UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

V MESTRADO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

O CUIDAR EM GERONTOLOGIA

UMA ANÁLISE ETNOGRÁFICA DA PRÁTICA DOS ENFERMEIROS

Maria Augusta Grou Moita Cardoso

Porto

2000

UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

V MESTRADO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

O CUIDAR EM GERONTOLOGIA

UMA ANÁLISE ETNOGRÁFICA DA PRÁTICA DOS ENFERMEIROS

DISSERTAÇÃO APRESENTADA PARA
A OBTENÇÃO DE GRAU DE MESTRE EM
CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM, por

Maria Augusta Grou Moita Cardoso

ORIENTADORA:
Prof. Doutora Maria Virtuosa Pereira Amador

PORTO

2000

Mas todo o semeador
Semeia contra o presente.
Semeia como vidente
A seara do futuro,
Sem saber se o chão é duro
E lhe recebe a semente.

Miguel Torga

Ao Carlos e à Joana
Pela ternura que suportou esta caminhada;

Aos meus Pais,
Úrsula e Manuel
Por tornarem este percurso mais fácil;

À memória da minha prima Zé
Pela lição de vida e perseverança,

Dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Virtuosa Pereira Amador, pela orientação, apoio e encorajamento em todos as etapas do meu caminho.

Às minhas colegas Ana, Lena e Zé, pela forma como cuidaram de mim durante este período.

Às Enfermeiras Directora e Supervisora do Hospital onde foi feita a colheita de dados, pela disponibilidade com que me acolheram e pelo interesse demonstrado no meu trabalho.

À Enfermeira Chefe do Serviço de Medicina do Hospital onde foi feita a colheita de dados, pelo apoio amigo e solidário.

Um agradecimento muito especial a todas as Enfermeiras e Enfermeiros que participaram neste trabalho, pela forma como me fizeram sentir "um deles".

À Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil, por ter permitido o meu afastamento.

RESUMO

O objectivo deste estudo foi conhecer quais são os comportamentos que os enfermeiros adoptam quando cuidam do doente idoso e compreender que significados os enfermeiros atribuem a esses mesmos comportamentos.

O estudo foi realizado no Serviço de Medicina de um Hospital Distrital da Região da Grande Lisboa.

É um estudo qualitativo em que o método utilizado foi a análise etnográfica. Para a colheita de dados utilizei a observação participante e entrevistas semi-estruturadas. Dos 21 enfermeiros que constituem o universo do estudo, 17 foram seleccionados como informantes e 5 foram considerados informantes chave. A 14 foram feitas entrevistas semi-estruturadas. A análise etnográfica foi realizada de acordo com a proposta de Spradley (1980). Foram identificados 10 domínios culturais, dos quais 2 foram seleccionados para análise taxonómica. Na análise dos dados para os domínios culturais, constatei que os enfermeiros se preocupam com a vertente humana dos cuidados ao idoso, a que atribuem uma importância capital, lamentando não poder dedicar-lhe mais tempo. A falta de tempo orienta a prestação de cuidados para a sua vertente técnica. Estes aspectos permearam quase todos os domínios culturais e conduziram-me aos seguintes temas, que constituem o eixo central dos resultados do estudo: **"Os idosos precisam de carinho e atenção "** e **"Não temos tempo para dedicar aos idosos"**.

A análise destes temas demonstra uma contradição cultural, que pode servir como ponto de partida para futuros estudos. Uma compreensão mais abrangente dos fenómenos que dizem respeito ao Cuidar do idoso possibilitará uma prática assente em cuidados culturalmente congruentes.

SUMMARY

The aim of this study was to know behaviours nurses adopted when they care for elderly patients and to understand the meaning of these behaviours for them.

The study was achieved in a District Hospital of Lisbon, in a medicine ward.

It's a qualitative study using the ethnographic analysis. For the data collection was used the participant observation and semi structured interview. From the 21 nurses that were the study universe 17 were selected as informants and 5 were selected as key informants. Semi structured interviews were made to 14 of them. The ethnographic analysis was done according the Spradley (1980) proposal. From the 10 cultural domains identified, 2 were selected for taxonomic analysis. The analysis of cultural domains showed that nurses are concerned and give a great importance to the humanistic expression of the care to the elderly, regretting they can't devote it more time. The lack of time leads to a more technical expression of nursing. These aspects permeated almost all the cultural domains and led to the following themes, that are the main framework results of the study: **"Elderly need affection and attention"** and **"We don't have time to devote to the elderly".**

The analysis of these themes shows a cultural contradiction, which can be a starting point for future studies. A comprehensive understanding of the phenomena of caring the elderly will make possible a practice based in culturally congruent nursing care.

ÍNDICE

Pág.

INTRODUÇÃO 11

PARTE I

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO 18

1.1 - A DIMENSÃO CULTURAL DO CUIDAR 18

1.2 - O CUIDAR EM GERONTOLOGIA 29

1.2.1 – Problemas Éticos no Cuidar do Idoso 41

PARTE II

2 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO 51

2.1 - A ABORDAGEM ETNOGRÁFICA 51

2.2 – A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE 60

2.2.1 – Registo Etnográfico 64

2.3 - A ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA 66

2.4 - MODELO DE ANÁLISE DE SPRADLEY 68

2.4.1 - Análise de Domínios 68

2.4.2 - Análise Taxonómica 70

2.4.3 - Análise de Temas 71

3 - DESENHO DO ESTUDO 72

3.1 - TIPO DE ESTUDO 72

3.2 - LOCAL DO ESTUDO 72

3.3 – CONTEXTO DA REALIZAÇÃO DO ESTUDO 73

Pág.

3.4 - POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO 73

3.5 - COLHEITA DE DADOS 74

3.5.1 - Observação Participante 76

3.5.2 – Registo dos Dados 82

3.5.3 - Entrevistas Semi-Estruturadas 83

3.6 – TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS 85

3.6.1 – Análise de Domínios 86

3.6.2 – Análise Taxonómica 87

3.6.3 – Análise de Temas 88

3.7 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 89

3.8 - RIGOR CIENTÍFICO DO ESTUDO 90

3.9 – DIFICULDADES E FACILIDADES ENCONTRADAS 92

PARTE III

4 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS 93

4.1 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DOMÍNIOS CULTURAIS 93

- Tipos de expressões usadas pelos enfermeiros para definirem o "Cuidar dos idosos" 95
- Causas da predominância da técnica nos cuidados prestados (Tratar) 100
- Formas de comunicação positiva utilizadas pelo enfermeiro com o doente idoso 113
- Formas de respeito ao doente idoso utilizadas pelo enfermeiro 131
- Formas de despersonalização do doente idoso 138
- Modos dos enfermeiros proporcionarem conforto ao doente idoso 151

Pág.

- Modos de garantir a segurança física do doente idoso 159
- Razões para os enfermeiros imobilizarem os doentes idosos 164
- Tipos de sentimentos expressos pelos enfermeiros quando prestam cuidados ao doente idoso 169
- Formas de comunicação utilizadas pelos enfermeiros com os familiares do doente idoso 174

4.2 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS TEMAS 181

- "OS IDOSOS PRECISAM DE CARINHO E ATENÇÃO" 182
- "NÃO TEMOS TEMPO PARA DEDICAR AOS IDOSOS" 199

5 – CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES 216

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 219

ANEXOS 226

ANEXO 1 – Contexto da realização do estudo 227

ANEXO 2 – Pedido por escrito para a autorização do estudo 246

ANEXO 3 – Resposta por escrito da autorização do estudo 249

ANEXO 4 – Excertos do registo de observação de um turno da manhã 251

ANEXO 5 – Excertos do registo de observação de um turno da tarde 262

ANEXO 6 – Excertos do registo de observação de um turno da noite 271

ANEXO 7 – Excertos de uma entrevista formal 284

ÍNDICE DAS FIGURAS

Pág.

Figura 1 – Domínio Cultural 1: Tipos de expressões usadas pelos enfermeiros para definirem o "Cuidar dos idosos" 99

Figura 2 – Domínio Cultural 2: Causas da predominância da técnica nos cuidados prestados (Tratar) 112

Figura 3 – Domínio Cultural 3: Formas de comunicação positiva utilizadas pelo enfermeiro com o doente idoso 129

Figura 4 – Taxonomia 1: Formas de comunicação positiva utilizadas pelo enfermeiro com o doente idoso 130

Figura 5 – Domínio Cultural 4: Formas de respeito ao doente idoso utilizadas pelo enfermeiro 137

Figura 6 – Domínio Cultural 5: Formas de despersonalização do doente idoso 149

Figura 7 – Taxonomia 2: Formas de despersonalização do doente idoso 150

Figura 8 – Domínio Cultural 6: Modos dos enfermeiros proporcionarem conforto ao doente idoso 158

Figura 9 – Domínio Cultural 7: Modos de garantir a segurança física do doente idoso 163

Figura 10 – Domínio Cultural 8: Razões para os enfermeiros imobilizarem os doentes idosos 168

Figura 11 – Domínio Cultural 9: Tipos de sentimentos expressos pelos enfermeiros quando prestam cuidados ao doente idoso 173

Figura 12 – Domínio Cultural 10: Formas de comunicação utilizadas pelos enfermeiros com os familiares do doente idoso 180

Figura 13 - Planta do Serviço onde foi realizado o estudo 231

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenómeno universal que faz parte da realidade humana.

O actual envelhecimento da população a nível mundial, sobretudo nos países industrializados, tem feito emergir problemas a nível médico, social, económico e político que, pela sua importância, exigem a tomada de medidas urgentes para os resolver.

Em Portugal e em 1998, a população idosa (65 ou mais anos) correspondia a 15,2% da população total – mais 3,8% do que em 1981. No ano de 1998, a esperança de vida dos homens aos 65 anos era de 14,4 anos e a das mulheres de 17,9 anos, o que representa um ganho de 1,4 anos para os homens e 2,6 anos para as mulheres relativamente a 1960. O aumento da esperança de vida e o declínio que se observa nas taxas de fecundidade, conjugam-se para que se assista a um duplo envelhecimento da população portuguesa – por um lado, existem cada vez menos jovens, e por outro, é cada vez maior o número de idosos. Prevê-se que o aumento do número de idosos continue e ultrapasse o número de jovens entre 2010 e 2015 (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 1999:8).

Esta realidade é inquietante, sobretudo se perspectivada numa sociedade que privilegia a juventude, a beleza, a produtividade e que coloca o idoso numa posição secundária, de passividade, subestimando o seu valor, esquecendo a sua própria especificidade.

As condições de vida do idoso são caracterizadas habitualmente pelo afastamento da família, pelo isolamento, pela diminuição dos rendimentos económicos, pela perda da saúde e pela perda da autonomia, tornando esta última etapa da vida, uma etapa extremamente difícil de ser vivida. A modificação desta situação exige que sejam tomadas múltiplas medidas, enquadradas numa verdadeira política da terceira idade.

Como afirma GRANDE (1994:10): «uma política de protecção dos idosos impõe uma especial atenção aos problemas que rodeiam a saúde, pois nesta idade o consumo de bens e serviços neste sector é maior que em qualquer outra escala etária. Por isso, desenvolver o ensino e a pesquisa da Geriatria deve corresponder ao desenvolvimento de unidades de assistência na doença com capacidade e tecnologia capazes de dar resposta aos problemas equacionados pela velhice».

É urgente dedicar mais esforços à compreensão da problemática do idoso, e à resolução dos problemas que lhe são particulares. Por um lado, importa arranjar estratégias que promovam um envelhecimento com dignidade, sem que "ser velho" seja considerado um estigma; por outro lado, importa olhar o idoso não em termos de deficiência, de incapacidade, mas como alguém que poderá ainda contribuir de forma útil para o desenvolvimento da sociedade.

Algumas medidas ao nível da política de saúde e ao nível da solidariedade social, como por exemplo subsídios, aumento das pensões, ajuda na aquisição de medicamentos, criação de espaços adequados ao idoso, a par de esforços a nível particular, nomeadamente das misericórdias e paróquias, têm vindo a melhorar a vida da pessoa idosa. No entanto, para que todas estas medidas se tornem frutuosas, há necessidade que todos os esforços se articulem de forma harmoniosa.

Torna-se urgente também, uma mudança nos profissionais de saúde que trabalham com idosos: parece pertinente questionar se serão necessárias novas competências para cuidar do idoso ou, se haverá necessidade de os sensibilizar mais para algumas delas.

Reflectindo sobre o futuro da profissão ao nível da formação, a Gerontologia fez parte do currículo dos Cursos Superiores de Enfermagem e dos Cursos de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem. No entanto, parece importante uma

reavaliação da sua adequação à presente realidade. A Licenciatura poderá permitir desenvolver, entre outras, capacidades de reflexão, de auto-análise, de trabalho interdisciplinar, que se espera capacitar de forma mais adequada, os novos enfermeiros para o desafio de cuidar a pessoa idosa.

A investigação, como fundamento para propostas de inovação no campo da Geriatria, não pode deixar de ser equacionada. Os resultados das investigações feitas, a experiência de outros países europeus, e não só, podem servir de base a alterações nos serviços, na dotação de pessoal e a novos aspectos a introduzir nos currícula e nos programas de formação permanente, por exemplo.

O enfermeiro sempre cuidou de idosos. No entanto, o seu número crescente exige uma reavaliação do seu papel, um investimento mais profundo em conhecimentos específicos de Gerontologia, um novo olhar para o idoso sem preconceitos e sem derrotismo.

Para alguns enfermeiros, trabalhar em serviços de idosos ainda é encarado como pouco aliciante e menos prestigiante para a sua carreira. No entanto, a qualidade dos cuidados prestados, a importância da atenção que a pessoa merece e a ajuda que o profissional lhe pode dar, não podem estar condicionadas pelo tipo de serviço, pelo nível de sofisticação dos actos executados ou pela idade dos doentes. Não existem umas etapas de vida mais importantes do que outras. Não existem grandes ou pequenas situações de cuidados. O que existe são situações de vida singulares que exigem uma atenção particular (HESBEEN, 1997:50) e para as quais os profissionais precisam, talvez, de ser preparados ou eventualmente sensibilizados.

Neste contexto, importa compreender o idoso em toda a sua complexidade, ajudando-o a conservar e a promover a sua saúde, acompanhando-o também, nos seus últimos

momentos de vida. A qualidade da relação estabelecida entre o enfermeiro e o idoso deverá ser de tal forma significativa, que seja sentida por este último como de ajuda.
A atenção particular que o idoso necessita exige que o enfermeiro se preocupe com a sua qualidade de vida, na perspectiva de que o idoso tem ainda potencialidades para se adaptar às diferentes crises que atravessam a sua existência. Promover a capacidade do idoso em ser autónomo e em poder controlar a sua vida e a sua própria identidade, são aspectos que devem orientar a intervenção do enfermeiro. No entanto, o confronto com a realidade dos cuidados ao idoso revela que muitas atitudes dos enfermeiros não são norteadas por esses princípios, tornando pertinente uma reflexão sobre os comportamentos que os enfermeiros adoptam quando cuidam do idoso.

O meu interesse por esta temática tem vindo a aumentar, à medida que as leituras, a reflexão e o contacto com a problemática dos idosos me têm levado a constatar, com mágoa, como são insuficientes as respostas às suas necessidades.
Os estágios hospitalares, com alunos do 3º ano do Curso Superior de Enfermagem, em Serviços de Medicina em que a maioria dos doentes são idosos, possibilitaram-me a vivência de situações, muitas delas incómodas, que me provocaram sentimentos de mal-estar, de tristeza e mesmo de revolta. Isto porque os direitos do idoso enquanto pessoa e enquanto pessoa doente eram muitas vezes esquecidos e a compreensão das necessidades deste grupo etário muitas vezes ignorada. Diversas vezes me confrontei com situações de cuidados em que o idoso era tratado como um objecto, como se não estivesse presente.

Um trabalho que realizei sobre o tema "Cuidar em Gerontologia" possibilitou-me o contacto com bibliografia diversa, alguma da qual utilizo neste estudo, e reforçou a minha certeza de que queria investigar a problemática dos cuidados ao idoso doente

internado, uma vez que é no Hospital que as experiências de doença têm um papel preponderante.

Várias questões começaram a surgir:

Como é que os enfermeiros cuidam do idoso? Quais são as suas acções? A sua linguagem? O que é que significam?

Encontrar as respostas a estas questões foi o desafio aceite.

Assim, o tema para este trabalho foi o Cuidar em Gerontologia, e os objectivos foram o de compreender os comportamentos que os enfermeiros adoptam quando cuidam do doente idoso e de perceber o significado que os enfermeiros atribuem a esses comportamentos.

Para responder a estas questões e aos objectivos que me propus, o estudo teria de ser qualitativo, porque um estudo quantitativo não daria resposta ao problema em questão. Para compreender as atitudes e comportamentos, face à saúde e à doença, no meio natural ou cultural dos sujeitos, a etnografia seria o método de investigação escolhido.

Ao optar por um estudo qualitativo, guiaram-me os seguintes pressupostos:

Pressupostos teóricos

O Cuidar constitui o núcleo central da enfermagem, ou seja, Cuidar é a própria enfermagem (LEININGER, 1995:10).

Os cuidados de enfermagem em gerontologia devem basear-se em conhecimentos científicos – biológicos, psicológicos, sociais e culturais – que permitam ao enfermeiro realizar uma abordagem global do idoso ao seu cuidado, tendo em atenção a sua própria especificidade. Deverão ser cuidados complexos e polivalentes, que

podem assumir simultaneamente uma vertente preventiva, curativa e paliativa. Poderão ser cuidados básicos ou especializados, em que as técnicas ocupam muitas vezes um papel secundário (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995:13).

A cultura é o conhecimento acumulado que as pessoas usam para interpretar a experiência e gerar o comportamento social (SPRADLEY, 1980:6).

Quando um grupo convive durante um longo período de tempo desenvolve uma cultura, e os seus membros partilham entre si, valores, tradições, conhecimentos, atitudes, regras de comportamento e formas de fazer (PATTON, 1990:67-68).

A enfermagem pode ser considerada uma cultura profissional, enquanto o hospital pode ser visto como uma instituição sociocultural, e um serviço do hospital como uma subcultura.

Os valores culturais são forças directivas (internas e externas) que dão significado e ordem aos pensamentos, decisões e acções dos indivíduos ou grupos e influenciam de forma importante o comportamento humano e os modos de agir. Para os enfermeiros, são também estes factores de ordem cultural que influenciam de forma determinante as suas atitudes assim como as suas práticas (LEININGER, 1995:63).

Para estudar uma cultura e conhecer o sistema de significados utilizados pelas pessoas para organizarem os seus comportamentos, é necessário que o investigador conviva com os sujeitos do estudo, no seu próprio local e durante um determinado período de tempo, devendo adoptar uma atitude consciente de quase completa ignorância. A adopção desta atitude tem a finalidade de mais fielmente o investigador captar o significado das acções e acontecimentos para os sujeitos do estudo (SPRADLEY, 1980:4).

A pesquisa qualitativa do tipo etnográfico poderá ajudar-me a ter uma visão mais alargada do contexto em que os cuidados aos idosos são prestados e a compreender os significados que os enfermeiros, no exercício da sua profissão, dão a esses mesmos cuidados.

Na Parte I deste trabalho é apresentado o Enquadramento Teórico, em que são abordados os conceitos do Cuidar, do Cuidar cultural e do Cuidar em gerontologia.

Na Parte II é apresentado o Enquadramento Metodológico, em que são explicitados o Método de Análise Etnográfica, a Observação Participante e as Entrevistas Semi-Estruturadas. É apresentado também o Desenho do Estudo.

A Parte III engloba a Apresentação e Análise dos Dados, em que são descritos e analisados os Domínios Culturais e efectuada a análise e discussão dos Temas encontrados na cultura estudada. São também apresentadas as Conclusões deste estudo e algumas Implicações para a Enfermagem, a nível dos Serviços, Escolas e Investigação.

PARTE I

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para o Enquadramento Teórico pareceu importante abordar o Cuidar, perspectivado não só na sua dimensão cultural, mas também na sua especificidade em gerontologia.

1.1 - A DIMENSÃO CULTURAL DO CUIDAR

Sendo o Cuidar um acto eminentemente humano, a abordagem antropológica poderá contribuir para um melhor conhecimento do Homem que o enfermeiro cuida, tendo em conta o seu contexto de vida.

COLLIÈRE (1989:296) afirma que «o processo antropológico é uma abordagem global, que situa as pessoas no seu contexto de vida, tentando compreendê-las em relação aos costumes, hábitos de vida, crenças, valores que veiculam, bem como a situar o impacto da doença e das limitações que lhe são inerentes em relação a esse contexto».

Cada sociedade tem uma organização social que lhe é própria, e que determina a forma como a pessoa lida com a saúde e a doença, como a vivência e mesmo como se reconhece como doente. Também, cada cultura divide os seus membros em diferentes categorias sociais – o grupo dos homens ou das mulheres, das crianças ou dos adultos, dos jovens ou dos idosos, das pessoas capazes ou incapazes, dos saudáveis ou dos doentes. A passagem de uma categoria para outra , como por exemplo a passagem de "pessoa doente" para "pessoa saudável", obedece a normas elaboradas por cada cultura (HELMAN, 1994:3).

Também LEININGER (1985:2) reconhece que as pessoas são seres culturais que têm experiências de vida alargadas e divergentes. Por este motivo, a saúde e a doença estão embebidas de valores de ordem cultural, religioso, económico e social, que são expressos de forma particular por cada pessoa. Assim, o significado da qualidade de vida, da saúde e do cuidar são melhor compreendidos a partir de uma estrutura social de referência.

O hospital é ainda a principal instituição da medicina científica, o que significa que o doente que necessite de ser hospitalizado é afastado do seu meio familiar e da sua comunidade e transformado num "caso numerado", num "diagnóstico clínico", sendo submetido a um ritual standartizado de despersonalização (HELMAN, 1994:82), onde raramente lhe é reconhecido o direito de poder decidir sobre os acontecimentos da sua vida.

É prática corrente dar-se ênfase à doença da pessoa internada. Pouca atenção merecem habitualmente o seu ambiente familiar, as suas relações sociais, as suas crenças, os seus valores e o significado que o próprio atribui à sua saúde e à sua doença.

Enquanto estiver no papel de doente, a pessoa tem dificuldade em controlar a sua vida, o seu corpo, a sua privacidade e os seus comportamentos.

HELMAN (1994:82) caracteriza os doentes hospitalizados, afirmando que «todos foram despojados de muitos dos seus "adereços" de identificação social e individualidade, e vestem um uniforme de pijamas, camisas de dormir ou robes (...) formam temporariamente uma "comunidade de sofrimento", ligados pela comiseração, pela tagarelice e discussão das condições uns dos outros».

As relações com os profissionais de saúde caracterizam-se frequentemente pela formalidade, pelo distanciamento e por breves períodos de conversação.

Na opinião de FAYN (1995:60), não só o universo hospitalar é encarado como inseguriante face ao seu gigantismo, à complexidade da sua organização e ao hermetismo da linguagem dos seus profissionais, como também se torna traumatizante se houver carência de relações humanas e falta de conforto no ambiente que acolhe o doente. Para além dos critérios de conforto, é sobretudo a qualidade da relação estabelecida entre os profissionais de saúde e o doente e os seus familiares que é determinante na percepção de uma hospitalização bem sucedida.

A evolução tecnológica e o fascínio pela super especialização em cuidados de saúde tem levado muitos enfermeiros a valorizarem a vertente técnica dos cuidados de enfermagem em detrimento da vertente relacional.

É valorizada a rapidez, a eficácia do acto técnico na resolução da afecção deste ou daquele orgão, deste ou daquele sistema. Nesta perspectiva, onde a pessoa é olhada como um conjunto de orgãos e onde se privilegia o tratamento da doença e a cura, pode inscrever-se o modelo biomédico, como modelo de referência. Esta perspectiva é importante, sem dúvida, mas insuficiente porque redutora. À medida que o ambiente se torna mais técnico, mais o ser humano tem necessidade de uma dimensão relacional (HESBEEN, 1997:42).

Reforçando esta ideia, RIBEIRO (1995:14) afirma que «o aumento da esperança de vida, com o consequente envelhecimento da população e o prolongamento de situações incuráveis, tem evidenciado a necessidade de cuidados mais relacionados com a área afectiva», cuidados esses focalizados na pessoa compreendida na sua complexidade, e não apenas restritos ao orgão afectado. Porque Cuidar, na opinião de COLLIÈRE (1989:269), «não pode ter sentido se a utilização das técnicas se não mantiver integrada no processo relacional».

Nesta perspectiva, HESBEEN (1997:10) distingue o corpo-objecto do corpo sujeito. O corpo-objecto ou *"corps que l'on a"*, é aquele sobre o qual se focalizam os gestos, as tarefas e as técnicas; em oposição ao corpo-sujeito ou *"corps que l'on est"*, que é aquele que não se pode limitar a um conjunto de orgãos e de funções, nem à soma das suas partes, nem se submeter a uma abordagem sistemática, porque ele é animado de vida própria, feita de projectos, desejos, prazeres, riscos, alegrias e tristezas. E é esta inesgotável riqueza do ser humano que o torna tão complexo e na qual se deverão inscrever a realidade dos cuidados.

Assim, a doença pode ser objectivada no corpo que cada um *tem*, mas mais dificilmente no corpo que cada um *é*. A forma como cada pessoa vive a doença torna esta experiência subjectiva, única e irrepetível (HESBEEN, 1997:24), cabendo ao enfermeiro descodificar a significação que a situação de doença tem para aquela pessoa, no contexto da sua vida.

Para este autor (p.9), os serviços de saúde encontram-se habitualmente organizados e centrados nas tarefas e nos actos a realizar, o que constitui um ritual quotidiano frequentemente gerador de insatisfação para os doentes e para os que lhe estão próximos, provocando fadiga e um stress crescente nos profissionais.

O mesmo autor (p.26) refere que a forma como o enfermeiro encara a doença e a interpretação que dela faz, vão influenciar fortemente a sua prática. Esta fica também imbuída dos seus valores culturais, que são partilhados com os outros enfermeiros no contexto onde a prática é exercida.

Segundo LEININGER (1995:63), os valores culturais influenciam grandemente o comportamento humano e os modos de acção. O valor cultural refere-se «às poderosas forças directivas, internas e externas, que dão significado e ordem aos pensamentos, decisões e acções dos indivíduos ou grupos». Os factores de ordem cultural

influenciam, de maneira determinante, as atitudes dos enfermeiros assim como as suas práticas.

Doente e doença não se podem confundir. A pessoa que está doente é aquela que sofre, que deve suportar, resistir ou experimentar algo que lhe é penoso. Por isso, estar em sofrimento, sobretudo prolongado, não é estar de boa saúde. O sofrimento então, depende do corpo que o doente *é*. A doença, e com ela a dor, dependem do corpo que o doente *tem*. Muitos enfermeiros preocupam-se em actuar na resolução da dor, em prevenir o aparecimento de úlceras de decúbito ou em prevenir a infecção hospitalar sem, ao mesmo tempo, se ocuparem do doente enquanto pessoa (HESBEEN, 1997:27).

Embora a fronteira entre sofrimento e doença seja ténue, o sofrimento não pode ser redutível à doença. O sofrimento pressupõe um olhar mais alargado, mais rico, mais generosamente humano por parte do enfermeiro, do que aquele que é dirigido só para a doença. O sofrimento não tem gradação. Não há um que seja menor ou maior do que outro, uma vez que a natureza objectiva da doença não determina o nível de sofrimento vivenciado pela pessoa, mais exactamente por uma pessoa, por aquela pessoa. O lugar deixado à palavra e a diferentes meios de expressão, é assim essencial no Cuidar porque permitem dar expressão ao sofrimento, aquele que se refere ao "corpo sujeito" (HESBEEN, 1997:28).

O mesmo autor (p.29) afirma que o Cuidar é complexo e que a perspectiva científica da "máquina humana" e das suas doenças, diminuiu de forma considerável o nosso campo de visão e a nossa capacidade de interpretar o que se passa na situação complexa de vida duma pessoa ou de um grupo. No entanto, as interacções que se produzem numa situação de cuidados são interacções únicas, o que significa que cada

situação de vida com que o enfermeiro se depara, é uma situação única, singular, e que não se repetirá jamais.

Também MILLION-LAJOINIE (1994:5) se refere à complexidade da situação de cuidados, uma vez que esta situação pode ser percebida e analisada de múltiplas perspectivas, umas complementares e outras possivelmente contraditórias, nomeadamente no que diz respeito às decisões para agir. No entanto, cada situação de cuidados é sempre nova e sempre irrepetível.

Na perspectiva de HESBEEN (1997:50), existe muitas vezes confusão entre o que é complexo (o Cuidar) e o que pode ser complicado (o acto ou a tarefa). O complicado (que exige com frequência meios sofisticados e espectaculares) tem suplantado o complexo (que exige uma aproximação mais simples e uma forma de familiarização com a situação). O acto tem predominado sobre a ajuda singular a prestar à pessoa, consequência possivelmente das representações sociais.

Uma perspectiva enganadora entre o complicado e o complexo, tem influenciado fortemente a imagem que os enfermeiros têm de diferentes contextos de trabalho. Os enfermeiros que trabalham na área dos cuidados intensivos são frequentemente considerados mais profissionais ou mais competentes do que os que trabalham na área da psiquiatria ou da geriatria. Mas a diferença situa-se no complicado e não no complexo. A prática de cuidados pode ser mais complicada, o que não implica que seja mais difícil. Se é mais complicado vigiar um ventilador do que proceder à higiene de uma pessoa idosa dependente, isso não determina a complexidade das situações encontradas, porque em ambas trata-se de prestar cuidados, logo de dirigir uma atenção particular à pessoa sobre a qual as acções se dirigem (HESBEEN, 1997:35).

COLLIÈRE (1989:237) distingue a natureza destes dois tipos de cuidados. Diferencia os «cuidados de reparação: *cure* – ligados à necessidade de reparar o que constitui

obstáculo à vida» e que valorizam o tratamento da doença, e os «cuidados de manutenção de vida: *care* – ligados às funções de manutenção de continuidade da vida», para os quais importa conhecer os hábitos daquela pessoa, as suas crenças, os seus valores.

Neste contexto, o Cuidar tem que combinar conhecimentos, habilidades, o saber-ser, o saber-estar e a intuição, que vão permitir ajudar a pessoa na sua situação singular, que vão permitir ajudá-la a continuar o seu percurso de vida.

Com este objectivo o enfermeiro irá, como refere COLLIÈRE (1989:294), «actuar em complementaridade com o que eles próprios ainda não sabem fazer, não podem, já não podem, ou então podem fazer com suporte e ajuda», implicando de forma activa e sempre que possível os sujeitos dos cuidados, com a preocupação de promover a dignidade humana.

Uma vez que o modelo biomédico ou modelo de tratar é insatisfatório na resposta às necessidades da pessoa decorrentes da sua complexidade, muitas teóricas de enfermagem têm procurado elaborar modelos de enfermagem que valorizem a intervenção do enfermeiro orientada para o Cuidar.

O modelo de enfermagem – como esquema de referência – é uma abstracção, uma imagem mental da profissão e que, segundo ADAM (1991:1), permite precisar a contribuição da profissão de enfermagem no campo da saúde, fornecendo orientações não só para a prática de cuidados, como para a formação e para a investigação em enfermagem.

Os diferentes modelos de enfermagem – ou modelos de Cuidar – estão centrados na pessoa, valorizam a sua relação com o enfermeiro e o seu papel activo nas tomadas de decisão que visam dar resposta às suas necessidades, aos problemas da sua situação de desiquilíbrio, no sentido de promover o seu máximo potencial de saúde e de bem-

estar. Todos os modelos de enfermagem se baseiam nos conceitos de **pessoa, saúde, ambiente** e **enfermagem**, e nas suas relações particulares (RIBEIRO, 1995:28).

LEININGER (1995:10) declara que o Cuidar constitui o coração e a alma da enfermagem, ou seja, Cuidar é a própria enfermagem. O Cuidar é a característica distintiva que torna a enfermagem naquilo que ela é, ou no que deveria ser, como uma profissão e uma disciplina.

O Cuidar reveste-se frequentemente de formas muito subtis, pouco ou nada mensuráveis, que por um lado lhe diminuem o protagonismo face a actos técnicos ou práticas científicas mais ou menos sofisticadas e que por outro lado tornam difícil identificar e perceber a sua especificidade no contexto do trabalho da equipa de saúde.

HESBEEN (1997:46) afirma que «na sua realidade profunda, o Cuidar é mais marcado pela subtilidade, a espontaneidade, a criatividade e a intuição que pela ciência e a técnica». Também para KÉROUAC et al (1994:75), o Cuidar faz apelo a diversos processos, nomeadamente a reflexão, a análise crítica, a integração de crenças e de valores, a aplicação de conhecimentos, o julgamento profissional e a intuição. No entanto, estas autoras (p.77) advertem que a falta de tempo torna os cuidados de enfermagem incompletos. As tarefas habituais são normalmente cumpridas em detrimento de uma parte importante do Cuidar, aquela que exige reflexão, que serve de ajuda e de suporte à pessoa do doente.

A competência técnica do enfermeiro não pode ser banalizada ou desvalorizada. A sua importância terá que ser relativizada face a outras competências que se centram no interesse da atenção a prestar à pessoa, na qualidade da relação humana, naquilo que tem sentido e significado para ela, na ajuda singular que necessita. Estas intervenções revestem-se muitas vezes de pouco protagonismo e pressupõem, não a aplicação dos conhecimentos gerais a um indivíduo, mas a adaptação, através de um percurso

singular, dos conhecimentos e das competências, de forma a que tenham significado e sejam percebidas como de ajuda para a pessoa (HESBEEN (1997:10). Neste caminho feito com a pessoa de quem se cuida, emerge o reforço das suas competências, o encorajamento e o ter esperança nos momentos difíceis, fazendo apelo aos recursos internos que lhe são próprios. Estas acções são muitas vezes subtis e invisíveis (KÉROUAC et al, 1994:77).

Segundo WATSON (1985:109), a «prática de enfermagem como a ciência do Cuidar exige que o enfermeiro responda ao utente como uma pessoa». Assim, os cuidados de enfermagem – representando uma actividade profundamente humana, um encontro interpessoal e um processo intersubjectivo, deve combinar um sistema de valores humanísticos e de conhecimentos científicos. É esta base humanístico-científica que está na base da ciência do Cuidar, encarado como um ideal moral e que ajuda a responder às necessidades da pessoa numa perspectiva de cuidados de saúde holísticos.

Ainda de acordo com WATSON (1985:197), a saúde está «relacionada com uma elevada qualidade de vida, e está dependente do auto-conhecimento e da auto-aceitação», o que pressupõe uma capacidade da pessoa encarar de forma directa, não só as dificuldades, os sofrimentos, mas também as alegrias que matizam a sua vida.

LEININGER (1995:9-10) define o Cuidar como a maneira de, com compaixão e respeito, assistir, apoiar, capacitar e ajudar a pessoa, quer se encontre saudável, doente ou mesmo a morrer, com o objectivo de melhorar a condição humana ou ajudar a pessoa a lidar com a morte ou com a incapacidade. E para que os cuidados de enfermagem sejam de ajuda e significativos, é imprescindível que sejam orientados para as necessidades e estilo de vida particulares de cada pessoa, perspectivados nas

suas referências culturais, uma vez que a cultura influencia a forma como cada um vê o mundo, toma decisões e estrutura as suas acções.

Por este motivo, os valores culturais são considerados por LEININGER (1995:11-12) como os elementos essenciais para compreender a enfermagem transcultural. Para esta autora, a enfermagem transcultural tem o objectivo de descobrir e de constituir um corpo de conhecimentos e habilidades, baseadas no cuidado transcultural, na saúde ou no bem-estar, assim como na doença, por forma a ajudar os enfermeiros a prestarem cuidados culturalmente congruentes, porque adequados às pessoas de diversas culturas e num contexto mundial.

A teoria desenvolvida por esta autora (p.97), Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidar, parte da premissa que o Cuidar é a essência e o foco central, dominante e unificador da enfermagem, e pretende descrever, explicar, interpretar e predizer, nas diversas culturas, os padrões do cuidado humano, as práticas dos cuidados de enfermagem e os factores que as influenciam. Com este objectivo LEININGER (1995:103-104) estabelece alguns pressupostos:

- Cuidar é essencial para o bem-estar, a saúde, a cura, o crescimento, a sobrevivência e para fazer face às deficiências ou à morte.
- Os cuidados culturais são o meio mais abrangente de conhecer, de explicar, interpretar e predizer o fenómeno dos cuidados de enfermagem e de orientar as suas práticas.
- A enfermagem é uma disciplina de cuidados, transcultural, humanística e científica e uma profissão cuja finalidade é servir os seres humanos em todo o mundo.
- Cuidar é essencial para o tratamento e para a cura, pelo que não pode haver tratamento sem cuidados.

- Os conceitos, significados, expressões, padrões, processos e formas estruturais dos cuidados culturais têm diferenças (diversidade) e semelhanças (universalidade) nas várias culturas do mundo.
- Cada cultura humana tem conhecimentos e práticas de cuidados genéricos (do senso comum, tradicionais ou nativas) e também tem conhecimentos e práticas profissionais, os quais variam transculturalmente.
- Os valores, crenças e práticas dos cuidados culturais são influenciados e tendem a estar imbuídos da mentalidade, da linguagem, da religião, do parentesco, da política, da educação, da economia, da tecnologia, da etnohistória e do meio ambiente de cada cultura particular.
- Cuidados de enfermagem terapêuticos, eficazes e culturalmente determinados contribuem para o bem-estar dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades inseridos nos seus contextos ambientais.
- Cuidados de enfermagem culturalmente congruentes ou terapêuticos ocorrem somente quando o enfermeiro conhece e utiliza apropriadamente e de forma significativa, os valores, expressões ou padrões dos cuidados culturais dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades.
- Existem diferenças e semelhanças nos cuidados culturais entre os prestadores de cuidados profissionais e os genéricos em todas as culturas humanas do mundo.
- O cliente que recebe cuidados de enfermagem que não são congruentes com os seus valores, crenças e estilos de vida, evidenciará sinais de conflito cultural, de oposição, stress e preocupações éticas ou morais.

Nesta perspectiva, o enfermeiro tem que tomar consciência da gravidade de querer impor a *sua cultura*, isto é, as suas crenças, valores e práticas, sobre uma outra

cultura, fenómeno designado por "imposição cultural", frequente no campo da saúde mas infelizmente pouco valorizado na prática. O fenómeno da "imposição cultural" está relacionado intimanente com o "etnocentrismo", definido como «a crença de que as nossas próprias ideias, crenças e práticas são as melhores, são superiores e preferíveis a outros estilos de vida» (LEININGER, 1995:180-181).

Para que os cuidados de enfermagem sejam culturalmente adaptados, GIGER; DAVIDHIZAR (1995:8) apontam seis fenómenos culturais a serem tomados em consideração pelo enfermeiro e que são evidentes em todos os grupos culturais, embora a sua aplicação e uso possam ser variáveis de cultura para cultura. São eles: a *comunicação*, o *espaço*, a *organização social*, o *tempo*, o *controle do meio ambiente* e as *variações biológicas*.

A avaliação das variáveis culturais mencionadas e os seus efeitos sobre os comportamentos do indivíduo respeitantes à saúde e à doença, assume uma importância especial face à diversidade cultural com que o enfermeiro se confronta. Cuidar exige um conhecimento do indivíduo. E, como afirma FAYN (1995:63), cada vez mais o indivíduo rejeita o anonimato das estruturas hospitalares tradicionais e deseja que os profissionais de saúde o considerem como uma pessoa inteira, que prestem atenção à sua personalidade, ao seu contexto de vida, à sua situação familiar, social e profissional, isto é, que prestem atenção à sua própria história.

1.2 - O CUIDAR EM GERONTOLOGIA

Em relação à origem e evolução da Gerontologia, BERGER; MAILLOUX-POIRIER, (1995:3) referem: «sabe-se que nos povos primitivos os idosos eram pouco numerosos e a sua existência não causava problemas. Eles foram quase totalmente ignorados até 1600. Depois dessa data, a sociedade começou "oficialmente" a ocupar-se das pessoas

de idade; foi-lhes mesmo reconhecido o direito de "mendigar". Apenas por volta de 1950 a gerontologia, tal como é reconhecida hoje, tomou forma e apareceram as primeiras medidas políticas e sociais. Depois, esta disciplina não parou de se transformar. A população idosa representa actualmente (...) um fenómeno social importante».

A imagem que a sociedade atribui à velhice tem variado ao longo dos tempos. Na opinião de SOLDEVILLA AGREDA (1999:25), esta imagem é determinada pelo modelo de homem ideal que impera em cada momento histórico numa sociedade. Assim, a imagens positivas ou negativas da velhice correspondem consequentemente comportamentos de valorização ou de rejeição dos idosos.

O estatuto dos idosos tem sofrido inúmeras modificações, influência de factores sociológicos e históricos. A maior parte dos idosos que habitavam os meios rurais conservavam a sua autonomia até à morte. Com as migrações para os centros urbanos, consequência dos progresso tecnológico e da industrialização, a estrutura familiar altera-se assim como o papel dos idosos. A família inicialmente alargada torna-se mais pequena, e passa a ser-lhe difícil tomar conta do idoso, encarado muitas vezes como um fardo económico. A sua institucionalização torna-se, por isso, prática frequente (BERGER; MAILLOUX-POIRIER,1995:3).

É difícil envelhecer bem numa sociedade que dá ênfase à juventude e à competitividade em detrimento dos valores humanos. A melhoria da qualidade de vida do idoso passa não só por intervenções de índole médica, mas também por medidas sociais e económicas. E como referem BERGER; MAILLOUX-POIRIER (1995:7): «as sociedades e as civilizações são julgadas pelo destino que reservam aos idosos».

Os cuidados de enfermagem em gerontologia baseiam-se em conhecimentos científicos – biológicos, psicológicos, sociais e culturais – que permitem ao enfermeiro realizar uma abordagem global da pessoa ao seu cuidado. Pressupõem uma atenção particular ao que ela é como ser humano, à sua história de vida, ao significado que tem para si o período de desiquilíbrio que está a vivenciar e que originou este encontro entre quem cuida e quem é cuidado.

O idoso encontra-se na última etapa do ciclo de vida, e apesar da fragilidade que lhe é própria tem, se a velhice for encarada como um processo dinâmico e positivo, um potencial para se adaptar, para aprender e para crescer.

BERGER; MAILLOUX-POIRIER (1995:6) afirmam que os idosos também mudam. São únicos e diferentes apesar das suas necessidades básicas serem idênticas. Cada idoso situa-se num momento preciso do contínuum nascimento-morte / saúde-doença e procura conservar a sua autonomia, no seu meio natural, o máximo de tempo possível.

A ajuda ao idoso para que ele possa atingir e manter o melhor estado possível de saúde e de bem-estar, passa por uma abordagem global nas suas dimensões biofisiológica, psicológica, sociológica, cultural e espiritual.

Mas é muitas vezes difícil ao enfermeiro compreender toda a globalidade da pessoa idosa e aceitar a velhice como um período de crescimento e de evolução porque, como afirma BERGER; MAILLOUX-POIRIER (1995:VII), «todas as enfermeiras conheceram a juventude, a infância, a dor, a doença. Porém, ainda nenhuma delas conheceu a velhice». Como consequência, as mesmas autoras (p.13) afirmam: «para as enfermeiras, o mundo dos idosos está cheio de mistérios e de curiosidades, como de medos e de apreensões pois representa o seu futuro».

Os cuidados de enfermagem em gerontologia, apoiados numa filosofia humanista, encaram a velhice como um processo dinâmico e positivo, o que obriga a uma reavaliação dos valores pessoais, das crenças e das atitudes do próprio enfermeiro, de forma a poder atender à especificidade da pessoa idosa (BERGER; MAILLOUX-POIRIER , 1995:6).

