B. e Cho Tang, K. e Nutbeam, D. (2006). Who Health Promotion Glossary: new terms. In *Health Promotion International*, vol. 21, nº 4, Oxford: Oxford University Press (pp.340-345)
- Smith, J. e Liehr, P. (2008). *Middle Range Theory for Nursing*. 2ª ed. New York: Springer Publishing Company.
- Sousa, F. (2010). *O que é ser adulto? A sociologia da adultez*. *Memória Imaterial, Porto*. Disponível em http://www.memoriamedia.net/bd_docs/Sociologia%20da%20adultez%20livro.pdf, consultado em novembro 2011.
- Sousa, L., Galante, H. e Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. In *Revista de Saúde Pública*, 37 (3), São Paulo: USP (pp. 364-73).

- Spar, E. e La Rue, A. (2005). *Guia prático de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi.
- Stanhope, M. e Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária. Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 4ª edição. Lisboa: Lusociência.
- Strauss, A. e Corbin, J. (1994). *Grounded Theory Methodology, An overview*. Newbury Park: Sage Publications.
- Strauss, A. e Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research, Techniques and Procedures for developing Grounded Theory*. Thousand Oaks: Sage Publications, Lda.
- Tavares, J. (1993). *Dimensão Pessoal e Interpessoal na Formação*. Aveiro: Edição CIDInE.
- Teixeira, L. (1999). As práticas dos enfermeiros em cuidados de saúde primários, a problemática dos cuidados à família. *Dissertação de mestrado*. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem pós-moderna e futura um novo paradigma de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- WHO – World Health Organization (1991). Health Promotion Research – Towards a new social epidemiology. In B. Badura e I. Kickbusch (ed.), *WHO Regional Publications European Series*, N.º.37, Copenhaga: WHO.
- WHO-World Health Organization (1998). Health Promotion Evaluation: recommendations to policymakers. In *European Working group on Health Promotion Evaluation*, Copenhaga: WHO.
- Wright, L. e Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias – um guia para avaliação e intervenção na família*. 3ª ed. São Paulo: ROCA.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião de Observação

**APÊNDICE II – Guião da entrevista realizada com as
enfermeiras**

GUIÃO DE ENTREVISTA - ENFERMEIRAS

Introdução

Explicação sumária do trabalho que estou a desenvolver

Explicação da entrevista considerando:

Os objectivos

A minha função durante a entrevista

A estrutura

A gravação dos dados

O tratamento dos dados

A confidencialidade

Solicitação e registo da autorização para a realização da entrevista e para a sua gravação

Questões:

1 – Descreva-me um dia típico de visita domiciliária

- antes da visita o que fez

- depois da visita o que fez

2- Descreva que intervenções terapêuticas desenvolve na visita domiciliária

3- No decurso da sua experiência de prestação de cuidados em domicílios a idosos, teve com certeza experiências que foram relevantes para si. Descreva-me uma à sua escolha.

Na sua opinião, que intervenções terapêuticas o idoso considerou mais importantes, na experiência que acabou de relatar.

4 – Que razões a levaram a escolher esta experiência para narrar?

**APÊNDICE III – Guião da entrevista realizada à pessoa idosa
e família**

GUIÃO DE ENTREVISTA – Pessoa idosa e família

Extensão e Enfermeira _____

Pessoa Idosa _____

Familiar _____

Introdução

Explicação sumária do trabalho que estou a desenvolver

Explicação da entrevista considerando:

Os objetivos

A minha função durante a entrevista

A estrutura

A gravação dos dados

O tratamento dos dados

A confidencialidade

Solicitação e registo da autorização para a realização da entrevista e para a sua gravação

Tópicos:

Descreva o trabalho desenvolvido pela senhora Enfermeira

O que pensa da senhora Enfermeira

APÊNDICE IV - Exemplo de entrevista a uma enfermeira

Entrevista realizada no CS Famalicão Delães – Enf. A –faz domicílios há 3 anos

DA1

*Normalmente se tivermos o peso dos horários fazemos então os sacos no dia anterior, se vir que poderei fazer mais algum que não seja só curativo, vigilâncias de TA, glicemias etc. mas poucas vezes temos tempo para fazer educação para a saúde, promoção, **desenvolvemos mais a parte curativa**, fazemos uma média de 12 a 16 domicílios por dia (por dia refere-se a um dos períodos do dia, ou manhã ou tarde). **Organizamos as visitas por um circuito geográfico para rentabilizarmos a utilização do carro**, poderemos alterar se for uma situação urgente, senão é uma orientação geográfica. Se não tivermos tempo para fazer tudo ou pedimos à chefe para chamar táxi, mas é muito complicado, por isso a maior parte das vezes deixamos os domicílios para o outro dia, **temos é o cuidado de telefonar para casa dos doentes para que não fiquem preocupados em não nos ver chegar.***