Velhice não é sinónimo de doença, mas o aumento da fragilidade que ocorre nesta etapa da vida torna mais frequente o aparecimento de desiquilíbrios após algum tipo de agressão, facto que leva a que a apreciação do estado de saúde do idoso não seja um processo fácil.

Os problemas de saúde dos idosos são caracterizados principalmente pela cronicidade e pela polipatologia. BERGER; MAILLOUX-POIRIER (1995:13) afirmam que os idosos «raramente têm problemas de saúde específicos, únicos e precisos; estão sobretudo mergulhados num sofrimento total».

Esta situação origina uma redefinição da doença numa perspectiva operacional, avaliando a incapacidade, temporária ou permanente do idoso, em vez da disfunção deste ou daquele orgão. Assim, BERGER; MAILLOUX-POIRIER (1995:112) sugerem que o conceito de bem-estar é o que mais se adequa em gerontologia, uma vez que o bem-estar representa «um estado de equilíbrio entre o ambiente que rodeia o idoso, o seu meio interno e todos os outros fenómenos pessoais, presentes a todos os níveis». Neste sentido, e de acordo com as mesmas autoras (p.144), para atingir o bem-estar o idoso «tem que se esforçar para adaptar o seu estilo de vida às diferentes situações de velhice e não se limitar a curar a doença ou resolver os problemas de saúde (...) o que conta, ainda mais do que a saúde, é a capacidade de adaptação ou o potencial funcional do idoso», numa contínua valorização do que o idoso ainda é capaz de fazer, apesar das perdas existentes.

Com a mesma orientação, COSTA (1998:50) define a saúde do idoso em duas perspectivas: «a presença ou ausência de doença, ou ainda em função do bem estar funcional da pessoa idosa. A primeira resulta da observação, exame e dados complementares de diagnóstico; a segunda alternativa baseia-se no nível funcional e tende a diminuir o peso estatístico da prevalência ou incidência da doença como indicadores de procura dos serviços de saúde, potenciando a apreciação global do indivíduo».

Na avaliação do estado de saúde do idoso, CORDEIRO (1999:58) realça a necessidade de ter em consideração dois aspectos: o objectivo e o subjectivo. O primeiro trata dos problemas reais de saúde e da frequência do seu aparecimento nos idosos, o segundo reporta-se à percepção do idoso sobre o seu estado de saúde, aspecto que se encontra intimamente relacionado com os seus hábitos de vida.

Não pode ser esquecido que são os doentes idosos os maiores utilizadores dos serviços de saúde hospitalares e que têm habitualmente internamentos mais prolongados (LOURENÇO et al, 1995:28). A sua própria fragilidade faz prever consequências gravosas para o seu equilíbrio fisiológico e psicológico, decorrentes da hospitalização, assistindo-se com muita frequência e com muita rapidez ao declínio funcional do doente idoso.

Os mesmos autores (p.31) referem, em relação à hospitalização do idoso, que: «a par das perturbações orgânicas determinantes do internamento, a mudança de ambiente, de hábitos e de ritmo de vida, tornam este ingresso sempre penoso e indesejável para o idoso. As dificuldades de adaptação propiciam reacções adversas, sentimentos de rejeição, hostilidade ou abandono e estados de imobilismo, angústia ou depressão mais ou menos profunda».

A hospitalização do idoso obedece a rituais próprios definidos por cada sociedade (HELMAN, 1994:236). Ao ser internado o doente idoso é despojado da sua roupa, dos seus pertences, e passa a ser mais um "caso" na enfermaria. Os horários para se alimentar, para tomar banho, para dormir, para acordar, para receber as visitas são-lhe impostos, e exige-se que o idoso a eles se adapte. É notória a despersonalização a que é sujeito, assim como é muitas vezes relegado para um papel secundário a valorização dos seus sentimentos, nomeadamente o medo e a ansiedade que normalmente acompanham a vivência da situação de doença e da hospitalização (CABETE, 1999:34,36).

O internamento leva à perda da intimidade, da privacidade, da autonomia, do controlo dos acontecimentos da vida do idoso. Por outro lado, em alguns alimenta a dependência, também em nada favorecedora da sua dignidade como pessoa.

Emergem desta realidade tão frequente, problemas em tão grande número e de tal complexidade que podem provocar no enfermeiro sentimentos de incapacidade, de frustração e de achar que "já não vale a pena investir".

Os idosos necessitam de cuidados complexos e polivalentes que BERGER; MAILLOUX-POIRIER (1995:13) especificam como simultaneamente «preventivos, curativos, paliativos e estão ligados à cronicidade e à saúde mental. Tanto são cuidados básicos como cuidados especializados (...) as técnicas ocupam muitas vezes um lugar secundário». Daqui ressalta a emergência de um trabalho interdisciplinar que vise dar resposta às múltiplas e complexas necessidades do idoso.

Face a esta situação, como podem os cuidados de enfermagem ao idoso tornar-se um veículo com um poder libertador?

COLLIÈRE (1989:314) afirma: «um poder é libertador de cada vez que, apoiando-se nas forças e capacidades em presença, liberta outras possibilidades ou permite às

capacidades existentes desenvolver-se ou simplesmente ser utilizadas». Desta forma, o idoso é encarado como tendo potencialidades que lhe permitem poder participar activamente no seu processo de vida, preservando a sua autonomia e auto-estima.

Em oposição, os cuidados de enfermagem podem veicular um poder redutor, segundo COLLIÈRE (1989:312), quando: «há redução das capacidades dos utilizadores, da sua família, isto é, de cada vez que se não identifica o que podem ou sabem fazer por si próprios e que se não utiliza tudo o que os motiva, os mobiliza, lhes dá desejo e gosto de viver, lhes faz descobrir a sua própria capacidade, ganhar confiança em si próprios e construir um sentimento de valorização pessoal».

Responder de forma abrangente às necessidades do idoso exige uma atenção especial a múltiplos factores. EBERSOLE; HESS, citados por BERGER; MAILLOUX-POIRIER (1995:8), apontam alguns dos factores que consideram essenciais a ter em conta quando se prestam cuidados aos idosos:

- «as múltiplas facetas do processo de envelhecimento;
- os ritmos pessoais do envelhecimento;
- as numerosas perdas associadas ao envelhecimento;
- o trabalho de luto necessário para aceitar as perdas;
- as relações entre os factores biológicos, sociais, económicos e psicológicos;
- a resposta atípica do idoso à doença e ao tratamento;
- os efeitos cumulativos das doenças crónicas e/ou dos processos de degenerescência;
- os valores sociais associados ao envelhecimento assim como as atitudes sociais».

Têm sido inúmeras as hipóteses de explicação do fenómeno do envelhecimento, o que levou ao aparecimento de variadas teorias de natureza biológica, fisiológica,

psicológica e social. No entanto, nenhuma destas teorias o consegue explicar, possivelmente devido ao carácter multidimensional que o caracteriza (BERGER; MAILLOUX-POIRIER , 1995:99), (LAUZON; ADAM, 1996:14,413).

O envelhecimento normal ou biológico, que diz respeito às alterações estruturais e funcionais que ocorrem no organismo, pode ou não diferir do envelhecimento cronológico medido pelo calendário (ERMIDA,1999:43). Assim, cada pessoa envelhece de forma única e a um ritmo que é só seu. E, como afirma GUIMARÃES (1999:67): «o tempo de ser velho é um tempo subjectivo (...) envelhecemos como vivemos e cada pessoa será um idoso especial».

Mas, para além do envelhecimento biológico tem que ser equacionado um outro tipo de envelhecimento: o envelhecimento social, fruto da alteração do papel que aquele idoso desempenhava na sua família e na sociedade e que pode fazer perigar o seu equilíbrio bio-psico-social. E, como refere ERMIDA (1999:44), não pode ser esquecido que «há hoje, para além dos 65 anos, quinze ou vinte anos de vida cuja qualidade pode estar irremediavelmente comprometida por uma errada política social ou por comportamentos e atitudes estereotipadas em relação ao fenómeno do envelhecimento».

O processo de envelhecimento acarreta o desenvolvimento de variadas perdas que se vão acumulando e tornando em maior número com a progressão da idade.

Segundo WATSON (1985:271), a forma como a pessoa experiencia a perda está dependente da perspectiva, dos valores e dos significados que essa perda tem para quem a vivencia. As perdas podem ser conceptualizadas em termos psicológicos – perda do auto-conceito, da auto-estima, da auto-identidade; em termos socioculturais – perda da identidade social, do papel social, da constelação familiar ou da herança cultural; e em termos físicos – perda de uma função do organismo ou perda da

qualidade dos atributos físicos. O idoso, vivendo um período crítico, experimenta perdas não só biofísicas e psicológicas como também socioculturais. E todas elas podem interinfluenciar-se. Na opinião desta autora (p.275), a perda psicológica experimentada pelo idoso pode ser a perda mais deprimente de todas elas.

A perda pode associar-se a uma importante mudança do seu papel habitual. WATSON (1985:275) aponta mudanças como aquelas de pais para avós, de casado para viúvo, de amigo de muitos para amigo de poucos, de um participante activo na sociedade para um beneficiário passivo, de "chefe" de família para uma posição fora da constelação familiar, de membro de uma cultura para membro da subcultura do idoso, de uma pessoa economicamente estável para uma pessoa economicamente ameaçada, de uma pessoa de elevado estatuto e poder para uma posição de baixo estatuto e falta de poder.

Na opinião de BERGER; MAILLOUX-POIRIER (1995: 8), «um dos problemas mais graves com os quais as pessoas de idade se confrontam é a perda da autonomia, isto é, a diminuição da capacidade de adaptação ao meio e o aumento da dependência em relação a esse meio».

Os idosos, lidando com o aumento de déficits físicos e psicológicos e com a diminuição dos recursos sociais, reagirão de forma particular. Diversos factores podem influenciar esta resposta, nomeadamente a personalidade do idoso, o número e natureza dos recursos que podem ser utilizados, dos quais se destacam o sistema de suporte social, os recursos físicos e económicos, a natureza da perda (WATT, 1993:339-340). A fragilidade do equilíbrio bio-psico-social do idoso é pois um factor determinante no tipo de resposta às perdas. WATT (1993:340) afirma que «à medida que as perdas se acumulam nestas esferas, a vulnerabilidade de cada aspecto pode

aumentar, deixando o indivíduo particularmente susceptível à doença física, ao sofrimento psicológico ou à má adaptação social».

Serão necessárias inúmeras e importantes adaptações na vida do idoso, mas nem sempre os seus mecanismos de adaptação habituais são perfeitamente eficazes. Assim, este período constitui uma situação de crise na sua vida.

Determinadas atitudes negativas da sociedade face ao idoso, podem por um lado favorecer as imagens pouco valorizadas que tem de si próprio, e por outro impedir que os profissionais de saúde mobilizem todas as potencialidades que podem ajudar a pessoa idosa a controlar o seu percurso de vida.

A "gerontofobia" – o medo irracional relacionado com o envelhecimento; o "agismo" – toda a forma de descriminação relacionada com a idade e a "infantilização" são atitudes negativas que prejudicam a relação do enfermeiro com o idoso (BERGER; MAILLOUX-POIRIER (1995:65-66).

A infantilização acarreta inúmeras consequências ao poder originar um aumento da dependência do idoso, uma possível regressão nos seus comportamentos, uma falsa incapacidade, a perda da confiança em si próprio e a perda da dignidade como pessoa.

Também os mitos e estereótipos sobre a velhice ameaçam os idosos. Mitos como os que relacionam a velhice à doença, ao egoísmo, à não produtividade e ao aborrecimento; e os estereótipos que veiculam imagens de declínio, de senilidade, de apatia, de isolamento, de fraqueza, originam barreiras que importa derrubar se o enfermeiro pretende orientar os cuidados numa perspectiva humanista (BERGER; MAILLOUX-POIRIER , 1995:66-68), (LAUZON; ADAM, 1996:190-192).

Cuidar o idoso implica ajudá-lo a recuperar ou melhorar a sua autonomia, a sua capacidade de decidir, de controlar a sua vida. Há que reconhecer os seus pontos fortes, assim como os seus pontos fracos, numa tentativa de encontrar em conjunto

estratégias eficazes para ultrapassar os momentos de crise, que favoreçam uma adaptação aos déficits existentes, valorizando o que ainda pode fazer em substituição do que já não pode fazer.

BERGER; MAILLOUX-POIRIER (1995:6) estabelecem três objectivos que sustentam os cuidados em gerontologia:

1. «Ajudar o cliente idoso a compreender o envelhecimento e a distinguir os aspectos normais e patológicos.
2. Ajudar o cliente idoso a controlar o processo de envelhecimento através de intervenções que visem a promoção da saúde, a conservação da energia e a qualidade de vida.
3. Ajudar o cliente idoso a solucionar os problemas patológicos que por vezes acompanham o envelhecimento».

Neste sentido, é imprescindível que o enfermeiro conheça a complexidade do fenómeno do envelhecimento e reavalie os seus sentimentos e comportamentos face ao idoso e à velhice, de forma a respeitar os direitos do idoso e a promover a sua dignidade como pessoa. Cuidados de qualidade apoiam-se em objectivos humanistas.

Por outro lado, é necessário modificar a imagem da enfermagem gerontológica, imbuída de características pouco favoráveis. Trabalhar num serviço de idosos é ainda pouco prestigiante e estimulante. Para muitos é um trabalho de "segunda categoria".

Na opinião de SOLDEVILLA AGREDA (1999:35), os enfermeiros que prestam cuidados aos idosos vivenciam sentimentos de isolamento de classe e de falta de orgulho profissional, situação que não existe noutras especialidades de enfermagem. As atitudes de desvalorização da enfermagem gerontológica prendem-se essencialmente com o facto de ser reconhecida como um trabalho que exige poucas

técnicas, e por esse motivo considerada como um trabalho carente de bases científicas.

Na opinião de FRENCH (1993:423), prevalece a ideia de que não são necessários conhecimentos especializados ou competências específicas para trabalhar com idosos, sendo considerado um trabalho aceitável para enfermeiros sofrendo de "burn out", ou no final das suas carreiras ou que são incapazes de se adaptar às exigências de outras actividades mais sofisticadas. Ainda de acordo com esta autora (p.423), os enfermeiros recém-formados são olhados com suspeita quando voluntariamente escolhem trabalhar com idosos. São considerados como se tivessem medo de encarar a "verdadeira enfermagem". Ainda não é reconhecido que os cuidados aos idosos têm uma especificidade própria, e que as suas necessidades diferem das dos indivíduos de outros grupos etários.

Uma mudança desta perspectiva passará pela responsabilização dos enfermeiros, individual e colectivamente, no sentido de promover a importância das intervenções em gerontologia, de desenvolver e dar a conhecer os conhecimentos particulares desta área e de promover a imagem dos serviços de idosos, de forma a aumentar a consciencialização pública e profissional, da complexidade do Cuidar em gerontologia (FRENCH, 1993:424). Passará também por medidas ao nível da política de saúde do país.

Ao enfermeiro compete promover o melhor funcionamento do idoso a nível físico, psicológico e social. Para isso, é necessário ajudar o idoso a encontrar estratégias de adaptação que favoreçam o controlo da sua vida e o atingir do maior nível de autonomia. Com este objectivo o enfermeiro deve tentar conhecer aquela pessoa, os seus valores, as suas crenças, os seus comportamentos, a sua individualidade, os seus recursos.

A atenção a prestar ao idoso torna-se mais abrangente quando o declínio fisiológico, psicológico e social se instala, e as consequentes perdas aos diferentes níveis se observam. Na sua intervenção o enfermeiro tem que atender à polivalência dos cuidados que o doente idoso exige, sempre com a preocupação de que ele preserve a sua própria identidade. Na opinião de BERGER; MAILLOUX-POIRIER (1995:504): «a identidade permite ao ser humano manter-se fundamentalmente o mesmo, apesar de todas as mudanças que ocorrem no percurso da sua existência e a individualidade (a identidade do eu) torna-o único, diferente e significativo para si e para os outros».

Valorizar o papel do idoso, estimular o controlo da sua vida e dos acontecimentos que ocorrem, poderão ser medidas que vão contribuir para que o idoso preserve a sua identidade, acreditando no seu potencial de desenvolvimento e na sua capacidade de se adaptar às mudanças que recheiam o seu percurso de vida, numa contínua procura do maior nível de saúde e de bem-estar que o idoso merece atingir.

1.2.1 – Problemas Éticos no Cuidar do Idoso

Ao cuidar a pessoa idosa o enfermeiro poderá ver-se envolvido em situações de conflito de valores, em que terá de fazer escolhas e tomar decisões, muitas vezes com penosidade, uma vez que nenhuma delas parece ser a melhor. Os limites entre as implicações éticas, morais e legais nem sempre estão bem definidos o que dificulta a tomada de decisão.

Situações em que a evolução tecnológica pode levar à obstinação terapêutica, em que a dignidade da morte se põe em causa e em que os recursos a oferecer são exíguos, tornam difícil uma tomada de decisão justa e com respeito pela dignidade da pessoa. Podem estar subjacentes os estereótipos atrás referidos e que podem levar, por falta de

respeito pelo idoso, ou à obstinação terapêutica ou ao desinvestimento no tratamento porque subsiste a ideia de que "já não vale a pena".

Alguns serviços de idosos estão impregnados de uma conotação negativa que pode influenciar a atitude do profissional de saúde de que "já não vale a pena investir".

Afirma RIBEIRO (1995:44) que «ser enfermeira implica, além de competências técnicas, cuidar, exigindo este, por sua vez, competências de ajuda, apoio, valorização da pessoa, respeito e confiança. É no exercício destas competências que as enfermeiras são frequentemente confrontadas com tomadas de decisão dilemáticas».

O conhecimento do utente como pessoa e não só como "caso clínico", a qualidade da relação estabelecida entre a pessoa e o enfermeiro e o conhecimento que ele deve ter de todas as possíveis vertentes do problema dilemático, serão determinantes na amplitude do seu papel como defensora dos direitos do utente.

A dimensão ética dos cuidados de enfermagem assenta no respeito do utente enquanto Pessoa – respeito pela sua vida e pela qualidade da sua vida.

A situação de vida do idoso marcada muitas vezes por uma diminuição das capacidades físicas e mentais, pelo isolamento, pela marginalização, pela inactividade, pela insegurança económica, pela dependência dos familiares e pelo sobreconsumo de medicamentos, torna os idosos mais vulneráveis e, como afirma BERGER; MAILLOUX-POIRIER (1995:465), com «muito mais dificuldade em exercer os seus direitos ou tomar decisões esclarecidas», associado ao facto de que frequentemente se assiste a uma subvalorização dos seus direitos.

A influência de uma cultura orientada para valores como a juventude e a produtividade e que encara o envelhecimento como um corolário de contínuas perdas, reforça uma imagem negativa do idoso.

É necessário que o enfermeiro reavalie as suas atitudes e crenças face ao idoso e ao envelhecimento. Na opinião de PERRY; ERICKSEN (1993:360), os preconceitos que possam existir, nomeadamente o "agismo", poderão ser responsáveis pelo pessimismo do pessoal de saúde face a objectivos positivos de cuidados, o que irá infringir os princípios da justiça e da beneficência

As mesmas autoras (p.360) chamam a atenção que os estereótipos afectam a percepção do profissional de saúde sobre os direitos do idoso à autonomia, à beneficência e à justiça, se se espera «que todos os idosos sofram de diminuições cognitivas, se se interpretam esquecimentos normais como demência, se se hesita em fazer ensino a um utente de 78 anos, ou se se interpreta um único episódio de perda involuntária de urina de um indivíduo de 70 anos, como o começo de incontinência».

Assim, o enfermeiro fica condicionado por uma abordagem negativa do idoso, o que o impede de olhar para ele de forma imparcial e objectiva.

O direito à autonomia parece também bastante problemático de ser respeitado quando se trata do doente idoso.

Na opinião de BERGER; MAILLOUX-POIRIER (1995:466), «os problemas éticos e jurídicos em geriatria cristalizam-se em torno do consentimento do doente para os cuidados e tratamentos de que pode ser objecto bem como em torno da legitimidade desses mesmos cuidados e tratamentos». Não é incomum o doente idoso ser submetido a tratamentos para os quais não deu o seu consentimento, ou para os quais foi informado de forma deficitária.

Um dos papéis do enfermeiro relaciona-se com a protecção dos idosos mais vulneráveis, menos capazes de exercer os seus direitos e também com a promoção da autonomia dos idosos que conservam mais capacidades.

O idoso, como qualquer pessoa, tem o direito de escolher de forma livre, voluntária e com tempo para reflectir, após ter sido informado do que se está a passar consigo, do porquê de determinado cuidado ou tratamento. Ele goza do direito de decidir de acordo com os seus próprios valores, com a sua própria filosofia de vida e os seus próprios planos para o futuro. Os profissionais de saúde têm que respeitar essas decisões evitando influenciá-las (PERRY; ERICKSEN, 1993:362).

No entanto, esta situação complica-se quando se trata de garantir o direito à autonomia de um idoso que tem as suas capacidades diminuídas, nomeadamente as de ordem mental, embora alguns profissionais acreditem que também as limitações fisiológicas podem tornar o idoso menos apto na sua capacidade de emitir um julgamento adequado. Como tal, na opinião de FORTIN (1996:766), o profissional de saúde decide pelo idoso ou incita-o subtilmente a submeter-se às exigências do meio, muitas vezes com detrimento da sua qualidade de vida.

Também a vertente legal emerge de forma pertinente. Que mecanismos de protecção jurídica são criados na salvaguarda dos direitos do idoso quando este se encontra incapaz de os exercer?

Na opinião de GUIMARÃES (1998:15), «a lei portuguesa resolveu um dos problemas mais delicados no domínio da protecção do idoso, assegurando o suprimento da sua capacidade, nos casos de perda das faculdades mentais, garantindo a designação de um representante legal idóneo, que se responsabilize pela salvaguarda da pessoa idosa e pela gestão rigorosa do seu património».

No entanto, a mesma autora (p.15) adverte que «o processo revela-se extremamente moroso (mesmo com recurso à tutela provisória), burocratizado e por isso incompatível com a necessidade de actuar, de forma imediata, a fim de garantir o bem-estar de um idoso incapaz com reduzida esperança de vida».

Torna-se então difícil garantir o total respeito pela vontade do utente idoso, quando não houve oportunidade de validar com ele, ou com quem o representa, os seus verdadeiros interesses.

Em situações em que o idoso possa ter períodos de perda de memória alternados com períodos de lucidez, coloca-se a questão de como fazer uma correcta avaliação da sua aptidão ou inaptidão. O idoso pode ser capaz de tomar uma decisão numa altura, e noutra mostrar-se incapaz de o fazer. Respeitar a autonomia do idoso vai exigir muito discernimento da parte do enfermeiro (FORTIN, 1996:767), que deverá conseguir identificar as possíveis variáveis em jogo que possam perturbar a capacidade do idoso de decidir (PERRY; ERICKSEN, 1993:363),(RICE et al, 1997:29).

Segundo BUCHANOM; BROCK, citados por PERRY; ERICKSEN (1993:363), o desafio é encontrar um equilíbrio entre a autonomia e a beneficência evitando dois erros:

- ser incapaz de proteger o idoso que tem capacidades diminuídas, das consequências prejudiciais da sua decisão e
- ser incapaz de permitir que o idoso competente decida, transferindo assim a decisão para outrem.

Não pode também ser esquecido que os locais onde se prestam os cuidados de saúde podem ser intimidatórios para o idoso, aumentar a sua vulnerabilidade, alterar o seu comportamento e contribuir para situações de infantilização, de desvalorização das suas queixas, o que de forma alguma contribui para o seu bem-estar.

A autonomia do idoso, segundo RICE et al (1997:29), pode ser prejudicada por três tipos de impedimentos, nomeadamente a existência de poucos objectivos de cuidados estabelecidos entre o idoso e os profissionais de saúde, as generalizações das

limitações que o idoso possa ter evitando assim a determinação dos seus "pontos fortes" e o facto do idoso renunciar à sua autoridade com mais facilidade.

Na opinião destas autoras (p.29), «os idosos tendem a renunciar ao controlo mais rapidamente que as pessoas mais novas porque os idosos estão socializados com a forte crença no poder absoluto das figuras de autoridade», nomeadamente os profissionais de saúde.

A autonomia e o controlo da própria vida são necessários à satisfação de viver, à própria sobrevivência e à forma como cada pessoa define o seu papel na sociedade onde está inserida.

Promover a capacidade de decidir e de exprimir a sua vontade irá favorecer a autonomia do idoso. Quando tal não for possível, será necessário encontrar alguém que defenda os seus direitos, não podendo ser esquecido o papel que cabe ao enfermeiro (RICE et al, 1997:32) assim como à família.

Outra situação que se coloca frequentemente ao enfermeiro que trabalha em serviços de idosos, é ver-se confrontado com a "necessidade" de imobilizar o doente idoso especialmente se tem perda de autonomia.

Evocam-se frequentemente razões que se relacionam com o risco de vida que essa pessoa pode correr (ao atirar-se de uma janela), ou com o risco de prejudicar a sua qualidade de vida (se cai e sofre uma fractura), ou ainda razões que se relacionam com a segurança dos outros doentes, sobretudo se o idoso tem algum comportamento violento. A colocação de imobilizadores num doente, de acordo com FORTIN (1996:775), deve ser baseada num «julgamento clínico prudente e após uma avaliação dos riscos reais para a sua vida e a sua segurança ou para aqueles em redor. Fora deste contexto, a utilização de imobilizadores constitui um mau trato».

Ao imobilizar-se um doente idoso atenta-se contra a sua liberdade de movimentos. E a liberdade de movimentos é um direito que qualquer ser humano goza. Então, e de acordo com a autora atrás referida (p.776), «se nos encontramos na obrigação de passar por cima dessa liberdade é porque colocámos à frente um outro valor moral e que procurámos (...) proteger a vida ou a qualidade de vida » dessa pessoa.

A utilização deste recurso só parece "aceitável" depois de esgotadas outras intervenções que passam pela compreensão do que se está a passar com aquele idoso, do porquê daquele comportamento. Para que a relação entre o idoso e o enfermeiro se possa tornar terapêutica é necessário disponibilidade, e parece ser a sua falta, muitas vezes apontada como a causa de se recorrer a este "método" como primeiro recurso em vez de último.

Também razões de ordem organizacional, como a falta de pessoal, são apontadas como estando na causa do enfermeiro necessitar de imobilizar os utentes idosos, o que é altamente condenável (FORTIN, 1996:775), esperando-se do enfermeiro um papel activo no desmascarar destas situações que não promovem a dignidade do idoso.

No entanto, não é só a "imobilidade física" provocada pelo enfermeiro que atenta contra a dignidade da pessoa idosa. A "imobilidade psicológica", traduzida por uma deficiente ou ausente relação com os profissionais de saúde, com a família ou pessoas significativas, enquadra-se também numa falta de respeito por aquele indivíduo enquanto ser humano.

Em diversas outras actividades que o enfermeiro realiza no dia-a-dia, o princípio da beneficência também poderá estar em causa, na opinião de PERRY; ERICKSEN (1993:355), quando o enfermeiro, por exemplo, decide com que frequência deve alternar o posicionamento de um doente idoso com dor crónica "intratável" com o objectivo de prevenir lesões de decúbito. Este é um exemplo de proporcionalidade ao

ser avaliado o benefício face aos prejuízos que a situação daquele doente faz desencadear. No entanto, estas autoras alertam para a necessidade que o enfermeiro tem de avaliar o "Bem e o Mal" para um determinado indivíduo, na perspectiva desse mesmo indivíduo. Por exemplo, a colocação de uma fralda num idoso incontinente poderá ser vivenciada por ele de forma diferente, de acordo com o valor que atribui à fralda: como protegendo a sua dignidade como pessoa ou como uma prova de que está a ser infantilizado. Cabe ao enfermeiro a sensibilidade de percepcionar os sentimentos daquele idoso e de agir norteado pela dignidade que aquele ser humano exige.

No que diz respeito ao acesso aos cuidados de saúde e aos diferentes tratamentos que o progresso científico coloca à disposição, o respeito pelo princípio da equidade, quando se trata do utente idoso, parece nem sempre ser respeitado.

O critério da idade pode jogar decisivamente de forma desfavorável para o idoso quando os recursos são insuficientes, especialmente se o idoso já tem problemas de ordem física ou cognitiva (FORTIN, 1996:767), ou se se privilegia a cura e se colocam em plano secundário os cuidados de manutenção da vida, considerados de menor valor (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995:465), (JEAN; SOMME, 1999:109).

Parece ser fundamental discutir na equipa multidisciplinar o que é "ser justo". É necessário avaliar a globalidade da situação daquela pessoa que por acaso é idoso, sem que o estigma da idade esteja presente e sem que se faça qualquer discriminação em relação ao direito de receber cuidados de saúde. De acordo com PERRY; ERICKSEN (1993:61), mais frequentemente se ouve reclamar o direito do idoso morrer com dignidade, mas menos frequentemente se reclama o direito do idoso receber tratamento adequado. Assim, os idosos correm o risco de morrerem sem dignidade e de forma prematura. O factor idade não pode, por si só, constituir um

critério de exclusão para um tratamento, se a situação do idoso for tratável e se se prever que pode recuperar. Na opinião de JEAN; SOMME (1999:116), escutar os desejos do doente idoso poderá ser a melhor forma de lutar contra o "agismo" dos profissionais de saúde.

O progresso científico e técnico em medicina tem permitido prolongar a vida do ser humano ao colocar à sua disposição meios terapêuticos capazes de alcançar a cura em muitas situações. No entanto, este mesmo progresso tem limitações quando se mostra incapaz de oferecer ao utente uma qualidade de vida óptima, uma melhoria da sua situação, ou quando se aplica em situações em que o processo de morte já teve início.

A obstinação terapêutica, na opinião de FORTIN (1996:765), «coloca em questão os nossos valores, o nosso sentido da vida e da morte. No caso de uma pessoa idosa, os familiares e os profissionais têm frequentemente a impressão de que recuar as fronteiras da morte se tornou um contra-senso».

Terá que se equacionar por um lado, para aquela pessoa em particular, os riscos e os benefícios de um tratamento, e por outro o significado que tem para si o conceito de qualidade de vida, não esquecendo a subjectividade que lhe é inerente, pois está intimamente ligado ao sentido que cada um dá à vida, ao sofrimento e à morte. No entanto, aliviar o sofrimento, promover a qualidade de vida e proporcionar uma morte digna devem nortear a intervenção do enfermeiro.

A compreensão do que é para aquele idoso ter qualidade de vida e ajudar a melhorá-la, na perspectiva da autora atrás referida (p.766), são objectivos do enfermeiro que podem estar dificultados quando o idoso tem dificuldade ou incapacidade em expressar-se ou quando os familiares ou as pessoas que lhe estão próximas não estão particularmente sensíveis a esta questão.

As discussões sobre a qualidade de vida – valor considerado essencial na nossa época - podem ser conflituais, na opinião da mesma autora (p.766). No entanto, quer os profissionais quer os familiares devem reconhecer o direito da pessoa idosa lúcida e reconhecidamente capaz, de fazer as suas escolhas tendo consciência, como refere BERGER; MAILLOUX-POIRIER (1995:470), que «a conciliação do direito à vida, do direito à morte e da livre escolha parece difícil de realizar, sobretudo para as pessoas doentes de muita idade».

Estas questões devem ser discutidas na equipa multidisciplinar por forma a promover uma continuidade na atenção particular que aquele idoso precisa. Porém, é necessário ter consciência de que podem existir conflitos de valores entre os diferentes profissionais e que a resolução do conflito passará por uma reflexão sobre os valores pessoais e profissionais de cada um.

Qualquer atitude do profissional não pode ignorar o idoso a quem se destina. Não pode ignorar os seus problemas, as suas fragilidades, os seus recursos, os seus direitos, a sua história de vida. Só assim terá significado.

A qualidade da atenção que o idoso necessita poderá exigir que o enfermeiro repense e renove as suas estratégias de intervenção. Importa, como afirma HIRSCH (1999:69), «reabilitar a pessoa idosa e restituir-lhe o sentimento de pertença à comunidade humana».

PARTE II

2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Neste capítulo será feita uma abordagem à pesquisa etnográfica e aos seus principais instrumentos de colheita de dados, nomeadamente à observação participante a às entrevistas semi-estruturadas. Será também explicitado o modelo de análise etnográfica proposto por Spradley.

2.1 – A ABORDAGEM ETNOGRÁFICA

Cada vez mais, hoje em dia, os enfermeiros põem em questão determinadas práticas tradicionais que se perpetuam sem que se encontre uma justificação teórica para tal.

FERONI, citado por HESBEEN (1997:146), refere que «frequentemente os enfermeiros se sentem insatisfeitos com a sua prática, apontando como possíveis causas a ausência de bases científicas em que se baseiam essas práticas e a quase inexistência de avaliação dos resultados. As práticas de enfermagem são apresentadas como os resultados do saber-fazer, da experiência, extremamente variáveis e frequentemente sem fundamento científico. Estes conhecimentos não poderão ser transmitidos, por falta de formalização teórica».

A Investigação em enfermagem pretende corrigir esta situação. Possibilitará por um lado, aumentar o corpo de conhecimentos científicos específicos de enfermagem, nos quais o enfermeiro poderá basear a sua prática tornando-a mais eficiente, por outro lado contribuirá para o reconhecimento da própria profissão de enfermagem no sistema de cuidados de saúde, reconhecimento não só pelos seus utilizadores, como

também pelos restantes profissionais de saúde e pelos poderes públicos (HESBEEN, 1997:145),(POLIT; HUNGLER, 1995:6).

Para ter sentido, a investigação em enfermagem tem que se manter perto da realidade de quem presta e de quem recebe os cuidados; só assim poderá contribuir para dar maior significado aos próprios cuidados de enfermagem (COLLIÈRE, 1989:341).

Diferentes percursos conduzem ao conhecimento científico e são inúmeros os métodos à disposição do investigador. A selecção de um ou outro método depende, segundo POLIT; HUNGLER (1995:18), «em certo grau do gosto pessoal e filosofia do pesquisador, embora isso dependa, em grande parte, da natureza da indagação da pesquisa».

A expressão "investigação qualitativa" é utilizada como um termo genérico que agrupa diversas estratégias de investigação que pretendem investigar os fenómenos em toda a sua complexidade e no seu contexto natural, «privilegiando, essencialmente, a compreensão dos comportamentos a partir da perspectiva dos sujeitos da investigação» (BOGDAN; BIKLEN, 1994:16).

Segundo LEININGER (1985:5), o objectivo da investigação qualitativa é documentar e interpretar, o mais completamente possível, a totalidade do que se está a estudar, nos contextos particulares em que as pessoas se encontram e a partir dos seus pontos de vista ou esquemas de referência. Pressupõe a identificação, estudo e análise de dados, subjectivos e objectivos, de forma a compreender o universo interno da pessoa. Para a autora, esta dimensão do conhecimento é «essencial para averiguar a qualidade das características dos sentimentos, pontos de vista e padrões de acção (ou falta de acção) dos informantes e as suas interpretações ou explicações».

A etnografia, definida como a descrição de uma cultura ou subcultura, é um dos métodos qualitativos mais antigos. Povos como os Gregos e os Romanos já a utilizavam quando descreviam as culturas de outros povos que encontravam nas suas viagens ou em períodos de guerra. A palavra etnografia tem origem Grega e significa literalmente "escrevendo sobre a cultura" (ATKINSON, citado por HOLLOWAY; WHEELER, 1996:81).

A etnografia, por tradição, tem estado associada ao estudo que os primeiros antropologistas fizeram das culturas primitivas, remotas, exóticas ou estrangeiras. Actualmente dá ênfase ao conhecimento cultural da nossa própria sociedade. A etnografia tem como conceito central a cultura, entendida como «o comportamento social aprendido ou o modo de vida de um grupo particular de pessoas» (GERMAIN, 1993:237-238).

SPRADLEY (1980:6) define o conceito de cultura como «o conhecimento acumulado que as pessoas utilizam para interpretar a experiência e gerar o comportamento».

Como membro de uma determinada sociedade, o indivíduo herda um conjunto de normas, explícitas ou implícitas, que determinam a forma particular como aquele indivíduo deve "olhar" o mundo, o comportamento que deve adoptar com as outras pessoas, com o meio envolvente e eventualmente como deve experienciar esse mundo a nível emocional (HELMAN (1994:2).

Crescer dentro de qualquer sociedade, na opinião da mesma autora (p.3), é uma forma de enculturação, por meio da qual «o indivíduo lentamente adquire as "lentes" culturais daquela sociedade. Sem uma tal percepção modelada do mundo, a coesão e a continuidade de qualquer grupo humano seria impossível».

Segundo BOGDAN; BIKLEN (1994:57), a etnografia pretende descrever a cultura ou alguns dos seus aspectos, de uma forma aprofundada, recorrendo «ao conceito de

cultura, independentemente da sua definição específica, como principal instrumento organizativo e conceptual de interpretação de dados».

Na opinião de LEININGER (1985:35), a etnografia pode ser definida como um processo sistemático de observar, pormenorizar, descrever, documentar e analisar o estilo de vida ou os padrões específicos de uma cultura com o objectivo de aprender o modo de viver das pessoas nos seus ambientes familiares.

A etnografia pode também ser definida como «a arte e a disciplina de olhar e ouvir e de tentar indutivamente obter significado a partir dos comportamentos iniciados por outros» (GEHRING, citado por GERMAIN, 1993:239). Ao etnógrafo é então exigido que olhe, oiça, interprete e analise de forma a obter um conhecimento aprofundado da situação cultural estudada.

Segundo GERMAIN (1993:239), a etnografia partilha de algumas das características gerais da investigação qualitativa, como sejam:

- a preservação do contexto em vez do controlo do contexto, o que possibilita uma perspectiva holística;
- uma perspectiva "emic" que explica os fenómenos a partir da perspectiva das pessoas que pertencem àquela cultura;
- uma aproximação predominantemente indutiva na análise dos dados e na produção de teoria;
- uma aproximação interactiva que reconhece os membros da cultura, que fornecem a informação (informantes) como co-participantes no processo de pesquisa.

Ainda para esta autora (p.237), a etnografia pode ser encarada como um *produto* e um *processo*: «como um *produto*, a etnografia convencional ou clássica é uma descrição concreta e análise de aspectos do tipo de vida de uma determinada cultura, subcultura

ou de um grupo da subcultura. Como um *processo* de pesquisa, a etnografia é a aproximação tradicional para o desenvolvimento de teorias de cultura pelos antropologistas que se ocupam do modo de vida das pessoas, incluindo a antropologia cultural, social e educacional».

Embora originária da antropologia, a etnografia faz parte da pesquisa cultural de outras disciplinas, de onde se destaca a enfermagem.

A etnoenfermagem, método de pesquisa desenvolvido por Leininger nos anos sessenta, deriva em parte da etnografia. O seu objectivo é descobrir novo conhecimento sobre o fenómeno de enfermagem, a partir da explicação e documentação de situações de cuidados de enfermagem, a partir dos clientes, dos enfermeiros ou dos serviços de saúde (LEININGER, 1985:38). Assim, utiliza-se o termo etnoenfermagem quando a etnografia é utilizada em enfermagem.

A utilização da etnografia e da etnoenfermagem, possibilitarão uma compreensão mais aprofundada sobre a essência, a natureza e a estrutura básica do conhecimento de enfermagem (LEININGER, 1985:41), e permitirão explicitar o domínio que a caracteriza como disciplina.

A enfermagem pode ser considerada como uma cultura profissional, enquanto que o hospital pode ser visto como uma instituição sociocultural, e um serviço do hospital como uma subcultura (PATTON, 1990:67-68).

Por este motivo, na situação de cuidados existem pelo menos três tipos de culturas envolvidas: a cultura profissional dos enfermeiros, a cultura dos doentes e a cultura do próprio contexto onde a situação de cuidados tem lugar (HOLLOWAY; WHEELER, 1996:84). Nesta perspectiva, cada estudo etnográfico é único, porque resulta da interacção das características culturais próprias de cada grupo e de cada contexto.

Segundo GERMAIN (1993:237-239), os diferentes grupos culturais partilham entre si características, tais como, crenças, valores, ideais, regras de comportamento, vestuário, rituais, padrões de interacção, de entre muitas outras. Através da etnografia o investigador pretende aprender dos sujeitos em estudo, os significados que eles dão às suas actividades, aos rituais, aos acontecimentos, aos comportamentos, aos conhecimentos.

De acordo com SPRADLEY (1980:3), a etnografia é o trabalho de descrição de uma cultura, o que significa aprender com as pessoas mais do que estudar as pessoas. Por esta razão o investigador tem que assumir o papel de aluno, como forma de se proteger do etnocentrismo que pode influenciar a pesquisa.

É preciso não esquecer que o etnocentrismo leva à «universalização dos valores próprios do grupo e da cultura de pertença, assumindo que esses valores constituem as normas de referência para a avaliação de estruturas e práticas sociais diversas», como refere SILVA (1986:45). Para este autor (p.47), uma atitude etnocêntrica pressupõe uma relação de poder ou de domínio, o «pensar por preconceitos – por ideias feitas, que se toma por absolutas, indiscutíveis, inavaliáveis pela análise científica», o que origina a perda do rigor científico do estudo.

Como refere SPRADLEY (1980:4), a etnografia começa com uma atitude consciente do investigador de quase completa ignorância, por forma a que consiga captar o significado das acções e acontecimentos para as pessoas, sujeitos do estudo.

Para estudar uma cultura e conhecer o sistema de significados utilizados pelas pessoas para organizarem os seus comportamentos, o etnógrafo deve ter em linha de conta três aspectos fundamentais, de acordo com SPRADLEY (1980:5):

- o que as pessoas fazem (ou comportamento cultural)
- o que as pessoas sabem (ou conhecimento cultural)

- o que as pessoas produzem e usam (ou instrumentos culturais).

Mas este autor (p.10) adverte que o conhecimento que as pessoas aprenderam como membros de um grupo – ou seja a cultura – não pode ser observada directamente. É através de um processo de inferência que o etnógrafo pode ir para além do que vê (os comportamentos e os instrumentos culturais), do que ouve (as mensagens verbais) para descobrir o que as pessoas sabem (conhecimento cultural). Inferir implica o raciocínio a partir do que é evidente - do que é percebido, ou a partir de premissas - o que se supõe. No entanto, SPRADLEY (1980:10) chama a atenção que cada inferência cultural é apenas uma hipótese que tem que ser continuamente testada até que o etnógrafo tenha relativa certeza de que as pessoas partilham um sistema próprio de significado cultural, porque «nenhuma das fontes para fazer inferência – o comportamento, a linguagem, os instrumentos – são provas completas, mas juntas podem levar a uma adequada descrição cultural».

Há pois necessidade de fazer a distinção entre dois tipos de conhecimento cultural - *explícito* e *tácito* – uma vez que a etnografia estuda os dois, e de ambos o etnógrafo tem que fazer inferências. Enquanto que o *conhecimento cultural explícito* pode ser mais facilmente entendido através do que as pessoas dizem, *o conhecimento cultural tácito* implica fazer inferências do seu comportamento, dos seus utensílios e do seu uso, uma vez que as pessoas sabem coisas de que não podem falar ou expressar de forma directa (SPRADLEY, 1980:8-11).

GERMAIN (1993:245) afirma que a etnografia tem como objectivo conhecer não só a *cultura implícita ou latente* (backstage), mas também a *cultura explícita ou manifesta* (frontstage). Para isso, o investigador vai recorrer à observação participante, método em que o investigador se torna parte da subcultura a ser estudada, através de associação física com os sujeitos, no próprio local de estudo e durante um

determinado período de tempo, e através de entrevistas semi-estruturadas aos sujeitos do estudo.

COSTA (1986:134) alerta para o facto do investigador dever utilizar procedimentos não interferentes e discretos, como sejam a observação directa, a observação participante e a conversa informal. No entanto, é preciso ter em linha de conta que a presença do investigador no local de estudo introduz neste uma série de novas relações sociais – uma vez que a observação directa e a comunicação são processos de interacção - que se vão reorganizando à medida que a pesquisa decorre. Torna-se por isso importante, não propriamente evitar a interferência mas ter consciência dela, controlá-la e objectivá-la, quer durante o processo de produção dos dados quer durante a sua análise.

Na opinião deste autor (p.142), através da entrevista obtêm-se informações sobre a observação que o sujeito faz do seu próprio pensamento, comportamento ou situação. Por outro lado, a observação directa proporciona um acesso muito limitado ao sistema de classificações, à configuração das representações e ao universo de sentido dos sujeitos, no contexto das suas práticas sociais. Assim, de acordo com o mesmo autor (p.142), estes fenómenos de subjectividade são «um elemento objectivo fundamental da realidade social. Para angariar informação acerca das categorias que organizam essa subjectividade e acerca dos respectivos conteúdos específicos é necessário complementar a observação directa de práticas, objectos e símbolos com a conversação e a entrevista».

De acordo com HOLLOWAY; WHEELER (1996:86-87), a selecção dos informantes chave fica a cargo do investigador, que deve ter em atenção de que sejam sujeitos representativos do grupo em estudo e possuir um conhecimento especial sobre variados aspectos, nomeadamente sobre a história do grupo, sobre os processos de

interacção existentes, sobre as regras culturais, sobre os rituais, sobre a linguagem. Os informantes chave têm acesso a áreas muitas vezes interditas para o investigador, e é com eles que o investigador pode validar as suas próprias ideias ou percepções.

LEININGER (1985:38), referindo-se às perspectivas "emic" e "etic", afirma: «a dimensão "emic" do conhecimento refere-se às cognições e percepções locais ou indígenas acerca de um fenómeno particular, tal como cuidar ou cuidados de enfermagem; enquanto que a dimensão "etic" do conhecimento se refere a um conhecimento mais universal ou do mundo externo relacionado com o fenómeno do cuidar sob estudo».

O etnógrafo é o principal instrumento de pesquisa, refere GERMAIN (1993:239-240), e através de um intenso envolvimento com as pessoas e nos acontecimentos da situação cultural estudada procura a dimensão "emic", ou as respostas do interior às questões de investigação. Com a colaboração dos sujeitos do estudo o etnógrafo procura encontrar temas, padrões, conexões e relacionamentos que tenham significado para as pessoas. E é esta extensa descrição da cultura, a que se junta a interpretação dos discursos dos informantes, que se torna a parte principal da etnografia e que permite a outros o acesso à análise e conclusões do etnógrafo, imbuídas da sua perspectiva "etic" ou perspectiva científica de que se socorreu para apoiar-se na análise final dos dados culturais.

Para a mesma autora (pp. 265-266), a pesquisa etnográfica em enfermagem pode promover a compreensão do significado das experiências de saúde e de doença, quer para os clientes quer para os profissionais. Os resultados destas investigações podem dar origem a conhecimentos que fundamentem mudanças culturais que melhorem os actuais sistemas das práticas de cuidados de enfermagem. Por outro lado, os resultados da pesquisa etnográfica devem documentar fielmente as realidades em que

se inscrevem as práticas de cuidados, para que possam ser transmitidas às comunidades científicas e leigas, e concorrer para tornar pública a variedade de problemas humanos na nossa sociedade e nos seus sistemas de cuidados de saúde, no desejo que se possa influenciar positivamente a política de saúde em vigor.

2.2 - A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Na opinião de SPRADLEY (1980:39) toda a observação participante ocorre numa situação social que pode ser identificada primeiramente por três elementos:

- um lugar – o espaço físico
- os actores – as pessoas envolvidas
- as actividades – o conjunto das actividades que as pessoas fazem.

O investigador irá encontrar-se num determinado lugar, ver pessoas e envolver-se com elas, observar e participar em actividades.

No entanto, este autor (p.78) acrescenta seis outros aspectos que devem orientar o investigador quando observa uma situação:

- os objectos – as coisas físicas que estão presentes
- os actos – as acções simples que as pessoas fazem
- um acontecimento – um conjunto de actividades referidas que as pessoas levam a cabo
- o tempo – a sequência que toma lugar ao longo do tempo
- o objectivo – as coisas que as pessoas tentam realizar/completar
- os sentimentos – as emoções sentidas e expressas.

ITURRA (1986:149) refere que a observação participante é o «envolvimento que despe o investigador do seu conhecimento cultural próprio, enquanto veste o do grupo

investigado; é o exercício que tenta ultrapassar o etnocentrismo cultural espontâneo com que cada ser humano define o seu estar na vida».

Mas SPRADLEY (1980:57-58) chama a atenção que o investigador, ao fazer observação participante, faz parte da cena cultural embora se deva manter fora da referida cena. Isto significa que experiencia ser simultaneamente "insider" e "outsider", ou assumir alternadamente um e outro papel. Ao fazer observação participante o investigador irá aprender a usar-se como instrumento de pesquisa e aumentar a sua capacidade de introspecção, enriquecendo assim grandemente os dados recolhidos.

BOGDAN; BIKLEN (1994:60) também caracterizam esta actividade referindo que por um lado o investigador entra no mundo do sujeito e que por outro continua a pertencer ao mundo de fora; tenta aprender com o sujeito mas não tem de ser como ele; participa (mais ou menos intensamente) nas actividades do sujeito sem a intenção de competir ou de obter prestígio; aprende o modo de pensar do sujeito mas não pensa como ele; é empático e ao mesmo tempo reflexivo.

GERMAIN (1993:245-246) explica que as perguntas iniciais da etnografia podem tomar a forma de: *o que é isto?* ou *o que está a acontecer aqui nesta subcultura?*. Em sua opinião, a «direcção da pesquisa e as perguntas de investigação não são fixadas previamente no tempo como acontece nos desenhos mais lineares da investigação quantitativa». A flexibilidade é uma das características da pesquisa etnográfica que possibilita a revisão das questões à medida que novas descobertas orientam para novas direcções da compreensão cultural. Novas questões podem surgir face aos dados já recolhidos, que conduzam a um mais profundo conhecimento da situação cultural.

De acordo com COSTA (1986:132), o investigador participa no quotidiano da situação cultural que estuda. Observa as situações, as pessoas, os seus comportamentos, os seus ritmos, os locais onde se encontram – observa as suas maneiras de fazer, de dizer e de estar. Este autor (p.141) considera que a observação participante «dá os melhores resultados na obtenção de informação sobre comportamentos, discursos e acontecimentos observáveis mas que passam despercebidos à consciência explícita dos actores sociais».

A observação participante possibilita ao investigador «ver para além do que é referido como o comportamento ideal (*conceptualização cognitiva de cultura*), e observar directamente os comportamentos (*conceptualização comportamental de cultura*) de forma a que a correspondência ou a discrepância entre as afirmações culturais, reais e ideais, possa ser descrita, apreciada e explicada» (GERMAIN, 1993:250).

O dizer surge em primeiro lugar, mas há que o contrastar com o fazer, no sentido de perceber as contradições entre um e outro. Na realidade, «tudo aquilo que se diz que se faz, e como se faz, não é de facto feito, também tudo aquilo que se faz não é verbalizado – razão pela qual haverá áreas do agir que só se podem conhecer observando o decorrer duma actividade» (ITURRA, 1986:156).

A participação do investigador varia ao longo do desenvolvimento do estudo. No entanto, o investigador deve saber determinar a quantidade correcta de participação e o modo como ela deve ser realizada.

SPRADLEY (1980:58) aponta cinco tipos de participação que reflectem graus diferentes de envolvimento do investigador, simultaneamente com as pessoas e nas actividades que observa: *não participação* (em que não há envolvimento), *participação passiva, participação moderada*, *participação activa* e *completa participação* (em que o grau de envolvimento é extremamente elevado).

O conhecimento prévio que temos de uma determinada situação pode condicionar e dificultar o nosso papel de etnógrafo. Assim, quanto mais familiarizado se está com uma situação cultural tanto mais difícil é estudá-la como um etnógrafo. Por outro lado, quanto menos conhecemos sobre uma situação social tanto mais somos capazes de ver as regras culturais tácitas que lhe são inerentes (SPRADLEY, 1980:61-62).

GERMAIN (1993:251), baseando-se em JUNKER, refere que o investigador ao longo do seu estudo desloca-se e oscila no seguinte contínuum: *completo observador* (não interage com os sujeitos do estudo que estão a ser observados), *observador como participante, participante como observador* e finalmente *completo participante.*

As quatro fases propostas por LEININGER (1985:53): *observação, observação com alguma participação, participação com alguma observação e observação reflexiva* assemelham-se às etapas referidas por GERMAIN, à excepção da última. Na fase *observação reflexiva* o investigador reflecte sobre as observações com a finalidade de determinar o impacto sobre as pessoas, nas situações e sobre os acontecimentos. Exige que o investigador olhe para trás e reflicta sobre como todo o processo se desenrolou.

O investigador pretende descobrir os padrões de significado na informação que o informante fornece. SPRADLEY (1979:46) recomenda, quando se selecciona um "bom" informante, que se tenha em conta alguns requisitos mínimos: conhecimento da cultura em estudo; antiguidade no local; envolvimento actual na cultura; disponibilidade de tempo para participar no estudo.

GERMAIN (1993:247) e LEININGER (1985:47) referem que todas as pessoas que fornecem informação sobre o fenómeno em estudo são informantes. Mas destacam os

informantes chave que, como portadores da cultura, são ainda mais conhecedores do domínio em estudo, pelo que devem ser procurados e seleccionados pelo investigador.

2.2.1- Registo Etnográfico

O registo etnográfico compreende as notas de campo, os registos das gravações e tudo o que documente a situação social que se está a estudar (SPRADLEY, 1980:63).

Existem vários tipos de notas de campo que permitem fazer um registo etnográfico. SPRADLEY (1980:63,69-72) recomenda:

- *O registo condensado* – feito em cada período de trabalho de campo ou logo imediatamente a seguir, onde se incluem frases e palavras que permitirão mais tarde recordar frases chave e as situações observadas.
- *Os registos descritivos* - baseados na versão condensada e feitos o mais próximo possível de cada sessão de campo e na linguagem original, utilizando os diálogos próprios dos sujeitos em estudo.
- *O jornal de campo* - como um diário conterá o registo das experiências, ideias, medos, sentimentos, reacções aos informantes, erros, confusões e problemas que surgiram durante o trabalho de campo. Este jornal representa o lado pessoal do trabalho de campo. Permite também o tomar consciência do enviesamento pessoal e sentimentos que podem influenciar a pesquisa.
- *O registo de análise e interpretação* - onde ficarão registadas generalizações, análises dos significados culturais e interpretações. Estas notas permitem fazer a ligação entre os registos etnográficos e o trabalho escrito final.

Segundo GERMAIN (1993:255-256), durante a fase inicial o investigador aprende a cultura, tentando obter uma visão alargada da cena cultural através de clarificações e

explicações aos sujeitos do estudo. Elabora notas de campo detalhadas e descritivas dos acontecimentos que ocorrem, sobre as características dos sujeitos, o que dizem e como actuam, os seus instrumentos culturais, sobre a estrutura, sobre a função e organização sociopolítica do grupo. São também recolhidas informações demográficas. As características do local do estudo podem ser também registadas e complementadas com mapas ou plantas. É fundamental o estabelecimento de relações de confiança entre o etnógrafo e os informantes durante o período inicial, para que ao longo do estudo a qualidade dos dados possa ser obtida. A experiência dos etnógrafos mostra que depois da reserva inicial por parte dos sujeitos, passados alguns dias, eles concentram-se nos acontecimentos próprios do seu estilo de vida.

A observação participante pressupõe um processo de introspecção por parte do investigador. A sua própria perspectiva cultural, designada por perspectiva "etic", é fruto das suas experiências de vida, de educação e profissionais, e está presente quando se encontra na situação cultural. O investigador tem que identificar os seus conflitos interiores e enviesamentos e utilizá-los como uma parte importante de dados a serem registados (GERMAIN, 1993:252).

SRADLEY (1980:73) chama a atenção de que muitos etnógrafos têm a sensação de estar submersos com todas as coisas que têm que observar e registar. Surgem dúvidas sobre se se está a observar o que se deve ou não. Este autor realça que cada investigador terá que descobrir a resposta e que a resposta irá variar ao longo do trabalho. Ele identifica três tipos de observações: *observações descritivas, focalizadas e selectivas.*

Na opinião de COSTA (1986:134), o investigador, encontrando-se em contacto com uma realidade social complexa, é «obrigado a reagir em plena situação de observação, escolhendo dimensões de análise e indicadores, estabelecendo relações entre

fenómenos, realinhando focos de interesse e categorias classificatórias, intermutando procedimentos técnicos específicos».

A recolha de dados e uma primeira análise dos mesmos, de acordo com GERMAIN (1993:256), devem decorrer em simultâneo. Esta autora esclarece que se trata de um processo dialéctico ou cíclico, comparado com o modelo linear dos estudos hipotético-dedutivos. É necessário que o investigador tenha sempre presente que as suas inferências culturais, formadas através do que observa, participa, ouve e analisa, são hipóteses de trabalho que têm que ser testadas repetidas vezes até haver validação de que as pessoas partilham um particular sistema de significados.

A finalização do trabalho de campo significa terminar o relacionamento, construído ao longo de um longo período de tempo, entre os sujeitos do estudo e o investigador. Esta partida deve ser preparada. Sempre que possível o investigador deve manter o contacto com os informantes, de forma a que possa voltar ao local do estudo durante a análise final e período de escrita para clarificação, verificação, validação, ou encerramento de alguns resultados.

2.2 – A ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

A entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito do estudo permitindo ao investigador, de acordo com BOGDAN; BIKLEN (1994:134), «desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo».

A utilização da observação participante permitiu que o investigador já conhecesse os sujeitos do estudo, de forma que a entrevista se assemelha muitas vezes a uma conversa entre amigos. No entanto, é importante proporcionar um clima descontraído onde os entrevistados possam sentir-se à vontade para expressarem as suas opiniões.

Os mesmos autores (p.139) lembram que «os entrevistadores têm de ser detectives, reunindo partes de conversas, histórias pessoais e experiências, numa tentativa de compreender a perspectiva pessoal do sujeito».

GERMAIN (1993:253) refere que a entrevista em profundidade (formal ou informal; estruturada, semi-estruturada ou não estruturada), individual ou em grupo de informantes é essencial para obter o ponto de vista dos sujeitos, assim como clarificar possíveis discrepâncias entre as percepções do investigador e dos membros da subcultura em estudo. No entanto, em todas elas deve existir uma relação de confiança entre o etnógrafo e o informante para que a comunicação se processe livremente.

Referindo-se à entrevista etnográfica, SRADLEY (1979:58) afirma que esta entrevista partilha muitas das características de uma conversa entre amigos, sendo vantajoso encará-la como tal. Será importante no entanto, que o investigador introduza lentamente novos elementos na entrevista de forma a possibilitar que os informantes respondam como informantes. Utilizar a entrevista simplesmente para colocar as questões, ou introduzi-las demasiado rapidamente, tornará a entrevista num interrogatório formal e adulterará o seu objectivo.

A finalidade da entrevista, de acordo com PATTON (1990:278), é permitir ao investigador registar as perspectivas dos informantes, partindo do pressuposto de que estas perspectivas são significativas e que podem tornar-se explícitas.

De acordo com LEININGER (1985:55), o método da entrevista em etnoenfermagem é essencial como forma dos informantes poderem interpretar, clarificar, verificar ou mesmo demonstrar os dados, assim como confirmar as informações. É necessário não esquecer que se os dados não forem enquadrados no seu contexto cultural e social terão um significado relativo, o que aumentará a possibilidade de erro.

2.3 - MODELO DE ANÁLISE DE SPRADLEY

Foi sentida a necessidade de descrever no Enquadramento Metodológico o sistema de análise de Spradley por ser o que é usado neste estudo e porque é diferente do tipo de análise de outros estudos qualitativos.

SRADLEY (1980:85) define análise etnográfica como o exame sistemático dos dados com o objectivo de determinar as partes de uma cultura, a relação entre essas partes e a relação dessas partes com o todo. Todos os dados registados são analisados por forma a descobrir o sistema de significados culturais utilizados pelos informantes.

Os quatro tipos de análise propostos por este autor são:

- análise de domínios,
- análise taxonómica,
- análise componencial,
- análise de temas.

2.4.1 - Análise de Domínios

De acordo com SPRADLEY (1980:88), o domínio cultural é a unidade básica de qualquer cultura, «é a categoria de significado cultural que inclui outras pequenas categorias», sendo estas definidas como um conjunto de diferentes objectos que são tratados como se fossem equivalentes.

Este autor (p.89) refere que os domínios culturais são constituídos por três elementos básicos:

- o *termo coberto* que representa o nome para o domínio cultural;
- os *termos incluídos* que representam os nomes para todas as pequenas categorias dentro do domínio;

- a *relação semântica* que representa a relação entre os termos incluídos e o termo coberto.

Relacionando com a linguagem da Análise de Conteúdo, "Termo coberto" corresponde a "Categoria", "Termos incluídos" correspondem a "Sub-categorias".

No exemplo que se segue está representada a estrutura de um Domínio Cultural:

Termos incluídos	Relação semântica	Termo coberto
X	**é um tipo de**	**Y**

Para este autor (pp.91-92), o investigador ao efectuar a análise de domínios pode começar por identificar os termos cobertos, os termos incluídos e as relações semânticas. Assim, ao encontrar-se uma parte do domínio, esta pode ser utilizada para a descoberta das outras partes. Pode também utilizar-se a relação semântica como ponto de partida para a identificação dos domínios.

De acordo com SPRADLEY (1980:89), as relações semânticas operam pelo princípio geral da inclusão. A sua função é definir os termos incluídos e colocá-los dentro do domínio cultural.

Este autor (p.93) recomenda a utilização das seguintes relações semânticas, que considera universais, quando se começa a análise dos domínios culturais:

RELAÇÃO	FORMA
Inclusão estrita	**X é um tipo de Y**
Espacial	**X é um lugar em Y** ou **X é uma parte de Y**
Causa-efeito	**X é um resultado de Y**
Razão / motivo	**X é uma razão para fazer Y**

- Localização para a acção - **X é um lugar para fazer Y**
- Função - **X é usado para Y**
- Meio-fim - **X é um modo para fazer Y**
- Sequência - **X é um passo em Y**
- Atribuição - **X é uma característica de Y** ou **X é uma atribuição de Y**

De acordo com SPRADLEY (1980:89), qualquer descrição dos domínios culturais envolve sempre o uso da linguagem: *termos cobertos*, *termos incluídos* e *relações semânticas*, que são palavras e frases que definem e dão significado aos objectos, acontecimentos e actividades observadas. Este autor distingue três tipos de domínios:

- *Domínios populares* – quando todos os termos provêm da linguagem dos sujeitos na situação estudada.
- *Domínios mistos* – quando são utilizadas apenas algumas palavras dos sujeitos. Em virtude das observações mostrarem que existem aspectos adicionais que devem ser mencionados, é seleccionado um termo analítico para completar o domínio.
- *Domínios analíticos* – quando muitos dos significados culturais permanecem tácitos e há necessidade de inferir deles o que os sujeitos fazem, dizem e os instrumentos que usam.

2.4.2 - Análise Taxonómica

À semelhança de um domínio cultural, a taxonomia é um conjunto de categorias também organizadas na base de uma relação semântica simples.

A principal diferença entre os dois é que a taxonomia mostra as relações entre todos os termos incluídos num domínio cultural que tem maior quantidade de informação,

que pode ser subdividida na base da mesma relação semântica. A taxonomia revela, além das sub-categorias, outros indicadores e a forma como estão relacionadas com o todo, revelando a organização interna de um domínio cultural (SPRADLEY; 1980:112-113).

SPRADLEY (1980:131) propõe a análise componencial que consiste na análise de contrastes nos domínios culturais, que não será descrita porque não foi utilizada neste estudo.

2.4.3 - Análise de Temas

Para os propósitos da pesquisa etnográfica, SPRADLEY (1980:141) define tema cultural como «qualquer princípio, tácito ou explícito, recorrente em vários domínios e que serve como relação entre os subsistemas de significado cultural». Este autor adverte que quando uma ideia ocorre em mais do que um domínio, esta situação sugere a possibilidade de um tema cultural, caracterizado por ser uma afirmação que tem um elevado grau de generalização e que possibilita uma visão global da cultura em estudo.

SPRADLEY (1980:145) aponta como estratégia para a descoberta dos temas culturais a "imersão", processo caracterizado por um intenso contacto do investigador com todos os dados recolhidos, e também pela consequente verificação com os informantes.

3 - DESENHO DO ESTUDO

3.1 - TIPO DE ESTUDO

Ao pretender conhecer os comportamentos dos enfermeiros quando cuidam do idoso e compreender os significados que os enfermeiros atribuem a esses comportamentos, a pesquisa qualitativa foi o caminho escolhido, uma vez que permite a compreensão dos comportamentos dos sujeitos da investigação, a partir das suas próprias perspectivas e após um contacto aprofundado do investigador com os indivíduos nos seus contextos ecológicos naturais (BOGDAN; BIKLEN, 1994:16).

A etnografia foi o metodologia de investigação utilizada por permitir descobrir o conhecimento cultural que as pessoas utilizam para organizar o seu comportamento e interpretar as suas experiências (MUNHALL; OILER, 1986:149) e assim compreender, no seu meio natural ou cultural, as atitudes e comportamentos face à saúde e à doença.

Para a enfermagem, o local para realizar o estudo etnográfico é onde existem pessoas e actividades que originam questões culturais relacionadas com a enfermagem e com os cuidados de saúde (GERMAIN, 1993:246).

Estes motivos determinaram que o estudo seja qualitativo, exploratório, descritivo de orientação etnográfica.

3.2 – LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Serviço de Medicina de um Hospital Distrital da Região da Grande Lisboa.

O motivo que residiu a esta escolha esteve relacionado com a proximidade do Hospital em relação ao local da minha residência, distancia que realizo sensivelmente em 15 minutos de carro, aspecto que considerei importante no sentido de rentabilizar o tempo destinado a este estudo. O facto de conhecer, desde há muitos anos, a Enfermeira Chefe deste Serviço teve também influência nesta escolha, por me parecer que o acesso à Instituição e ao Serviço pudesse estar assim facilitado. Também esta Instituição não me era completamente estranha. Durante a realização do Curso de Enfermagem efectuei neste Hospital o "Estágio de Administração" o que me possibilitou "entrar" em todos os Serviços da Instituição. Apesar de já se terem passado 20 anos, existem aspectos que ainda recordo. Por todos estes motivos pareceu-me que escolher esta Instituição era a estratégia mais adequada.

3.3 – CONTEXTO DA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Neste sub-capítulo são descritas de forma sumária a localização e características do Hospital e do Serviço. Em relação a este último, é feita referência à equipa de enfermagem, ao sistema de trabalho utilizado e feita a descrição de um dia "tipo" no Serviço.

Em virtude da extensão deste sub-capítulo e para que a sequência do trabalho não seja interrompida, é colocado em anexo (ANEXO 1, p. 227).

3.4 – POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

Segundo GERMAIN (1993:249), num estudo etnográfico o número de informantes não é relevante. O principio da amostragem não é baseado no número de entrevistas ou acontecimentos mas sobretudo na riqueza dos dados que possibilitem, o mais

fielmente possível, retratar o contexto cultural estudado e dar resposta às questões de investigação.

Os melhores informantes culturais – os informantes chave - são procurados de entre o grupo dos informantes do estudo. Por este motivo, a amostragem ao acaso ou sistemática não é apropriada.

A população deste estudo é constituída por 21 enfermeiros. Obedecendo a uma selecção da amostra de carácter não probabilístico e intencional, escolhi 17 informantes e de entre estes seleccionei 5 como informantes-chave. As entrevistas foram realizadas a 14 enfermeiros, para validação da observação realizada.

A selecção dos informantes, nomeadamente a dos informantes-chave, foi baseada nas propostas de SPRADLEY (1979:46) no que diz respeito ao grande conhecimento da cultura em estudo, à disponibilidade em tempo e interesse em participar. A amostra surgiu, não só devido a estes critérios, mas também como resultado do horário dos enfermeiros e o do próprio investigador. Assim, foram seleccionados os enfermeiros com quem mais frequentemente o investigador "fez turno", uma vez que as trocas de turno dificultavam a previsão de quais os enfermeiros presentes em cada dia.

3.5 – COLHEITA DE DADOS

A primeira fase da colheita de dados teve início em Janeiro de 1999 quando informalmente contactei a Enfermeira Chefe do Serviço de Medicina, para saber se eram internados doentes idosos neste Serviço, informando-a nessa altura dos objectivos do estudo.

Tendo obtido uma resposta afirmativa a etapa seguinte correspondeu ao primeiro contacto com a Enfermeira Directora do Hospital, através de uma entrevista, a qual

ocorreu em Março de 1999, onde explicitei o tema e objectivos do estudo, assim como o período previsto para a colheita de dados, através de "trabalho de campo". Foi grande a sua receptividade e demonstrou, desde essa altura, muito interesse em ver desenvolvido no Hospital o estudo em questão.

Em meados de Abril de 1999 formalizei por escrito, à Enfermeira Directora, o pedido para a autorização da realização do estudo (ANEXO 2), o qual foi autorizado no início de Maio de 1999 (ANEXO 3).

Uma segunda entrevista realizada em simultâneo com a Enfermeira Directora e a Enfermeira Chefe do Serviço de Medicina, permitiu explicitar de forma mais completa como iria decorrer o "trabalho de campo" e estabelecer como seria feita a minha entrada e permanência no Hospital / Serviço. Por sugestão da Enfermeira Directora os aspectos relacionados ao "Hospital" ficariam a seu cargo, enquanto os relacionados ao "Serviço" seriam assegurados pela Enfermeira Chefe. De acordo com esta última e devido à dificuldade de reunir em simultâneo todos os enfermeiros do Serviço, ficou combinado ser eu a explicar o objectivo da minha presença e solicitar a colaboração para o estudo, quando iniciasse o "trabalho de campo", à medida que fosse contactando com os enfermeiros. De qualquer forma a Enfermeira Chefe já os teria informado da minha presença.

A segunda fase da colheita de dados decorreu entre 17 de Maio e 19 de Novembro de 1999.

De 17 de Maio a 5 de Agosto de 1999 o período de permanência no Serviço oscilou entre 4 a 9 horas por dia, em média 3 dias por semana, perfazendo um total de 32 dias úteis, distribuídos pelos turnos da manhã, da tarde e da noite. Considerei ser importante acompanhar os enfermeiros ao longo dos três turnos e tentar compreender mais fielmente como se desenrolava o seu trabalho, uma vez que os cuidados aos

doentes idosos não são interrompidos durante as 24 horas. Com este propósito estive presente em 18 turnos da manhã, 12 turnos da tarde e 2 turnos da noite.

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas de 20 de Setembro a 19 de Novembro de 1999, deslocando-me ao Serviço apenas para esse efeito. O distanciamento entre estes dois momentos de colheita de dados deveu-se a problemas de saúde de um familiar. De salientar que as entrevistas informais aos enfermeiros decorreram durante o período de permanência continuada em campo. Temendo que este intervalo pudesse comprometer a minha relação com o grupo de enfermeiros, apesar de lhes ter explicado que me iria ausentar, desloquei-me ao Serviço pontualmente com o objectivo de continuar a ser "vista" e manter o meu relacionamento com o grupo.

3.5.1 – Observação Participante

A observação participante permite ao investigador entrar no mundo dos sujeitos, envolver-se com eles, observar e participar em actividades (SPRADLEY, 1980:39). Desta forma é possível obter informações sobre os seus comportamentos, sobre os seus discursos e sobre os acontecimentos observáveis e que passam muitas vezes despercebidos no dia-a-dia.

Apesar de ter aprendido teoricamente como "fazer", sentia-me insegura, com receio de não ser capaz, mas com uma enorme vontade de me lançar nesta aventura que eu sabia não poder ter retorno. Era a minha primeira experiência de trabalho com uma metodologia qualitativa. Sabia que tinha que observar aquela realidade, mas observar que situações? Por onde começar? Aonde tinha que me colocar?

Os primeiros dias foram difíceis e esgotantes, dado o esforço consciente de "tudo ver", "tudo ouvir", "tudo fixar". Mas a pouco e pouco fui aprendendo e tentando

captar da melhor forma as situações em que os enfermeiros cuidavam dos doentes idosos. BOGDAN; BIKLEN (1994:122) salientam que os primeiros dias de trabalho de campo poderão ser duros se o investigador não tiver sentido de humor e se não estiver preparado para cometer erros. Estes autores explicam que na etapa inicial do trabalho é costume estar presente uma sensação de desconforto e de que o papel que se está a desempenhar não se ajusta completamente à pessoa. No entanto esta sensação vai diminuindo à medida que a pesquisa prossegue.

Durante a primeira semana resolvi permanecer no Serviço das 8 às 16,30 horas, por um lado para melhor compreender a sua dinâmica, e por outro para ter a oportunidade de encontrar maior número de enfermeiros, especialmente durante a passagem do turno da noite e da manhã, e explicar o objectivo do estudo e as actividades que pretendia realizar – actividades de observação e posteriormente as entrevistas.

O voto de "boas vindas" e o desejo de "bom trabalho" foram expressos de forma espontânea pelos enfermeiros, após a minha apresentação. No entanto, pareceu-me sentir por vezes uma certa estranheza pela escolha deste Hospital / Serviço para a realização do meu trabalho. Num dos dias, após a minha apresentação, um dos enfermeiros comenta: *"Seja bem vinda e espero que faça um bom trabalho. Mas... se me permite expressar a minha opinião, acho que este Serviço não deve ser o melhor para o seu trabalho... Temos muita falta de pessoal e muitas falhas..."*. Percebi que não é muito habitual a realização de estudos neste Hospital por pessoas vindas do "exterior". Por vezes os enfermeiros comentavam: *"Não é costume..."* e não avançavam com mais nenhuma explicação.

Em virtude do Serviço ter os sectores das enfermarias de mulheres e de homens separados, achei mais vantajoso, para não me dispersar, integrar-me em cada um deles em momentos diferentes. Assim, acompanhei durante a primeira semana os

enfermeiros responsáveis pelos cuidados às mulheres e na segunda semana os enfermeiros do sector dos homens. Posteriormente era-me indiferente ficar num ou noutro sector. O que eu pretendia era acompanhar os enfermeiros nos cuidados aos idosos, independentemente do sector em que estivessem distribuídos.

De salientar que seleccionei os momentos em que os enfermeiros prestavam cuidados directos ao doente idoso, considerando por idoso todos os indivíduos de idade igual ou superior a 65 anos, uma vez que em termos sociais é este o limite de idade a partir do qual "se é idoso".

A partir da segunda semana permaneci no campo aproximadamente durante 4 horas, à excepção dos turnos da noite (de 9 horas), de forma a conseguir conjugar os períodos de observação e de registo dos dados. Estes últimos exigem na realidade muito tempo e pude comprovar o que diz BOGDAN; BIKLEN (1994:170): «especialmente para as suas primeiras observações dê pelo menos três vezes mais tempo para escrever do que para observar».

Conversar com as doentes permitiu uma aproximação ao contexto dos cuidados que decorriam na enfermaria. No entanto, esta estratégia trouxe momentos de desconforto, por um lado porque as doentes estavam sequiosas de conversa e tornava-se às vezes difícil interromper quando me parecia que devia estar presente ou pelo menos mais próxima de determinada situação, e por outro lado era difícil permanecer "parada" num contexto em que enfermeiras e auxiliares de acção médica trabalham a um ritmo acelerado. Tentei resolver este meu desconforto doseando o tempo de conversa com as doentes e colaborando em algumas tarefas do trabalho dos enfermeiros junto dos idosos, nomeadamente durante o período dos cuidados de higiene ou durante os posicionamentos.

Por estes motivos, o meu papel durante a colheita de dados oscilou entre o papel de observador como participante e o de participante como observador, variando de acordo com as condições do dia-a-dia. Houve dias em que o meu papel foi mais passivo, dado o ritmo intenso de trabalho no Serviço, e outros em que o ritmo era mais lento, o que possibilitava conversar e fazer perguntas. Em qualquer dos momentos, foi possível acompanhar os enfermeiros em situações fora do Serviço, e em várias ocasiões foram obtidos dados significativos.

MILLION-LAJOINIE (1994:9) adverte que «a nossa história pessoal e social está presente em cada uma das nossas interacções, qualquer que seja a situação em que elas se inscrevem. A influência da nossa própria história emerge de maneira complexa e largamente inconsciente». Achei que estas palavras adquiriram um significado especial quando me confrontei com situações de cuidados aos idosos que colocaram em conflito os meus valores, aquilo em que eu acredito e me fizeram reflectir sobre os diferentes papéis que eu já desempenhei ao longo da minha vida – como enfermeira a trabalhar no hospital, como docente de enfermagem, como alguém que já esteve doente num hospital e, sobretudo, fez-me reflectir sobre o meu actual papel de investigadora.

Inicialmente senti-me no papel de juiz. Parecia que estava sempre a avaliar o que as pessoas faziam e diziam ou não faziam e não diziam. Senti o que VASCONCELOS (1996:26) também diz ter experienciado, isto é, «senti-me opinativa, cheia de preconceitos, cheia da minha própria verdade. Tal atitude impedia-me de ver o que se passava em meu redor». Fiz um esforço consciente de que o meu rosto, o meu olhar não demonstrasse o que estava a sentir. Esforcei-me também por abandonar esta atitude etnocêntrica. Eu estava ali para aprender e para compreender.

Estar presente e passar despercebida, para não influenciar ou influenciar o menos possível o que se passava naquele momento, não me pareceu tarefa fácil. Várias vezes tive a sensação de que não sabia onde colocar as minhas mãos, o meu corpo, o meu olhar... mas fui aprendendo. GERMAIN (1993:264-265) afirma que o enfermeiro não está imune ao choque cultural, mesmo que permaneça na retaguarda observando as cenas culturais da prática de enfermagem. Esta autora salienta ser crucial que o investigador mantenha uma atitude de autenticidade, identificando-se com a comunidade em estudo mas mantendo uma distância profissional dela.

Durante o período de colheita de dados tive a preocupação em estar o menos tempo possível com a enfermeira chefe, sobretudo no seu gabinete e especialmente quando ela estava sozinha. Sabendo os enfermeiros que nos conhecíamos de um contexto extra hospitalar, tive receio que as nossas conversas pudessem ser interpretadas como de avaliação do seu desempenho e, consequentemente, pudessem fazer perigar a relação de naturalidade que pretendia estabelecer com os enfermeiros.

Na segunda semana de trabalho de campo decidi trocar a bata branca que usava sobre a roupa "normal", por uma camisola e calça brancas. Para além de ser mais prático, pareceu-me que poderia facilitar a minha aproximação ao grupo dos enfermeiros, já que habitualmente usam túnica e calça brancas. Ao "assemelhar-me" aos enfermeiros do estudo pretendia também distanciar-me de possíveis comparações com os enfermeiros docentes, figuras que poderiam eventualmente ser encaradas como "ameaçadoras". Achei que foi uma estratégia acertada e o futuro assim o comprovou. BOGDAN; BIKLEN (1994:128) recomendam que o investigador tenha em atenção os códigos de vestuário implícitos e se integre no contexto, tornando-se mais ou menos parte "natural do cenário".

Senti a pouco e pouco que o convite polido e atencioso do início, para acompanhar os enfermeiros ao bar a meio da manhã ou à hora do almoço, deu lugar não propriamente a um convite mas a um simples perguntar: *"vamos?"*. Também as conversas, não só durante estes períodos como nas pausas de trabalho, foram-se tornando mais fáceis talvez porque mais naturais. Partilhei com os enfermeiros assuntos como os filhos, o trabalho, o duplo emprego, as férias, a crise de enfermeiros no Hospital. Para além destes aspectos, os enfermeiros começaram a partilhar comigo as situações de alguns idosos, perguntando-me por vezes a minha opinião sobre aspectos da observação física dos mesmos.

Sempre me pareceu, quer quando estava presente quer quando aparecia inesperadamente, que as conversas seguiam o seu fluxo normal. Nunca me confrontei com uma conversa interrompida pela minha presença e com o silêncio ou os olhares incómodos que fazem sentir que a pessoa está "a mais". Senti sempre um clima descontraído em que a brincadeira também teve o seu lugar.

Com o decorrer dos dias a percepção de estar a ser aceite foi aumentando. Por vezes, quando fazia o turno da tarde, algumas enfermeiras da manhã diziam-me a sorrir parecendo "ralhar": *«Pois, pois... não quer nada com a gente...»* ou *«Só agora... ehn!»*.

COSTA (1986:138) realça a importância de diminuição da interferência que a presença do investigador provoca no contexto social em estudo, pretendendo-se que este o "digira" de forma que a sua presença não altere significativamente a realidade social estudada. A informalidade nas diferentes situações do quotidiano é apontada por este autor como uma estratégia para diminuir os efeitos da presença do investigador.

Fui tentando ao longo do estudo focalizar as minhas observações, como SPRADLEY (1980:107) recomenda, seleccionando não só situações em que os enfermeiros prestavam cuidados de higiene e conforto aos doentes idosos, procediam à sua mobilização ou administravam a terapêutica, mas outras situações em que conversavam com os idosos ou lhes forneciam explicações.

Como referem HOLLOWAY; WHEELER (1996:93), existem vários problemas quando a investigadora etnógrafa estuda a sua própria cultura. Torna-se difícil ser um "estrangeiro" ao examinar o seu próprio grupo e questioná-lo sobre suposições que nos são familiares e cujas regras e normas já foram por nós interiorizadas.
A ambiguidade deste papel é pois uma realidade. É preciso tomar consciência, se se pretende captar a multiplicidade de aspectos da realidade, que a etnógrafa, como refere VASCONCELOS (1996:39), tem que ser «uma "encruzilhada", tem que viver sem "fronteiras", tem que estar completamente aberta a possibilidades inesperadas».

3.5.2 – Registo dos Dados

As anotações de observação nunca foram feitas junto dos sujeitos do estudo. Após ter observado a situação, dirigia-me ao gabinete de "arrumações" ou às vezes à casa de banho, e registava alguns tópicos ou pequenas frases que me ajudassem mais tarde a reconstituir a situação observada. Estes registos eram feitos na "folha de ocorrências" do Serviço, que passei a utilizar à semelhança dos enfermeiros, embora com um objectivo diferente.
O registo completo do período de observação foi feito em casa, 15 a 30 minutos após a saída do Serviço. Também era feito nesta altura o registo dos meus sentimentos,

reacções, preconceitos e dificuldades, como estratégia de controlar o enviesamento do estudo e também como base para reflexão.

Optei por dividir a folha de registo de dados não em duas partes, como propõe BOGDAN; BIKLEN (1994:168), mas em três. A parte central de maiores dimensões para o registos dos dados de observação e para os comentários do investigador, a parte direita para ser usada posteriormente na análise dos dados e a parte esquerda para a anotações relacionadas com a perspectiva "etic" do investigador.

Tentei fazer as descrições dos diálogos nas próprias palavras dos informantes, embora a linguagem por eles utilizada e a minha fossem semelhantes.

Fui percebendo que a minha capacidade para recordar as situações observadas e mesmo para elaborar os registos descritivos foi aumentando com o decorrer do estudo.

Foi uma experiência muito absorvente, mas solitária. Como refere BOGDAN; BIKLEN (1994:108): «o investigador enfrenta, isoladamente, o mundo empírico, partindo só, para voltar com os resultados».

3.5.3 - Entrevistas Semi-Estruturadas

As entrevistas foram realizadas de Setembro a Novembro de 1999.

Antes de iniciar as entrevistas elaborei as seguintes questões que achei pertinentes para me orientar nas mesmas:

1. O que significa para si cuidar de um doente idoso ?
2. O que sente quando cuida de um doente idoso ?
3. Qual é a sua preocupação quando cuida de um doente idoso ?

Após a primeira entrevista, que considerei de pré-teste, verifiquei que estas questões eram demasiado ambiciosas e que inclusivamente a 1ª pergunta originava bastante hesitação. Por isso guiei-me nas entrevistas seguintes apenas pela 3ª pergunta:

- Qual é a sua preocupação quando cuida de um doente idoso ?

Esta questão foi formulada a todos os informantes entrevistados. No entanto, houve questões que foram feitas em particular a cada um dos informantes sobre aspectos relacionados com a observação e análise que eu pretendia clarificar, para validação dos dados das notas de observação.

Foram entrevistados os 5 informantes-chave e 9 dos que considerei informantes "gerais" e que mais de perto acompanhei nos diferentes turnos, num total de 14 entrevistas. Todos os enfermeiros se mostraram receptivos ao meu pedido de colaboração, embora alguns expressassem o receio de não ter nada de importante para me dizer. Tentei tranquilizá-los a este respeito.

As entrevistas foram realizadas no Serviço à excepção da primeira, por conveniência da enfermeira. Três foram realizadas no turno da manhã e onze no turno da tarde, de acordo com a disponibilidade dos enfermeiros. As entrevistas decorreram no gabinete da enfermeira chefe ou no gabinete de "arrumações". Apesar de tentar assegurar a tranquilidade do ambiente por vezes houve interrupções, havendo necessidade de focalizar o assunto interrompido. Não me pareceu que estas interrupções tivessem prejudicado o objectivo da entrevista ou o ambiente que já tinha sido criado.

Antes de iniciar a entrevista, explicava o objectivo da mesma e informava como os dados seriam utilizados no trabalho. Senti necessidade de realçar que o meu objectivo não era avaliar o trabalho dos enfermeiros, mas conhecer os significados que atribuíam às suas experiências. A todos pedi autorização para gravar as entrevistas e

expliquei as medidas éticas para garantir o anonimato. Informei que a sua transcrição integral seria feita pelo investigador. Quatro enfermeiros recusaram a gravação da entrevista, pelo que fiz o seu registo no decorrer da mesma, explicando que o anonimato seria também assegurado.

Não foi estabelecido um horário para a finalização das entrevistas. No entanto, informava os enfermeiros que o tempo previsto seria de aproximadamente 30 minutos. As entrevistas tiveram a duração de 15 a 90 minutos.

Não me pareceu que os entrevistados estivessem constrangidos durante as entrevistas. Por vezes tinham dificuldade em responder globalmente, havendo necessidade de concretizar as questões. Tentei não induzir as respostas, o que não aconteceu na 1ª entrevista (pré-teste) pelo que não a incluí na análise dos dados.

NOTA:

Pelo volume dos registos de observação e do verbatim das entrevistas, optei por colocar em anexo apenas alguns exemplos (ANEXOS 4, 5, 6 e 7).

3.6 – TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS

LEININGER (1985:57-58) explica que os dados etnográficos podem ser analisados de variadas formas. O método de análise é centrado principalmente no uso de dados culturais etnográficos – perspectiva "emic", que são obtidos directamente dos sujeitos do estudo através da observação participante. O método inclui também a perspectiva "etic", a perspectiva do investigador, e outros dados gerais de observação obtidos enquanto se estudam as pessoas.

A análise dos dados deste estudo foi feita de acordo com a proposta de SPRADLEY (1980:85). Foi realizada a análise de domínios, análise taxonómica e análise de temas.

A análise componencial que este autor também propõe, não foi efectuada por limitações de tempo.

3.6.1 – Análise de Domínios

Como já descrito, de acordo com SPRADLEY (1980:88), um domínio cultural é uma categoria de significado cultural que inclui outras categorias mais pequenas. Uma categoria é uma classificação de objectos diferentes que são tratados como se fossem equivalentes. Assim, uma situação observada pode ser considerada uma categoria de significado cultural que contém categorias mais pequenas.