Memo: A limitação de tempo na utilização do carro, condiciona a organização dos cuidados e as prioridades das intervenções. O factor tempo implica dar prioridade aos cuidados técnicos - instrumentais. Estas limitações não se sobrepõem à relação interpessoal.

Nota: Demonstra preocupação em desenvolver cuidados a nível da promoção da saúde.

Demonstra respeito pelas pessoas tendo a preocupação de avisar se a visita prevista não se efectivar.

Mas é sempre muito complicado, as condições habitacionais são más e ao ir da parte da tarde é muito difícil observar os doentes, o estado da pele, observar uma ulcera as extremidades, porque de manhã há a luz do dia, agora à noite e no Inverno escurece muito cedo... não é que haja muitas casas que não tenham electricidade, mas as lâmpadas que têm são muito fraquinhas, as casa muito sujinhas, muito escuras, que não dá para ver nada, não temos condições com as casa muito deploráveis, sem higiene... se estiver um bom dia de sol é muito bom, agora à tarde é muito difícil, a ultima a que fomos estávamos a dar medicação tuberculostatica e como a senhora tem dificuldades de deambulação fomos buscar um copo com água e ficamos com as mãos todas pegajosas, tivemos que ir fora de casa porque não tem água dentro de casa... a receita que nos deram é levar copos de serviço...

Memo: Condições habitacionais condicionam as intervenções terapêuticas

Nota: Demonstra preocupação em contornar a limitação???

Depois da visita vimos para o serviço, fazemos os registos, arrumamos os ferros e fazemos o saco para o dia seguinte, e programamos para o dia seguinte, nos dossiers já temos tudo organizado por dia, as vigilâncias também estão por dias, as vigilâncias não coloco no SAPE, utilizo antes os dossier, porque se não der para ir... no SAPE dá como visita não realizada, e como é uma vigilância eu vou jogando com os bocadinhos que tenho disponível, número de domicílios que tenho por dia, as vigilâncias não as posso programar no SAPE senão estou sempre a alterar as datas por falta da disponibilidade do enf.,

Memo: Planeamento de prioridades de acordo com o tempo

Nota: demonstra preocupação em que os processos formais não se sobreponham ás necessidades das pessoas

as vigilâncias : diabéticos, hipertensos, grupos de risco, estando estabilizados, programo-os de três em três meses, se vejo que tenho valores um pouco assustadores nós vamos nem que seja todos os dias, mas estando tudo normalizado vamos de 3 em 3 meses temos muitas ajudas, dos vizinhos, de auxiliares de cuidados de higiene ou de alimentação, apoio dos filhos ao fim do dia, e isso para nós é um descanso muito grande, normalmente eles estão muito orientadinhos nós também fazemos por isso, ensinamos o nº de vezes que for necessário, e eles são muito receptivos fazendo tudo

*direitinho como nós dizemos, muito receptivos à nossa presença e aos nossos cuidados eles gostavam é que nós fossemos mais vezes, para nós parece que fomos há pouco tempo mas eles estão sempre ansiosos que os vamos ver, **para eles três meses é uma eternidade e dizem-nos: pensava que se tinha esquecido de mim já não vem cá há tanto tempo...***

Memo: Planeamento da intervenção de acordo com a avaliação da situação da pessoa, a nível pessoal e de recursos familiares ou da comunidade. Gestão e supervisão dos recursos.

Receptividade ao que é dito pela enfra. e à sua presença. Verbalização da necessidade da presença da enfra

Nota: Embora condicionada ao factor tempo estabelece prioridade valorizando a situação da pessoa cuidada.