Para identificar os domínios culturais utilizei os registos da observação participante e o das entrevistas. Ambos foram lidos cuidadosamente com o objectivo de procurar situações, acontecimentos, expressões e diálogos que tivessem significado dentro do contexto estudado. Identifiquei um grande número de categorias – os *termos incluídos*, que transcrevi para a coluna da direita da folha daqueles registos, que tinha deixado em branco com essa finalidade. Após uma segunda leitura identifiquei vários domínios – os *termos cobertos*, que agrupavam muitas das categorias mais pequenas identificadas na primeira leitura.

Neste estudo foram identificados primeiramente os *termos incluídos*, em seguida os *termos cobertos* e só depois a relação entre uns e outros através da *relação semântica.*

Segundo SPRADLEY (1980:90-91), existem três tipos de domínios: os *domínios populares*, os *domínios mistos* e os *domínios analíticos*.

Neste estudo foram identificados *domínios mistos* e *analíticos*. Não foram identificados *domínios populares* em virtude da linguagem dos informantes e a da investigadora serem semelhantes.

Foram identificados 10 domínios culturais no contexto do Cuidar do idoso.

Todos os domínios foram ligados por 4 relações semânticas: *inclusão estrita, causa – efeito, meio - fim* e *razão / motivo.*

Os domínios culturais identificados foram os seguintes:

1. Tipos de expressões usadas pelos enfermeiros para definirem o "Cuidar dos idosos".
2. Causas da predominância da técnica nos cuidados prestados (Tratar).
3. Formas de comunicação positiva utilizadas pelo enfermeiro com o doente idoso.
4. Formas de respeito ao doente idoso utilizadas pelo enfermeiro.
5. Formas de despersonalização do doente idoso.
6. Modos dos enfermeiros proporcionarem conforto ao doente idoso.
7. Modos de garantir a segurança física do doente idoso.
8. Razões para os enfermeiros imobilizarem os doentes idosos.
9. Tipos de sentimentos expressos pelos enfermeiros quando prestam cuidados ao doente idoso.
10. Formas de comunicação utilizadas pelos enfermeiros com os familiares do doente idoso.

3.6.2 – Análise Taxonómica

Para este tipo de análise foram seleccionados 2 domínios culturais que continham mais informação sobre o problema em estudo.

A taxonomia representa uma série de categorias organizadas na base de uma relação semântica simples. A única diferença em relação ao domínio cultural reside no facto

da taxonomia representar as relações entre todos os termos incluídos num domínio e outros indicadores, o que permite mostrar a organização interna desse domínio.

Os domínios culturais seleccionados para análise taxonómica foram os seguintes:

1. Formas de comunicação positiva utilizadas pelo enfermeiro com o doente idoso.
2. Formas de despersonalização do doente idoso.

3.6.3 – Análise de Temas

De acordo com SPRADLEY (1980:141), e como já foi descrito, um tema cultural é qualquer princípio, tácito ou explícito, recorrente em vários domínios, servindo como relação entre os subsistemas de significado cultural. Os temas são afirmações que as pessoas acreditam e aceitam como verdadeiras e válidas. Têm por isso um elevado grau de generalização e aparecem em numerosas situações. Se uma ideia ocorre em mais do que um domínio, isso sugere a hipótese de se tratar de um tema cultural.

Como já mencionado, SPRADLEY (1980:145) propõe, para a descoberta dos temas, um processo que designou de "imersão", realizado através de um intenso contacto do investigador com todos os dados disponíveis e consequente verificação com os informantes.

Neste estudo, a "imersão" foi apenas realizada por um intenso contacto com os dados, uma vez que a análise dos temas foi efectuada longe dos informantes. No entanto, a observação participante e as entrevistas informais aos enfermeiros, possibilitaram a validação de muitos aspectos da cena cultural estudada, o que possibilitou a emergência dos temas culturais. De qualquer forma, a sua formulação foi realizada a

partir das descrições dos sujeitos do estudo, nas entrevistas e na observação participante.

Na descrição dos temas são incluídos excertos dos discursos dos informantes com a finalidade de clarificar a forma como emergem dos dados encontrados.

Os temas identificados no estudo foram os seguintes:

- "OS IDOSOS PRECISAM DE CARINHO E ATENÇÃO"
- "NÃO TEMOS TEMPO PARA DEDICAR AOS IDOSOS"

3.7 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O trabalho de campo só foi iniciado após a autorização por escrito da Direcção de Enfermagem do Hospital.

Todos os sujeitos do estudo foram informados, em termos gerais, do objectivo da pesquisa e de que eu estava a utilizar a observação participante como estratégia para a colheita de dados. Expliquei que os dados da observação eram confidenciais e que seria garantido o anonimato.

Dez das entrevistas foram gravadas com autorização prévia dos entrevistados, a quem informei que a gravação era confidencial e que seria transcrita por mim. Tive a preocupação de explicar que a gravação poderia ser interrompida a seu pedido, se achassem que alguma informação não deveria ficar registada. Aos informantes cujas entrevistas não foram gravadas assegurei que seria respeitado o anonimato e a confidencialidade dos dados.

No registo das notas de campo e na transcrição das entrevistas o nome dos informantes nunca foi utilizado, tendo-o substituído por letras, afim de proteger a identidade dos sujeitos.

No registo final, os discursos dos informantes são apresentados de forma impessoal com o propósito de manter o anonimato. Também com esta finalidade os nomes dos enfermeiros são substituídos por letras de alfabeto, sem qualquer correspondência com as iniciais dos seus nomes.

A identidade dos doentes idosos também foi salvaguardada. Os nomes que constam quer nas notas de observação quer no registo final são fictícios.

Também, em nenhuma parte do trabalho o nome do Hospital onde foi realizado o estudo foi mencionado.

3.8 – RIGOR CIENTÍFICO DO ESTUDO

Sendo o investigador o principal instrumento de pesquisa na investigação qualitativa, o efeito da subjectividade tem que ser equacionado. Como afirma BOGDAN; BIKLEN (1994:67): «os dados têm que ser "processados" pela mente do investigador antes de serem postos no papel», o que exige do investigador a consciencialização dos seus valores pessoais e preconceitos de forma a não influenciarem os dados.

Estes autores (pp.68-69) chamam a atenção da impossibilidade do investigador eliminar todos os efeitos que produz nos sujeitos em estudo. No entanto, interagir com os informantes de forma natural, não intrusiva e não ameaçadora, poderá minimizar o que designam por "efeito do observador".

GERMAIN (1993:262) afirma que a *validade* é um dos principais critérios de rigor científico em etnografia. A validade refere-se ao modo preciso, fiel e exacto com que o instrumento (o investigador) capta a realidade observável e descreve esta realidade no seu trabalho de investigação. A validade é assegurada através da repetição da validação dos dados junto do maior número de informantes possível.

Um outro critério de rigor científico diz respeito à *fidedignidade*, que se traduz na consistência das fontes de dados (onde se incluem os informantes e o investigador) e dos métodos de colheita de dados utilizados. A fidedignidade é assegurada através da realização das mesmas perguntas a diferentes informantes, em diferentes circunstâncias e ao longo de um período de tempo; pela obtenção de dados repetidos ao longo do tempo de cada informante-chave; pela confrontação cuidadosa entre o que os informantes dizem e os seus comportamentos observados e procurando as explicações sobre as discrepâncias (GERMAIN, 1993:263-264).

Neste estudo, permaneci um longo período no campo com um envolvimento profundo e repetido na cultura estudada.

A observação da cena cultural foi registada fielmente nos registos de observação, elaborados num tempo o mais próximo possível dos acontecimentos.

Os dados foram validados com os informantes ao longo dos períodos de observação e durante as entrevistas formais. Todos os informantes foram entrevistados informalmente várias vezes e as informações validadas.

Na fase intensiva da análise dos dados, realizada após o terminus da observação e antes das entrevistas, não foi possível "retornar" aos informantes por razões de saúde de um familiar.

Os dados analisados foram validados pela orientadora da Dissertação, perita em etnografia, e pelo investigador através da "volta" aos dados.

Neste estudo, ao tentar descrever detalhadamente a metodologia utilizada e baseando-me numa grande quantidade de excertos dos discursos dos informantes na análise dos dados, penso ter satisfeito as exigências do rigor científico em investigação.

3.9 – DIFICULDADES E FACILIDADES ENCONTRADAS

Uma das dificuldades com que me confrontei neste estudo prendeu-se com as limitações de tempo. A morosidade de algumas etapas do método etnográfico e o acompanhamento de um familiar em doença terminal durante o período de colheita e de análise de dados, foram aspectos muitas vezes difíceis de conciliar.

A maior dificuldade foi seleccionar do grande volume de informação (notas de observação e verbatim das entrevistas), a mais pertinente para a clarificação dos elementos de cada um dos domínios, a que desse sentido ao trabalho como um todo, sem descaracterizar a cena cultural observada.

Em relação às facilidades, o facto de ser enfermeira facilitou a compreensão da cultura em estudo, especialmente os significados das situações encontradas.

Também o conhecimento que já tinha do Hospital e da Enfermeira Chefe do Serviço, facilitou o meu trabalho.

O acolhimento, disponibilidade e interesse das pessoas implicadas directamente ou indirectamente no estudo, foram aspectos positivos e facilitadores do seu desenvolvimento.

O facto do Hospital ficar perto da minha casa foi também uma facilidade a ter em conta.

Ter como orientadora da Dissertação uma pessoa com experiência em pesquisa etnográfica e ao mesmo tempo enfermeira, foi um aspecto segurizante e é uma facilidade a salientar.

Ter sido dispensada das minhas actividades profissionais durante o período de trabalho de campo foi também uma facilidade encontrada.

PARTE III

4 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O modelo seguido para a apresentação dos dados é, como já referido, o proposto por SPRADLEY (1980).

Num primeiro momento é apresentada a descrição e análise dos domínios culturais encontrados, e posteriormente é feita a análise e discussão dos temas que emergiram na cena cultural estudada.

Nos excertos seleccionados das notas de observação e das entrevistas formais, surgem com alguma frequência os seguintes símbolos que passo a descodificar:

(...) – representa uma parte de texto que foi omitido por não ser pertinente naquele contexto.

... - reproduz um período de hesitação no discurso do informante.

4.1 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DOMÍNIOS CULTURAIS

Foram identificados 10 domínios culturais, representando 4 relações semânticas universais diferentes, que traduzem os significados que os enfermeiros atribuem ao Cuidar do idoso.

Todos os domínios culturais foram analisados em profundidade e 2 foram seleccionados para análise taxonómica, por possuírem maior quantidade de informação para as mesmas relações semânticas universais dos respectivos domínios.

Apresenta-se a seguir a listagem dos domínios culturais identificados e as suas respectivas descrições.

LISTAGEM DOS DOMÍNIOS CULTURAIS

1. Tipos de expressões usadas pelos enfermeiros para definirem o "Cuidar dos idosos".
2. Causas da predominância da técnica nos cuidados prestados (Tratar).
3. Formas de comunicação positiva utilizadas pelo enfermeiro com o doente idoso.
4. Formas de respeito ao doente idoso utilizadas pelo enfermeiro.
5. Formas de despersonalização do doente idoso.
6. Modos dos enfermeiros proporcionarem conforto ao doente idoso.
7. Modos de garantir a segurança física do doente idoso.
8. Razões para os enfermeiros imobilizarem os doentes idosos.
9. Tipos de sentimentos expressos pelos enfermeiros quando prestam cuidados ao doente idoso.
10. Formas de comunicação utilizadas pelos enfermeiros com os familiares do doente idoso.

DOMÍNIO CULTURAL 1 – Tipos de expressões usadas pelos enfermeiros para definirem o "Cuidar dos idosos"

Os significados que os enfermeiros atribuem ao "Cuidar do idoso" traduzem uma concepção humanista do cuidar, uma valorização da sua dimensão relacional.
O interesse por comunicar com o idoso, o desejo de o conhecer como pessoa e de poder proporcionar-lhe a atenção, o apoio e o carinho que ele necessita, emerge dos discursos de todas as enfermeiras e enfermeiros durante as entrevistas formais.

Cuidar pressupõe um envolvimento do enfermeiro a nível pessoal e profissional, realizado de forma intencional. O momento de interacção entre o enfermeiro e o doente idoso é, por excelência, o momento chave que possibilita ao enfermeiro a descoberta do que é importante para aquela pessoa, naquele momento. Os enfermeiros reconhecem a importância da comunicação e valorizam-na durante os cuidados ao idoso, como se encontra expresso nas palavras de uma das enfermeiras:

> "E eu tento muito falar com os doentes, apesar do tempo ser muito pouco. Porque o doente idoso gosta muito de conversar, gosta imenso de expor as suas... a sua vida, contar toda a sua vida (...) Muitas vezes eu... eu descuro outras coisas. Não a medicação, que essa tem que ser dada, mas outros factores... essa, essa é uma preocupação"

Cuidar do doente idoso é interessar-se por ele. É utilizar a comunicação verbal e não verbal para dar resposta às suas necessidades de apoio e de carinho. No entanto, para que isso seja possível é necessário que o enfermeiro tenha disponibilidade, como se depreende dos seguintes comentários:

> "Basicamente, o idoso precisa que se interessem por ele, que lhe dêem carinho, que lhe toquem na mão e não chegar ali e passar uma esponja p'ra despachar o trabalho."

"O idoso é sempre mais carente. É carente de carinho, de atenção. Precisa disso e que a pessoa esteja ao pé dele."

"A pessoa idosa precisa de atenção, de carinho, de um «bom-dia», de um perguntar por ela, que a gente mostre que se interessa por ela. E deixamos essa parte de lado. Atende-se mais à patologia do que ao idoso, à pessoa e às suas necessidades."

"O doente idoso necessita mais do aspecto psicológico do que outro doente mais novo, embora precisem todos..."

O objectivo do cuidar é conhecer a pessoa de quem se cuida, e assim tornar particular e com sentido os diversos gestos que o compõem o acto de cuidar. A complexidade do cuidar advém da complexidade do ser humano e pressupõe que o enfermeiro se afaste do que é superficial, isto é, dos actos rotineiros, das tarefas e se concentre com o seu saber e energia no que realmente é essencial para aquela pessoa, no percurso de vida que é só seu. Alguns enfermeiros comentam:

"Gosto é de ficar num sítio em que os conheça (...) gosto é de ficar só num lado. Gosto de os conhecer..."

"...é fazer com que haja um certo intercâmbio do doente connosco, para sabermos algo mais dele e ele sentir que há carinho por detrás do que nós fazemos, em vez do tratar por tratar (...) Não sabemos a história do doente, o que se passa com ele..."

"E quando nós estamos perante uma pessoa que nós não conhecemos, temos de fazer um levantamento de problemas. E enquanto não se faz esse levantamento de problemas, não se consegue chegar ao cuidar. Continuaremos sempre a fazer uma coisa que se chama tratar, e mal no fundo. E é essa a minha maneira de analisar as situações."

"Quando eu não tenho conhecimento da pessoa, a primeira coisa que eu tento ter em atenção é saber (...) primeiro as necessidades sociais e humanas e depois as necessidades físicas, p'rá prestação de cuidados... porque o modo de nós lidarmos com as pessoas, se nós soubermos as origens sociais das pessoas, conseguimos ter um tratamento mais ou menos consentâneo. Conseguimos melhores respostas da pessoa utilizando métodos de conversação que podemos usar p'ra umas pessoas e com outras não podemos usar. Assim, conseguimos ter uma resposta mais rica da

pessoa e conseguimos que a pessoa se interesse mais pelo seu tratamento do que de outra maneira."

O internamento, com o consequente afastamento do doente idoso do meio que lhe é familiar, ocasiona muitas vezes ansiedade, sentimentos de insegurança e dificuldade em controlar o novo ambiente que o envolve. Proporcionar bem estar e fazer sentir à pessoa que está em casa, minimizando deste modo as consequências da ruptura com a sua vida quotidiana, são preocupações que os enfermeiros verbalizam da seguinte forma:

"é o conforto do doente e o sentir-se mais ou menos em casa."

"Eu acho que o importante ao cuidar do idoso é pensar que ele é uma pessoa única (...) É importante que o doente se sinta à vontade e consiga expressar os seus objectivos e os seus sentimentos e que exista mesmo uma comunicação entre enfermeira e doente (...) o doente não é nenhum objecto, não é... (...) é importante que ele, por estar aqui no hospital, não haja essa ruptura da sua vida quotidiana."

A vertente humana do cuidar, presente em todos os discursos, transparece também nos comentários destes dois enfermeiros que realçam a necessidade do enfermeiro ser capaz de se colocar no papel de quem é cuidado. Efectuar este exercício mental possibilitaria uma auto-avaliação do seu trabalho:

"E ser profissional é ser humano."

"Também penso que quando chegar à idade deles, o que farão por mim se eu precisar. Quem tratar de mim será que dará o mesmo que eu dou agora?... Gostaria que fosse como eu. Que entrasse e desse os «bons-dias». Que falasse comigo e não se preocupasse tanto em dar as pílulas..."

Cuidar, na opinião destes dois enfermeiros, assume a expressão de "poder fazer tudo" ou "o máximo possível" pelos idosos:

"Olhe, é tratá-los como se fossem uma pessoa da minha família (...) É poder fazer tudo..."

> "Quem presta cuidados tem que ter uma noção do que é Cuidar. Primeiro eu olho p'rós doentes e depois olho p'ró vencimento ao fim do mês. E tento sair sempre do serviço com a minha consciência tranquila. De que fiz o máximo possível..."

Ao acto de cuidar é inerente o processo de reflexão. Só assim o enfermeiro se distancia das práticas rotinizadas e se aproxima das respostas particulares às necessidades daquele idoso. Um enfermeiro comenta:

> "Eu acho que as pessoas têm que trabalhar e parar p'ra pensar. É complicado 'tar a executar um acto de cuidar e sem depois pensar."

A figura 1 mostra o Domínio Cultural 1 – Tipos de expressões usadas pelos enfermeiros para definirem o "Cuidar dos idosos".

Relação semântica : inclusão estrita

Forma : X é um tipo de Y

- Comunicar com o idoso
- Demonstrar interesse pelo idoso
- Dar-lhe carinho e atenção
- Tocar o idoso
- Estar disponível para o idoso
- Estar com o idoso
- Valorizar o aspecto psicológico
- Conhecer o idoso
- Proporcionar-lhe bem estar
- Fazer sentir ao idoso que está em casa
- Ser humano
- Colocar-se no lugar do idoso
- Poder fazer tudo ao idoso
- Pensar no que se faz

É um tipo de expressão usada pelos enfermeiros para definirem o "Cuidar dos idosos"

Figura 1 – Domínio cultural 1 : Tipos de expressões usadas pelos enfermeiros para definirem o "Cuidar dos idosos".

DOMÍNIO CULTURAL 2 – Causas da predominância da técnica nos cuidados prestados (Tratar)

As actividades que os enfermeiros desenvolvem nos diferentes turnos são de natureza diversa, e sucedem-se quase sempre num ritmo de azáfama. Os cuidados de higiene e conforto, os posicionamentos, os pensos, a terapêutica, os registos de enfermagem, são algumas das tarefas que preenchem o quotidiano dos enfermeiros.

No entanto, os enfermeiros comentam que o ritmo a que têm que executar as diferentes tarefas, para que possam terminá-las em tempo útil, os impede de olhar para a globalidade das necessidades de cada doente idoso, sendo notório o privilégio que assumem as necessidades de ordem física.

Foi sobretudo nas entrevistas formais, onde estes aspectos foram validados, que os enfermeiros de uma forma veemente e às vezes incisiva, fizeram emergir os motivos que consideram estar na base do "Tratar", e que os afastam da sua verdadeira missão: o "Cuidar".

A falta de enfermeiros no Serviço associada à necessidade de realizar todas as tarefas previstas para aquele turno, concorrem para que os enfermeiros prestem cuidados ao doente idoso encarado como "corpo-objecto" e não como "corpo-sujeito". Os cuidados possíveis de executar dirigem-se às necessidades físicas do idoso. A vertente relacional fica, por isso, remetida para segundo plano. Todos os enfermeiros fazem referência a este aspecto, umas vezes com mágoa outras vezes com indignação.

No excerto seguinte, retirado das notas de observação, uma das enfermeiras fica sozinha responsável pelos cuidados a todos os doentes do sector de homens, contando com a ajuda da enfermeira especialista. No final do turno, enquanto elabora os registos de enfermagem, comenta com as suas duas colegas do sector das senhoras:

"«Hoje nem deu p'ra parar...medicação, banhos, pensos, medicação... nem tive tempo p'ra falar com os doentes... o que vale foi a ajuda da L!». Uma outra enfermeira comenta com indignação: «Como é que se pode trabalhar assim?! Uma pessoa por sector! Isto não é p'ra nós nem é p'rós doentes...»."

A problemática da falta de enfermeiros é expressa nas entrevistas formais. Os comentários dos enfermeiros são incisivos sobre as consequências desta situação nos cuidados prestados aos doentes idosos: dificuldade em detectar os problemas do idoso, privilegiar a doença e o tratamento, não ter tempo para lhe dar atenção, não o "ver" como uma pessoa. Os enfermeiros mencionam quase sempre como gostariam que fosse a sua intervenção:

"Como é que nós podemos fazer o levantamento de problemas num serviço destes, quando os turnos estão: três de manhã p'ra 48 doentes, dois de tarde p'ra 48 doentes ou três de tarde p'ra 48 doentes, dois de noite p'ra 48 doentes?"

"Este Serviço e o Hospital em geral têm muita falta de pessoal. O pessoal é reduzido, o número de enfermeiros é reduzido e isso contribui para que não tenhamos tempo necessário p'ra dedicar a estes doentes."

"O doente não é visto como uma pessoa. É um indivíduo que tem x buracos por onde podemos passar uma série de tubos (...) Nós não temos tempo para (...) saber o que sente e porquê (...) Isso seria o ideal, mas não há tempo nem pessoas para isso..."

O rácio que existe neste serviço é um rácio quarto-mundista quase, não é... (...) Nós falamos em cuidar mas aqui, acho que só podemos falar em tratar (...) uma pessoa executa funções e tarefas."

"Também porque há pouca gente... poucos enfermeiros, então... a parte da patologia do doente vem sempre primeiro, p'ra mim. Depois então, poderão vir as outras necessidades que as pessoas tenham..."

A falta de enfermeiros têm como consequência que o contacto entre o enfermeiro e o doente idoso no momento da admissão seja muito reduzido, o que impede uma

avaliação global dos problemas do idoso . Um dos enfermeiros comenta na entrevista formal:

> "é complicado no turno da tarde, como já teve, com dois enfermeiros e com entradas e tudo. É dizer aonde está. Precisa de alguma coisa? E quando der a terapêutica, avaliar a situação porque as informações que vêm nem sempre estão completas."

Os comentários sobre a escassez de recursos humanos e materiais surgem com frequência no dia-a-dia. É sobretudo durante os momentos de pausa de trabalho que os enfermeiros comentam este facto, muitas vezes em tom de desabafo.

Numa manhã, quando nos dirigíamos para o Bar, um enfermeiro fala sobre o direito que os doentes têm de serem bem tratados, referindo como é fundamental haver recursos para isso. Mas para além deste aspecto, o enfermeiro realça um outro: a forma de estar dos enfermeiros junto do doente idoso. Em sua opinião, nem sempre a postura dos enfermeiros demonstra respeito pelo doente idoso, nomeadamente ao nível da forma como o idoso gosta de ser tratado:

> "«Já viu a falta de enfermeiros que o Serviço tem? E as coisas básicas, como toalhas e roupa p'rás camas? E depois não é só isso!» - e continua com expressão séria - «é a postura, a forma de estar com os doentes... E não é preciso ir muito longe. Olhe hoje de manhã. Se um doente gosta de ser tratado por "sr. engenheiro" porque é que não há-de ser tratado assim? Não custa nada! E isso p'ró doente é muito importante. Mas há pessoas que não pensam assim...»."

Muitos doentes idosos vivenciam perdas de ordem física ou mental que podem pôr em risco a sua autonomia. A falta de recursos materiais adequados ao idoso pode dificultar os cuidados que ele necessita, e limitar a oportunidade do enfermeiro potenciar as capacidades ainda presentes no idoso. Nas entrevistas formais alguns enfermeiros mencionam esta problemática da seguinte forma:

> "...e até podia levar o doente à casa de banho. Mas depois falta a cadeirinha e as condições na casa de banho são más para o doente a p'ra quem leva o doente."

> "E as campainhas... não chegam à cama, ficam longe...e o doente não pode tocar porque não se consegue mexer... O doente tem que sentir que quando quer chamar alguém, pode fazê-lo...mas a campainha 'ta pendurada na parede e ele não chega...são muitas coisas que poderiam ser melhoradas."

> "Quanto ao meio, à parte física das salas, acho que não está adaptada p'ra esses doentes (...) A capacidade auditiva e de visão se calhar já não é a mesma, não é... E (...) eles estão numa enfermaria que é (...) p'ra todo o tipo de doentes. Depois os outros doentes protestam porque eles ficam confusos e... incoerentes e os outros doentes não percebem o porquê de eles 'tarem com esses discursos... e agitados."

A falta de tempo é outro dos motivos apontados pelos enfermeiros que os leva a ter que privilegiar a vertente técnica dos cuidados. São os cuidados físicos ao idoso a nível da higiene e conforto, do vestir, da mobilização, da execução de técnicas e a administração de terapêutica que normalmente preenchem os turnos dos enfermeiros.

Neste extracto, retirado das notas de observação, uma enfermeira aborda muito claramente como a falta de tempo a impede de dar resposta às necessidades de comunicação e de apoio do doente idoso:

A enfermeira e a auxiliar de acção médica posicionam um idoso de 70 anos que se encontra muito prostrado, enquanto eu permaneço a conversar com um outro doente. Quando a auxiliar sai da enfermaria proponho à enfermeira ajudá-la a posicionar o idoso. Responde-me sorrindo:

> "Deixe estar, obrigada. Não é preciso. A auxiliar já vem. Continue a falar com os doentes. Eles precisam muito de apoio... e nós não temos tempo."

Num outro dia, durante o almoço, um enfermeiro comenta em relação ao trabalho do dia-a-dia:

> "Isto parece a brigada da limpeza. Sempre a andar! Não há tempo p'ra conversar. Sinto falta disso... É as higienes, a terapêutica, os pensos... e resta pouco tempo p'ra conversar..."

Nas entrevistas formais, a falta de tempo é verbalizada de forma muito evidente. Os enfermeiros consideram que a falta de tempo os condiciona a focalizar a sua atenção na tarefa a realizar, e não no idoso a quem a tarefa se destina. Impede-os assim de valorizar a vertente relacional dos cuidados. Inclusivamente, a falta de tempo concorre para que tenham por vezes que delegar noutro profissional o acolhimento do doente idoso.

> "E nós temos que ter umas horas p'ra tudo p'ra poder conciliar o trabalho todo e fazer tudo. Porque eu acho que se houvesse muito mais pessoal não aconteceria isso (...) eu poderia dar um banho com muito mais atenção e até conversar com o doente e não estar preocupada... que já são tantas horas e que temos que ir dar a medicação, que acho que é um bocado agravante p'ró doente, não é ..."

> "No fundo nós sabemos o que é que eles querem, não é... Querem muito mais que um simples comprimido, um simples banho na cama. Eles querem muito mais do que isso, os idosos. Eu penso assim. Mas nós não temos tempo ou tempo suficiente."

> "O que me preocupa a mim é a falta de tempo e a disponibilidade. Muitas vezes são as auxiliares que o põem na cama e que fazem a admissão propriamente dita, não é... E de os orientar. É claro que quando eu tenho tempo, depois vou falar com eles e indico tudo: onde está a campainha, como é que deve fazer numa situação quando precisa da arrastadeira ou se é incontinente às vezes precisam de uma fralda. É explicado isso tudo dentro de normalidade do funcionamento deste serviço."

O excesso de trabalho conjugando-se com a falta de enfermeiros, é outro dos motivos que leva os enfermeiros a darem predomínio à vertente técnica dos cuidados. É evidente no dia-a-dia, o elevado grau de dependência dos doentes idosos e a predominância dos "cuidados de manutenção da vida". As conversas espontâneas sobre este assunto assumem por vezes um tom de desabafo, como se constata nos discursos destes enfermeiros, retirados das notas de observação de turnos diferentes.

Uma enfermeira comenta:

> "Isto está muito pesado (...) o que vale é que temos camas desactivadas, porque agora temos ficado só uma de cada lado. E não se pára... Depois da medicação, são os banhos e os pensos... mas depois da medicação do almoço, são as alterações p'ra fazer, a medicação das 15... não se pára!"

Numa enfermaria encontram-se 8 doentes. Uma das senhoras tem 52 anos e é independente. As outras doentes têm idades compreendidas entre os 70 e os 86 anos e encontram-se acamadas, e apenas uma delas se mobiliza no leito com ajuda. Quando a enfermeira termina de posicionar as doentes idosas e de fazer a respectiva mudança das fraldas, comenta com as 2 auxiliares de acção médica que a estão a ajudar ao mesmo tempo que respira fundo:

> "Esta enfermaria está muito pesada!"

Também nas entrevistas formais o excesso de trabalho é abordado pelos enfermeiros com muita ênfase e como impeditivo de dedicarem mais tempo ao doente idoso. Como consequência, a comunicação com o idoso fica mais uma vez prejudicada.

> "...e nestas condições o máximo é p'rá além do sub-humano, como eu costumo dizer. Porque trabalhamos por três. Cada uma das pessoas aqui trabalha por três e é essa a dificuldade. E uma pessoa tem que ter disponibilidade mental ..."

> "Neste serviço é um bocado difícil... porque há imenso trabalho e não conseguimos fazer aquilo que gostaríamos de fazer: comunicar com o idoso, explicar porque é que está ali, o que é que a gente lhe faz, não é... Não sei... acho que devia haver maior contacto entre nós enfermeiros e o idoso."

O método de trabalho utilizado pelos enfermeiros condiciona a forma como os cuidados são prestados ao idoso. A distribuição do trabalho "por tarefas" permite mais rapidez e possibilita, em muitas ocasiões, que as múltiplas tarefas do turno possam ser realizadas em tempo útil. No entanto tem como consequência que o doente idoso é

olhado de uma forma fragmentada, como receptáculo das diferentes tarefas que os diferentes enfermeiros executam.

Os enfermeiros reconhecem que quando os cuidados de "todos" os doentes idosos são repartidos por "todos" os enfermeiros, o conhecimento das necessidades de cada idoso torna-se superficial. Perde-se assim a visão da globalidade que aquela pessoa representa, e consequentemente torna-se difícil uma correcta avaliação do efeito que as diferentes acções dos enfermeiros produzem naquele idoso. Uma enfermeira comenta durante a pausa do café:

> "«Há muita rotina: hora dos pensos, hora dos banhos, hora da medicação... é sempre assim. Eu gostava de ficar só com os 8 doentes de uma sala e fazer tudo a eles. Assim conhecia-os melhor. Agora assim...» e encolhe os ombros ao mesmo tempo que franze o rosto. «Dois enfermeiros de manhã p'ra 24 doentes! Como é que dá?»."

Adoptar este método de trabalho fragmenta os cuidados, que têm que ser distribuídos pelos enfermeiros que se encontram a trabalhar naquele turno. Por outro lado, leva os enfermeiros a trabalhar em "série", isto é, "a começar numa ponta e acabar na outra". Os cuidados sucedem-se de forma arbitrária, já que não é feita uma avaliação das necessidades de cada idoso que orientem a intervenção dos enfermeiros de acordo com as prioridades encontradas. Os exemplos seguintes pretendem retratar o que foi mencionado:

O enfermeiro G entra na sala de apoio e pergunta à sua colega:

> "«Preferes dar a medicação ou ir p'rós posicionamentos?». A enfermeira M responde: «Eu dou a medicação». «'Tá bem!» - diz o enfermeiro saindo da sala."

Numa outra ocasião, a enfermeira C pergunta:

> "«Não te importas de ficar na terapêutica, pois não?». A enfermeira E responde-lhe que não e pergunta-lhe: «E se começássemos pela 2ª enfermaria? Tratávamos do sr. Rui e depois trazíamo-lo p'ró gabinete (este idoso piorou durante a noite)».

Imediatamente a enfermeira C responde: «Ah não! começamos pelo princípio». A enfermeira E fica em silêncio."

Nas entrevistas formais vários enfermeiros mencionam esta problemática, transparecendo nos seus comentários a insatisfação que este método origina. O desejo de um contacto mais profundo com o doente idoso, em que os cuidados lhe são prestados de forma atenta e de acordo com as necessidades identificadas surge igualmente nos seus discursos.

"Cuidar de oito doentes... não estamos a trabalhar por tarefas. Dá mais prazer cuidar de oito doentes do que fazer um turno com vinte e quatro doentes. Porque aqui não estamos a cuidar de vinte e quatro doentes, estamos a fazer um turno com vinte e quatro doentes. É humanamente impossível cuidar deles. Não dá!... É fazer em série. Não é Cuidar! (...) Fazem-se coisas..."

"Odeio começar numa ponta e acabar na outra, como numa fábrica (...) Gosto de tratar com carinho, com atenção. Pode ser mais fácil da outra forma, mas não... Gosto de organizar o trabalho como eu acho... deixar dormir mais um doente porque até passou mal a noite, e tratar de outro primeiro..."

"... eu chego aqui: preparar a medicação, ir dar a medicação a todos. Toma, toma, toma, toma. Acabo e venho-me embora. É preciso virar os doentes: p'rá esquerda, p'rá esquerda, p'rá esquerda, p'rá esquerda. Depois p'rá direita, p'rá direita. Agora p'ra dormir. É p'ra comer? Todos de papo p'ró ar. Cabeceira levantada? Cabeceira levantada... Unidades de produção!"

A desresponsabilização dos enfermeiros e a diminuição da qualidade dos cuidados prestados ao idoso podem ser duas das consequências deste método de trabalho, como se constata no comentário seguinte:

"Quando todos ficam responsáveis por todos há menos cuidado. Vão-se embora no fim do turno e ninguém se responsabiliza...Não é que a gente não fizesse as coisas antes, mas era tudo a correr. Agora um por sala não pode falhar a mais pequena coisa. E obriga os outros a fazer as coisas melhor. Sim, porque se não fazem... responsabiliza-os mais assim."

Alguns enfermeiros mencionam sentir falta de um plano de cuidados que possibilite a continuidade dos cuidados ao doente idoso. A sua inexistência leva à execução de cuidados prestados de forma fragmentada e pouco orientados para a resolução dos reais problemas do idoso, como se encontra expresso no exemplo seleccionado:

> "... se fosse feito um plano de cuidados era diferente. Existindo um plano de cuidados havia toda uma ajuda aos problemas desses doentes. Os doentes sentir-se-iam mais à vontade connosco (...) A continuidade dos cuidados não é feita; os cuidados feitos num turno não são feitos no outro."

A rotina é entendida pelos enfermeiros como uma das causas para o predomínio da técnica nos cuidados prestados. Os horários padronizados do quotidiano hospitalar a que o doente idoso tem que se submeter, não contemplam as suas necessidades particulares.

Aceitar a rotina é acomodar-se a uma realidade de trabalho em que os dias se sucedem de forma muito semelhante e em que o inesperado acontece poucas vezes. Seguir sempre a mesma "rota" poderá ter um papel segurizante para o enfermeiro, mas "destrói" a criatividade inerente ao acto de cuidar. Impede assim que o enfermeiro avalie as reais necessidades do idoso e dê a atenção que ele necessita.

Os enfermeiros verbalizam que seguir a rotina é seguir um caminho reconhecidamente menos correcto, mas necessário para que todas as tarefas sejam realizadas em tempo útil.

Nos extractos que se seguem, retirados das entrevistas formais, estes aspectos podem ser percebidos:

> "Também não gostamos de tratar de todos da mesma maneira. Mas criámos esta rotina no serviço, que tem que ser. Por exemplo: o idoso tem que comer àquelas horas, mas ele está habituado às suas horas ... mas não é possível cumprir os seus horários e respeitar os seus hábitos..."

"E é esta rotina que eu falo: dar os banhos antes p'ra despachar as higienes, p'ra despachar o trabalho. Isto entristece-me, provoca desgaste e é difícil trabalhar assim (...) Porque prestar cuidados todos querem, senão a pessoa desiste, mas muitas vezes é obrigada a fazer coisas que não acha correctas. Eu acho que a rotina altera a maneira da pessoa ver as coisas, mesmo em relação ao doente."

"Eu tive que entrar na rotina mas estava sempre a pensar naquilo que era o correcto e o certo que eu não podia fazer..."

Para um dos enfermeiros, a falta de rotatividade dos enfermeiros no Serviço pode estar na base de um trabalho rotinizado:

"...outra coisa que eu acho que faz falta é a rotatividade das pessoas (...) Entra tudo em rotina e a rotina é... mau (...) Não estou a dizer, no caso dessas pessoas, que não tenham mais paciência, que não sejam melhores... ou que sejam piores. Mas na maior parte das vezes é prejudicial p'rá outra pessoa. Está-se sempre a fazer a mesma coisa. Fazer sempre o mesmo ao mesmo tipo de doentes, no mesmo sítio, com as mesmas pessoas, com os mesmos problemas, todos os dias e acho que isso é muito mau."

A falta de autonomia do enfermeiro pode dificultar a organização do seu trabalho com algum grau de liberdade e de poder de iniciativa. As tarefas sucedem-se a um ritmo pouco flexível, ritmo esse imposto pela tradição.

Durante a pausa do café, uma enfermeira comenta em relação à sua experiência de trabalho neste Serviço:

"O Serviço de Medicina é bom p'ra dar experiência quando a gente acaba o curso. A gente ganha experiência a puncionar, a pôr soros, a entubar, a algaliar... Mas depois é sempre a mesma coisa... É um trabalho (...) muito dependente do que os médicos dizem... acho que os enfermeiros têm pouca iniciativa, pouca autonomia..."

O cansaço, fruto da falta de enfermeiros e do excesso de trabalho, pode dificultar a correcta avaliação das necessidades do idoso e retardar as acções que o enfermeiro

deveria desenvolver para lhes dar resposta. Na entrevista formal, um enfermeiro comenta:

> "Os trabalhos sucessivos levam a que nós cheguemos ao fim e se calhar já não nos lembramos do problema do Joaquim. E depois, como o cansaço passa a ser uma evidência ... depois já nos esquecemos do problema do Joaquim. Se calhar até era um problema importante, que era chegar um copo novo e dizer assim: «porque não me esqueci tem aqui o seu copo!» e ele fica todo satisfeito (...) Mas às vezes o cansaço é tanto que demora três dias a chegar um copo à pessoa. É claro que isto é uma forma de expressão. Não será um copo serão outras coisas..."

O meio institucional, onde as práticas de cuidados têm lugar, pode ter um papel determinante no clima de trabalho do dia-a-dia. As condições de trabalho decorrentes da carência sistemática de pessoal e a morosidade na resolução deste problema, podem causar insatisfação e desmotivação nos enfermeiros, e eventualmente condicionar a sua actuação junto do doente idoso. Os comentários sobre este assunto são frequentes entre os enfermeiros e revelam a sua preocupação pelo que estão a vivenciar.

Após terem recebido o turno, as duas enfermeiras que estão de tarde organizam o trabalho. Estão silenciosas e os seus rostos estão sérios, quase parecem estar zangadas. Há um ambiente de alguma tensão na sala de apoio. Temendo que a minha presença fosse incómoda para as enfermeiras, já que é habitual estarem faladoras e bem dispostas, pergunto-lhes o que se passa e se preferem que eu volte num outro dia. Imediatamente me respondem sorrindo:

> "«Não! Não é nada consigo...É que andamos cansadas de promessas... e até agora nada! Andamos desmotivadas... que fechavam a Unidade, que vinham enfermeiros p'ra cima... até agora nada!» - afirma uma das enfermeiras, ficando progressivamente séria. A outra enfermeira acrescenta: «Ainda de tarde e de noite tudo bem... mas andamos a fazer manhãs a uma... Quem é que pode andar satisfeito?»."

Na entrevista formal um enfermeiro faz o seguinte comentário sobre a desmotivação dos enfermeiros:

> "Moralmente os enfermeiros andam muito em baixo. Não estão bem com eles próprios e nem com o serviço."

A figura 2 mostra o Domínio Cultural 2 - Causas da predominância da técnica nos cuidados prestados (Tratar)

Relação semântica : causa – efeito

Forma : X é uma causa de Y

- A falta de enfermeiros no Serviço
- A falta de recursos materiais no Serviço
- A falta de respeito pelo idoso
- A falta de tempo dos enfermeiros
- O excesso de trabalho no Serviço
- O método de trabalho "por tarefa"
- A falta de um plano de cuidados do idoso
- A rotina diária
- A falta de rotatividade dos enfermeiros
- A falta de autonomia dos enfermeiros
- O cansaço dos enfermeiros
- A insatisfação dos enfermeiros
- A desmotivação dos enfermeiros

} É uma das causas da predominância da técnica nos cuidados prestados (Tratar)

Figura 2 - Domínio Cultural 2 : Causas da predominância da técnica nos cuidados prestados (Tratar)

DOMÍNIO CULTURAL 3 – Formas de comunicação positiva utilizadas pelo enfermeiro com o doente idoso

Comunicar é essencial à vida de relação e não se limita à simples troca de palavras. Tanto a linguagem verbal como a linguagem corporal desempenham papéis de extrema importância e implicam-se mutuamente. Comunicar exige da parte dos enfermeiros a capacidade de falar e de escutar. Implica também estar disponível para o outro, prestar-lhe atenção, observá-lo. O silêncio, o olhar, o choro, o riso, a entoação que o idoso coloca numa frase são algumas das manifestações não verbais a que o enfermeiro deve prestar atenção, e que podem exprimir muito do que não foi expresso por palavras, porque o idoso não quis ou porque não foi capaz.

Comunicar com o doente idoso, dar "feedback" à sua mensagem verbal ou não verbal, é um aspecto essencial no processo de comunicação e minimiza a solidão ou a privação sensorial em que o idoso se pode encontrar. No entanto, é imprescindível que o enfermeiro avalie previamente as perdas sensoriais ou mentais do idoso, pois podem ser impeditivas de uma comunicação eficaz.

Todos os enfermeiros se mostram empenhados na comunicação, quer o doente idoso possa ou não fornecer "feedback". É notória a espontaneidade com que os enfermeiros se lhe dirigem. As palavras de interesse, de estímulo, de encorajamento ou de elogio, sobressaem nos seus discursos, associadas quase sempre à linguagem não verbal. Esta não começa quando as palavras se esgotam. Às vezes antecipa-se à própria linguagem verbal e imbrica-se harmoniosamente com ela. A comunicação não verbal, feita de gestos, de entoações da voz, de expressões faciais, de posições e de movimentos do corpo, que os enfermeiros de forma espontânea ou intencional dirigem ao doente

idoso, são muitas vezes expressões de calor humano que tornam mais profunda a própria comunicação.

Comunicar com o doente idoso assume uma importância capital no Cuidar. Todos os enfermeiros o expressam, quer no dia-a-dia do seu trabalho quer nas entrevistas formais. E todos lamentam não poder dedicar-lhe mais tempo.

Falar com o doente idoso tentando compreender os seus problemas e demonstrando interesse pelo seu estado, constituem formas de comunicação positiva presentes no quotidiano dos enfermeiros e que são muitas vezes reforçadas por um sorriso e pelo toque. Pode assumir uma forma mais geral expressa na pergunta "como está?" ou "como se sente?", ou dirigir-se para aspectos mais profundos da problemática daquele idoso. Se os enfermeiros detectam que o idoso tem diminuição da acuidade auditiva, preocupam-se em ajustar o seu tom de voz de forma a que a mensagem seja entendida. O excerto que se segue pretende exemplificar o que foi mencionado:

Uma enfermeira estabelece diálogo com uma idosa de 79 anos, antes de a mudar de posição, e pergunta-lhe a sorrir:

> "«D. Fernanda, olá! Como é que vai?». «Ãh?» - pergunta a idosa, franzindo o nariz e movimentando a cabeça para cima, como que a fazer uma pergunta."

A enfermeira ri-se, toca-lhe no ombro esquerdo e diz num tom de voz mais alto:

> "«'Tá boa D. Fernanda?». «Ah! (e encolhe os ombros). Mais ou menos. 'Tava melhor em casa!» - responde prontamente a idosa de forma determinada. «Lá isso é verdade! Mas 'tá quase a ir p'ra casa, D. Fernanda. Amanhã já vai...» - diz a enfermeira. «Ora...» - responde a senhora encolhendo os ombros. «É verdade D. Fernanda. Amanhã a sua filha vem buscá-la!» - esclarece a enfermeira, falando alto e pausadamente. «Vamos ver!» - afirma a idosa com uma expressão desconfiada. A enfermeira sorri e pergunta-lhe: «Vamos virar?».»

O período em que os enfermeiros procedem à administração de terapêutica ou prestam cuidados de higiene constituem momentos privilegiados para falar com os doentes idosos, como se constata nos seguintes exemplos retirados das entrevistas formais:

> "...é o único espaço ainda que a gente tem para falar um bocadinho mais com os doentes. Então nessa parte, quando for dar a medicação...«Então está bom?», «Passou bem o dia?», «Está cá hoje outra vez?» – às vezes não é a primeira vez, «Como é que passou?» ... é assim..."

> "...à medida que vou dando os comprimidos vou falando e vou estabelecendo uma relação com os doentes."

> "Eu acho que o banho em si é o momento mais importante que o enfermeiro pode contactar com o doente (...) E eu acho que é importante que o enfermeiro aproveite esse momento p'ra tocar o doente, p'ra ver outro tipo de reacção que o doente tem, de estímulo e também... por exemplo, um doente se estiver um bocado consciente, no banho tem as suas limitações, as suas vergonhas em se despir e é importante que o enfermeiro tente ajudá-lo a ultrapassar isso, mostrando-lhe confiança e tempo. E evitar de lhe mostrar que temos pressa. E acho que é importante mostrarmos ao doente que estamos disponíveis p'ra ele e p'ra ele ter confiança em nós, não é..."

O processo de senescência e a situação de doença do idoso podem afectar o funcionamento dos orgãos que intervêm na comunicação, e por isso afectar a sua necessidade de comunicar.

Nos excertos que se seguem, retirados das entrevistas formais, é manifesta a preocupação dos enfermeiros em conversar com os doentes idosos e em tentar encontrar a estratégia mais adequada a cada idoso se porventura foram detectadas dificuldades ao nível da comunicação, e se os doentes idosos se encontram, por exemplo, confusos ou em coma.

> "Tento comunicar com eles. Tento no pouco tempo que a pessoa tem, dar um bocado do meu tempo a cada um deles, mais ou menos equitativamente. E depois de tentar gerir a situação, ver aqueles que precisam mais. Dedicar mais tempo àqueles que tenho mais dificuldade em comunicar, p'ra ver se os consigo entender (...) Tento

no fundo, compreender o porquê do mutismo, o porquê do choro, o porquê da negação, o porquê dessas coisas, não é..."

"Tenho conseguido respostas positivas. Porque às vezes há doentes que estão em mutismo completo (...) e a pessoa vai introduzindo vários símbolos de uma forma gradual e diversa, e quando a pessoa consegue respostas, pega nesses estímulos que obteve respostas e a partir daí tenta puxar o novelo, tenta comunicar o máximo possível com a pessoa. E depois é muito mais fácil, não é... cuidar."

"...embora eles não percebam muitas vezes o que estou a dizer, são doentes que muitas vezes estão confusos, não é... mas o facto de ouvirem alguém falar com eles eu acho que p'ra eles já é muito bom... Sentem que está ali alguém (...) Agora doentes que estão inconscientes, eu muitas vezes dou por mim a falar com esses doentes... porque... acho que no fundo... eles depois se apercebem que... não sei explicar... é uma coisa que ultrapassa a ciência e...eu acho que é importante falar com esses doentes."

"Quando estão em coma...vou dizendo qualquer coisa, mudo-os de posição, digo: «vamos virar». Às vezes parece uma parvoíce, mas eu cá não acho. Eles ouvem..."

No entanto, encontrar a estratégia mais adequada para lidar com o doente idoso implica conhecê-lo e ter em linha de conta o seu carácter. Na entrevista formal, uma enfermeira comenta que assumiu o papel de "obedecer cegamente" ao idoso, cujo feitio tinha sido qualificado como "difícil", para conseguir obter a sua colaboração nos cuidados:

"fui eu que o recebi e ele era realmente... era intratável. Começou logo a embirrar comigo porque eu não sabia pôr soros. E eu disse: «'tá bem! Então diga-me lá como é que vou pôr». E ele ensinou-me a pôr e eu pus, como ele me mandou. E ele disse-me: «Não me doeu nada»... e eu que o piquei uma série de vezes... (sorri). Mas não lhe doeu nada. E aquilo que eu lhe fazia a partir desse dia não lhe doeu nada. Era muito mandão, de maneira que eu fazia o papel de lhe obedecer cegamente. E ele lá ia comendo e bebendo mas depois piorou..."

Normalmente os enfermeiros adoptam uma postura de proximidade com o doente idoso, inclinando-se ligeiramente para ele ou sentando-se a seu lado. Demonstram assim que estão interessados, atentos e disponíveis para o escutar. O acto de escutar é um acto voluntário, e como tal exige empenhamento de quem o executa. Também o timbre de voz que o enfermeiro utiliza com o idoso pode ser facilitador da comunicação, se ajustado àquele momento de interacção.

Num dos períodos de observação, a enfermeira E aproxima-se do doente de 82 anos que é independente, que regressou de fazer uma colonoscopia e encontra-se sentado junto à mesa central da enfermaria, e pergunta-lhe como decorreu o exame. O idoso responde:

> "«Não é um exame agradável...mas já está feito! A posição é que é muito incómoda...» – explica o idoso, referindo que se encontra aborrecido porque a médica antes de começar o exame, quando consultou o processo, comentou que ele tinha uma Hepatite B. E continua: «Nunca ninguém me tinha dito que eu tinha uma Hepatite B...»."

A enfermeira que permanecia em pé encostada à mesa de refeições (...) senta-se ao lado do idoso e pergunta-lhe:

> "«E mesmo agora, nunca lhe disseram que tinha Hepatite B, sr. Álvaro?». «Não, menina E (diminutivo)!» – responde o idoso de forma "peremptória" – «Nunca ninguém me disse nada. Eu compreendo o que me dizem, não tenho só a 4ª classe...»."

Imediatamente a enfermeira afirma num tom de voz suave:

> "«Claro que compreende, sr. Álvaro». O idoso continua: «Dizerem-me isso assim, antes de fazer um exame daqueles... Calcula como é que eu fiquei...» (...) A enfermeira diz: «Coitado sr. Álvaro... O senhor tem todo o direito de ser informado do que se passa consigo. O médico cá em baixo já lhe devia ter dito (...) Não sei sr. Álvaro, mas pode pedir à Drª W que lhe explique o que se passa e assim o senhor fica esclarecido...». O idoso fica em silêncio."

Depois de se certificar que o idoso não precisa de nada a enfermeira levanta-se e afasta-se.

Nas entrevistas formais, os enfermeiros reconhecem que aproximar-se fisicamente do doente idoso e sentar-se a seu lado, é uma forma de demonstrar que estão disponíveis para o ouvir.

> "... sentado ao pé do doente, eu estou ali para tentar saber o que o preocupa, saber a história dele e ele também saber um pouco da minha. Isso faz parte da Enfermagem. Não é só dar as pílulas e pronto!"

> "Quando nos sentamos ao pé de um doente, mostramos disponibilidade p'ra ele. Eu acho muito importante as pessoas falarem ao mesmo nível e mostrar disponibilidade. O eu sentar-me, (...) ele vê que eu não estou com pressa p'ra ouvir aquilo que ele me diz (...) É um modo de disponibilidade."

A linguagem não verbal que o doente idoso utiliza poderá revelar o que ele pensa ou o que ele sente, o que pode estar ou não em harmonia com o que ele diz. Se o idoso se encontra incapacitado de comunicar verbalmente, a linguagem não verbal assume a expressão máxima da sua forma de comunicar. Estar atento ao outro pressupõe observá-lo e tentar decifrar as mensagens não verbais expressas pelo olhar, pelo rosto ou pelo gemido, para assim poder responder de forma consentânea.

Numa situação, a enfermeira valorizou a expressão do rosto da idosa quando ia prestar cuidados a outra doente. O sorriso, para além das palavras explicativas do que se estava a passar e que comunicaram à doente idosa tranquilidade, constituíram outra forma de comunicação utilizada pela enfermeira.

Uma senhora de 74 anos franze o rosto quando vê aproximar de si o suporte de soros. A enfermeira diz-lhe a sorrir:

> "«Não se assuste D. Vitória. Não é p'ra si é p'ra esta senhora» e aponta com a cabeça para a doente da cama 21. A idosa esboça um sorriso. «Ah, já me está a

sorrir ... assim está bem...» – continua a enfermeira começando a afastar-se da doente."

Os enfermeiros salientam a importância do olhar como meio de comunicação com o doente idoso. Prestar atenção ao "feedback" transmitido pelo olhar do idoso que está afásico, é uma estratégia utilizada por uma enfermeira para se assegurar de que foi compreendida e que o idoso se encontra satisfeito. Estes aspectos encontram-se patentes nos seguintes excertos retirados das entrevistas formais:

> "P'lo olhar a gente vê que eles estão a perceber. E faço tudo como aos outros. Eles percebem tudo (...) No olhar deles vê-se que estão contentes. Vê-se! É como eles comunicam...Às vezes os doentes sentem-se abandonados coitados. Quando percebo que eles estão tristes volto para trás e converso com eles. Tento sempre que eles fiquem mais felizes ..."

> "Olhar nos olhos a uma pessoa é assim... é uma postura, é uma forma de comunicar. Os olhos são talvez a última forma de expressão que morre nas pessoas quando elas não são invisuais (...) Mas em relação à pessoa idosa, como em relação a todas as pessoas, nós temos que olhar nos olhos. Com timings, com posturas, com um sorriso do próprio olho, com a própria agressividade do nosso olhar, que pode transmitir tudo..."

Estimular o doente idoso a realizar sozinho as actividades para as quais tem capacidade em vez de fazer por ele, mesmo que seja mais demorado, pode ajudar o idoso a desenvolver os seus próprios recursos internos e possibilitar um aumento da sua autonomia e da sua auto-estima.

É uma estratégia utilizada por muitos enfermeiros, quer os idosos tenham déficits a nível físico quer a nível mental. Aproveitam vários momentos dos cuidados como por exemplo durante as refeições, a mobilização, a avaliação dos sinais vitais e a administração de terapêutica.

Para além destas situações, os enfermeiros procuram estimular o doente idoso a tomar decisões mesmo que as opções propostas sejam em número reduzido, o que pode ajudar a manter ou a recuperar alguma parcela do controlo que o idoso ainda tem sobre a sua vida, e consequentemente aumentar a sua auto-estima. Normalmente os enfermeiros estimulam o idoso a decidir sobre o que quer fazer, em aspectos relacionadas com as suas actividades de vida diária, nomeadamente sobre o local onde se quer sentar, se prefere tomar os comprimidos dissolvidos ou não ou se quer ficar tapado ou não.

Os enfermeiros preocupam-se em demonstrar disponibilidade, em ser assertivos e também em reforçar positivamente o esforço dispendido pelo idoso. O "feedback" de reconhecimento e de felicitação pode servir de incentivo ao idoso para uma maior participação futura nas actividades que lhe dizem respeito. Normalmente as palavras de estímulo são reforçadas por um sorriso e por um timbre de voz que pode ser mais suave, mais firme, ou mesmo mais "vivo".

Uma enfermeira aproxima-se da senhora de 65 anos que tem limitações ao nível da mobilidade. A idosa encontra-se recostada na sua cama a jantar. O resguardo que tem sobre o peito está manchado de sopa, que a doente ainda não terminou de comer. A idosa pede numa voz "chorosa" e com o rosto franzido:

> "«Dê-me a sopa, eu não sou capaz ...». A enfermeira responde num tom de voz calmo e firme: «Oh D. Fátima, a senhora está a ir muito bem. Não precisa que eu lhe dê o jantar». «Não... eu não sou capaz...» – continua a idosa no mesmo tom de voz "choroso" – «...tenho muitas dores» e geme, franzindo o rosto. «Mais logo eu dou-lhe um medicamento p'rás dores. Agora vai tomar estes, D. Fátima» – diz-lhe a enfermeira colocando dois comprimidos sobre o tabuleiro do jantar."

A idosa coloca um deles na boca e segura no copo que a enfermeira foi buscar à mesa de cabeceira, bebendo sem ajuda. Depois toma o segundo comprimido. Os seus gestos são lentos. A enfermeira permanece ao lado da idosa e diz-lhe num tom de voz suave:

"«Muito bem, D. Fátima! (...) Agora coma a sopa, vá... antes que arrefeça» e dirige-se para o carro de terapêutica. A idosa recomeça a comer a sopa lentamente."

Numa outra ocasião, ao aproximar-se de uma idosa de 80 anos que se encontra sentada junto à mesa central da enfermaria, e que tem dificuldade em segurar a garrafa de água para tomar o comprimido, a enfermeira diz-lhe:

"Então vá D. Zulmira, agarre a sua garrafa, a senhora consegue beber sozinha."

A idosa segura a garrafa, inicia o gesto de a levar à boca mas fica a "meio". A enfermeira sustenta a garrafa, e com um ligeiro apoio consegue que a doente beba. Em seguida elogia-a, falando com vivacidade:

"«Muito bem! Vê como conseguiu!». A idosa pousa a garrafa e sorri. A enfermeira faz-lhe uma festa no rosto e sorri também dizendo: «Eu não lhe dizia?». A idosa permanece em silêncio e segue a enfermeira com o olhar quando esta se afasta."

Nas entrevistas formais, os enfermeiros consideram que estimular o doente idoso pressupõe estar disponível e aceitar o seu próprio ritmo de execução. No segundo excerto, a enfermeira enfatiza o momento do levante como uma ocasião propícia para estimular o idoso, utilizando como estratégia a "brincadeira". Em sua opinião, estimular o idoso é uma forma de lhe dar "mimo" e atenção. Pode também transmitir-lhe um sentimento de utilidade.

"Todas as acções que eu possa fazer, se o doente tiver capacidades de se auto-cuidar minimamente mesmo se isso demora mais tempo... eu prefiro que seja ele a auto-cuidar-se..."

"O levante (...) eu acho que é uma coisa que estimula imenso os doentes. E é um momento em que nós lhe damos atenção que não podemos dar noutros locais (...) É uma forma de eu lhe dar mimo e eu acho que ele apreende bem esse mimo. Mesmo que ele não se queira levantar e eu o obrigue... que obrigo sempre a brincar."

"O doente que está consciente e que tem possibilidade de participar connosco no tratamento, acho que é importante que ele se sinta útil e colabore..."

Para além de elogiar o desempenho do doente idoso após ter realizado sozinho a tarefa solicitada, como foi mencionado anteriormente, os enfermeiros costumam elogiar o aspecto físico dos idosos, geralmente quando são notórias as suas melhoras clínicas. Em relação às doentes idosas, este elogio surge quando utilizam o vestuário próprio ou os seus produtos de "toilette". As expressões de felicitação que os enfermeiros utilizam podem ter uma função de suporte face aos déficits sensoriais e emocionais presentes no idoso. Um sorriso, um tom de voz mais vivo ou mais calmo ou uma festa, costumam acompanhar o elogio e podem potenciar o seu efeito.

Dirigindo-se a um idoso de 66 anos que é independente e que se encontra sentado na cama, a enfermeira sorri e inicia o seguinte diálogo:

> "«Oh sr. António, 'tá com melhor aspecto!». «Estou melhorzinho, graças a Deus» - diz o idoso. «E quando é que vai p'ra casa?» - pergunta a enfermeira. «Vamos lá ver se é na 2ª feira. O dótore diz que tenho que fazer primeiro uma radiografia aos pulmões. Se tiver boa, "ala moço"!» – explica o idoso sorrindo. «Muito bem, sr. António!» - diz a enfermeira dando-lhe uma pequena palmada no ombro esquerdo."

No momento de posicionar uma idosa de 88 anos que se encontra dependente, a enfermeira pergunta-lhe sorrindo:

> "«Diga lá, quem foi que escolheu hoje essa camisa toda bonita, quem foi?». A idosa fica em silêncio e sorri."

Esclarecer os doentes idosos sobre os cuidados que vão ser prestados é uma preocupação dos enfermeiros. Este esclarecimento pode corresponder a uma breve informação sobre o cuidado em particular que se vai seguir, ou assumir a forma de uma explicação mais detalhada, sobretudo se o idoso tem déficits a nível físico ou mental.

Os esclarecimentos são observados especialmente quando os enfermeiros administram a terapêutica, efectuam o BMTeste, avaliam os sinais vitais, executam os pensos, mobilizam ou imobilizam os idosos e quando prestam os cuidados de higiene.

No exemplo seguinte, um enfermeiro aproxima-se de um idoso de 88 anos que se encontra muito prostrado, eleva-lhe a cabeça e diz calmamente:

> "«Isto (e mostra ao doente a seringa onde diluiu a terapêutica) são os medicamentos. Vai engolir tudo, está bem?».. O idoso fica em silêncio e deglute o conteúdo da seringa que o enfermeiro lhe vai dando. Quando termina, o enfermeiro diz: «Muito bem sr. Silva! Agora é só água!» e volta a proceder da mesma forma, depois de ter enchido parcialmente a seringa com água. O idoso deglute a água. «Pronto! Já está!» - diz o enfermeiro pousando a cabeça do idoso na almofada. Este permanece em silêncio, olhando para o enfermeiro e seguindo-o com o olhar quando este se afasta."

Em outra ocasião, uma enfermeira aproxima-se do rosto de uma idosa de 87 anos que se encontra em coma e explica:

> "«D. Ivone, vamos lavar». A idosa não tem qualquer tipo de reacção. Mantém os olhos fechados e uma respiração ruidosa. Antes de iniciar a higiene a enfermeira diz: "...«D. Ivone, tenho que a aspirar. Vamos lá, abra a sua boca, abra...». A doente não reage ao pedido e a enfermeira introduz lentamente a sonda, aspirando grande quantidade de secreções. A idosa tem um acesso de tosse. A enfermeira comenta: «Isso... tussa, D. Ivone». Quando termina de aspirar a doente volta a dizer: «Pronto D. Ivone, agora vamos lavar...»."

Nas entrevistas formais foi validada a importância que os enfermeiros atribuem à informação e explicação fornecida aos doentes idosos, quer estes comuniquem verbalmente quer não, considerando que é um direito que lhes assiste. Esclarecer o idoso sobre as rotinas do Serviço no momento da admissão, sobre os cuidados a que vai ser submetido, sobre a terapêutica, sobre o tratamento ou sobre a sua doença, são aspectos que os enfermeiros referenciam como importantes e necessários para uma

melhor aceitação dos próprios cuidados, e eventualmente para minimizar possíveis medos.

> "Eu tenho sempre a preocupação antes de fazer qualquer coisa (...) tenho sempre a preocupação de explicar ao doente. Porque eu acho que o doente deve ser informado de tudo o que se está a fazer (...) é um direito que ele tem..."

> "O doente tem um bocado de medo da doença, medo «do que me estão a fazer e tantos fios e porquê isto e porquê aquilo». E se nós tivermos um bocado de conversa com eles e explicar o motivo e a doença em si... porque muitas vezes não se explica ao doente o tipo de doença que ele tem, e ele fica um bocado alheio à situação e é muito mais difícil ele aceitar o tratamento, não é..."

> "E o doente que é esclarecido da medicação colabora muito mais, não é..."

De salientar que os enfermeiros reconhecem a importância de adequar a linguagem à capacidade de compreensão do idoso, pois só assim os esclarecimentos terão significado e a comunicação será realmente eficaz. A forma do enfermeiro se expressar está por isso dependente do conhecimento prévio de cada idoso. Uma enfermeira diz a uma idosa de 77 anos:

> "«D. Odete, estão aqui os seus comprimidos». A idosa estende a mão direita, onde a enfermeira coloca três comprimidos, e pergunta: «São p'ra quê?». A enfermeira explica-lhe calmamente, apontando para cada um deles: «...este é p'ró coração, este é o antibiótico e este é p'ra fazer descer o açúcar no sangue». A idosa abana afirmativamente a cabeça e toma a terapêutica."

Na entrevista formal, um enfermeiro confirma o que foi mencionado anteriormente:

> "E explicar a terapêutica é uma coisa muito complicada. É assim, se nós explicarmos com termos técnicos a adesão é uma má adesão, pela minha experiência (...) mas depende dos doentes. Há doentes que tem que se explicar rigorosamente. Por isso é que é preciso conhecer bem os doentes. Se calhar temos que ter uma conversa de rua com um doente que está habituado a ter uma conversa de rua (...) São coisas assim que nós temos que ver. E se nós conhecermos os doentes é muito mais fácil."

Em diversas ocasiões os enfermeiros dirigem palavras de encorajamento aos doentes idosos, quer estes possam ou não fornecer "feedback", o que constitui também uma forma de comunicação positiva. São palavras de apoio, de motivação, com a intenção de fazer ver ao idoso que ele já se encontra melhor em relação à sua doença, de lhe transmitir confiança e optimismo, de o encorajar a "olhar para a frente".

Normalmente os enfermeiros reforçam as suas palavras com um timbre de voz calmo e suave, um olhar directo ou uma festa. Estas expressões de afecto demonstram o interesse e a atenção que o enfermeiro tem para com o idoso, e podem também encorajá-lo a suportar o sofrimento.

Após ter realizado os cuidados de higiene e de ter posicionado uma idosa de 87 anos que se encontra em coma, a enfermeira eleva a cabeceira da cama e comenta que acha a doente cianosada. Coloca-lhe o cateter de Oxigénio e permanece alguns segundos a olhar para a idosa. Em seguida faz-lhe uma festa no rosto e diz:

> "Já se vai sentir melhor, D. Ivone..."

Numa outra ocasião, uma enfermeira dialoga com um idoso de 85 anos que é independente, sobre o exame (endoscopia digestiva alta) que realizou nessa manhã. O idoso está sério e fala com indignação sobre a forma como foi tratado pela médica que lhe fez o exame:

> "«Tem toda a razão sr. Abreu, mas há pessoas com uns feitios difíceis...». «Mas os doentes não têm culpa nenhuma!» - interrompe o idoso com ar sério. «Pois não têm! Mas sr. Abreu, já fez o exame, já 'tá despachado. Tem que olhar agora p'rá frente e pensar que tem que sair daqui bom...» - diz a enfermeira com ar determinado. «É o que eu mais quero. É sair daqui bom!» - responde o idoso sorrindo. «É isso mesmo, sr. Abreu! Pensamentos positivos!» - concorda a enfermeira sorrindo."

As manifestações de humor, como as brincadeiras ou os gracejos, podem tornar o período de internamento do doente idoso mais fácil de suportar e matizar a rotina do

seu quotidiano. Podem também ajudar a diminuir a tensão de certas situações encaradas como ameaçadoras e favorecer o afecto. Assim, brincar pode ser uma forma de comunicação positiva utilizada pelo enfermeiro, se o respeito pelo idoso e pelo seu sofrimento não forem esquecidos e se a brincadeira for bem aceite pelo idoso.

Após a saída da doente da cama 15, uma idosa de 77 anos que se encontra sentada junto à mesa central da enfermaria diz à enfermeira:

> "«Veja lá quem é que vai pôr aí... escolha-me uma doente nova...». A enfermeira ri-se e pergunta-lhe porquê. Imediatamente a idosa responde com convicção: «Ora, as velhas já não têm nada p'ra m'ensinar!». A enfermeira ri-se e responde: «Não concordo D. Aurora... Mas 'tá bem... Vou escolher uma nova... ou um rapaz novo...» - continua olhando para a idosa com uma expressão "marota". A senhora ri-se e diz: «Ai esta enfermeira... 'tá sempre a brincar». A sorrir a enfermeira afirma: «Fique descansada! Eu vou lá abaixo escolher alguém jeitoso». A idosa e a enfermeira riem-se."

Nas entrevistas formais, os enfermeiros consideram que brincar e rir com o doente idoso é uma forma de lhe dar atenção, de o estimular e de lhe proporcionar satisfação. Por outro lado, reconhecem que é também uma forma de demonstrar aos idosos a boa disposição que sentem quando lhes prestam cuidados. No entanto, nos seus discursos encontra-se expresso o respeito pelo sofrimento do idoso e pelo seu desejo em não aderir à brincadeira.

> "Um riso, uma brincadeira, uma piada, um piropo, é uma forma de mostrar que me interesso por eles, é a forma de puxar por eles e que se riam...acho que ajuda a ficarem melhores. Há sempre uma ou outra pessoa que se pode ofender com a brincadeira, mas aí a pessoa pára. Mas às vezes... ficam assim só no princípio, depois também entram na brincadeira... nunca tive ninguém que ficasse realmente ofendido. Agora há que ver o contexto, não é... Não vou brincar com um doente que está em coma. A gente vê o sofrimento em que a pessoa está..."

> "É intuitivo. Por exemplo, se eu vejo que há um velhote que é malandreco, que adorava aquelas anedotas picantes... (...) Eu estimulo essa parte porque eu sei que ele fica muito contente. Se há outro assim mais sério, ele não entra nessas graças.

> Há doentes com quem não brinco. Há doentes idosos que não gostam de brincadeira."
>
> "Olhe, eu acho que é p'ra tornar o trabalho mais suave e mostrar às doentes que estamos bem dispostas (...) Que veja que eu estou aberta, bem disposta. Se fosse eu, gostava de ter alguém rindo ao pé de mim e bem disposta... é como eu vejo a vida..."

O toque é um meio de comunicação positiva quando consegue ser veículo de calor humano. Através do toque o enfermeiro pode transmitir ao doente idoso que o aceita, que se interessa por ele. Pode transmitir-lhe tranquilidade e confiança.

A necessidade de tocar ou de ser tocado pode adquirir uma importância especial quando o doente idoso tem déficits sensoriais ou quando vivencia perdas pessoais. Nestas situações, como em muitas outras, o toque pode assumir um papel tão ou mais importante que a linguagem verbal. Uma festa no cabelo, no rosto, no braço ou no ombro do idoso são frequentemente observadas em diferentes momentos dos cuidados:

A uma idosa de 67 anos que se encontra acamada e se queixa de dor precordial que ainda não aliviou com a terapêutica administrada, a enfermeira passa-lhe a mão pelo rosto e pergunta-lhe num tom de voz suave:

> "«A dor já passou, D. Maria?». A idosa abana negativamente a cabeça mantendo o rosto crispado. «Vamos esperar que o comprimido derreta, D. Maria» - diz-lhe a enfermeira no mesmo tom de voz. A doente fica em silêncio."

Nas entrevistas formais, os enfermeiros comentam a importância do toque como forma de comunicação positiva com o idoso. Comentam ser uma forma de "falar sem palavras", uma forma de minimizar os seus medos, de aliviar o seu sofrimento, de lhe transmitir confiança, de tornar os cuidados mais humanos. .

"É dar atenção sem palavras... é falar sem palavras...Há alturas em que não vale a pena dizer muito. É só preciso o nosso toque. É isso, é falar sem palavras... e muitos ouvem, percebem, nota-se na cara, no sorriso..."

"P'ra mim é muito importante primeiro, que eu consiga tocar o doente (...) Um aperto de mão... pode ser que o doente se sinta mais à vontade comigo e que consiga expressar mesmo os sentimentos, os seus problemas, as suas aflições, que ele sempre tem, não é..."

"Eu tive aqui uma senhora de idade com um neo da vulva, num estado horrível. E passei muitas noites agarrada à mão dela porque ela dizia que não tinha tantas dores, imagine!"

Para além das palavras de apoio que o enfermeiro escolha quando se aproxima o momento da morte do idoso, o toque pode também transmitir tranquilidade e ser uma ajuda preciosa naquele momento. Uma enfermeira comenta na entrevista formal:

"E ele, no dia em que ia morrer...porque eu vi que ele ia morrer, disse-me assim: (...) «Eu sei que vou morrer e tal, estou muito mal e não vou passar d'hoje» (fica com lágrimas nos olhos). E agarrei-lhe assim na mãozinha, fiz-lhe muitas festinhas (...) Eu disse-lhe: «Olhe não... não sei em que é que acredita ou não acredita. Mas há relatos de pessoas que dizem que para além da morte, que vêm coisas (...) Se calhar está muito melhor. Já não 'tá a sofrer. Já não 'tá com uma série de coisas...» E ele disse-me assim: «Então é por isso que eu ontem vi uma luz...». E ele ficou mais calmo e foi com naturalidade que ele se foi..."

A figura 3 mostra o Domínio Cultural 3 : Formas de comunicação positiva utilizadas pelo enfermeiro com o doente idoso

Relação semântica : meio – fim

Forma : X é uma forma de Y

- Conversar com o idoso
- Adequar o tom de voz à capacidade auditiva do idoso
- Aproximar-se do idoso
- Escutar o idoso com disponibilidade
- Falar com o idoso com voz suave e com calma
- Valorizar a linguagem não verbal do idoso
- Olhar o idoso
- Usar assertividade com o idoso
- Adequar a linguagem à capacidade de compreensão do idoso
- Brincar com o idoso
- Sorrir e rir quando está com o idoso
- Tocar o idoso

É uma forma de comunicação positiva utilizada pelo enfermeiro com o doente idoso

Figura 3 - Domínio Cultural 3 : Formas de comunicação positiva utilizadas pelo enfermeiro com o doente idoso

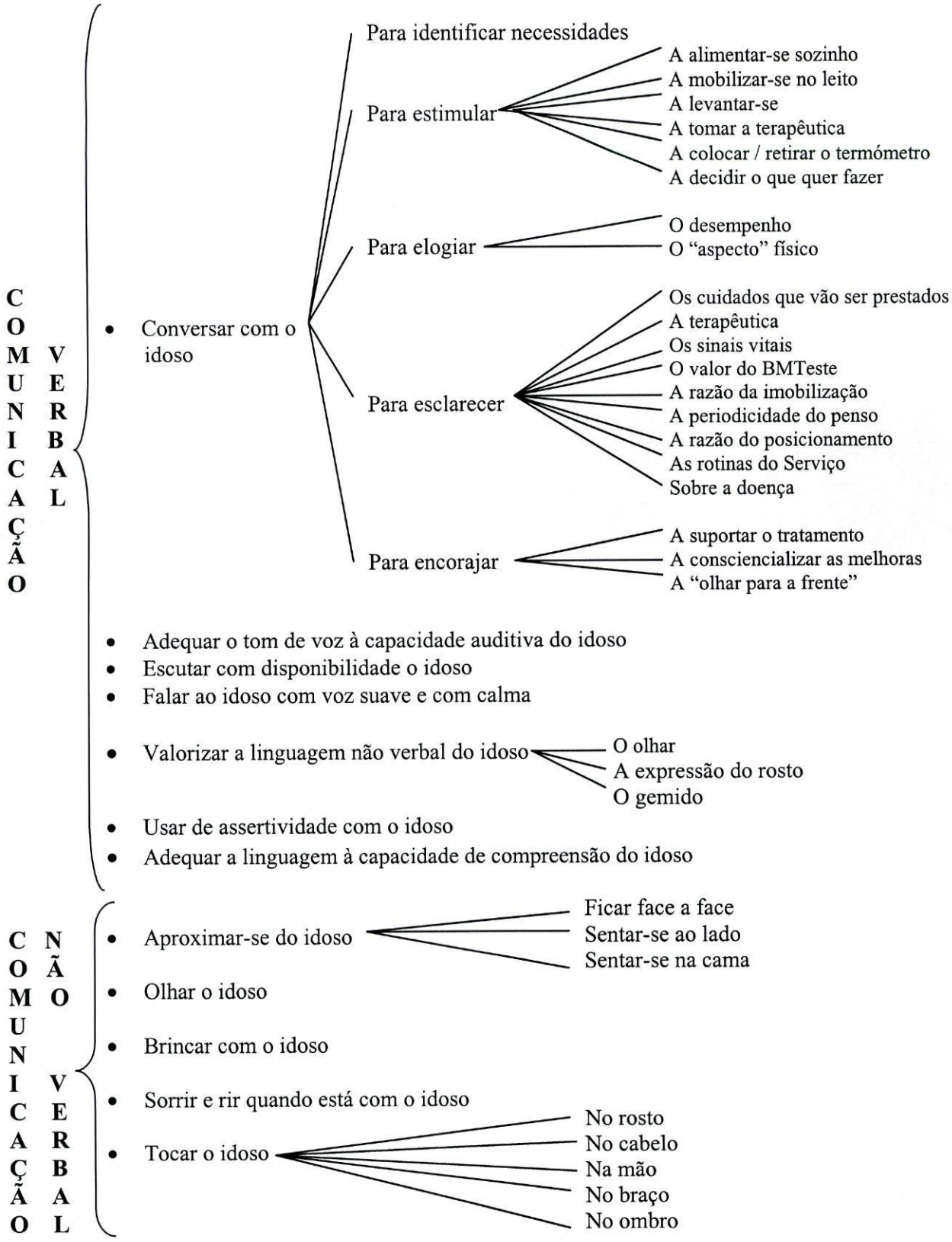


Figura 4 - TAXONOMIA 1 : Formas de comunicação positiva utilizadas pelo enfermeiro com o doente idoso

DOMÍNIO CULTURAL 4 – Formas de respeito ao doente idoso utilizadas pelo enfermeiro

Aceitar o doente idoso independentemente do seu estado físico ou psicológico, é demonstrar que se acredita no seu valor, na sua dignidade, é respeitá-lo como pessoa. As diferentes formas de respeito que os enfermeiros utilizam para com o doente idoso demonstram a sua preocupação em ir ao encontro do que é importante para ele, do que possa trazer-lhe bem-estar e satisfação. Traduzem um "olhar" atento sobre o idoso e um envolvimento com ele, favorecedores do seu desenvolvimento como pessoa.

Cumprimentar o doente idoso quando se iniciam os cuidados é uma forma de respeito utilizada pelos enfermeiros nos diferentes turnos. Normalmente, ao cumprimento colectivo a todos os doentes da enfermaria segue-se um cumprimento particular ao doente idoso a quem os cuidados se dirigem. O sorriso acompanha geralmente o cumprimento.

Em duas situações de cuidados ouvimos os seguintes diálogos:

> "«Boa tarde a estas senhoras!». Várias doentes retribuem o cumprimento (...) Ao aproximar-se da senhora da cama 9 de 89 anos que se encontra acamada, diz ao mesmo tempo que lhe coloca o termómetro na axila direita: «Boa tarde D. Ana!». Num tom de voz baixo a idosa responde «boa tarde», virando o rosto para o lado onde a enfermeira se encontra."

> "«Bom dia, sr Almeida. Dormiu bem?» - O doente responde abanando afirmativamente a cabeça."

Nas entrevistas formais, um dos enfermeiros menciona a importância de cumprimentar o doente idoso quando se lhe dirige pela primeira vez naquele turno, mesmo que não receba "feedback":

> "É muito importante quando entramos numa sala dar os «bons-dias» e falar com as pessoas, ou entrar de tarde e ao entregar os termómetros aos doentes dar as «boas-tardes». Nos doentes conscientes há feedback, nos outros doentes mesmo que não haja é importante fazer isso..."

O nome da pessoa identifica-a, qualquer que seja o contexto de vida em que se encontre. Tratar o doente idoso pelo nome próprio ou pelo apelido, ou mesmo pelo título profissional a que está habituado e que é da sua preferência, traduz uma atenção individual que o enfermeiro presta àquele idoso, e poderá ser uma forma de demonstrar que o respeita como pessoa única, com identidade própria.

Normalmente os enfermeiros tratam as doentes idosas pelo nome próprio precedido por "dona", e os doentes idosos pelo nome próprio ou pelo apelido precedido de "senhor". Alguns enfermeiros tratam o doente idoso pelo título profissional da sua preferência.

Como exemplo, um enfermeiro aproxima-se de um idoso de 77 anos que se encontra afásico e prostrado. Diz-lhe:

> "Bom dia sr. Oliveira. Vamos lá tomar estes comprimidos."

Numa outra ocasião, um dos enfermeiros aproxima-se de um idoso que tem 79 anos, que está consciente, é dependente e tem uma profissão diferenciada, cumprimenta-o pelo seu título profissional:

> "«Bom dia, sr. engenheiro. Como é que se sente?». «Bom dia, sr. enfermeiro. Estou mais ou menos» - responde o idoso "mastigando" as palavras (...) «Vamos lavar, sr. engenheiro» - diz o enfermeiro correndo a cortina da unidade do doente."

Estes aspectos foram validados nas entrevistas formais e com veemência os enfermeiros reconhecem a importância de tratar o doente idoso com respeito e pelo nome da sua preferência. Tratar o idoso com respeito facilita o estabelecimento de uma relação com ele, como se encontra expresso no discurso de uma das enfermeiras.

"Cada doente tem o direito de sentir que é O doente. E tem que ser ouvido e tratado como uma pessoa e não como uma cama, um número..."

"Mas se a pessoa não gosta, tem o direito de ser tratada como gosta. Olhe, temos cá uma senhora, deve ter 70 e tal anos, que a gente chamava D. Teresa. Mas ela não quer. Quer que a tratem por D. Maria Teresa. E nós temos que procurar tratar como a pessoa gosta de ser tratada."

"Se alguém gosta de ser chamado por sr. Engenheiro, por exemplo, eu trato-o assim e há mais pessoas que fazem isso. Mas muitos não acham bem e tratam só pelo nome... Não sei bem porque é que fazem isso. Talvez porque acham que estão a fazer distinção entre uns e outros..."

"Quando a gente trata o idoso pelo nome ele dá um feedback diferente, sente-se mais pessoa. E conversa um pouco, já responde de outra forma e tolera melhor as coisas que nós façamos e a relação melhora."

Promover a privacidade do doente idoso constitui uma outra forma de respeito que o enfermeiro pode utilizar. Evitar expor o corpo do idoso aos olhares dos outros doentes da enfermaria ou dos outros profissionais, utilizando as cortinas que existem na unidade de cada doente, é uma estratégia utilizada por alguns enfermeiros durante a prestação de cuidados de higiene, o posicionamento e a administração de terapêutica. Os excertos seguintes clarificam esta afirmação:

"Na 1ª enfermaria de homens encontram-se 7 doentes. Uma das cortinas, a da cama 27, está corrida. O enfermeiro presta os cuidados de higiene a este senhor que tem 71 anos e que está dependente e confuso. Quando afasta a cortina o idoso está tapado com o lençol e a colcha."

Um enfermeiro aproxima-se de um idoso de 85 anos que se encontra sentado junto da sua cama a ler uma revista. Diz-lhe:

"«Sr. Abreu, tenho aqui a injecção p'rá sua anemia». Em seguida corre a cortina isolando a unidade do doente."

Na entrevista formal, uma enfermeira comenta a necessidade de proporcionar privacidade ao doente idoso e de respeitar o pudor que ele sente em expor o seu corpo:

> "Eu acho que o doente idoso precisa de muito mais privacidade (...) Acho que nunca deve ser exposto, pelo menos aos outros doentes, não é ... Ele tem mais vergonha do seu corpo, que lhe vejam a fralda, de 'tar com algália, outras coisas...que ele tem um bocado de vergonha da sua situação, não é... Eu acho que devemos respeitar isso... E tentar quando se dá um banho, não expor assim o doente, não o destapar, não deixar ali o doente nu... acho que o doente se sente muito mal, não é..."

Respeitar os gostos do doente idoso e tentar satisfaze-los, traduz uma preocupação do enfermeiro em ir ao encontro dos interesses daquela pessoa. Ao possibilitar a continuidade dos hábitos de vida do idoso, o enfermeiro poderá contribuir para minimizar os efeitos da hospitalização.

Ilustramos esta afirmação com o seguinte exemplo:

No final do turno da manhã, uma enfermeira pede um cigarro à colega explicando-lhe a sorrir:

> "«É p'ró senhor da cama 30. Disse que depois do almoço lhe arranjava um cigarro» (...) E com expressão séria comenta: «Há três dias que o senhor não fuma...deve ser difícil p'ra uma pessoa que fuma, estar este tempo todo sem fumar»."

Aproxima-se do idoso de 82 anos, mostra-lhe o cigarro e sorri ao dizer-lhe:

> "«Está aqui o que lhe prometi, sr. Rui. Mas não pode fumar no quarto, eu levo-o p'ra outra sala». Imediatamente o rosto do idoso fica sorridente e levanta-se da cama com rapidez."

De "braço dado" dirigem-se para o hall onde o idoso se senta. A enfermeira entrega-lhe o isqueiro e o cigarro, que o idoso acende com rapidez, inspirando profundamente e fechando os olhos. A enfermeira olha para o idoso e sorri. Este comenta:

> "«Ah...que bem que me sabe...» e agradece novamente o cigarro. «Pode pedir à sua filha que lhe traga um maço de cigarros, sr. Rui. Não pode é fumar no quarto que é

perigoso... mas aqui pode fumar...» – explica a enfermeira - «vou deixá-lo fumar o seu cigarro à vontade. Eu depois venho buscá-lo p'ra levá-lo ao seu quarto». O idoso concorda sorrindo e agradece novamente o cigarro."

Na entrevista formal, esta enfermeira justifica o seu gesto pelo desejo de proporcionar satisfação ao idoso:

"Ele pediu-me, não é... Uma pessoa desta idade e com este vício porque é que eu vou dizer: «não vai fumar!», não é... Tinha possibilidade de o levar ali à sala p'ra fumar. Não me custa nada, não é... E ele ficou todo satisfeito (sorri)... o importante é deixá-lo contente ... deixá-lo satisfeito..."

Uma outra enfermeira comenta na entrevista formal, que satisfazer os gostos do idoso favorece a sua recuperação e é uma forma de lhe proporciona apoio e prazer:

"Eu acho que é muito melhor p'rá recuperação do doente. Sente-se muito mais apoiado e recupera muito melhor... muito melhor. É dar-lhe o maior prazer possível."

Estar internado e assumir o papel de doente, de acordo com a cultura hospitalar, obriga à utilização do vestuário de dormir durante as 24 horas. No entanto, possibilitar o uso da roupa própria do idoso assim como perfumá-lo, concorre para uma melhoria da sua auto-imagem e consequentemente da sua auto-estima, uma vez que permite que o doente expresse a sua própria individualidade. São estratégias que traduzem respeito pelo idoso e que o enfermeiro habitualmente complementa com um elogio da sua aparência física.

Neste exemplo, uma enfermeira administra a terapêutica à senhora de 82 anos que se encontra acamada. Diz-lhe sorrindo:

"«D. Arlete, hoje a senhora está muito bonita». A idosa olha fixamente para a enfermeira e abana ligeiramente a cabeça de forma afirmativa. A enfermeira comenta: «Os familiares desta senhora gostam de lhe trazer camisas de dormir todas bonitas. E perfume também! Já viu que cheirinho agradável?». A idosa esboça um sorriso."

Poder proporcionar um bolo no dia do aniversário do doente idoso constitui uma forma de respeito para com ele, ao permitir recordar uma data com um significado único para aquela pessoa.

O interesse em arranjar um bolo de aniversário para o idoso foi transmitido com vivacidade por esta enfermeira na passagem do turno:

> "O senhor da cama 25 disse-me que dia 28 (faltam 2 dias) faz 100 anos. Oh chefe! Devia pedir um bolo!"