Temos contactos com várias instituições ou organizações religiosas como as conferencias vicentinas, que nos arranjam colchões de pressão alterna, calcanheiras, etc.também emprestamos alguns materiais de ajudas técnicas, embora não tenhamos muitos materiais, cobertores de lã de ovelha, temos uma cama emprestada, mas temos fundamentalmente a ajuda e o sacrifício dos filhos, porque quando temos a informação de algum idosos que acama nós vamos fazer o ensino sobre a forma como mobilizar a necessidade de calcanheiras, cama articulada, luvas para evitar que arranquem as sondas,

Memo: Mobilização de recursos da comunidade, desenvolvendo parcerias. Envolvimento dos filhos como recurso

Nota: Desenvolvimento de relações interpessoais entre os recursos da comunidade e os filhos como parceiros nos cuidados.

fazemos logo o domicilio fazemos ensino da mobilização, prevenção de úlceras de pressão, e vamos lá de forma consecutiva para verificar se fizeram bem a aprendizagem, vigiamos as ajudas, se os filhos apoiam se há necessidade de contactar instituições de apoio, se os valores vitais estão normalizados, só depois de termos tudo controladinho, medicação se está a ser feita adequadamente, que tipo de limitações é que o idoso tem, é que passamos a programar as visitas com o esquema normal.

Memo: Diagnostico das necessidades do idoso a nível físico e definição do plano de intervenção e continuidade de cuidados com o envolvimento do(s) cuidador(es). Avaliação dos cuidados e *follow up*.

Nota: Assumir a responsabilidade na sua globalidade de todo o processo de cuidar quer formal quer informal

Há uma relação directa através da carta de alta que vem uma para nós e outra para o médico, por vezes podemos ir juntos (médico+ enf.) fazer o domicilio, mas não é comum, é mais comum sermos nós o veiculo entre o utente e o médico, e eles são muito disponíveis, se detectamos uma infecção urinária informamos o médico dos valores que obtivemos com o Combur, e ele passa as análises e a medicação e nós vigiamos a evolução do processo, se o doente está a fazer a medicação, se não fez nenhuma reacção, se está a urinar bem e como evolui, eles também nos procuram, mas é mais comum sermos nós a procurá-los para falarmos sobre alguma situação que nos preocupa.

Memo: Enfra. como elemento de ligação entre o médico e o idoso. Faz triagem de alterações de saúde interagindo com o médico, acompanha e avalia a evolução da situação.

Nota: Assume a responsabilidade desde a avaliação de alterações de saúde até à sua resolução promovendo os recursos disponíveis, nomeadamente o médico.

Tenho muitas experiências interessantes, mas há uma muito significativa, porque foi durante muitos anos que a cuidei, e agora com a reestruturação dos serviços, esta senhora deixou de estar no grupo dos utentes que cuido, mas as colegas dizem-me que ela pergunta sempre por mim.

Memo: A selecção da experiência significativa foi feita pelo período de tempo de cuidados.

Nota: A enfra. demonstra envolvimento emocional quando se refere ao seu afastamento devido à reestruturação dos serviços, referindo-o como um lamento.

Uma das coisas que mais me tocou, foi ela ter medo de ir para o hospital, porque fez uma reacção à prótese total da anca, tinha que ser reavaliada e depois até lha removeram e colocaram-lhe uma prótese fixa e não queria ir para o hospital porque tinha medo que depois de vir do hospital eu não voltasse a casa dela, eu expliquei que isso não ia acontecer porque quando saísse do hospital trazia uma carta e voltaria a visitá-la, mas já se queixou que desde que veio do hospital a visitei muito menos vezes e agora alteraram a estratégia dos domicílios e deixei mesmo de a ter...

Memo: Identifica-se o profundo envolvimento emocional entre a sra. e a enfra.

Nota: A organização dos serviços interfere na continuidade de cuidados e da relação interpessoal

Eu já cuidava o marido que faleceu, ele tinha uma neoplasia pulmonar mas a nível cervical estava exteriorizado, era muito feio, ele como andava, ia ao centro de saúde fazer o penso, mas apercebi-me que embora ele se pudesse deslocar ao centro de saúde isso que o perturbava, que lhe custava imenso ter que ir ao centro de saúde por causa do aspecto, ele tinha que ter um penso enorme a nível da cervical anterior, então eu disse-lhe que não tinha necessidade de ir ao Centro de saúde porque embora estivesse inscrito noutra extensão era da área domiciliária que eu apoiava, e como tinha que ir a casa dele para fazer o penso à esposa por causa da prótese da anca, também lhe fazia o penso a ele, ele ficou espantadíssimo que não me importasse de o fazer, tinha que lá ir mais vezes do que o normal, ou seja tinha que lá ir todos os dias

Memo: Relação profissional e sensibilidade, por parte da enfra, sobrepondo as necessidades das pessoas aos aspectos formais da organização.