A figura 5 mostra o Domínio Cultural 4 : Formas de respeito ao doente idoso utilizadas pelo enfermeiro

Relação semântica : meio – fim

Forma : X é uma forma de Y

- Cumprimentar o idoso
- Tratar o idoso pelo nome ou categoria profissional
- Promover a privacidade do idoso
- Satisfazer os gostos do idoso
- Vestir o idoso com o vestuário próprio
- Comemorar o aniversário do idoso

} É uma forma de respeito ao doente idoso utilizada pelo enfermeiro

Figura 5 - Domínio Cultural 4 : Formas de respeito ao doente idoso utilizadas pelo enfermeiro

DOMÍNIO CULTURAL 5 – Formas de despersonalização do doente idoso

A enfermagem como profissão de ajuda, exige que o enfermeiro adopte atitudes e comportamentos que sejam facilitadores da sua relação com o doente idoso. Negligenciar esta questão é ignorar que cada idoso representa uma pessoa singular, com os seus valores e com a sua riqueza, que o torna diferente de todos os outros. É ignorar que os cuidados que ele exige têm que ter por base o respeito e serem desenvolvidos numa perspectiva de crescimento e de evolução da pessoa idosa.

A comunicação é vital à vida de relação. Emissor e receptor implicam-se mutuamente, e quer a mensagem do emissor quer o "feedback" ou a reacção do receptor a essa mensagem são elementos indispensáveis na comunicação. Não falar com o doente idoso, isto é, não fornecer "feedback", pode contribuir para aumentar a solidão e a privação sensorial em que ele muitas vezes já se encontra, o que constitui uma ameaça ao seu equilíbrio psicológico.

Em diversas situações de cuidados é notória a preocupação dos enfermeiros em dar resposta às necessidades físicas do doente idoso, focalizando os cuidados no seu corpo e com pouca atenção pelo que ele possa estar a sentir naquele momento. A vertente relacional dos cuidados é deste modo remetida para um papel secundário.

Prestar cuidados ao doente idoso em silêncio e sem explicar o que se vai fazer, como se ele não estivesse presente, ignorando o "feedback" não verbal expresso pelo idoso, constituem formas de despersonalização observadas em diferentes momentos dos cuidados, nomeadamente durante os cuidados de higiene e conforto, a mudança de posição, a administração de terapêutica, a avaliação de sinais vitais, a execução de

técnicas como o penso a entubação naso-gástrica e a algaliação e durante a admissão do idoso ao Serviço. Os excertos que se seguem são disso exemplo:

Uma enfermeira realiza os cuidados de higiene à idosa de 79 anos que se encontra em coma vigil. A senhora está acordada e parece olhar para a enfermeira. Depois de a ter destapado, coloca a idosa em decúbito dorsal e despe-lhe a camisa de dormir. Dá-lhe banho total, mobiliza-a com a ajuda da auxiliar de acção médica, mas permanece em silêncio durante todo o tempo, mesmo durante a troca da roupa da cama. Só no final, depois de pentear a senhora, se lhe dirige sorrindo:

> "«Pronto minha linda, já 'tá tratadinha...». A idosa esboça um pequeno sorriso."

Um enfermeiro aproxima-se da idosa de 86 anos que se encontra imobilizada ao leito. A senhora articula palavras pouco compreensíveis num tom de lamúria, alternando com gemidos. Em silêncio o enfermeiro afasta a colcha e o lençol e administra a injecção intra-muscular. A doente queixa-se e tenta mexer-se. Quando termina, o enfermeiro tapa a idosa e diz-lhe, com uma expressão séria e falando num tom de voz um pouco alto, como se estivesse a dar uma ordem:

> "«Agora vamos dormir e deixar dormir as outras doentes!». A idosa fica em silêncio e olha para o enfermeiro com o rosto pouco expressivo."

Os cuidados prestados ao doente idoso considerado como um objecto que se manipula sem explicações e sem que o enfermeiro adeque o seu gesto às necessidades do idoso, reflectem formas de despersonalização que foram validadas nas entrevistas formais. Nos discursos dos enfermeiros entrevistados sobressai a sua indignação pela falta de comunicação de alguns colegas com o idoso, inclusivamente pela falta de um cumprimento quando se aproximam. São expressas também algumas das consequências que os cuidados derpersonalizados têm para o idoso, nomeadamente uma pior aceitação dos cuidados que futuramente o enfermeiro lhe irá prestar.

> "Mas há colegas que não se preocupam. Chegam ao pé do doente, destapam-no, dão-lhe a injecção e pronto! Nem uma palavra. Olhe, é como alguns que entram numa sala e nem cumprimentam os doentes. Mas o que é isto, entrar numa sala e não dar os «bons-dias» ou as «boas-tardes»?"

> "Mas havia pessoas que chegavam ali e: «vira p'ra cá, vira p'ra lá» (fala de forma rápida e brusca) e ele tinha muitas dores... Ele tinha que se virar, mas as pessoas deviam entender que deviam ir com calma, falando com o doente. E p'ra um doente, ele vai entender melhor e aceita melhor o que tem que se fazer. Uma pessoa não é um objecto, uma coisa, que se vira p'ra cá e p'ra lá..."

Prestar cuidados ao doente idoso sem o envolver na conversa que está a decorrer, foi também observado com alguma frequência durante o período dos cuidados de higiene, do posicionamento e da administração de terapêutica.

As "conversas paralelas" que o enfermeiro mantém com um colega, com a auxiliar de acção médica ou com outro doente enquanto presta cuidados, e sobre assuntos que se relacionam ou não com o idoso, demonstra uma preocupação pela tarefa em si desinserida do contexto dos cuidados àquela pessoa.

Uma enfermeira ao prestar os cuidados de higiene a uma idosa de 76 anos que se encontra em coma vigil, lava as diferentes partes do corpo da idosa que a auxiliar seca em seguida. A senhora está nua e destapada. Ambas conversam sobre roupas, os seus preços e os saldos que estão a decorrer. A idosa que se encontra acordada não esboça qualquer reacção. A enfermeira diz-lhe:

> "«Vamos virar p'ra lá minha linda». A idosa é colocada em decúbito lateral esquerdo. A enfermeira lava e seca a região posterior que massaja em seguida (...) Depois diz para a auxiliar: «Vamos pôr a doente para esse lado que ela tem estado toda a manhã p'ra este...». E ambas posicionam a idosa na posição pretendida. A senhora mantém os olhos abertos e o seu rosto está inexpressivo."

Dos discursos dos enfermeiros, retirados das entrevistas formais, emergem algumas das razões para que enfermeiros prestem cuidados ao doente idoso de forma

despersonalizada. Salientam a dificuldade em manter a comunicação verbal com o idoso se este tem dificuldade em falar ou se se encontra incapaz de fornecer "feedback". Quando se "esgotam as palavras", quando há falta de tempo ou como defesa pessoal são outras das razões apontadas pelos enfermeiros.

> "... nestes doentes dependentes explica-se o que se vai fazer, mas chega a uma fase em que se esgota. E o complicado é não ter mais nada p'ra dizer. E depois (...) os enfermeiros falam entre si de bola e as auxiliares das telenovelas, (...) e falam entre si. Não envolvem o doente na conversa. São assim... mas às vezes esgota-se o que dizer ao doente quando ele não nos pode responder..."

> "Os que não falam é muito complicado. É muito complicado estabelecer uma relação e é muito complicado saber o que lhes vai na cabeça. Porque um olhar não chega...às vezes chega...mas...mas 90% das vezes não chega... Talvez como defesa as pessoas fiquem um bocadinho mais impessoais (...) E a gente também não tem muito tempo, e às vezes refugiamo-nos nisso tudo p'ra ligar menos à pessoa ou p'ra ajudar menos a pessoa. É mais fácil ajudar uma pessoa que nos responde."

O dia-a-dia do doente idoso é caracterizado pela monotonia, pela repetição dos mesmos cuidados realizados geralmente às mesmas horas. A necessidade de cumprir a rotina quotidiana torna os cuidados prestados despersonalizados, carentes da atenção particular que cada idoso precisa. Na entrevista formal uma enfermeira comenta:

> "... ali ficam... sentados na cadeira. Nós levantámos. Não podemos dizer que não levantámos o idoso, mas falta dar atenção, dar um livro p'ra se entreter, p'ra passar o tempo e não ser só... ficar ali a olhar p'rás paredes. Falta ocupar o tempo deles e não ser: um dia, mais um dia, mais um dia. Agora é o pequeno almoço, depois é o almoço...e é sempre igual. Há uma repetição e não sabem qual é o dia e qual é a hora... Devia ser mais humano. Ali estão eles sentados...é muito monótono."

Ao ser internado o idoso adquire quase que obrigatoriamente uma nova identidade: o número da cama que ocupa, a que se associa por vezes o diagnóstico médico que lhe foi instituído no momento da admissão.

Nomear o doente idoso pelo número da cama ou pelo diagnóstico médico, despoja-o da sua dignidade como pessoa e constituem formas de despersonalização. É no entanto uma prática corrente quando os enfermeiros comentam a situação do idoso, quer entre si quer com outros profissionais:

Durante a passagem do turno a enfermeira H comenta:

> "«A 18 (a doente tem 66 anos) é um AVC isquémico. Está muito consciente e orientada. Entrou com o I às 3 da manhã...». A enfermeira que vai fazer o turno da tarde interrompe e pergunta: «Tem parésias?». Imediatamente a enfermeira H responde: «Não! É um sindroma vertiginoso. Tem tonturas quando se levanta»."

O enfermeiro F (responsável pela administração de terapêutica) entra na enfermaria, a enfermeira E diz-lhe:

> "F, aqui o Extra D não evacua há 15 dias. Vê lá se tem alguma coisa prescrita."

Para além do idoso ser tratado pelo número ou letra da sua cama, foram também observados outros tipos de tratamento impessoal, nomeadamente "ele", "ela", "amigo" ou "avó", que constituem formas de despersonalização do doente idoso.

Num dos turnos, a enfermeira presta os cuidados de higiene à idosa de 87 anos que está afásica e é dependente. Começa a lavar a boca da senhora com uma espátula. Quando a retira coberta de secreções amareladas, franze o nariz e diz:

> "«Ui, que boca tão suja avó!». O rosto da idosa mantém-se inexpressivo (...) Depois molha o toalhete na bacia que tem sobre a mesa de cabeceira da doente e pede-lhe: «Avó, feche os olhinhos, feche» e lava o rosto da idosa que seca com rapidez (...) Após ter terminado a higiene e substituído a roupa da cama, penteia a idosa. Quando termina, inclina-se para a doente, faz-lhe uma festa no cabelo e diz: «Pronto avó, já está!». Afasta-se em seguida."

Nas entrevistas formais, vários enfermeiros se referiram à forma impessoal como o doente idoso é tratado, expressando sentimentos de revolta e discordando dessa

maneira de proceder. No entanto fazem-no, apontando como razão a sua incapacidade para fixar o nome do elevado número de idosos a quem têm que prestar cuidados.

> "Um doente não é uma cama! É o senhor ou a senhora da cama tal! Mas vem do sistema... vinte e quatro doentes de cada lado é muito p'ra lembrar os nomes. Faz-me impressão... Sinto uma revolta! não gosto, nunca gostei. Assim como tratar o idoso por «avó». Não pode ser! Ninguém é avô ou avó de ninguém. Até pode ser que seja mas é na sua família. Faz-me impressão o «tu» ou «avó». É uma falta de respeito p'rá pessoa idosa..."

> "É impossível saber o nome de vinte e quatro doentes! Não se consegue chamar pelo nome (...) E entre os próprios profissionais é muito mais fácil identificar o doente quando a gente diz o 36 do que o senhor tal. É mais fácil e mais rápido, por exemplo, a gente dizer à auxiliar: "leve o urinol ou a arrastadeira ao 40 ou à 12" em vez de dizer o nome. E ela aí vai logo porque identificou quem era."

Na entrevista formal, uma enfermeira comenta que tratar a doente idosa por "avó" pode ser considerado um tratamento carinhoso:

> "É «avó» por ser velhota. Há pessoas que não gostam e então não chamo. Mas chamo por carinho. Não é perjurativo quando é por carinho, é o que eu acho..."

Infantilizar o doente idoso representa desvalorizá-lo e retirar-lhe a sua identidade como pessoa adulta. O tratamento do doente idoso por "tu" ou pelo "nome próprio", a utilização de diminutivos e de expressões habitualmente empregues com crianças, são alguns dos exemplos de infantilização e consequentemente formas de despersonalização do idoso. São no entanto muitas vezes utilizadas pelos enfermeiros durante a administração de terapêutica, a avaliação de sinais vitais, os cuidados de higiene, a mobilização, a execução de técnicas ou mesmo quando cumprimentam os idosos. Os excertos que se seguem reportam-se a notas de observação de diferentes momentos dos cuidados:

> "«Ai Amélia, Amélia que tens que levar uma piquinha...». A idosa sorri e diz: «Oh! Já estou habituada... têm sido tantas...»."

"«Pronto.. esta menina já está tratadinha!». Em seguida afasta-se."

"«Pronto minha linda, as maldades acabaram. Só falta fazer a cama. Ouviu D. Hermínia?». A idosa abana afirmativamente a cabeça."

Nas entrevistas formais, alguns enfermeiros comentam comparar os idosos a crianças uma vez que, como elas, se encontram indefesos. Consideram que as expressões que utilizam com o idoso e que o infantilizam têm por base o carinho que sentem por ele e têm a finalidade de lhe transmitir ânimo.

"Porque eu sinto um carinho por eles. Não quer dizer que eu não sinta pelos outros doentes, mas eu acho que p'ra mim os idosos são como as crianças... porque são umas pessoas indefesas, não é... E eles merecem toda a nossa atenção e o nosso carinho..."

"Gosto de lhes chamar «meus meninos»... porque gosto deles, p'ra eles saberem... e olhe que nunca ninguém ficou zangado comigo. Eles ficam mais animados, coitados..."

Chamar a atenção do doente idoso se o seu comportamento foi "desajustado" ou mesmo dar-lhe indicações que assumem o tom de ordens, são formas de o infantilizar que podem intimidá-lo e provocar um afastamento na sua relação com o enfermeiro. Foram observadas em algumas ocasiões, especialmente se o idoso se recusa a alimentar-se, se se levanta do leito (quando está confuso) ou se retira o soro ou a sonda naso-gástrica.

A uma idosa de 88 anos que está confusa e que se encontra em pé, descalça, junto à sua cama, o enfermeiro fala num tom de voz alto, ríspido e com o rosto sério:

"Já p'rá cama! Aonde é que a senhora pensa que vai?"

A idosa permanece em silêncio. O enfermeiro ajuda-a a deitar-se, coloca-lhe os imobilizadores nos pulsos, e diz-lhe num tom de voz alto e com expressão séria:

> "«Tem que ficar deitada!». «Tire-me isto!» – diz a idosa num tom de voz autoritário, puxando os membros superiores e tentando libertá-los dos imobilizadores. «Eu não quero cá isto!» – afirma bastante indignada, olhando para o enfermeiro (...) Este volta a dizer-lhe: «A senhora tem que ficar deitada. Não pode andar por aí!» A idosa "debate-se" com as imobilizações em silêncio. O enfermeiro afasta-se."

A privacidade do doente idoso encontra-se frequentemente ameaçada durante os cuidados de higiene, os posicionamentos e durante a execução de técnicas, nomeadamente pensos e algaliações. A falta de atenção pela privacidade reflecte uma preocupação exclusiva pelos cuidados físicos que o corpo daquele idoso exige e pouca atenção às suas necessidades enquanto pessoa.

Expor o corpo do idoso aos outros doentes da enfermaria e aos profissionais que nela circulam, constitui uma forma de desrespeito e uma ameaça ao seu pudor, podendo provocar constrangimentos aos próprios cuidados. As cortinas que existem para individualizar o espaço da unidade do doente e que poderiam minimizar este problema são poucas vezes utilizadas.

Uma enfermeira, depois de ter prestado os cuidados de higiene ao idoso de 84 anos, inicia a execução do penso da região sacrococcígea:

> "O idoso está destapado e nu. As cortinas da unidade do doente mantém-se junto à parede. O doente da cama do lado segue com atenção os cuidados prestados a este idoso."

Nas entrevistas formais, os enfermeiros comentam não só a falta de privacidade existente quando prestam cuidados ao doente idoso, mas também o pouco cuidado que é tido em relação ao sigilo das informações que lhe dizem respeito. A sua situação é muitas vezes conhecida dos outros doentes que com ele partilham o seu espaço físico, sem que tenha havido um consentimento expresso do idoso para tal. A falta de intimidade e de confidencialidade das conversas que os profissionais têm com o

doente idoso, consequência da falta de privacidade, constitui também uma forma de despersonalização, como se observa no seguinte comentário:

> "Porque o espaço do doente também é sempre muito reduzido, não é... muitas vezes nem há espaço p'ra prestar cuidados, nem p'ra haver uma ligeira (...) privacidade com o doente. Às vezes toda a gente sabe o problema de toda a gente..."

Substituir o doente idoso nas tarefas da sua vida diária que ele poderia realizar sozinho, como por exemplo lavar o rosto, pentear-se ou vestir-se, promove a sua dependência e transmite-lhe a ideia de inutilidade, de que já não se acredita nas suas capacidades. Constitui assim uma forma de despersonalização.

A um idoso de 66 anos, que se encontra lúcido e que se mobiliza sem dificuldade no leito, a enfermeira pergunta-lhe:

> "Sr. Eduardo, quer vestir o casaco do pijama?"

O idoso responde afirmativamente dizendo que está com frio. A enfermeira sem dar oportunidade ao idoso, pede que se vire no leito, veste-lhe e abotoa-lhe o casaco do pijama com gestos rápidos.

Os juízos de valor baseados na idade do doente idoso concorrem para que não sejam reconhecidas e apreciadas as suas reais capacidades e representam formas de despersonalização do idoso.

Uma enfermeira fica muito admirada porque uma idosa de 73 anos conseguiu administrar a Insulina com caneta. Uma outra enfermeira acrescenta:

> "Essa senhora tem 73 anos mas é uma senhora muito capaz."

De um outro doente com 72 anos, a enfermeira comenta:

> "O 30 apesar da idade quer levantar-se, mas tem os membros edemaciados..."

A imobilização do doente idoso constitui um recurso utilizado pelos enfermeiros quando está em risco a integridade física do idoso e eventualmente a sua vida. No entanto, a imobilização pode também constituir uma forma de despersonalização se utilizada desnecessariamente, porque a situação do idoso não foi novamente reavaliada. Este aspecto apenas foi comentado pelos enfermeiros na entrevista formal.

> "Se estão imobilizados assim os deixam... e alguns se calhar já não precisavam..."

> "Nós vemos é que o doente está imobilizado, não é... porque está agitado. Mas depois estabiliza... mas continua imobilizado. Mas depois no fundo, até dá um bocado de jeito porque o doente não puxa o lençol, não tira o soro... não tira a sonda naso-gástrica, não tira a fralda, não suja a cama (...) E imobiliza-se o doente p'ra não se ter trabalho. É nocivo p'ró doente? Acho que toda a gente se apercebe disso, mas todas as pessoas têm a mesma frase: «Então é melhor imobilizar!»."

Manter o doente idoso com fralda apenas porque é rotina ou porque acarreta menos trabalho para os profissionais, fomenta desnecessariamente a dependência do idoso e pode ser uma forma de despersonalização e desrespeito pela sua autonomia. Nas entrevistas formais duas enfermeiras referem-se a este aspecto da seguinte forma:

> "Põem a fralda e acabou! E não são só as auxiliares, há enfermeiros que fazem o mesmo. Há pessoas que podiam fazer na arrastadeira, mas não! Põe-se a fralda que dá menos trabalho."

> "Há doentes que podiam chamar e pôr-se a arrastadeira em vez de terem fralda. Mas não! É mais rápido. «Ponha lá!» dizem... é chato andar p'ra trás e p'rá frente com a arrastadeira..."

O vestuário representa uma faceta da identidade do doente idoso enquanto pessoa, ao exteriorizar os seus gostos, os seus valores pessoais e os seus hábitos de vida. Ser despojado da sua roupa e vestir o "uniforme" hospitalar constitui, na opinião desta enfermeira, uma forma de despersonalização do doente idoso. No seu discurso,

retirado da entrevista formal, a enfermeira menciona as más condições do vestuário hospitalar:

> "... e falta usar a sua roupa em vez de andar vestido com essas «coisas» (aponta com a cabeça para as camisas de dormir e os pijamas que estão no carro da roupa). Já viu o que isso parece... parecem trapos. Porque é que o doente que pode, não usa a sua roupa lá de fora. Têm medo que vá fugir? Tem que parecer um hospital... todos iguais. Não há maneira de alterar os oito doentes por sala, não é... Mas há pequenas coisas que se podiam fazer, como o doente vestir a sua roupa por exemplo."

A figura 6 mostra o Domínio Cultural 5 : Formas de despersonalização do doente idoso

Relação semântica : meio – fim

Forma : X é uma forma de Y

- Prestar cuidados ao idoso em silêncio
- Não valorizar a linguagem não verbal do idoso
- Não cumprimentar o idoso
- Prestar cuidados ao idoso conversando "paralelamente"
- Prestar cuidados de "rotina"
- Tratar o idoso de forma impessoal
- Infantilizar o idoso
- Não promover a privacidade do idoso
- Substituir o idoso nos cuidados
- Fazer juízos de valor baseados na idade
- Manter o idoso imobilizado sem ser necessário
- Colocar fralda ao idoso desnecessariamente
- Vestir o idoso com o vestuário hospitalar

É uma forma de despersonalização do doente idoso

Figura 6 - Domínio Cultural 5 : Formas de despersonalização do doente idoso

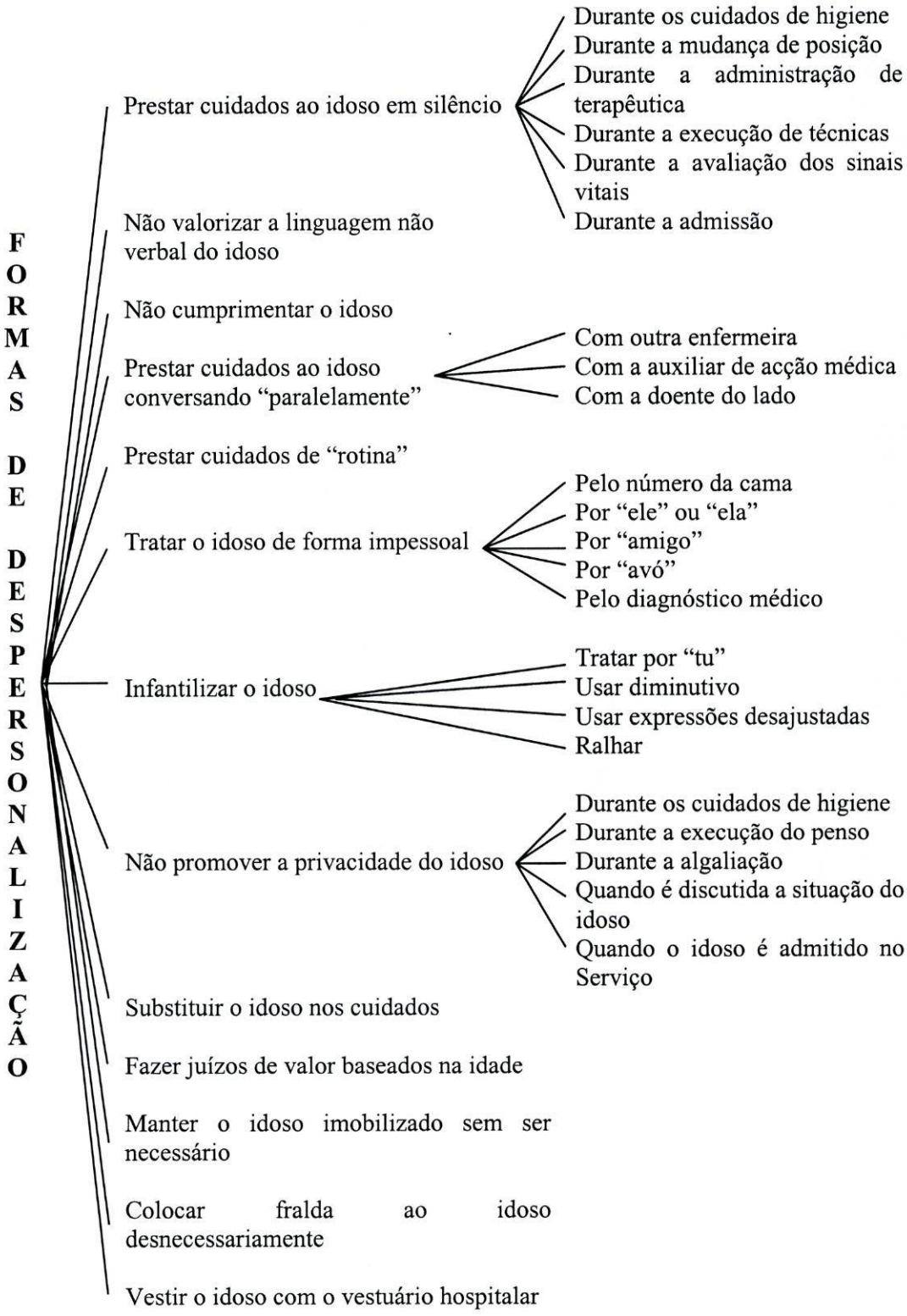


Figura 7 - TAXONOMIA 2 : Formas de despersonalização do doente idoso

DOMÍNIO CULTURAL 6 – Modos dos enfermeiros proporcionarem conforto ao doente idoso

A preocupação pelo conforto do doente idoso é uma constante na actuação dos enfermeiros, como se encontra patente nos extractos das observações e nos excertos das entrevistas formais.

Para além dos períodos em que os enfermeiros prestam cuidados de higiene e posicionam os idosos, é também durante o período em que administram a terapêutica que os enfermeiros se mostram atentos em proporcionar o máximo conforto ao idoso.

Nos doentes acamados, a permanência prolongada numa determinada posição favorece o aparecimento de úlceras de pressão nas zonas particularmente vulneráveis, nomeadamente ao nível das proeminências ósseas, o que ocasiona um profundo desconforto. Assim, mudar o idoso de posição se ele é incapaz de o fazer, ou estimulá-lo a adoptar outra posição no leito são preocupações diárias dos enfermeiros, especialmente se o idoso tem tendência a querer ficar posicionado para o lado da sua preferência. Os enfermeiros procuram validar com os idosos se estes se sentem confortáveis na nova posição.

Depois de ter posicionado um idoso de 79 anos que se encontra dependente em decúbito lateral esquerdo, a enfermeira olha para ele parecendo verificar se está ou não bem posicionado. Em seguida coloca a sua mão esquerda sob o ombro direito do idoso e puxa-o ligeiramente para si. Depois pergunta-lhe, ao mesmo tempo que lhe toca no ombro esquerdo:

> "«Sr. Júlio, sente-se bem assim?». «Mais ou menos, não gosto de estar p'ra este lado» – responde o idoso, "mastigando" as palavras. «Tem que ser sr. Júlio! Não pode estar sempre na mesma posição» – diz-lhe a enfermeira (...) tapando o idoso

até ao pescoço. Depois eleva a cabeceira da cama e pergunta: «Está bem assim?». O idoso responde afirmativamente."

Quando o idoso não consegue mobilizar-se sozinho, a mudança de posição pode ter subjacente uma preocupação pelo alívio da dor, como se constata nas palavras do enfermeiro quando presta cuidados ao idoso de 72 anos que está afásico:

> "Podíamos mudá-lo de posição. Às vezes estes velhotes têm muitas anquiloses e têm dores em certas posições..."

Na entrevista formal, uma enfermeira expressa sua preocupação em proporcionar bem estar ao doente idoso. Considera que a higiene oral e a colocação adequada da fralda, para além da mudança de posição, são medidas que concorrem para o conforto do idoso. Quando delega os cuidados que favorecem esse conforto, é sua preocupação supervisionar e corrigir o trabalho executado, como ilustrado no exemplo seguinte:

> "...olhe, eu aspirava-as, lavava-lhes a boquinha p'ra ficarem mais fresquinhas, mudava-as de posição, reposicionava-as (...) Gostava de as deixar bem. Tínhamos aí um doente tão velhinho, tinha dores coitado. Pois as auxiliares deixaram-no mal posicionado, todo torto na cama. Eu vi aquilo...e elas já se preparavam p'ró deixar assim. A gente sabe que elas não têm muita preparação. Temos que estar em cima do que elas fazem. E eu disse: «esse doente não vai ficar assim!» (...) E fui pôr o homem bem (...) Se eu vejo um doente mal posicionado, vou lá e ponho bem p'ra elas aprenderem (...) Se a fralda está bem posta... Gosto de deixar tudo muito bem feitinho. Que os doentes fiquem bem..."

Nos doentes idosos que se encontram acamados e impossibilitados de se mobilizar sozinhos, é manifesta a preocupação dos enfermeiros em proporcionar não só uma posição adequada ao repouso do idoso, como em tornar o próprio leito confortável. Nesse sentido, substituem a roupa da cama quando se encontra molhada, e mantêm-na bem esticada, evitando que as "rugas" da roupa provoquem desconforto. Inclusivamente utilizam formas diferentes das habituais para vestir o casaco do pijama

aos idosos. A massajem, utilizada em diferentes momentos dos cuidados, é outro aspecto que assume particular importância neste contexto. De salientar, que todas estas estratégias assumem uma relevância especial quando o idoso é incapaz de dizer como se sente.

Os extractos que se seguem, retirados das notas de observação, pretendem retratar o que foi mencionado. Um enfermeiro aproxima-se de um idoso de 72 anos que está afásico, inclina-se sobre ele e pergunta-lhe num tom de voz calmo:

> "«Então amigo…o que é que se passa?». O idoso geme outra vez da mesma maneira (…) «Calma amigo…» – diz o enfermeiro tocando com a sua mão no ombro esquerdo do idoso – «Já o vamos virar»."

O idoso vira ligeiramente a cabeça parecendo querer olhar para o enfermeiro. O seu rosto está franzido. Quando o enfermeiro começa a mobilizar o idoso, olha para a roupa da cama e diz:

> "«Isto está tudo molhado! É melhor mudar… vou buscar um resguardo» (...) Dirigindo-se ao idoso diz: «Sr. Trindade já vamos pô-lo confortável!»."

Com gestos calmos e seguros, o enfermeiro substitui o resguardo da cama e posiciona o idoso em decúbito lateral direito. Este permanece em silêncio e o seu rosto continua franzido. O enfermeiro coloca a sua mão sob o ombro direito do idoso e puxa-o ligeiramente para si, ajeitando em seguida a almofada da cabeça. Depois diz:

> "«Vamos ver se agora descansa, amigo». O idoso não voltou a gemer e parece ter o rosto menos contraído."

Em outra ocasião, uma enfermeira ajuda um idoso de 78 anos a despir o casaco do pijama e faz-lhe uma massagem nas costas que se encontram marcadas com as "rugas" da roupa. Em seguida estica o resguardo e pede ao idoso:

> "«Estique os braços». O idoso executa o pedido e a enfermeira veste o casaco ao "contrário", explicando: «Assim já não fica com rugas nas costas!»."

Quando o idoso é admitido no Serviço, os enfermeiros procuram satisfazer rapidamente a sua necessidade de conforto. Aquecer o idoso e posicioná-lo confortavelmente no leito, são intervenções realizadas com a finalidade de minimizar o arrefecimento e a posição menos confortável na maca, a que os idosos estão sujeitos durante o percurso feito desde que saem do Serviço de Urgência até que chegam ao Serviço de Medicina.

Uma idosa de 80 anos está a ser transferida da maca para a sua cama. Tem os membros superiores e inferiores flectidos e treme. Tem vestida uma camisa de dormir descartável e uma fralda. A enfermeira diz-lhe:

> "«Pronto D. Ana, já vamos tapar a senhora». (...) Em seguida, tapa a idosa até ao pescoço com o lençol e a colcha. A doente continua a tremer. Não tem almofada sob a cabeça. «D. Ana vou arranjar uma almofada e um cobertor p'rá senhora» – diz-lhe. A idosa olha para a enfermeira e fica em silêncio."

Quando os doentes idosos não comunicam verbalmente os enfermeiros procuram encontrar a melhor estratégia que possa proporcionar o seu conforto. Se pela comunicação não verbal o idoso demonstra não se sentir bem, o enfermeiro procura através de um processo de "tentativa e erro", descobrir a razão do mal estar do idoso e consequentemente intervir de forma adequada à promoção do conforto desejado.

Uma enfermeira administra a terapêutica "per os" a um idoso de 84 anos que está afásico e tem uma hemiplegia direita. O seu rosto tem uma expressão crispada, como se estivesse a sofrer. Quando a enfermeira termina, o idoso olha fixamente para ela e levanta a mão esquerda que a enfermeira segura entre as suas. Esta pergunta-lhe:

> "«O que é sr. Oliveira?». O idoso tenta articular algumas palavras mas que são incompreensíveis. «O que é?» - volta a perguntar num tom de voz forte e calmo, olhando para o idoso e elevando as sobrancelhas. «Tem dores?» – pergunta ainda. O idoso abana negativamente a cabeça. «Quer que baixe a cabeceira, sr. Oliveira?» – pergunta a enfermeira."

O idoso permanece quieto tentando balbuciar algumas palavras, mas que são incompreensíveis. Passados alguns segundos a enfermeira diz de forma decidida:

> "«Vamos subi-lo!». O idoso tem os seus pés quase a tocar nos pés da cama, notando-se que está "desalinhado" no leito (...) Depois de ter subido o doente na cama, que colocou em posição de fowler, e de o ter tapado pergunta-lhe: «'tá melhor assim sr. Oliveira?». O idoso parece esboçar um gesto afirmativo com a cabeça. O seu rosto está menos crispado."

A alteração do conforto do idoso pode estar também relacionada com a presença de dor. A sua natureza subjectiva e a ausência de uma informação expressa verbalmente pelo idoso, podem dificultar a sua avaliação pelos enfermeiros. No entanto, a valorização das manifestações não verbais do doente e a sua relação com a dor e com o desconforto consequente, são preocupações dos enfermeiros que procuram encontrar formas de os minimizar.

Também em relação ao idoso moribundo os enfermeiros demonstram atenção pelo alívio da dor. A mudança de posição, a massagem e a possibilidade de recorrer à administração de analgésicos, são intervenções utilizadas no sentido de proporcionar conforto ao idoso quando este se encontra no fim da sua vida, como se exemplifica a seguir:

Referindo-se a um idoso de 75 anos que está em coma e sobre o qual foi referido na passagem do turno que "não é p'ra fazer nada", a enfermeira comenta num tom de voz baixo:

> "«Tenho a impressão que ele tem dores... tem um rosto de sofrimento...» e franze o seu rosto parecendo preocupada (...) A enfermeira substitui a fralda ao idoso, massaja-o e posiciona-o. Cada vez que o mobiliza o rosto do idoso contrai-se mais intensamente. Quando termina a enfermeira comenta: «Vou ver o que é que ele tem prescrito p'rás dores» e afasta-se."

É prática corrente dos enfermeiros diluírem a terapêutica "per os" em água, quando os doentes idosos tem dificuldade em deglutir. No entanto, a expressão não verbal do idoso demonstra que a terapêutica assim administrada lhe ocasiona algum grau de desconforto, possivelmente pelo sabor menos agradável que adquire. Minimizar este desconforto é também uma preocupação dos enfermeiros.

Ao administrar os comprimidos diluídos a uma idosa de 89 anos que se encontra dependente, que bebe sem dificuldade mas com alguma lentidão, franzindo levemente o nariz, a enfermeira pergunta:

> "«Não sabe muito bem, não é?». A idosa continua a beber. Quando termina a enfermeira pergunta-lhe: «Quer um pouco de água p'ra tirar o sabor?». A idosa responde afirmativamente com a cabeça."

A realização de exames auxiliares de diagnóstico, alguns deles incómodos não só pelos aspectos técnicos como pela posição em que o idoso é obrigado a permanecer, podem exigir períodos extra de repouso. Na intervenção desta enfermeira encontra-se presente a preocupação por este problema:

Após ter conversado com um idoso de 85 anos sobre o exame (colonoscopia) que este fez há poucos minutos, a enfermeira sugere:

> "«Sr. Álvaro, devia descansar um bocadinho». «Eu já vou menina E... quando acabar de comer» – responde o idoso."

O levante traz inúmeros benefícios para o doente idoso, não só ao nível funcional como ao nível da promoção da sua autonomia. Encontrar uma medida que possibilite o conforto de uma idosa durante o período do levante e consequentemente prolongar esse período, está patente na observação que se segue, quando a senhora de 70 anos que se encontra sentada numa cadeira junto à sua cama, pede para se deitar. A enfermeira faz uma expressão de admiração e pergunta-lhe:

> "«Já D. Hortense? Então ontem 'teve tão bem sentadinha e hoje já quer ir p'rá cama? Então mas que vem a ser isto?». Finge estar zangada mas ri-se para a idosa. A senhora respira fundo e diz: «Já estou farta de estar na cadeira. Já me dói o rabo». A enfermeira ri-se e propõe à idosa: «Ponho-lhe uma almofada aí de baixo. Almoça sentadinha e a seguir deita-se. Pode ser assim?». A idosa concorda e apoia as mãos na cama para ajudar a levantar-se, enquanto a enfermeira lhe coloca uma almofada no assento da cadeira. Depois volta a sentar-se. «Então, não está melhor assim?» – pergunta a enfermeira. A idosa abana afirmativamente a cabeça."

Perfumar a doente idosa após os cuidados de higiene pode proporcionar-lhe uma sensação de bem-estar, e constituir assim uma medida que promove o seu conforto.

Depois de ter prestado os cuidados de higiene e de ter penteado uma idosa de 88 anos que se encontra em coma vigil, a enfermeira retira um pequeno frasco de perfume do seu bolso e coloca uma porção atrás dos pavilhões auriculares da idosa. Esta permanece em silêncio seguindo a enfermeira com o olhar. Em seguida, a enfermeira faz-lhe uma festa no rosto, sorri e diz:

> "«Pronto D. Margarida, já 'tá toda cheirosa...». A idosa não esboça qualquer reacção."

Na entrevista formal, esta enfermeira comenta que perfumar as doentes idosas é uma forma de lhes dar atenção e de lhes proporcionar conforto e prazer:

> "Era a forma da pessoa ficar cheirosa após a higiene (...) Se as senhoras têm perfume do delas eu ponho. Agora quando não têm ponho do meu, e eu acho que elas gostam. Eu penso que é uma forma de lhes dar mais conforto. Eu tenho a sensação de lhes estar a dar prazer e mostrar que lhes estou a dar atenção."

A figura 8 mostra o Domínio Cultural 6 : Modos dos enfermeiros proporcionarem conforto ao doente idoso

Relação semântica : meio – fim

Forma : X é um modo para fazer Y

- Mudar o idoso de posição
- Ajeitar a almofada e o ombro do idoso
- Perguntar ao idoso se está confortável
- Fazer cuidados orais ao idoso
- Verificar se a fralda esta bem colocada
- Substituir a roupa da cama
- Esticar o pijama e a roupa da cama
- Vestir o pijama de "forma diferente"
- Massajar o idoso
- Aquecer o idoso
- Providenciar almofada para a cabeça
- Tentar perceber o que o idoso precisa
- Providenciar terapêutica analgésica
- Minimizar o sabor amargo da terapêutica
- Sugerir ao idoso que descanse
- Colocar uma almofada na cadeira da idoso
- Perfumar o idoso

É um modo dos enfermeiros proporcionarem conforto ao doente idoso

Figura 8 - Domínio Cultural 6 : Modos dos enfermeiros proporcionarem conforto ao doente idoso

DOMÍNIO CULTURAL 7 - Modos de garantir a segurança física do doente idoso

Quando o doente idoso sofre diminuição das suas capacidades físicas e mentais e consequentemente da sua autonomia, torna-se pertinente a adopção de medidas que o protejam contra qualquer agressão que possa ameaçar a sua integridade física.
Evitar os perigos e controlar o ambiente é uma preocupação manifestada por todos os enfermeiros em diversos momentos dos cuidados, recorrendo para isso a diversas estratégias.

Imobilizar o doente idoso ao leito tornou-se uma prática corrente em qualquer dos turnos, como forma de garantir a sua segurança se o idoso, por exemplo, quer levantar-se do leito sem que exista supervisão dos profissionais. É também uma estratégia utilizada quando o idoso retira de forma mais ou menos traumática, soros e drenagens.
Após ter deitado um idoso de 67 anos, a enfermeira coloca-lhe o imobilizador que já se encontra fixado à cama, no punho direito e diz-lhe:

> "Tem que ser Sr. Helder...senão o senhor cai ... vamos lá!"

Uma outra enfermeira aproxima-se de uma idosa de 70 anos que tenta retirar um dos autocolantes da fralda com a mão direita e comenta:

> "«Deixaram esta doente desmobilizada...». Em silêncio coloca os imobilizadores que se encontram pendurados nas barras laterais da cama nos pulsos da idosa. Na passagem de turno tinha sido referido que a doente estava confusa e que «arrancou a algália com balão e tudo»."

Nem sempre a colocação de imobilizadores é a estratégia utilizada quando se constata que a integridade física do doente idoso já está comprometida, por acções que o idoso

realiza contra si próprio. Uma das enfermeiras comenta na passagem do turno, que cortou as unhas e colocou uma protecção ("luva") na mão da idosa de 79 anos, que se encontra afásica, explicando:

> "A 15 foi entubada. Retirou a sonda e não comeu nada "per os". Tentou-se novamente entubar. Fica com sonda. Com as unhas esfregou, esfregou, até fazer sangue. Cortámos as unhas, foi feita uma luva e o penso no peito."

Quando o idoso tem déficits físicos que perturbam o seu equilíbrio, é necessário que o enfermeiro utilize medidas que assegurem a segurança física do idoso, no período em que este permanece sentado. Normalmente o idoso é impedido de se levantar da cadeira através da utilização de um lençol, colocado na região abdominal e fixado atrás das costas da cadeira, ou através da colocação de uma base de madeira onde apoia os membros superiores, e que também é fixada da mesma forma.

Neste exemplo, a enfermeira orienta a auxiliar de acção médica na escolha da estratégia mais adequada para este idoso de 67 anos que tem uma hemiplégia esquerda. A auxiliar entra na enfermaria empurrando a cadeira higiénica onde o idoso se encontra sentado. A enfermeira diz-lhe:

> "«Esse doente é p'ra ficar sentado». A auxiliar pergunta: «Quer que o deixe aqui à mesa ou fica ao pé da cama?». «Podes deixá-lo à mesa mas imobilizado à cadeira» - responde prontamente a enfermeira. O idoso permanece silencioso."

A auxiliar de acção médica pergunta à enfermeira se é necessário um lençol para imobilizar o idoso ou se é suficiente o "tampo de madeira". A enfermeira opta por este último. O idoso fica sentado com os braços apoiados no suporte de madeira que é preso atrás da cadeira com uma fita de nastro.

Com frequência a situação de doença do idoso origina problemas ao nível da deglutição. Assim, torna-se necessário utilizar estratégias como por exemplo elevar a

cabeceira da cama, que evitem por um lado que o doente se engasgue, e por outro que faça aspiração, para a árvore traqueo-brônquica, do que lhe é dado por via oral.

Uma enfermeira aproxima-se de um idoso de 80 anos que se encontra acordado, afásico e que tem uma hemiplégia esquerda. Diz-lhe:

> "«Sr. Manuel, vamos tomar os medicamentos». Eleva-lhe a cabeça e introduz a extremidade da seringa (que contém os comprimidos diluídos) na boca do idoso, pedindo-lhe: «Engula sr. Manuel, vá!». O tom da sua voz é suave e fala calmamente."

O idoso engole um pouco do líquido mas engasga-se. A enfermeira retira a seringa da boca do doente e pede à sua colega que eleve a cabeceira da cama. Quando o idoso deixa de tossir a enfermeira diz-lhe:

> "«Pronto sr. Manuel, vamos... mais um pouco» e volta a administrar-lhe mais um pouco de líquido. Depois retira a seringa e espera, olhando para o idoso. Passados alguns segundos este deglute. «Muito bem! Vamos agora ao resto» – diz a enfermeira repetindo o mesmo procedimento. O idoso não volta a engasgar-se."