Nota: Profundo respeito pelas pessoas e perspicácia na definição de prioridades nas intervenções terapêuticas.

e que ele achava que era um penso difícil de fazer porque tinha mau aspecto, parecia uma couve flor que se desfazia quando se lhe tocava, mas eu expliquei que isso não era problema, para o fim até já só o irrigava com seringa para que não lhe doesse e ele achou aquilo fabuloso e queria a todo o custo que a esposa me agradecesse, e eu expliquei-lhes que a melhor prenda que me podiam dar era vê-los juntos e viverem da melhor forma aqueles momentos, até que acabou por falecer,

Memo: A intervenção terapêutica baseava-se na presença, atenção às pessoas e encorajamento para enfrentar a situação.

Nota: Observa-se uma grande sensibilidade, respeito pelos sentimentos das pessoas.

e eu já não tinha necessidade para ir lá diariamente, porque entretanto já não era preciso fazer o penso à senhora todos os dias, mas depois da morte do marido ela ficou muito deprimida sem companhia, então decidi que mesmo não havendo necessidade de fazer penso todos os dias e eu tinha que lá ir todos os dias, porque ela ficou muito triste, ela era muito comunicativa muito viva, mas com a morte do marido pouco falava, muito triste, se eu deixasse de lá ir todos os dias não sei o que poderia acontecer, então ia lá todos os dias e vigiava o penso, se não estava repassado. Até que ela começou a falar e a dizer para eu ver, que se não fosse preciso ir lá todos os dias não fazia mal, e começou a falar mais e então como foi ela mesma que tomou a iniciativa comecei a fazer algum intervalo nas minhas visitas.

Memo: A presença da enfermeira funciona como intervenção terapêutica.

Nota: As intervenções verbalizadas foram de âmbito curativo e preventivo (hipertensos, diabéticos etc.) nunca foi verbalizada de forma explícita a intervenção de apoio, suporte emocional e prevenção de alterações psicológicas, emerge neste período e nos anteriores a valorização desta dimensão

Mas é uma pessoa muito desamparada e sozinha e tanto eu como as minhas colegas continuamos a ir lá pelo menos uma vez por semana, e ela está contar connosco, porque naquele dia habitual quando chegamos a porta já está aberta, já aconteceu de irmos noutro dia e a porta

estava fechada, por isso ela já está a contar que pelo menos uma vez por semana nós a vamos visitar.

Ela só tem a visita de uma sobrinha que mora no Porto e ao fim de semana ela dá-lhe muito apoio mas durante a semana não tem ninguém, portanto sente-se muito sozinha e nós já não conseguimos deixar de lá ir pelo menos uma vez por semana, e ela tem muitas dificuldades de andar e à quinta tem a porta aberta, porque já sabe que nós vamos lá. Quando está a chover que temos mais pressa ou temos mais domicílios para fazer, dizemos-lhe que temos que ir embora mais depressa e ela diz:”vão se embora meninas vão, vão que eu estou bem” ela sabe que nós vamos lá só para lhe dar apoio, o penso é muito simples, e nós ficamos felizes por saber que ela está bem, uma vez por semana chega muito bem e para ela é muito importante a nossa presença por muito pouco tempo que seja.

Memo: Identificação da solidão e execução de estratégias não só individuais mas de uma equipa contornando as alterações organizacionais, e outras limitações de tempo.

Nota: Observa-se o desenvolvimento de cumplicidades entre todos os actores (entrevistada, outros enfros e a senhora) para fazer frente á solidão

Temos muitos casos e o que eu aprendi quando comecei a ir para os domicílios é que a nossa presença para eles é muito importante é essencial, estão sempre a contar connosco, se ás vezes trocamos o dia por necessidades de serviço isso para eles é um problema, ou se há um feriado dizem logo agora nesta semana já não vai poder vir. A nossa presença é quase como pão para a boca, eles contam connosco não pelos pensos que lhes vamos fazer ou tratar a nível de doença mas também pela companhia. A vida é difícil, pode haver situações de má vontade em que os pais precisam de ajuda e nenhum filho se disponibiliza para os cuidar, mas também há muitos que não podem deixar os seus empregos para virem para casa para olhar pelos pais, e só chegam à noite, ficando os idosos sozinhos.