Quando o doente idoso se encontra acamado e com déficits ao nível da sua mobilidade, é fundamental tornar a sua permanência no leito mais segura e prevenir possíveis quedas. Elevar as grades da cama é uma medida utilizada com frequência pelos enfermeiros para garantir a segurança dos idosos, como se constata no seguinte exemplo:

Após ter posicionado um idoso de 72 anos que tem dificuldade em mobilizar-se, o enfermeiro eleva a grade da cama e comenta:

> "É melhor... embora este doente não se mexa... às vezes os doentes sentem-se mais seguros."

As modificações ao nível da postura e da marcha do doente idoso podem ameaçar a sua estabilidade, o seu equilíbrio e predispor a quedas. Para evitar esta situação pode

ser suficiente segurar no braço do idoso durante a caminhada, como se descreve no exemplo que se segue.

Um idoso de 80 anos manifesta o desejo de se sentar junto à mesa central da enfermaria. A enfermeira ajuda-o a levantar-se da cama, e o idoso fica em pé, dá um passo e pára. A sua postura é um pouco oscilante. A enfermeira diz-lhe:

> "«Sr. Jaime, espere lá...» e segura com a sua mão direita no braço esquerdo do idoso. Em seguida dirigem-se para o centro da enfermaria."

A figura 9 mostra o Domínio Cultural 7 : Modos de garantir a segurança física do doente idoso

Relação semântica : meio – fim

Forma : X é um modo para fazer Y

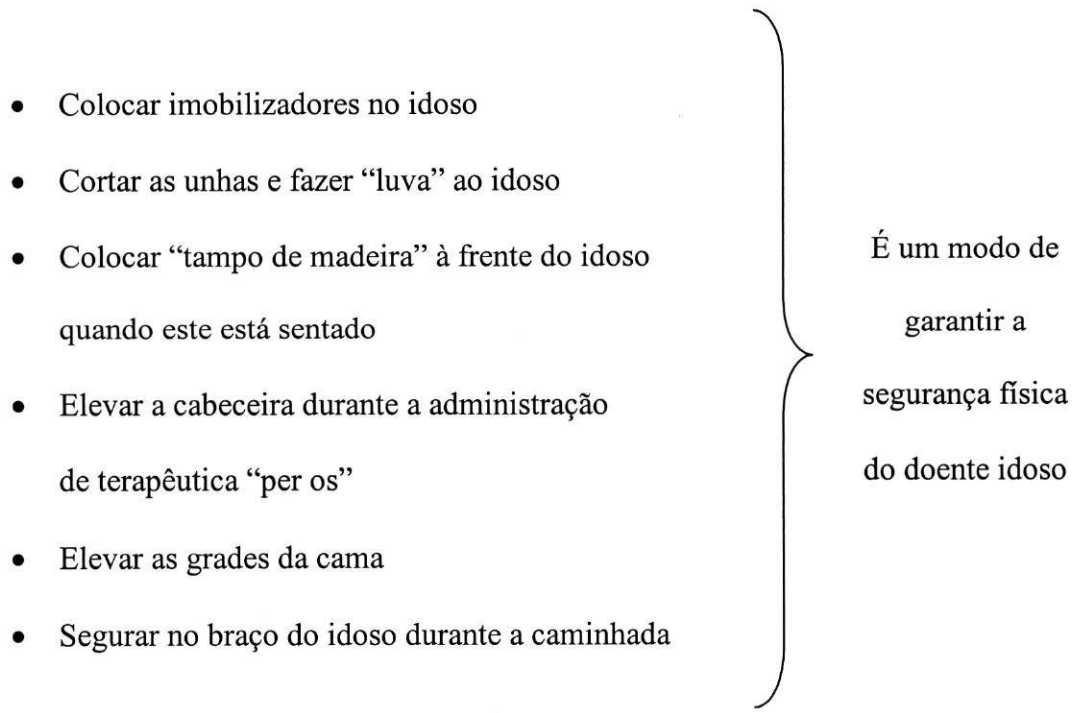


Figura 9 - Domínio Cultural 7 : Modos de garantir a segurança física do doente idoso

DOMÍNIO CULTURAL 8 – Razões para os enfermeiros imobilizarem os doentes idosos

Imobilizar ao leito o doente idoso que tem capacidades físicas ou mentais diminuídas, é uma medida utilizada pelos enfermeiros em diferentes momentos dos cuidados para garantir a segurança do idoso. Considerado um "mal", é no entanto encarado pelos enfermeiros com um "mal menor" quando a vida do idoso está em risco.

As razões porque o fazem surgem de forma imediata e espontânea, quer no dia-a-dia de trabalho quer nas entrevistas formais. Durante as passagens de turno é habitual os enfermeiros referirem-se aos doentes idosos que necessitaram de uma atenção especial no que diz respeito à sua segurança, explicitando os motivos porque foram imobilizados.

O risco de queda torna-se pertinente quando o idoso está agitado ou confuso, e imobilizar o doente idoso ao leito possibilita obviar este risco, quando o enfermeiro se apercebe que o doente faz tentativas para se levantar ou consegue mesmo fazê-lo.

Duas enfermeiras explicam porque imobilizaram os idosos:

> "O 25 (o idoso tem 74 anos) confuso, agitado no início do turno. Tentou levantar-se. Imobilizei-o senão caía..."

> "... está completamente taralhoca (a idosa tem 82 anos). Não diz a bota com a perdigota. Tem soro. Amandou-se da cama. Agora está amarrada."

Foi possível validar estes aspectos nas entrevistas formais, de onde se destaca este excerto:

> "Porque se nós deixarmos um doente por imobilizar podemos correr o risco de agravar a situação dele. Cai ou qualquer coisa... e é muito grave."

No entanto, estar confuso ou agitado, por si só, constituem razões que levam os enfermeiros a imobilizarem os doentes idosos.

Na passagem do turno é frequente os enfermeiros referirem-se a esta questão:

> "O doente da cama 27 (o idoso tem 70 anos) está imobilizado porque está confuso."

> "A 17 (a idosa tem 78 anos) (...) quando se conversa com ela tem um discurso certinho e coerente, mas depois passa-se. Foi imobilizada."

As razões mencionadas anteriormente foram validadas nas entrevistas formais, como se exemplifica a seguir:

> "... esses doentes, a maior parte das vezes e durante o período da noite, ficam bastante confusos e desorientados. E nós não temos resposta p'ra isso (...) e o que aqui se faz a toda a hora é: o doente confuso, desorientado é logo imobilizado!"

É frequente o doente idoso querer retirar os soros ou as drenagens necessários ao seu tratamento. Imobilizá-lo constitui o recurso utilizado para evitar que seja de novo repuncionado ou entubado. Em diversos momentos dos cuidados os enfermeiros expressam estas razões.

> "O 28 (o idoso tem 68 anos) é o senhor que tem soro, sonda em drenagem passiva, drenagem vesical. Ele quer mexer nestas coisinhas. Tive que o imobilizar."

> "É muito chato a gente ter que pôr isto aos doentes, mas depois eles arrancam as coisas... temos que os voltar a picar, a entubar..."

Na entrevista formal, ao referir-se à necessidade de imobilizar o doente idoso, um enfermeiro comenta:

> "... mas tem que ser. Às vezes tem que ser porque arrancam o soro, o sistema de soro e por isso não dá."

Quando o doente idoso não colabora e há necessidade de efectuar procedimentos técnicos que são desagradáveis, pode ser necessário recorrer à imobilização, como foi referido por esta enfermeira na entrevista formal:

> "Expliquei-lhe tudo, mas ele não percebeu nada. E quando ele sentiu a sonda, dá-me um murro... bem, eu fico... quase que ia desmaiando. Depois calmamente 'tive a falar com ele e a brincar, e ele a dizer que sim às coisas coitadinho. Amarrei-lhe as mãozinhas, que ele tinha mesmo que ser entubado, e calmamente entubei-o."

As grades nas camas funcionam como uma barreira protectora capaz de diminuir o risco de queda dos idosos. A sua falta constitui um dos motivos que levam os enfermeiros a recorrer à imobilização. Um enfermeiro ao imobilizar uma idosa de 88 anos que se encontrava confusa e que se tinha levantado do leito, comentou:

> "... esta doente devia ter uma cama de grades...mas não há p'ra todos os doentes que precisam..."

Nas entrevistas formais, os enfermeiros abordam a necessidade de imobilizar os idosos porque nem todas as camas do Serviço têm grades. Baseados na sua experiência, alguns enfermeiros consideram-nas uma protecção insuficiente e que não evitam eficazmente as quedas, sendo necessário utilizar em simultâneo as grades e os imobilizadores.

> "Infelizmente eu tenho que imobilizar porque não há grades nas camas. Porque é raro, é raro ter que imobilizar um doente que tenha grades na cama."

> "...mas como também há falta de camas de grades... e mesmo às vezes, com camas de grades também têm de ser imobilizados porque tentam saltar."

> "Porque o doente não têm grades, já me aconteceu eu não imobilizar o doente e ter que apanhá-lo três vezes do chão. E depois não estou p'ra ter um processo a nível hospitalar porque o doente fez um traumatismo craniano, e como eu tenho mais vinte e quatro ou vinte e cinco a meu cargo não posso 'tar com uma cadeirinha, sentado, a olhar p'ró doente à espera que ele caia ou ajeitá-lo sempre que ele sai da posição..."

O reduzido número de enfermeiros por turno e consequentemente o menor tempo que podem dedicar a cada doente são também motivos que levam os enfermeiros a imobilizarem os idosos de forma a que possam garantir a sua segurança, como se encontra expresso, e apenas, nos extractos das entrevistas formais:

> "Imobiliza-se, faz-se isto porque não há pessoas para vigiar os doentes..."

> "porque p'ra ele não estar amarrado nós tínhamos que estar aqui... ao lado dele e isso é impossível... Tem mesmo que ser imobilizado..."

A figura 10 mostra o Domínio Cultural 8 : Razões para os enfermeiros imobilizarem os doentes idosos

Relação semântica : razão / motivo

Forma : X é uma razão para fazer Y

- Para evitar que o idoso se levante e caia
- Porque o idoso está confuso e agitado
- Para evitar que o idoso retire o soro e cateteres
- Porque o idoso não colabora
- Porque não há grades nas camas
- Porque há poucos enfermeiros
- Porque não há tempo

} É uma razão para o enfermeiro imobilizar o doente idoso

Figura 10 - Domínio Cultural 8 : Razões para os enfermeiros imobilizarem os doentes idosos

DOMÍNIO CULTURAL 9 - Tipos de sentimentos expressos pelos enfermeiros quando prestam cuidados ao doente idoso

Cuidar de doentes idosos e ser confrontado diariamente com os seus problemas, com a degradação física e mental e com a morte, faz emergir nos enfermeiros diferentes tipos de sentimentos, que expressam com espontaneidade.

A verbalização sobre o que os enfermeiros sentem quando têm que imobilizar o doente idoso surgiu com muita veemência. Encarada como um "mal", ao impedir a liberdade de movimentos a que qualquer ser humano tem direito, a imobilização é vista como um "mal menor" quando o que está em jogo é a segurança física do idoso, e por consequência a sua própria vida. É no entanto uma prática geradora de diferentes sentimentos, nomeadamente sentimentos de conflito, de pena, de tristeza, de desacordo e mesmo de indiferença.

> "entro em conflito comigo. Porque se eu não imobilizo o doente, corro o risco de ele cair e de lhe agravar o seu estado, não é ... (...) Por outro lado, se eu imobilizo o doente acho que entro um bocado em conflito com os meus princípios e com o doente em si..."

> "fico triste porque tenho que os imobilizar (...) ponho-me no lugar deles..."

> "... É horrível. Detesto... Quando se imobiliza um doente eu detesto. Uma pessoa quando vem p'ró hospital está doente, está agitada e ainda por cima tem que estar presa p'ra não cair de uma cama, é uma coisa terrível."

> "... essa parte p'ra mim cai na parte técnica. Tem que ser! Não tenho problemas emocionais por amarrar um doente. Não fico a pensar ...nisso. Não..."

A falta de disponibilidade para conversar com os doentes idosos, para estar com eles e proporcionar-lhes maior bem-estar, é para uma enfermeira motivo de tristeza:

> "Fico triste quando não posso fazer isto (falar com os doentes) e também quando vejo que há quem tenha às vezes tempo e não liga... não quer saber. Tenho pena de

> não estar mais tempo a falar com eles, fazer-lhes a higiene oral mais que uma vez, posicioná-los mais vezes, dar-lhes uma palavrinha... fazer essas coisas p'ra que se sintam bem."

Sentir-se gratificada com a relação de afectividade e de confiança que estabeleceu com o doente idoso e sentir-se feliz porque ele reconheceu o seu trabalho, encontra-se expresso nas palavras desta enfermeira:

> "Mas p'ra mim é gratificante quando consigo uma afectividade com o doente e sinto que ele sente confiança em mim. E por exemplo, quando entro numa sala e ele diz: «olha a nossa enfermeirinha»... e eu fico muito feliz com isso. Reconheceram o meu trabalho e reconheceram que têm confiança em mim. Acho que é o mais gratificante que podemos ter da nossa profissão, não é..."

Quando os objectivos que o enfermeiro estabelece ao cuidar da pessoa idosa não são atingidos, emerge o sentimento de frustração, mas por oposição, o sentimento de realização profissional também se encontra expresso quando os referidos objectivos são alcançados:

> "Eu acho que eu consigo ter uma ligação muito forte com os doentes. Às vezes p'ra mim, até é um bocado mau isso que me ligou aos doentes. É um bocado doloroso porque muitas vezes não conseguimos atingir os objectivos que queríamos... ou não se consegue a recuperação que pelo menos tínhamos em objectivo."

> "Quando trabalho não quero objectivos major. Quero sempre objectivos minor (...) Porque depois não atinjo o objectivo major e sinto-me frustrado. Assim, tenho pequenos objectivos, consigo atingi-los e digo assim: «estou satisfeito. Agora vou partir p'ra outro»... Sinto-me se calhar mais realizado. É uma atitude (...) de me proteger a mim próprio como profissional."

Cuidar do doente idoso com prazer e sem sentir cansaço foi verbalizado por diferentes enfermeiras. Uma das enfermeiras expressa também gostar de explicar as "coisas" aos idosos.

"Não me sinto cansada de 'tar com eles, de cuidar deles. Eles ficam contentes. Eu gosto de lhes explicar as coisas..."

"Por muito cansada que eu esteja, venho sempre trabalhar de boa vontade. Nunca ninguém me viu vir trabalhar mal disposta..."

"Se a gente não têm prazer naquilo que faz é a pior coisa que existe, não é ..."

Cuidar de um doente idoso em coma pode ser difícil e penoso para alguns enfermeiros, como se encontra expresso no seguinte comentário:

"Cuidar uma pessoa que não reage, que está num estado vegetativo... p'ra mim é muito difícil...Há pessoas que acham mais fácil cuidar um doente em coma... que é tecnicamente mais fácil do que a pessoa que está consciente e orientada. Eu acho mais penoso."

Na opinião dos enfermeiros, a morte do doente idoso é um momento difícil e gerador de sofrimento, não só pelo confronto com o fim da vida, mas também pelo contexto despersonalizado em que o idoso morre, em que a ausência da família é quase sempre uma constante. Alguns enfermeiros comentam:

"Sofro...quer dizer...há pessoas que por verem a morte, e que na nossa vida muito mais...que a certa altura...já não lhes fazem impressão como me faz a mim. Não é que as pessoas sejam mais más ou menos más, repare. A pessoa encara a morte de uma maneira diferente. O doente que morreu pronto, morreu! Já estava a morrer, não é... Eu custa-me sempre imenso."

"A pessoa de 90 e tal anos a gente imagina a pessoa que foi, o que fez, o que construiu, o que aprendeu, e a sua experiência é tão grande...e está a apagar-se numa cama de hospital...é...é como um trapo...ninguém se lembra da pessoa que ele é... «Tá velho, já viveu muito!». Mas quem é aquela pessoa? O que fez? Ninguém pára p'ra pensar na sua vida e é penoso vê-lo definhar...vê-lo morrer..."

"A gente sabe que a morte é natural, mas custa-me ver o idoso morrer na falta do seu contexto familiar, e acharem às vezes que já não faz falta porque já 'tá tão velho..."

Aceitar que se erra quando se prestam cuidados ao doente idoso e aceitar as próprias limitações, encontra-se expresso no comentário deste enfermeiro:

> "Quando eu me vou auto-analisar sei que cometi este erro e que não posso voltar a comete-lo. E posso voltar a cometê-lo não há problema, mas tenho que ter a capacidade de dizer: «cometi exactamente o mesmo erro, porquê?». Porque é que foi porque é que não foi, e como é que eu hei de dizer, temos que ter a noção das nossas próprias limitações."

A figura 11 mostra o Domínio Cultural 9 : Tipos de sentimentos expressos pelos enfermeiros quando prestam cuidados ao doente idoso

Relação semântica : Inclusão estrita

Forma : X é um tipo de Y

- Estar em conflito consigo própria por ter de imobilizar o idoso
- Expressar desacordo por imobilizar o idoso
- Verbalizar que é penoso imobilizar o idoso
- Ficar triste quando imobiliza o idoso
- Verbalizar não gostar de imobilizar o idoso
- Expressar indiferença quando imobiliza o idoso
- Ter pena por não ter mais tempo para conversar com o idoso
- Ter pena de não estar mais tempo com o idoso e de proporcionar-lhe bem-estar
- Verbalizar gratificação na relação com o idoso
- Ficar feliz por o seu trabalho ser reconhecido
- Expressar frustração quando os objectivos não são atingidos
- Verbalizar realização profissional quando atinge os objectivos
- Ter prazer em trabalhar
- Verbalizar não sentir cansaço quando trabalha
- Gostar de explicar as "coisas" ao idoso
- Comentar ser difícil e penoso cuidar do idoso que está em coma
- Expressar sofrimento quando o idoso morre longe da família
- Admitir os próprios erros e limitações

É um tipo de sentimento expresso pelos enfermeiros quando prestam cuidados ao doente idoso

Figura 11 - Domínio Cultural 9 : Tipos de sentimentos expressos pelos enfermeiros quando prestam cuidados ao doente idoso

DOMÍNIO CULTURAL 10 – Formas de comunicação utilizadas pelos enfermeiros com os familiares do doente idoso

A família pode constituir uma fonte de apoio e de segurança importantes para a recuperação do doente idoso. Não entanto, também os familiares podem vivenciar momentos de crise e ter necessidades que os enfermeiros não devem ignorar. A sua identificação e resolução exige tempo e disponibilidade, que escasseia no quotidiano dos enfermeiros.

O período de visita institucionalizado de apenas uma hora, possibilita um contacto breve entre enfermeiros e familiares do doente idoso. A primeira metade desse tempo é utilizada pelos enfermeiros na passagem do turno da manhã e a segunda metade é utilizada para organizar as actividades do turno da tarde. Por estes motivos, os enfermeiros estão poucas vezes presentes nas enfermarias durante esse período.

Os enfermeiros preocupam-se em esclarecer os familiares sobre a situação de saúde do idoso e sobre alguns cuidados que este necessita. Se as informações solicitadas ultrapassam a esfera de responsabilidade do enfermeiro, os familiares são orientados para o médico assistente do idoso.

Durante o período de interacção com o familiar do idoso os enfermeiros mostram-se disponíveis e o sorriso costuma acompanhar o seu discurso. É habitual os familiares dirigiram-se à sala de trabalho, onde os enfermeiros costumam encontrar-se durante a hora da visita, e solicitar as informações desejadas como se constata no excerto seguinte, retirado das notas de observação do início de um turno da tarde:

Uma enfermeira aproxima-se da porta da sala de trabalho que dá acesso ao sector dos homens, e cumprimenta o casal que aí se encontra. A senhora identifica-se como filha da doente da cama 8, de 84 anos, e explica que pretende saber informações sobre o

seu estado. A enfermeira diz que ainda não conhece essa doente, encosta a porta e dirige-se à sala de apoio onde consulta o processo da doente. Em seguida dirige-se à filha da idosa e diz:

> "A doente não teve mais nenhuma crise convulsiva desde que está no serviço. Tem 'tado muito agitada. Já fez medicação mas temos que a ter imobilizada porque ela arranca tudo..."

Como a senhora tem o rosto franzido e faz uma pergunta sobre a doença da mãe, a enfermeira responde:

> "«Essas informações eu não estou autorizada a dizer. Terá que falar com o médico da doente». «E quando é que eu posso falar com o médico?» – pergunta a senhora. «De manhã, até ao meio dia e meia» – informa a enfermeira. «Obrigada, srª enfermeira» – agradece a filha da idosa. «De nada, boa tarde...» – responde a enfermeira encostando a porta."

Aproximar-se do familiar e solicitar a sua colaboração nos cuidados ao idoso, nomeadamente na administração da terapêutica, foi uma prática observada em vários turnos. O sorriso acompanha quase sempre as palavras que os enfermeiros dirigem aos familiares.

A esposa de um idoso de 66 anos que se encontra acamado ao visitá-lo à hora do jantar, e reparando que este ainda não tinha sido dado, comenta dirigindo-se à enfermeira:

> "«Já pensava que lho tinham dado... hoje atrasei-me...». A enfermeira informa sorrindo: «Não, só agora é que distribuíram os jantares. Vou buscar os comprimidos e a senhora dá-lhe. É capaz do sr. Luís os tomar melhor com a senhora...» - propõe a enfermeira, o que a senhora aceita."

Entrega-lhe vários pacotes individuais de comprimidos, informando-a do nome dos mesmos, e que a senhora demonstra reconhecer.

Os enfermeiros preocupam-se também em orientar os familiares do doente idoso sobre aspectos relacionados com a alimentação e com o vestuário. É frequente os enfermeiros partilharem entre si quais as informações que já foram fornecidas aos familiares.

Ao explicar a um idoso de 75 anos e que é dependente, que tem que fazer Insulina e como o idoso permanece em silêncio com o rosto sério, uma outra enfermeira que se encontra na enfermaria informa:

> "«Eu já avisei a família p'ra não trazer uvas e bananas que o doente tinha aí na unidade». «A comer a comida de cá e o que a família traz, não admira que os BMs não desçam» - comenta a primeira enfermeira enquanto prepara a injecção de Insulina."

Na passagem do turno a enfermeira informa sobre o idoso de 69 anos que é dependente:

> "A mulher quer à viva força vestir o casaco, mas nas costas fica enrugado e ele tem feridas. Ela foi orientada para vestir o casaco ao contrário... e assim tapa o peito."

Quando o idoso não pode comunicar, é por vezes necessário orientar os familiares para que não tenham receio de falar com ele e de o tocar. Na entrevista formal, uma enfermeira comenta:

> "Às vezes também o familiar não se sente à vontade. Acha que por o doente 'tar de olhos fechados ou não poder falar, ele não 'tá lá a fazer grande coisa. E é preciso explicar que pode ir conversando, fazendo festinhas..."

Implicar a família nos cuidados ao doente idoso, nomeadamente ao nível da alimentação, do levante e do vestir, foi também expresso pelos enfermeiros nas entrevistas formais. Apontam ser um aspecto importante na preparação da alta do idoso e na sua recuperação, mesmo quando se encontra em coma. No entanto, os

enfermeiros consideram que habitualmente não têm tempo para preparar a família de forma adequada.

> "Quando há família... eu tento introduzir a família no tratamento e no cuidar do doente, o mais tempo possível... desde alimentá-lo, desde sentá-lo ou vesti-lo, p'ra uma adaptação p'ra uma possível alta..."

> "Mesmo os doentes que estão em coma, eu acho que é sempre importante a presença de alguém, principalmente de um familiar, de alguém que lhes seja muito querido. Eu acho que é muito importante para a recuperação do doente, porque não é só...não é só a terapêutica. Eu acho que há outras formas de... levar o doente a reagir sem ser através de terapêutica em si..."

> "Muitas vezes a alta não é preparada porque o médico decide que o doente tem alta no dia seguinte e nós só temos tempo p'ra dizer ao seu familiar que o doente tem alta no dia seguinte, não é... E agora como vai ser? E acho que é importante que nós tenhamos um acompanhamento do doente e da família, p'ra eles não ficarem surpreendidos ou não ficarem com uma situação que não sabem o que vai acontecer dali p'rá frente."

A gravidade do estado do doente idoso pode ser geradora de sofrimento para o familiar. Estar atento à comunicação não verbal do familiar, aproximar-se dele, demonstrar disponibilidade e perguntar se precisa de alguma coisa, constituem formas de comunicação utilizadas pelo enfermeiro observadas em alguns momentos dos cuidados, como se constata no extracto seguinte:

A filha da senhora de 86 anos cujo estado piorou nos últimos dias, entra na enfermaria. Depois de dizer «boa tarde» aproxima-se da mãe, beija-a no rosto e começa a fazer-lhe festas na mão direita e no rosto. Entretanto começa a chorar baixinho. A idosa mantém os olhos fechados e não reage. A enfermeira aproxima-se da senhora, que pergunta:

> "«A minha mãe está pior, não está?». A enfermeira responde num tom de voz baixo: «É... a sua mãe tem estado muito sonolenta... tem reagido pouco. Por isso é que teve que ser entubada, p'ra alimentação...»."

As lágrimas "caem" pelo rosto da senhora, que continua a fazer festas na face da mãe. A enfermeira aproxima-se do lado esquerdo da idosa, explicando que vai "ver o soro". Depois de várias tentativas para colocar o soro a "correr", informa que vai ter que puncionar a idosa. A senhora seguiu atentamente todos os procedimentos da enfermeira. Depois diz, franzindo o rosto:

> "«Às vezes punham o soro no pé...» e limpa os olhos, embora as lágrimas continuem a cair num choro silencioso."

A enfermeira aceita a sugestão e puncionа a idosa no pé direito. A senhora manteve-se silenciosa, fazendo festas à mãe que não reage, nem mesmo quando foi puncionada. A enfermeira pergunta:

> "«A senhora precisa de alguma coisa?». Esta agradece e responde negativamente."

Na entrevista formal uma enfermeira realça a importância da presença do familiar junto do idoso, se realmente demonstra estar interessado em ajudá-lo. Nestas situações, a enfermeira comenta fingir não ver que os familiares do idoso entram "fora" da hora da visita.

> "Às vezes vêem, não para ajudar o seu familiar mas para criticar e vigiar o que nós fazemos. Infelizmente isso acontece (...) As pessoas que vêem com desejo de ajudar, têm mais contacto com o familiar. (...) Antes do horário ser alargado eu fingia que não via que as visitas entravam fora da hora. E só pedia p'ra sair se estivesse a fazer qualquer coisa que fosse mesmo preciso... porque eu acho que deveria ficar ao pé do doente o máximo de tempo possível. Quanto mais carinho possa ter de um familiar... tudo é válido..."

Mostrar o local onde o idoso vai ficar e orientar o familiar sobre os objectos pessoais que o doente pode vir a precisar, é preocupação deste enfermeiro no momento em que o doente idoso é admitido no Serviço, como se constata neste excerto retirado da entrevista formal:

"Quando a família vem, eu regra geral deixo entrar. É importante verem onde está o doente, trazer os artigos de higiene..."

Possibilitar que os familiares acompanhem a última etapa da vida do idoso e o momento da sua morte, pode ajudá-los a vivenciar de forma mais positiva o processo de luto. Os enfermeiros reconhecem que é fundamental facilitar a presença do familiar do idoso no momento da sua morte, apesar das possíveis consequências que esta decisão acarrete. Este aspecto apenas foi abordado nas entrevistas formais.

"O doente (...) sabe que vai morrer e tá ali no meio dos outros em vez de estar num sítio calmo, acompanhado por um familiar. Assim, não tem os familiares para estarem ao pé de si, tem falta de atenção... Não é só no doente que temos que pensar, é também no familiar. Temos que entender a situação do outro e não só pensar no nosso trabalho, porque vai dar chatices se deixarmos o familiar ao pé do doente durante a noite, por exemplo. Ou se vai dar mais trabalho..."

"Ainda outro dia estava um doente idoso muito mal, estava a morrer. Tentei encontrar a família mas não consegui. Quando a filha chegou o senhor tinha falecido há pouco tempo (...) Mas eu achei que era válido para ela, entrar e ver o pai porque ela queria... mas fui criticada por ter feito isso. Mas porque é que ela não podia 'tar lá sozinha? Não faz mal nenhum. Ao doente não fazia mal, ele já tinha morrido. E à filha... ela 'tava lá ao pé do pai a chorar, mas acho que para ela também não fazia mal nenhum (...) Foi um gesto correcto porque eu acho que a pessoa idosa deveria ter um familiar ao pé quando se prevê que vai falecer. Mas faz-se o contrário. Afasta-se dele."

A figura 12 mostra o Domínio Cultural 10 - Formas de comunicação utilizadas pelos enfermeiros com os familiares do doente idoso

Relação semântica : meio – fim

Forma : X é uma forma de Y

- Esclarecer o familiar sobre a situação do idoso
- Informar o familiar como pode contactar com o médico do idoso
- Explicar ao familiar porque o idoso está imobilizado
- Aproximar-se e sorrir para o familiar do idoso
- Solicitar ao familiar que colabore nos cuidados ao idoso
- Orientar o familiar sobre a alimentação, o vestuário e o levante quando da alta do idoso
- Explicar ao familiar que pode conversar e tocar no idoso
- Dar atenção à linguagem não verbal do familiar do idoso
- Demonstrar disponibilidade para com o familiar do idoso
- Permitir a permanência do familiar do idoso "fora" do horário da visita
- Mostrar ao familiar o local onde o idoso vai ficar e orientar o familiar sobre os objectos pessoais necessários ao idoso
- Facilitar a presença do familiar no momento da morte do idoso

} É uma forma de comunicação utilizada pelos enfermeiros com os familiares do doente idoso

Figura 12 - Domínio Cultural 10 : Formas de comunicação utilizadas pelos enfermeiros com os familiares do doente idoso

6.2 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS TEMAS

O conceito de *tema cultural* foi, como salienta SPRADLEY (1980:140), introduzido pela primeira vez pelo antropologista Morris Opler, que o definiu como «um postulado ou uma proposição declarada ou implícita que geralmente orienta o comportamento ou estimula a actividade, que é aprovado tacitamente ou promovido abertamente numa sociedade». O tema cultural possibilita identificar e descrever as características gerais de uma cultura ou subcultura.

Para os propósitos da pesquisa etnográfica, SPRADLEY (1980:141) define *tema cultural* como: «qualquer princípio, tácito ou explícito, recorrente em vários domínios e que serve como relação entre os subsistemas de significado cultural». Este autor adverte que quando uma ideia ocorre em mais do que um domínio, esta situação sugere a possibilidade de um tema cultural, caracterizado por ser uma afirmação que tem um elevado grau de generalização e que possibilita uma visão global da cultura em estudo. Para além de recorrerem através das diferentes partes da cultura e de ligarem os seus diferentes subsistemas, os temas culturais servem como uma relação universal entre os domínios.

Desde o início do trabalho de campo começaram a surgir duas afirmações, expressas pelos enfermeiros quando se referiam aos doentes idosos: **"OS IDOSOS PRECISAM DE CARINHO E ATENÇÃO"** e **"NÃO TEMOS TEMPO PARA DEDICAR AOS IDOSOS"**. Mais tarde, durante as entrevistas formais, estas duas afirmações voltam a ser repetidas pelos enfermeiros. Considerei-as assim como os temas emergentes da subcultura estudada.

"OS IDOSOS PRECISAM DE CARINHO E ATENÇÃO"

Este tema emerge com muita intensidade nas palavras de todos os enfermeiros e surge de forma explícita em 5 dos 10 domínios identificados nesta subcultura, nomeadamente: **Expressões usadas para definir o "cuidar dos idosos", Comunicação positiva utilizada com o doente idoso, Respeito pelo doente idoso, Conforto do idoso e Sentimentos em relação aos cuidados ao idoso**, e em numerosos termos incluídos de cada um deles como se demonstra a seguir.

- **Expressões usadas para definir o "cuidar dos idosos"**
  - Estar com o idoso
  - Dar-lhe carinho e atenção
  - Demonstrar-lhe interesse
  - Tocar o idoso
  - Estar disponível para o idoso
  - Proporcionar-lhe bem estar
  - Valorizar o aspecto psicológico
  - Conhecer o idoso
  - Fazer sentir ao idoso que está em casa
  - Ser humano
  - Colocar-se no lugar do idoso
  - Poder fazer tudo ao idoso

O tema "Os idosos precisam de carinho e atenção" organiza os comportamentos dos enfermeiros em torno das necessidades relacionais dos idosos. Torna-se evidente o realce que é colocado na vertente humana dos cuidados, como se constata no comentário desta enfermeira:

> "é a parte humana que eu acho que é importantíssima."

Todos os enfermeiros reconhecem que as necessidades emocionais dos idosos são prioritárias. Um enfermeiro traduz este aspecto da seguinte forma:

> "A pessoa idosa precisa de atenção, de carinho, de um «bom-dia», de um perguntar por ela, que a gente mostre que se interessa por ela."

No estudo realizado por SMITH; SULLIVAN (1997:72) sobre os comportamentos mais importantes do cuidar em relação ao idoso, os enfermeiros valorizaram os comportamentos expressivos face aos comportamentos instrumentais.
ALMEIDA (1999:66,73) encontra os mesmos resultados no seu estudo sobre a opinião dos enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem que prestam aos idosos. A maior parte dos enfermeiros considera que o carinho, a relação interpessoal que se estabelece, a comunicação, o respeito e o conforto são os aspectos mais valorizados pelos idosos na prestação de cuidados de enfermagem.

Os enfermeiros reconhecem que Cuidar o idoso implica envolvimento, intenção e exige da sua parte um interesse genuíno em querer conhecê-lo, em saber a sua história e em dar resposta às suas necessidades. Estes aspectos são traduzidos por SWANSON (1991:163) na categoria do Cuidar: "conhecer" – um esforço que o enfermeiro desenvolve para compreender um acontecimento tal como ele é entendido na vida do outro. Na sua pesquisa sobre uma "teoria de médio alcance do Cuidar", a autora considera que o Cuidar é constituído por cinco processos ou categorias: "conhecer", "estar com", "fazer por", "possibilitar" e "manter a crença".

Para conhecer o idoso, os enfermeiros consideram que têm que estar disponíveis e valorizar os "pequenos detalhes, que é o que a pessoa idosa precisa", como salienta uma das enfermeiras. Esta ideia está de acordo com o que é referido por HESBEEN

(1997:45-46). Este autor realça a necessidade do enfermeiro reconhecer o que é realmente importante para aquela pessoa e que constitui a fonte do seu equilíbrio. Estas "pequenas coisas" são "invisíveis" se o enfermeiro não estiver atento, e não se implicar verdadeiramente na relação com o idoso. Nesta perspectiva FAYN (1995:109) destaca que a solicitude de quem cuida pode revelar-se na sua maneira de estar, na sua disponibilidade e no contacto mesmo ténue que tentará estabelecer com o doente. A autora explica que a relação com o doente pode assumir a forma de uma simples troca de olhar, desde que esse olhar esteja repleto de atenção. É este "pequeno nada" que pode trazer bem estar ao doente.

A comunicação - verbal e não verbal - é a estratégia que os enfermeiros explicitamente expressam como fulcral para dar resposta às necessidades de carinho e de atenção do idoso. O momento de interacção entre o enfermeiro e o idoso possibilita a descoberta do que é verdadeiramente importante para este último, e permite orientar a intervenção do enfermeiro de forma que se torne significativa e com sentido. Na opinião dos enfermeiros, é importante o conhecimento mútuo dos intervenientes desta interacção, assim como é importante que o idoso sinta que há carinho por detrás da intervenção do enfermeiro. Um enfermeiro expressa da seguinte forma o que significa para si Cuidar do idoso:

> "...é fazer com que haja um certo intercâmbio do doente connosco, para sabermos algo mais dele e ele sentir que há carinho por detrás do que nós fazemos"

Os aspectos mencionados relacionam-se com o segundo processo de Cuidar proposto por SWANSON (1991:163): "estar com", isto é, estar emocionalmente com o outro.

A valorização dos hábitos do idoso, dos seus sentimentos, do seu ambiente cultural e social foi também encontrada nesta subcultura. Minimizar a ruptura que a

hospitalização provoca na vida quotidiana do idoso, constrói as acções dos enfermeiros de forma a proporcionar-lhe bem-estar, conforto e sobretudo, a sensação de se sentir em "casa" neste novo ambiente. Alguns enfermeiros expressam as suas preocupações por esta problemática da seguinte forma:

> "é o conforto do doente e o sentir-se mais ou menos em casa."
> "porque estão fora do seu ambiente, fora das suas casas. E eu tento que eles se sintam bem, dar-lhes atenção, carinho..."
> "é importante que ele, por estar aqui no hospital, não haja essa ruptura da sua vida quotidiana."

Em suma, é a valorização desses aspectos que tornam o doente idoso culturalmente único, que possibilita ao enfermeiro prestar cuidados de enfermagem culturalmente congruentes porque culturalmente adaptados, de acordo com as perspectivas de LEININGER (1995:61) e de GIGER; DAVIDHIZAR (1995:8).

"Colocar-se no lugar do outro" é um exercício mental que possibilita fazer emergir os comportamentos do Cuidar que o enfermeiro realmente valoriza. E nesta subcultura emergiram os comportamentos da esfera relacional. Os enfermeiros têm a preocupação de cuidar o idoso de forma humana e distanciar-se das práticas conotadas com a "técnica", como a administração de terapêutica por exemplo. Nos excertos que se seguem estes aspectos encontram-se presentes:

> "E ser profissional é ser humano."
> "Quem tratar de mim será que dará o mesmo que eu dou agora?... Gostaria que fosse como eu. Que entrasse e desse os «bons-dias». Que falasse comigo e não se preocupasse tanto em dar as pílulas..."

O significado que uma das enfermeiras atribui ao Cuidar, de que Cuidar "é poder fazer tudo" reflecte a missão de ajuda ao ser humano que caracteriza a profissão de enfermagem. Reune em si os cuidados de manutenção e suporte da vida e os cuidados

de reparação que a situação de doença exige, seguindo a distinção proposta por COLLIÈRE (1989:237).

A vertente humana da profissão de enfermagem sobressai no contexto estudado. Cuidar é ajudar o ser humano, tal como refere SWANSON (1991:161). Para esta autora, é evidente a quem se dirige o cuidar. O que permanece pouco claro em sua opinião, é o significado do cuidar e os seus componentes essenciais.

O tema "Os idosos precisam de carinho e atenção" emerge de forma espontânea e fortemente explícita no domínio cultural que se segue e em todos os seus termos incluídos.

- **Comunicação positiva utilizada com o doente idoso**
  - Conversar com o idoso
  - Adequar o tom de voz
  - Adequar a linguagem
  - Falar com voz suave e com calma
  - Escutar com disponibilidade
  - Ser assertivo
  - Valorizar a linguagem não verbal do idoso
  - Sorrir e rir
  - Brincar
  - Aproximar-se do idoso
  - Olhar o idoso
  - Tocar o idoso

Comunicar é essencial ao acto de Cuidar. Todos os enfermeiros o expressam com veemência. Este aspecto coincide com o resultado obtido no estudo de COSTA (1998:105) e corrobora o referido por GIGER;DAVIDHIZAR (1995:20) de que "sem a capacidade de comunicar, o Cuidar será inadequado".

Comunicar exige do enfermeiro a capacidade de falar, de escutar, de olhar, de estar disponível e de dar atenção ao outro. Pode ser através das palavras, do tom de voz, do toque, do sorriso, da gargalhada ou da brincadeira. A linguagem verbal e não verbal harmoniza-se para que o enfermeiro possa proporcionar a atenção e o carinho que o idoso necessita.

No dia-a-dia de trabalho são vários os momentos em que a comunicação com o doente idoso tem lugar. Geralmente estes momentos estão associados à prestação de cuidados de higiene e conforto, à execução de procedimentos técnicos ou à administração de terapêutica. Em relação a esta última, os enfermeiros consideram ser uma ocasião privilegiada para poderem conversar com o idoso, como salientam nos seus discursos:

> "... é o único espaço ainda que a gente tem para falar um bocadinho mais com os doentes."
>
> "... à medida que vou dando os comprimidos vou falando e vou estabelecendo uma relação com os doentes."

Também nos estudos realizados por ALMEIDA (1999:87) e COSTA (1998:105), os enfermeiros valorizaram o momento dos cuidados de higiene para comunicar com os idosos, não só pela intimidade que existe nesse momento como por ser considerado como uma das poucas ocasiões em que os enfermeiros têm tempo.

Os enfermeiros têm consciência que a comunicação é dificultada pelo processo de senescência do idoso ou pela sua situação de doença. Por esse motivo, preocupam-se em procurar a melhor estratégia que os auxilie a identificar as suas necessidades. Este processo exige que o enfermeiro por tentativas, descubra a melhor forma de comunicar com aquele idoso e valorize as vertentes verbal e não verbal da comunicação. Os enfermeiros comentam:

"Tento comunicar com eles (...) Dedicar mais tempo àqueles que tenho mais dificuldade em comunicar, p'ra ver se os consigo entender (...) Tento no fundo, compreender o porquê do mutismo, o porquê do choro, o porquê da negação"

"e a pessoa vai introduzindo vários símbolos de uma forma gradual e diversa, e quando a pessoa consegue respostas, pega nesses estímulos que obteve respostas e a partir daí tenta puxar o novelo, tenta comunicar o máximo possível com a pessoa. E depois é muito mais fácil, não é... cuidar."

Quando os doentes estão confusos ou inconscientes, os enfermeiros consideram que conversar com eles é uma forma de lhes demonstrar que estão presentes, e também uma maneira de lhes explicar os cuidados que vão ser prestados. Duas enfermeiras comentam:

"mas o facto de ouvirem alguém falar com eles eu acho que p'ra eles já é muito bom... Sentem que está ali alguém (...) eu acho que é importante falar com esses doentes"

"mudo-os de posição, digo: «vamos virar». Às vezes parece uma parvoíce, mas eu cá não acho. Eles ouvem..."

Comunicar exige disponibilidade, exige proximidade. Desta forma o idoso poderá sentir que o enfermeiro está verdadeiramente empenhado em ouvi-lo, em conhecê-lo, em ajudá-lo. Esta proximidade física promove a intimidade, a partilha e traduz respeito pelo idoso. Por vezes, quando administram a terapêutica, os enfermeiros sentam-se e conversam com o idoso. Sentar-se ao seu lado tem para os enfermeiros o seguinte significado:

"...sentado ao pé do doente, eu estou ali para tentar saber o que o preocupa, saber a história dele e ele também saber um pouco da minha. Isso faz parte da Enfermagem."

"Eu acho muito importante as pessoas falarem ao mesmo nível e mostrar disponibilidade. O eu sentar-me, (...) ele vê que eu não estou com pressa p'ra ouvir aquilo que ele me diz (...) É um modo de disponibilidade."

Nesta mesma orientação, GIGER; DAVIDHIZAR (1995:36) consideram que uma postura atenta quando o indivíduo está a ser ouvido pode comunicar respeito e

encorajar a partilha de pensamentos e sentimentos. Estas autoras consideram que o sentimento de ser escutado é poderoso, reduz a distância e conduz as pessoas para interacções interpessoais positivas.

Os enfermeiros reconhecem a importância de estar atentos e valorizar a linguagem não verbal do idoso, especialmente se este não pode expressar-se por palavras. O gemido, a expressão do rosto e o olhar são habitualmente aspectos a que os enfermeiros dão atenção. Consideram que o olhar do idoso pode revelar compreensão pelo que se está a passar, e revelar também as suas necessidades de afecto. Uma enfermeira explica a importância que tem para si a linguagem do olhar, se o idoso está afásico, e como essa linguagem determina os cuidados de ordem relacional :

> "P'lo olhar a gente vê que eles estão a perceber (...) No olhar deles vê-se que estão contentes. Vê-se! É como eles comunicam... Às vezes os doentes sentem-se abandonados coitados. Quando percebo que eles estão tristes volto para trás e converso com eles. Tento sempre que fiquem mais felizes..."