Memo: “A presença” é identificada como a intervenção terapêutica mais valorizada pelas pessoas.

Escolhi esta experiência porque fui tantas vezes à casa da D. Basília que até eu já tinha necessidade de estar com ela.... Por hábito eu entro nas casa dos idosos e digo muito alto: bom dia, vou entrar, sou eu, já cheguei, vou entrando” falo muito alto porque normalmente eles não ouvem bem e é uma forma de eu me anunciar enquanto vou entrando e a D. Basília respondia-me nos mesmos termos, a gritar ainda mais do que eu e as colegas já se riam com isto...dá saudades dela, é a compensação, nós damos um bocadinho de nós mas eles também nos dão muito. Devíamos incentivar muito sobre a dedicação aos domicílios, termos um grupo com condições de estarmos dedicados só aos domicílios. Trabalhei nos cuidados diferenciados durante 9 anos e eu fazia os ensinios para a alta, mas nunca me interroguei como seriam as condições das casas das pessoas

Memo: Envolvimento total com as necessidades das pessoas, a relação com as pessoas ultrapassa a actividade técnico instrumental. As acções desenvolvidas são de acordo com o contexto onde os cuidados se desenvolvem e as características individuais de cada pessoa.

**APÊNDICE V – Exemplo de entrevista a uma pessoa idosa e
família**

Entrevista realizada ao utente CS Famalicão extensão U – Indicado pela Enf. C

Sr. A

Narrativa:

Já conhecemos a enf. C há 2 anos e tal. A enf. C é excepcional como enfermeira. Em relações humanas é muito boa, em tempos fui internado e ela contactou o meu médico na prelada que não conhecia (ela contacta com tudo), em termos profissionais também é muito boa. Em termos profissionais é muito boa porque eu fui internado, e apanhei um estafilococo áureos multiresistente, estive lá muitos dias e fiz várias zaragatoas, ela dá muito amparo ao doente, anima a família, como enf. se notar alguma coisa de anormal ela não deixa passar, ela diz vejo aqui qualquer coisa que não está bem é melhor ir ao médico, ela alerta, ela própria vê... e diz que é melhor ir ao médico, nós vamos e ele diz logo é verdade não está mesmo bem.... Uma vez fomos ao médico da prelada e ele disse eu quero pedir que a sra. enfra não deixe piorar este ferimento, para poder fazer a operação, para não infectar, que faça tudo como eu lhe peço, e eu disse-lhe logo, sr. dr fique descansado porque esta enfra é 100% nós fomos à consulta e ele disse dê os parabéns à enfra, pois está tudo muito bem, os médicos confiavam muito nela, só tenho pena que agora vá mudar, não tenho razão de queixa de ninguém mas achamos que ela é muito competente, isto tem a ver com o contacto, muito simpática, carinhosa, meiga, dava amparo, ajudava, mesmo os estagiários que vinham com ela preparava-os muito bem como ela, ela preparava os estagiários para eles serem como ela, eu admirava muito esta atitude, conversavam muito sobre os assuntos e gostava de os ouvir Ela própria dizia isto não está a dar o resultado que eu quero, ela própria alterava e progredia, de acordo com o que ela decidia. Eu já sentia que ela fazia parte da família... Ela começou a vir cá em 2004 e era maravilhosa, muito prestável, muito educada, não tenho nada a dizer nada das outras mas era um contacto

menor, claro que as que a vão substituir também devem ser competentes senão não eram enfermeiras e não as punham a substituí-la, mas não sei... não sei ... sinto-me triste, qualquer coisa tinha que ir a correr para o médico mas com a Enf. C já não era preciso, ela própria via as coisas e falava com o médico de família lá no Centro de Saúde, e dizia-me não se importa vai buscar a credencial que eu vou colher umas análises ao marido, ela ajudava-me não me sobrecarregar ela ajudava por um lado e eu por outro, é do feitio dela, ela deve ser assim para toda agente, como é para nós também é para os outros, para mim ela deve ser excepcional muito humana para qualquer doente, porque sempre foi assim e não nos conhecia, e sempre foi assim é uma grande profissional em todos os sentidos, depois tinha uma coisa nós ligávamos-lhe e ela estava sempre pronta para tudo, e gostava de saber tudo o que se passava com o doente, sempre interessada sempre e sempre, se o meu marido era internado ela queria saber, saber o que se passava, como estava a ser no internamento, interessava-se por tudo o que me pudesse acontecer, que era também para aprender e fazer cada vez melhor. Estava sempre preocupada porque dizia ela que o internamento deveria ser o mais reduzido possível, porque ela tinha muitos conhecimentos e preocupava-se que apanhasse alguma infeção hospitalar, o próprio médico dizia-me isso mesmo, que o grande problema que tinham eram as infeções hospitalares, daí que fui internado e deram-me logo a alta. Mas há outra coisa ainda não houve nenhum médico que disse-se alguma coisa contra o que a enf^a decidisse, antes pelo contrário tudo que ela fazia eles só comentavam está tudo ótimo, está melhor do que pensávamos, isto sempre, nunca comentaram que a enf^a fez isto ou aquilo e não o devia ter feito, antes pelo contrário diziam sempre está ótimo, está ótimo, e ela muitas vezes alterava o que eles diziam, mas porque ela sabe, é muito competente, e via que era melhor alterar porque ela é que estava a ver como é que tudo evoluía, tudo que alterava dava certo. É uma pessoa que sabe, é uma pena que vá deixar de vir cá, não tenho nada a dizer de outras mas há o fator confiança e profissionalismo. Há enf. que chegam ali fazem o que têm a fazer mas o doente e a família ficam ali um pouco frios... mas ultimamente temos verificado que os enfs são cada vez mais humanos, embora haja

uma frieza que se calhar não é igual a pouca competência... a intervenção não é só fazer o penso é também a forma como fazem, lembrem-se que tanto o doente como a família estão em baixo, assim se houver um sorriso uma simpatia, ao entrarem na nossa casa , nós sentimos que não vêm só por obrigação, ganharem a sua vida.... Agora a enfª C tinha sempre uma palavra simpática uma brincadeira, e nós ficávamos bem... para se ser bom enfermeiro tem que ser um bom comunicador é que também ajuda a curar mas a própria televisão está a dar que os doentes necessitam de carinho tanto eles como os familiares, precisam de boas palavras, que agora já não é muito assim... só mais os antigos, na maioria dos casos agora têm outra formação... As outras famílias vão ganhar com a nossa enf. não quer dizer que não venhamos a ter sorte, mas para já não sabemos, tem vindo algumas diferentes

Para mim é preciso a enf para ser boa ser competente mas também ter uma boa relação humana, alguém que nos apoie...sabemos que a enf. não vem cá só para falar connosco, ela tem muito que fazer, mas o pouco tempo que está não está calada, e demonstra que está preocupada, sempre a correr, com muito trabalho, mas sempre com um sorriso no rosto, sempre com boa vontade. É isto que eu sinto e estou com muita pena que a enf. deixe de vir, Deus queira que a que venha para a substituir seja como ela, mas vai ser muito difícil.... ela podia estudar para médica, aquilo que ela descobria era o que o médico depois confirmava, ela tem muitos conhecimentos e é muito inteligente, ela gosta de aprender, gosta de evoluir ela estuda, e faz muitas perguntas aos médicos para saber como evoluir e como deve proceder e ter outras opiniões.... É importante que o enf. seja profissional que tenha muitos conhecimentos e com uma boa relação humana, há falta de enfermeiros e falta de médicos e agora dizem que já há enfermeiros desempregados, é inadmissível....

Entrevista realizou-se na sala de estar da casa do Sr. A na presença da esposa. O sr. A está paraplégico há vários anos e sofreu de forma alternada a amputação dos dois membros inferiores, apresentando-se em cadeira de rodas. Aparenta ser uma pessoa culta e participativa

na experiência de saúde doença refere pesquisar na Internet sobre os problemas de saúde que lhe surgem. A entrevista tem informações concomitantemente da esposa e do sr, verificando-se uma boa sintonia entre os dois em relação às intervenções desenvolvidas pela enfra. dos domicílios que tem sido sempre a mesma há mais de dois anos...