Este aspecto é confirmado por GOMES (1998:27), que salienta a importância da compreensão do olhar do idoso porque permite obter informações sobre o seu estado psíquico.

O grau de dependência dos doentes idosos é extremamente elevado, exigindo normalmente que os enfermeiros prestem cuidados sem qualquer colaboração do idoso, quer se tratem dos cuidados de manutenção quer de reparação.

Nesta perspectiva encontra-se representada a terceira categoria de Cuidar sugerida por SWANSON (1991:164): "fazer por", isto é, fazer pela pessoa aquilo que a pessoa faria se lhe fosse possível.

No entanto, apesar do elevado grau de dependência os enfermeiros estimulam o doente idoso a participar nos cuidados, especialmente durante a mobilização no leito, o levante, a alimentação e a toma da terapêutica.

Estimular o idoso pode ser uma forma do enfermeiro lhe proporcionar atenção e carinho. Possibilita-lhe mobilizar os seus próprios recursos, ampliar a sua autonomia, transmitir-lhe um sentimento de utilidade e aumentar assim a sua auto-estima. No entanto, é necessário que o enfermeiro esteja disponível e respeite o próprio ritmo de execução do idoso, aspectos a que os enfermeiros dão atenção e que são também valorizados por GIGER; DAVIDHIZAR (1995:109-110). As autoras consideram importante que o enfermeiro seja capaz de adaptar os cuidados ao doente, não em função de horas fixas mas sim das necessidades que identificou.

Independentemente do esforço dispendido pelo idoso ou dos resultados obtidos, o elogio, a felicitação costuma acompanhar este processo e pode motivar o idoso a um maior envolvimento nos cuidados. Os enfermeiros comentam:

> "Todas as acções que eu possa fazer, se o doente tiver capacidades de se auto-cuidar minimamente mesmo se isso demora mais tempo... eu prefiro que seja ele a auto-cuidar-se..."
>
> "O levante (...) eu acho que é uma coisa que estimula imenso os doentes. E é um momento em que nós lhe damos atenção que não podemos dar noutros locais (...) É uma forma de eu lhe dar mimo e eu acho que ele apreende bem esse mimo."

A brincadeira é uma estratégia a que os enfermeiros recorrem com frequência para estimular o doente idoso. É também uma forma de lhe dar atenção e de lhe proporcionar satisfação. Os enfermeiros estão conscientes do "poder" da brincadeira mas consideram imprescindível respeitar o sofrimento do idoso e os seus desejos. Os enfermeiros expressam os significados da brincadeira desta forma:

> "é uma forma de mostrar que me interesso por eles, é a forma de puxar por eles e que se riam... acho que ajuda a ficarem melhores (...) Agora há que ver o contexto, não é...

> Não vou brincar com um doente que está em coma. A gente vê o sofrimento em que a pessoa está..."
> "Eu estimulo essa parte porque eu sei que ele fica muito contente. Se há outro assim mais sério, ele não entra nessas graças. Há doentes com quem não brinco. Há doentes idosos que não gostam de brincadeira."

Estes aspectos estão de acordo com o referido por GIGER; DAVIDHIZAR (1995:33) em relação ao humor. Estas autoras consideram que o humor é um componente importante quer da comunicação verbal quer não verbal. Como veículo de calor humano, o humor é um aspecto significativo e dinâmico da relação terapêutica entre o enfermeiro e o cliente.

Os enfermeiros preocupam-se em informar o doente idoso dos cuidados que vão ser executados, nomeadamente cuidados de higiene e conforto, mobilização, alimentação, terapêutica, sobre o tratamento ou sobre a sua doença, considerando que é um direito que lhes assiste. Em sua opinião, se o idoso está informado a sua colaboração será mais eficaz. Os enfermeiros expressam esta problemática da seguinte forma:

> "Eu tenho sempre a preocupação antes de fazer qualquer coisa (...) tenho sempre a preocupação de explicar ao doente. Porque eu acho que o doente deve ser informado de tudo o que se está a fazer (...) é um direito que ele tem..."
> "E o doente que é esclarecido da medicação colabora muito mais"

Estes aspectos enquadram-se na quarta categoria do Cuidar proposta por SWANSON (1991:164): "possibilitar", que a autora define como facilitar a passagem da pessoa por acontecimentos desagradáveis da vida.

Quando o idoso tem as suas capacidades físicas e/ou mentais diminuídas, é habitual o enfermeiro explicar em detalhe o que vai ser feito ou a forma como o idoso pode colaborar. E para que a mensagem seja compreendida, os enfermeiros tentam adequar a sua linguagem à capacidade de entendimento do idoso, ou adequar o tom de voz à sua capacidade auditiva. Para isso é necessário conhecê-lo como pessoa, conhecer a

sua linguagem, porque só assim as explicações têm sentido e são de ajuda para aquele idoso.

Estes aspectos são valorizados por GIGER; DAVIDHIZAR (1995:20-22). Estas autoras caracterizam a comunicação como um dos fenómenos culturais que o enfermeiro tem que ter em consideração para que os cuidados sejam culturalmente adequados àquele doente em particular. Se o padrão de comunicação não for respeitado pelo enfermeiro, a pessoa pode sentir-se incompreendida, sentir medo ou mesmo expressar sentimentos de zanga.

Os enfermeiros preocupam-se em dirigir palavras de conforto, de apoio, de optimismo e encorajamento ao doente idoso. O seu objectivo é ajudá-lo não só a suportar o tratamento, como a consciencializar o idoso das suas melhoras e motivá-lo a "olhar para a frente". Este aspecto, que SWANSON (1991:165) designa por "manter a crença", constitui o quinto processo de Cuidar identificado na sua pesquisa.

A linguagem não verbal que o enfermeiro utiliza na interacção com o idoso pode potenciar o efeito das suas palavras. Um sorriso, um timbre de voz calmo e suave, um olhar directo ou uma festa, podem ser expressões de afecto que traduzem interesse e atenção pelo idoso e que o podem ajudar neste percurso da sua vida.

O toque, decorrente dos próprios cuidados que o enfermeiro presta ou realizado de forma intencional, assume uma importância especial quer o idoso possa exprimir-se verbalmente quer não. Pode transmitir tranquilidade, bem-estar e pode fazer diminuir a percepção da dor, por exemplo. Torna assim os cuidados mais humanos. Os enfermeiros expressam o seu significado da seguinte forma:

> "É dar atenção sem palavras... é falar sem palavras... Há alturas em que não vale a pena dizer muito. É só preciso o nosso toque. É isso, é falar sem palavras... e muitos ouvem, percebem, nota-se na cara, no sorriso..."

GOMES (1998:28), na sua experiência de comunicação com o idoso chega a conclusões idênticas. No entanto, esta autora salienta que o toque pode ter efeitos contrários e aumentar a ansiedade do idoso se o enfermeiro não respeitar os seus hábitos culturais, o que é corroborado por GIGER; DAVIDHIZAR (1995:57), que apontam o "espaço pessoal" como um fenómeno cultural que o enfermeiro tem que valorizar nos cuidados ao doente, uma vez que é determinante no seu conforto e bem-estar emocional.

Também ALMEIDA (1999:83) se refere ao toque no seu estudo. O toque afectivo suscita um sentimento de confiança, e é através dele e da expressão facial que os enfermeiros manifestam o carinho em relação aos idosos. Estes aspectos são também referidos por MORAGA (2000:32-33). Este autor salienta, em relação aos idosos com déficits mentais, que o toque favorece a consciencialização da realidade através da pele e das sensações que suscita.

Verifica-se que os enfermeiros têm diferentes objectivos na comunicação com o idoso, nomeadamente estabelecer com ele um bom relacionamento interpessoal, avaliar os seus problemas, fornecer informações e dar explicações, estimular e encorajar o idoso, mostrar empatia. Objectivos semelhantes são também referidos por CARIS-VERHALLEN et al (1997:916).

Respeitar o doente idoso implica aceitá-lo com as suas forças e fraquezas. Implica acreditar no seu valor e na sua dignidade como ser humano.

As diferentes formas de respeito que os enfermeiros utilizam com o doente idoso demonstram que se preocupam em ir ao encontro dos seus desejos e proporcionar-lhe bem-estar e satisfação.

No domínio cultural **Respeito pelo doente idoso,** este tema cultural emerge de forma mais ou menos explícita nos seguintes termos incluídos:

- Cumprimentar o idoso
- Tratar o idoso pelo nome ou categoria profissional
- Satisfazer os gostos do idoso
- Comemorar o seu aniversário
- Promover a sua privacidade
- Vestir o idoso com o vestuário próprio

Os enfermeiros consideram ser importante cumprimentar os doentes idosos quando iniciam os cuidados, qualquer que seja o turno em que eles se desenrolem. É uma forma de respeito que pode ajudar na relação com o idoso, assim como tratá-lo pelo nome da sua preferência - nome próprio, apelido ou mesmo pela categoria profissional. Ao agir desta maneira o enfermeiro demonstra que esteve atento aos gostos do idoso, e que o respeita como pessoa, com identidade própria. Os enfermeiros consideram ser indispensável tratar o idoso pelo nome quando lhe prestam cuidados, e referem que é maior o seu grau de colaboração, como se observa nos seguintes comentários:

> "Cada doente tem o direito de sentir que é O doente. E tem que ser ouvido e tratado como uma pessoa e não como uma cama, um número..."
> "Quando a gente trata o idoso pelo nome ele dá um feedback diferente, sente-se mais pessoa. E conversa um pouco, já responde de outra forma e tolera melhor as coisas que nós façamos e a relação melhora..."

Neste olhar atento sobre a individualidade do idoso, inscreve-se também o desejo do enfermeiro querer comemorar a data do seu aniversário. É uma forma de atenção para com o idoso e uma oportunidade de lhe proporcionar satisfação.

A maior parte dos cuidados que o doente idoso necessita exige que o seu corpo seja manipulado e exposto, o que é sobretudo evidente durante os cuidados de higiene, durante as mudanças de posição e durante administração de terapêutica injectável. Em diversas ocasiões os enfermeiros demonstraram preocupação por assegurar a privacidade do idoso, o que traduz uma forma de atenção e de respeito, que vai ao encontro do proposto por GIGER; DAVIDHIZAR (1995:57) em relação ao "espaço pessoal", a que as autoras associam funções de segurança, de privacidade, de autonomia e de identidade.

Tentar satisfazer os gostos do idoso pressupõe, primeiro que o enfermeiro tenha sido capaz de "olhar" atentamente para ele, e depois que tenha valorizado a satisfação desses gostos no bem-estar e no equilíbrio do idoso. Os enfermeiros reconhecem que satisfazer os gostos do idoso é uma forma de lhe proporcionar prazer e que contribui positivamente para a sua recuperação, como se encontra expresso nos seguintes comentários:

> "o importante é deixá-lo contente... deixá-lo satisfeito..."
> "é muito melhor p'rá recuperação do doente. Sente-se muito mais apoiado e recupera muito melhor... muito melhor. É dar-lhe o maior prazer possível."

De acordo com a cultura hospitalar o doente idoso deve usar pijama ou camisa de dormir durante as 24 horas. Procurar saber se o idoso tem vestuário próprio e possibilitar-lhe o seu uso é um aspecto que preocupa os enfermeiros, e constitui também uma forma de lhe dar atenção.

O tema "Os idosos precisam de carinho e atenção" surge também no domínio cultural seguinte e nos seus termos incluídos, de forma mais ou menos explícita:

❖ **Conforto do idoso**

- Perguntar se está confortável
- Tentar perceber o que o idoso precisa
- Providenciar terapêutica analgésica
- Sugerir ao idoso que descanse
- Perfumar o idoso

Em qualquer momento dos cuidados os enfermeiros têm em atenção o conforto do doente idoso. Este aspecto é particularmente observado após os cuidados de higiene, após a mudança de posição do idoso no leito, durante o levante para a cadeira ou durante o repouso nocturno. Também durante a administração de terapêutica, se os enfermeiros constatam que o idoso não está confortável, tentam nesse momento encontrar a melhor estratégia para resolver o problema, especialmente se o idoso é incapaz de mobilizar-se sozinho.

Quando o idoso consegue expressar-se verbalmente, os enfermeiros preocupam-se em validar com ele se está confortável. Se o idoso não consegue falar, os enfermeiros valorizam a expressão não verbal do idoso e seleccionam a estratégia que consideram favorecedora do seu bem-estar físico.

Atender ao conforto do idoso passa também por perceber se este tem dores e por aliviar o seu sofrimento, mesmo que o idoso não seja capaz de o verbalizar. Este aspecto é valorizado no dia-a-dia dos enfermeiros.

Curiosamente uma enfermeira costumava perfumar as doentes idosas após os cuidados de higiene. A este seu gesto a enfermeira atribuía o seguinte significado:

> "Eu penso que é uma forma de lhes dar mais conforto. Eu tenho a sensação de lhes estar a dar prazer e mostrar que lhes estou a dar atenção."

Em suma, atender aos aspectos de conforto do idoso demonstra que o enfermeiro esteve atento às suas necessidades e pretende proporcionar-lhe bem-estar. E deseja, como expressa esta enfermeira, "que os doentes fiquem bem...".

As diferentes situações em que os enfermeiros prestam cuidados aos doentes idosos são geradoras de múltiplos sentimentos. Este tema emerge também do domínio seguinte e seus termos incluídos:

- **Sentimentos em relação aos cuidados ao idoso**
  - Ter pena por não ter mais tempo para conversar com o idoso
  - Ter pena de não estar mais tempo com o idoso e de proporcionar-lhe bem estar
  - verbalizar gratificação na relação com o idoso
  - gostar de explicar as "coisas" ao idoso
  - ter prazer em trabalhar

Com frequência os enfermeiros manifestam a sua tristeza por não poder dedicar mais tempo e atenção ao doente idoso. Explicitam neste desejo, não só os aspectos da comunicação, como outros cuidados que proporcionem conforto e bem-estar ao idoso. Uma enfermeira expressa:

> "Fico triste (...) Tenho pena de não estar mais tempo a falar com eles, fazer-lhes a higiene oral mais do que uma vez, posicioná-los mais vezes, dar-lhes uma palavrinha... fazer essas coisas p'ra que se sintam bem."

Quando o enfermeiro consegue estabelecer uma relação com o idoso e percebe que este sente confiança em si, isso é motivo de um sentimento de gratificação, que esta enfermeira comenta da seguinte forma:

> "Mas p'ra mim é gratificante quando consigo uma afectividade com o doente e sinto que ele sente confiança em mim."

No entanto, se a relação que o enfermeiro estabelece com o idoso é profunda, o enfermeiro envolve-se no seu processo de recuperação e reconhece como difícil e doloroso não conseguir atingir os objectivos que tinha delineado para aquele idoso. Uma enfermeira exprime o que sente com estas palavras:

> "Eu acho que eu consigo ter uma ligação muito forte com os doentes. Às vezes p'ra mim, até é um bocado mau isso que me ligou aos doentes. É um bocado doloroso porque muitas vezes não conseguimos atingir os objectivos que queríamos... ou não se consegue a recuperação que pelo menos tínhamos em objectivo."

Proporcionar ao idoso o carinho e a atenção que ele necessita, pressupõe que o enfermeiro esteja disponível do ponto de vista físico e mental, que tenha prazer no trabalho que está a desenvolver e que manifeste boa disposição. Os enfermeiros reconhecem a importância destes aspectos que verbalizam da seguinte forma:

> "Se a gente não tem prazer naquilo que faz é a pior coisa que existe, não é..."
> "Por muito cansada que eu esteja, venho sempre trabalhar de boa vontade. Nunca ninguém me viu vir trabalhar mal disposta..."

Na pesquisa de SMITH; SULLIVAN (1997:73), a boa disposição foi também um aspecto valorizado pelos enfermeiros quando cuidam dos idosos.

No seu estudo sobre as "crenças e estereótipos no envelhecimento humano: implicações na prática de cuidados de enfermagem", ALMEIDA (1998:102) realça diversos sentimentos expressos pelos enfermeiros quando prestam cuidados ao idoso, nomeadamente carinho, tolerância e gratificação, que a autora inscreve numa visão paternalista da velhice.

"NÓS NÃO TEMOS TEMPO PARA DEDICAR AOS IDOSOS"

Desde o início do trabalho de campo que este tema surge com grande intensidade, e normalmente como forma de desabafo face às condições em que os cuidados aos idosos são prestados.

Este tema surge em 4 dos 10 domínios culturais encontrados, nomeadamente: **Predominância da técnica nos cuidados prestados, Despersonalização do doente idoso, Imobilizar o doente idoso e Sentimentos em relação aos cuidados ao idoso,** e em alguns dos seus termos incluídos, como se explicita a seguir.

- **Predominância da técnica nos cuidados prestados**
  - A falta de enfermeiros
  - A falta de tempo dos enfermeiros
  - O excesso de trabalho
  - O método de trabalho "por tarefa"
  - A rotina diária
  - O cansaço dos enfermeiros

A falta de tempo para prestar "todos" os cuidados ao idoso, conjugado com a falta de enfermeiros no Serviço, organizam os comportamentos dos enfermeiros em função dos cuidados de ordem física ou técnica, nomeadamente os cuidados de higiene, os posicionamentos, a execução de pensos, entubações naso-gástricas, algaliações, a avaliação de sinais vitais e a administração de terapêutica. Todos estes cuidados assumem prioridade e são "obrigatoriamente" realizados em cada turno. Os cuidados relacionados com a vertente relacional ficam num plano secundário.

A situação descrita enquadra-se nos resultados do estudo de ALMEIDA (1999:78). Esta autora assinala que na observação da prestação de cuidados aos idosos são os cuidados de manutenção de vida, nomeadamente os cuidados físicos (os cuidados de

higiene, o vestir e despir, a ajuda no levante e a promoção do auto-cuidado) os mais observados, assim como a administração de terapêutica, incluída nos cuidados de reparação.

Este tema surge explícito nas palavras de muitas enfermeiras e enfermeiros, de onde se destaca:

> "o número de enfermeiros é reduzido e isso contribui para que não tenhamos tempo necessário p'ra dedicar a estes doentes."
> "O doente não é visto como uma pessoa. É um indivíduo que tem x buracos por onde podemos passar uma série de tubos (...) Nós não temos tempo para (...) saber o que sente e porquê, estar com ele. Isso seria o ideal, mas não há tempo nem pessoas para isso..."

Os enfermeiros consideram que devido à falta de tempo e à falta de enfermeiros, é difícil avaliar as necessidades globais dos doentes idosos e em estimulá-los a participar nos cuidados. Por esse motivo, torna-se mais rápido fazer por eles do que incentivá-los a colaborar e ter que respeitar o seu próprio ritmo de execução.

Esta situação é encontrada em qualquer momento dos cuidados e vai ao encontro do referido por PERSONNE (1991:60). Este autor explica que a falta de pessoal leva a uma dupla dependência do idoso. Por um lado o ritmo de cuidados que o profissional impõe inibe uma possível acção do idoso, por outro lado esta inactividade potencia os déficits que já possam existir.

A variável cultural "tempo" tem, na opinião de GIGER; DAVIDHIZAR (1995:107-108), um impacto significativo não só nos doentes como também nos cuidados que lhes são prestados. As autoras realçam a necessidade dos enfermeiros compreenderem como a sua gestão influencia a qualidade dos cuidados, uma vez que os enfermeiros se confrontam diariamente com a necessidade de trabalhar de uma forma cada vez mais eficiente em termos de tempo.

Este tema cultural orienta os cuidados ao idoso para o "corpo-objecto" e não para o "corpo-sujeito", segundo a distinção feita por HESBEEN (1997:10). Os cuidados relacionados com a vertente técnica tornam-se assim prioritários, como se constata das palavras deste enfermeiro:

> "Primeiro é o estado de saúde, é a parte mais técnica... O bem-estar, o conforto e tudo isso vem depois. Também porque há pouca gente... poucos enfermeiros, então... a parte da patologia do doente vem sempre primeiro, p'ra mim. Depois então, poderão vir as outras necessidades que as pessoas tenham..."

Mesmo durante a administração de terapêutica, que os enfermeiros reconhecem ser um momento privilegiado para dar atenção ao idoso, a falta de tempo obriga a que os enfermeiros se centrem na tarefa a realizar e não no idoso a quem a tarefa se destina, como se percebe no discurso deste enfermeiro:

> "enquanto falo com um doente eu vou dando a medicação a outro. Ele percebe isso. Percebe que eu não estou ali a falar junto dele, em pé ou sentado ao pé dele..."

O excesso de trabalho, consequência do reduzido número de enfermeiros e do elevado grau de dependência dos doentes idosos, é um factor impeditivo de os enfermeiros dedicarem mais tempo ao idoso e de poderem comunicar com ele. Uma enfermeira comenta:

> "porque há imenso trabalho e não conseguimos fazer aquilo que gostaríamos de fazer: comunicar com o idoso, explicar porque é que está aqui, o que é que a gente lhe faz"

Estes aspectos são também apontados por BERGER; MAILLOUX-POIRIER (1995:26) que afirmam que as relações entre os enfermeiros e os idosos são muitas vezes superficiais e que é notória a falta de empatia dos enfermeiros, fruto da rotina e da sobrecarga de trabalho. Assim, torna-se visível a importância que assumem as técnicas face à comunicação com o doente.

Por outro lado, o excesso de trabalho pode originar cansaço, e eventualmente menor capacidade de atenção sobre as necessidades do doente idoso. Um enfermeiro retracta este problema da seguinte forma:

> "Os trabalhos sucessivos levam a que nós cheguemos ao fim e se calhar já não nos lembramos do problema do Joaquim. E depois, como o cansaço passa a ser uma evidência... depois já nos esquecemos do problema do Joaquim."

Este aspecto é também referenciado por SAGEHOMME (1997:35). Esta autora acrescenta que a fadiga pode tornar o enfermeiro apático ou irritado quando presta cuidados.

A organização do trabalho dos enfermeiros pelo método da "tarefa" fragmenta os cuidados dirigidos ao idoso e impede um conhecimento aprofundado das suas necessidades e de si próprio como pessoa. No entanto, possibilita a realização de todas as tarefas "agendadas" para aquele turno e que são realizadas de "uma ponta à outra". A sua eficácia provêm dessa característica. Mas os enfermeiros indignam-se com esta realidade que os impede de prestar cuidados ao idoso de forma atenta e particular e de lhes proporcionar o carinho e a atenção que desejariam. Esta problemática surge assim de forma explícita nos seus discursos como se pode observar:

> "não estamos a cuidar de 24 doentes, estamos a fazer um turno com 24 doentes. É humanamente impossível cuidar deles. Não dá!... É fazer em série. Não é Cuidar! (...) Fazem-se coisas..."
>
> "Odeio começar numa ponta e acabar na outra, como numa fábrica... Chega-se ao fim, fizemos tudo, mas não sinto satisfação de tratar assim as pessoas."
>
> "... por um lado é triste. Eu tenho que entrar naquele método, não posso contactar com o doente. Tenho que... mudar-lhe a fralda, dar-lhe o banhinho e não 'tar a contactar com o doente porque senão não tenho tempo. Acho que isso é o mais difícil..."

Estes aspectos coincidem com os apontados por ALMEIDA (1999:78) no seu estudo sobre as práticas de enfermagem no cuidar do idoso. A autora considera que a

rotinização dos cuidados tem vantagens quando contribui para a melhoria da eficácia e eficiência dos cuidados, mas considera que a rotinização pode entravar essa mesma eficácia quando não for reavaliada e adaptada às características de cada idoso e às circunstâncias que o rodeiam.

Na opinião de SAGEHOMME (1997:49), qualquer organização de trabalho que possibilite a prestação de cuidados àquele doente do início ao fim, sem que haja interrupções, além de diminuir a carga mental inerente a qualquer trabalho, torna-o mais interessante e eficaz.

Também a rotina hospitalar direcciona os cuidados prestados ao idoso para a vertente técnica. Cada dia desenrola-se de forma semelhante ao anterior: são os cuidados de higiene, a terapêutica, os posicionamentos... e novamente a mesma sequência. A rotina proporciona segurança ao enfermeiro mas "destrói" a criatividade inerente ao Cuidar.

Os enfermeiros reconhecem que seguir a rotina os impede de avaliar adequadamente as necessidades do idoso e impede que o enfermeiro dê a atenção que o idoso necessita. No entanto, consideram ser necessário seguir a rotina para que o "trabalho fique pronto". É notória a evidência da técnica nos cuidados prestados, cuidados esses a que é atribuído um princípio e um fim. Uma das enfermeiras comenta:

> "A gente trata quando entra na rotina. E a pessoa perde as outras coisas: esse tempo para dar essa pequena atenção à pessoa, estar com ela. Quando vim p'ra cá foi muito difícil deixar de fazer essas coisas que eu tinha aprendido que estavam certas e tive que entrar na rotina, porque senão não conseguia ter o trabalho, as rotinas, pronto".

ALMEIDA (1999:80) questiona se este tipo de comportamento do enfermeiro será fruto do modelo biomédico, uma vez que este modelo tem orientado a prática dos cuidados de enfermagem até aos nossos dias. Parece plausível que sim. À luz deste modelo o enfermeiro habituou-se a prestar cuidados guiados por rotinas, já que é

necessário cumprir todas as tarefas que a tradição hospitalar determina para aquele turno. A resposta aos problemas particulares de cada doente passa assim para um plano secundário.

Também LALANDA (1995:31) reflecte sobre esta questão. O problema não está tanto na rotina em si, que esta autora reconhece ser necessária à instituição, mas na simplificação, estagnação e acomodação que ela pode provocar no desempenho dos enfermeiros.

É notória a dicotomia que existe entre a perspectiva que o enfermeiro tem do que deve ser o seu desempenho, e aquele que forçosamente tem que realizar no seu quotidiano e que a instituição espera ver cumprido. Esta situação é também referida por MORAGA (1999:33). Este autor salienta que cada enfermeiro desenvolve concomitantemente um trabalho oculto, considerado essencial uma vez que contém em si os fundamentos do Cuidar. E este trabalho, em que está presente a criatividade, a disponibilidade e a confiança, traduz-se na ajuda particular à pessoa cuidada de forma a ultrapassar positivamente a situação de crise ou de doença.

O tema "Nós não temos tempo para dedicar aos idosos" emerge de uma forma marcada no domínio que se segue e seus termos incluídos. Este tema organiza os comportamentos dos enfermeiros em relação ao idoso considerado como um "objecto".

- **Despersonalização do doente idoso**
  - Prestar cuidados ao idoso em silêncio
  - Prestar cuidados ao idoso conversando "paralelamente"
  - Não valorizar a linguagem não verbal do idoso
  - Não cumprimentar o idoso
  - Tratar o idoso de forma impessoal

- Substituir o idoso nos cuidados

Como "não há tempo para dedicar ao idoso", e como as tarefas de cada turno têm que ser cumpridas, os cuidados prestados tornam-se despersonalizados, carentes da atenção que aquela pessoa necessita.

A falta de comunicação, a falta de um cumprimento e o tratamento impessoal do idoso são uma evidência, quer os doentes idosos consigam ou não comunicar verbalmente. No entanto, quando o doente idoso não pode fornecer "feedback", esta problemática torna-se mais acutilante. Os enfermeiros limitam-se a prestar cuidados em silêncio e de forma impessoal justificando que o fazem como uma defesa para si próprios, face ao sofrimento do idoso. Os enfermeiros comentam:

> "Mas há colegas que não se preocupam. Chegam ao pé do doente, destapam-no, dão-lhe a injecção e pronto! Nem uma palavra. Olhe, é como alguns que entram numa sala e nem cumprimentam os doentes."
>
> "Os que não falam é muito complicado (...) Talvez como defesa as pessoas fiquem um bocadinho mais impessoais (...) E a gente também não tem muito tempo, e às vezes refugiamo-nos nisso tudo p'ra ligar menos à pessoa ou p'ra ajudar menos a pessoa."
>
> "Um doente não é uma cama! É o senhor ou a senhora da cama tal! Mas vem do sistema... 24 doentes de cada lado é muito p'ra lembrar os nomes."

Lidar com o sofrimento, com a degradação do ser humano, com a morte, faz emergir uma série se sentimentos ou emoções no enfermeiro. É esta carga psíquica ou afectiva que pode, de acordo com SAGEHOMME (1997:56), levar o enfermeiro a ter comportamentos menos adequados junto do doente. Na opinião desta autora (p.59-60), as condições de trabalho negativas aliadas a situações que originam um carga psíquica, conjugam-se para que o enfermeiro realize o seu trabalho com penosidade psíquica. O ambiente de trabalho que dificulta a intimidade com o doente; a carência de pessoal com a consequente sobrecarga dos enfermeiros presentes; as interrupções

do trabalho que diminuem a disponibilidade para estar com o doente; e a própria organização do trabalho, o efectuar-se sempre o mesmo tipo de tarefas, podem prejudicar a qualidade do trabalho.

Prestar cuidados ao doente idoso, como por exemplo o banho, o posicionamento a algaliação ou a injecção, em silêncio ou conversando "paralelamente" com outra pessoa e sem o envolver na conversa, traduzem uma falta de respeito pelo idoso e reduzem-no a um objecto inerte que se manipula. Inclusivamente a linguagem não verbal do idoso, reveladora de sofrimento e que pode determinar uma alteração na actuação do enfermeiro, é por vezes ignorada. Esta situação é mais evidente quando os idosos têm as suas capacidades mentais ou físicas diminuídas.

Os enfermeiros têm consciência deste facto mas explicam que muitas vezes as palavras se esgotam na sua relação com o idoso. Por outro lado, a falta de tempo limita o estímulo que o enfermeiro dirige ao idoso, especialmente se este não colabora segundo o pretendido, como se constata nos seus discursos:

> "...nestes doentes dependentes explica-se o que se vai fazer, mas chega a uma fase em que se esgota. E o complicado é não ter mais nada p'ra dizer (...) Conversa com o doente não houve e viram-se uns para os outros e falam entre si. Não envolvem o doente na conversa. São assim... mas às vezes esgota-se o que dizer ao doente quando ele não nos pode responder..."
>
> "O tempo já é tão curto, se a pessoa está a contrariar... vá lá, o nosso trabalho, a gente às vezes desliga um bocadinho (...) aquele estímulo do: «Vamos levantar! Vamos p'rá cadeira! Vamos comer!» desaparece..."

Como consequência, os cuidados tornam-se mais impessoais, o que na opinião de PERSONNE (1991:38) conduz ao isolamento sensorial do idoso.

Também DAVIES (1995:23) se refere a esta problemática. Baseado na sua experiência, o autor considera que os enfermeiros se dividem em dois grupos: os que demonstram pouca habilidade para descodificar a linguagem não verbal dos doentes e

os que optam por ignorar essa linguagem. Em sua opinião, se muitas vezes os enfermeiros ignoram deliberadamente a comunicação verbal do doente, mais fácil será ainda ignorar os sinais não verbais pouco explícitos.

MILLION-LAJOINIE (1994:36) considera que a interacção enfermeiro/doente é marcada pela dependência deste último, especialmente em situações em que os cuidados de enfermagem são prioritários para o bem estar dos doentes, de onde destaca os cuidados às pessoas idosas. É o estado físico e/ou mental do doente que influencia a dependência ou a autonomia do ponto de vista do enfermeiro.

Nesta perspectiva, o estudo de WATERS (1994:246) sobre os tipos de interacções entre enfermeiros e idosos durante as rotinas matinais (cuidados de higiene e vestir), revela que a maioria das interacções encontradas não eram apropriadas, ou porque os idosos eram deixados sozinhos para realizar os cuidados de higiene havendo pouco contacto entre o enfermeiro e o idoso, ou porque o tipo de interacção era caracterizada por um elevado grau de dependência do idoso a quem era atribuído um papel completamente passivo.

Este tema emerge também nas razões que os enfermeiros apontam para imobilizar os doentes idosos, como se pode observar a seguir:

- **Imobilizar o doente idoso**
  - Porque há poucos enfermeiros
  - Porque não há tempo

A falta de enfermeiros no Serviço e a falta de tempo para dedicar a cada idoso, impossibilita uma compreensão global dos seus problemas. O enfermeiro não tem tempo para falar com o doente idoso e para tentar perceber a causa da sua agitação,

das suas tentativas de levante, para compreender o que o preocupa. Por isso, os enfermeiros recorrem à imobilização do idoso para garantir a sua segurança física.

Os enfermeiros têm consciência que a imobilização constitui um atentado à liberdade individual da pessoa e que limita o processo de recuperação do idoso. No entanto, esse aspecto é colocado em segundo plano face ao valor que representa a vida daquele idoso, como é evidente no seguinte comentário:

> "Porque se nós deixarmos um doente por imobilizar podemos correr o risco de agravar a situação dele. Cai ou qualquer coisa... e é muito grave."

Prestar cuidados ao idoso orientados para a vertente técnica, consequência da "falta de tempo para dedicar ao idoso", e ignorando a sua própria especificidade, faz emergir sentimentos nos enfermeiros, como se demonstra a seguir.

- **Sentimentos em relação aos cuidados ao idoso**

  - Estar em conflito

Os enfermeiros reconhecem existir uma dicotomia entre os cuidados que aprenderam e os que realizam no dia-a-dia, o que coloca em conflito os seus próprios valores. Mas o contexto de trabalho em que os cuidados aos idosos decorrem não viabiliza o desaparecimento desse sentimento. O "trabalho" tem que continuar a ser feito atempadamente. Esta situação pode ser percebida nos seguintes comentários:

> "... entro em conflito comigo. Porque se eu não imobilizo o doente, corro o risco de ele cair e de lhe agravar o seu estado"
>
> "O que eu sinto é que entro muitas vezes em conflito entre o que eu faço e o que digo. Está errado, mas faço porque tenho que fazer. Não devo fazer mas tenho que fazer porque é mais rápido e poupa tempo..."

Esta problemática é geradora de insatisfação, que por sua vez pode também condicionar os cuidados, orientando-os para a sua vertente técnica. Este aspecto foi também encontrado no estudo de COSTA (1998:114).

Os temas culturais encontrados: **"OS IDOSOS PRECISAM DE CARINHO E ATENÇÃO"** e **"NÃO TEMOS TEMPO PARA DEDICAR AOS IDOSOS"**, possibilitam identificar e descrever as características gerais da subcultura estudada. Eles recorrem através das diferentes partes da cultura e ligam os seus diferentes subsistemas. Estes temas determinam o comportamento dos enfermeiros nas diferentes situações de cuidados de enfermagem ao doente idoso e são abertamente aprovados pelos enfermeiros, quer durante o trabalho de campo quer durante as entrevistas formais.

Da convivência com estas enfermeiras e enfermeiros percebemos como era real o confronto entre estes dois temas culturais. Por um lado, o desejo e a preocupação em dar a atenção e o carinho que o doente idoso precisa, e por outro a falta de tempo para o fazer, e que condiciona a sua actuação para a vertente técnica do Cuidar.

O tema cultural **"Os idosos precisam de carinho e atenção"** estrutura os comportamentos dos enfermeiros na vertente humana do Cuidar, por oposição ao tema **"Não temos tempo para dedicar aos idosos"** que organiza as acções dos enfermeiros para a sua dimensão técnica.

Partindo do pressuposto de que os significados que as coisas têm para as pessoas é que as leva a adoptar e a demonstrar determinados comportamentos, assiste-se nesta situação a uma contradição cultural, que SRADLEY (1980:152) diz poder ser encontrada em qualquer cultura. Este autor adverte que o conhecimento cultural nunca

é totalmente consistente em cada pormenor, e que a maior parte das culturas contém afirmações, crenças e ideias contraditórias.

Os enfermeiros têm consciência desta problemática, reflectem sobre ela e expressam o desejo de ver modificadas as condições que os levam a não ter tempo para dedicar ao idoso e de ver modificado o seu desempenho profissional.

São as condições organizacionais, com a necessidade do aumento do número de enfermeiros do Serviço e a mudança de método de trabalho para o método individual, em que cada enfermeiro ficaria responsável por todos os cuidados aos doentes de uma enfermaria, que os enfermeiros realçam e propõem nas suas conversas, como se pode observar a seguir:

> "Cuidar de oito doentes... não estamos a trabalhar por tarefas."
> "Eu gostava de ficar só com os 8 doentes de uma sala e fazer tudo a eles. Assim conhecia-os melhor."

Os enfermeiros tornam visíveis os cuidados técnicos, que partilham com os colegas em diferentes ocasiões e que evidenciam, por exemplo, durante as passagens de turno e nas notas de enfermagem. Os cuidados de ordem relacional ficam habitualmente omissos. Não é que os enfermeiros não reconheçam a sua importância e os sobrevalorizem face aos cuidados técnicos, mas habitualmente são pouco partilhados quer em conversas quer nas notas de enfermagem.

ALMEIDA (1999:77-78) salienta que alguns enfermeiros começam já a incluir nos seus discursos cuidados de enfermagem socialmente menos visíveis, como seja: respeitar a privacidade, mostrar interesse pela rede social, ajudar na deambulação e providenciar cuidados espirituais.

Na opinião de MORAGA (1999:34), é urgente que os enfermeiros dediquem esforços à compreensão e análise da prática profissional, para transformar o invisível em visível, na procura da identidade da profissão.

Apesar de nos discursos dos enfermeiros, no dia-a-dia de trabalho e nas entrevistas formais, emergirem os "cuidados técnicos" em oposição à "comunicação" ou à "relação", muitas vezes na prática este facto não é observável. A comunicação com o doente idoso surge durante a prestação de cuidados de índole técnica, isto é, o carinho e atenção que o idoso precisa surge de forma espontânea, mas implícita ou "camuflada" nos cuidados técnicos mais facilmente identificáveis e "palpáveis".

Este facto é concordante ao encontrado por BASTO (1998:50). A autora refere que os enfermeiros estabelecem uma relação terapêutica com o doente através de contactos físicos e administração de medicamentos e tratamentos, aspectos conotados à "técnica", e de contactos em que os enfermeiros privilegiam a comunicação verbal, a que habitualmente não atribuem técnicas próprias. Em sua opinião, a dicotomia entre "técnica" e "relação" não tem razão de ser quando o objectivo é estabelecer uma relação terapêutica.

Nesta perspectiva, qualquer intervenção de enfermagem poderá ser observada por dois prismas, de acordo com MILLION-LAJOINIE (1994:12). Por uma perspectiva administrativa pode ser considerada como um comportamento ritualizado, um acto em que não existe troca nem uma interacção real entre os intervenientes. Por outro lado, esse mesmo acto pode tornar-se um verdadeiro cuidado, se existe interacção e reciprocidade.

Para BASTO (1998:49), o que pode tornar a enfermagem uma actividade profissional é o tipo de comunicação utilizada pelo enfermeiro. A comunicação tem que ser centrada no doente, com a intenção de o ajudar a tornar-se mais independente nas suas actividade ou decisões sobre essas actividades ou a aumentar o seu conforto. Para a autora, uma comunicação deste tipo tem um duplo propósito, por um lado é terapêutica para o doente e por outro permite o crescimento do enfermeiro.

BOTTORFF; VARCOE (1995:317) referem-se a quatro tipos diferentes de comportamentos que os enfermeiros adoptam na sua interacção com o doente, encontrados no estudo de BOTTORFF; MORSE (1994):

- "Fazer mais" (*doing more*) – o enfermeiro centra-se no doente como uma pessoa (...) Existe um intenso envolvimento do doente nos cuidados.
- "Fazer para" (*doing for*) – é centrado também no doente, mas a intensidade da interacção é diferente (...) É dada oportunidade ao doente para escolher dentro das rotinas dos cuidados.
- "Fazer com" (*doing with*) – o enfermeiro centra-se igualmente na tarefa e no doente. O relacionamento entre ambos é baseado na cooperação e na discussão sobre as necessidades e os cuidados do doente.
- "Fazer as tarefas" (*doing tasks*) – o enfermeiro está preocupado com o equipamento, com o tratamento e em ter o trabalho pronto. Há pouco envolvimento com o doente, pouco ou nenhum contacto visual e a comunicação é limitada a uma conversa banal.

No nosso estudo, os comportamentos dos enfermeiros enquadram-se sobretudo no "fazer com" e "fazer as tarefas", embora também tivessem sido observadas interacções com as características de "fazer para". Os mesmos resultados foram encontrados no estudo de ALMEIDA (1999:88).

BOTTORFF; VARCOE (1995:318) salientam, no seu estudo sobre os tipos de transição que ocorrem na interacção entre enfermeiro/doente, que numa única interacção o tipo de comportamento do enfermeiro pode variar diversas vezes.

De salientar que o carinho e a atenção ao doente idoso estiveram presentes durante os cuidados de natureza técnica e em turnos em que a falta de tempo era uma evidência.

A vertente relacional emergia lado a lado com a vertente técnica, e não parecia estar dependente do factor tempo. Daqui se infere que outras razões, eventualmente decorrentes da própria personalidade do enfermeiro, podem ter que ser equacionadas já que parecem contrariar a ideia de ser o factor tempo o responsável pela predominância da técnica nos cuidados prestados. Este aspecto encontra-se presente nas palavras de um dos enfermeiros:

> "Há enfermeiros que conseguem dar essa atenção... mesmo com falta de tempo. Acho que é por questões de carácter... de feitio..."

Será então pertinente questionar quais as competências necessárias para cuidar o idoso. No estudo realizado por MELO (1998:176,190) sobre a opinião dos idosos e dos enfermeiros sobre a competência do enfermeiro no cuidar do idoso, é evidente na opinião dos enfermeiros, assim como na dos idosos, a valorização que tem a dimensão relacional da competência. Consideram que o enfermeiro competente deverá ter as seguintes características: respeito pelo o idoso, demonstrar disponibilidade para o ouvir, ser humano e ter paciência. De assinalar que os factores que os idosos consideraram dever ser alterados, para haver uma melhoria dos cuidados de enfermagem que lhe eram dirigidos, inscrevem-se na dimensão relacional, isto é, enfermeiros mais humanos e carinhosos.

Em relação aos enfermeiros da subcultura estudada, as competências mencionadas encontram-se presentes no tema cultural "Os idosos precisam de carinho e atenção".

Curiosamente BERGER;MAILLOUX-POIRIER (1995:27) apontam múltiplos papéis que o enfermeiro pode ter que assumir na sua relação com o doente idoso, nomeadamente professor, informador, conselheiro, figura de suporte, figura parental, agente de relações públicas, motivador, de entre muitos outros papéis. As

competências anteriormente mencionadas parecem poder ajustar-se a todos os possíveis papéis do enfermeiro.

No entanto, é preciso estar consciente que os cuidados aos idosos podem ser prejudicados por atitudes dos enfermeiros relacionadas com os mitos e estereótipos sobre a velhice.

ALMEIDA (1998:103) refere que os enfermeiros do seu estudo mantêm em relação aos idosos, crenças e estereótipos ligados à dependência, à inactividade e ao isolamento, o que foi igualmente observado no estudo de MIRANDA;. MIRANDA (1998:25).

Ainda em relação ao estudo de ALMEIDA (1998:103), a autora aponta como atitudes negativas observadas nos enfermeiros a infantilização, relacionada quer com a linguagem utilizada pelo enfermeiro quer na imposição de cuidados. Por outro lado, as atitudes positivas observadas, referem-se a manifestações de carinho, respeito pela privacidade e pelas preferências dos doentes. Também no presente estudo se encontram os mesmos resultados. No entanto, as expressões que os enfermeiros utilizam com o idoso e que o infantilizam, e que podem prejudicar a relação entre ambos, são justificadas pelo carinho que os enfermeiros sentem pelo idoso e pelo desejo de lhe transmitir ânimo, como se observa no seguinte comentário:

> "Gosto de lhes chamar «meus meninos»... porque gosto deles, p'ra eles saberem... e olhe que nunca ninguém ficou zangado comigo. Eles ficam mais animados, coitados..."

Na opinião de TREMBLAY; COUTU-WAKULCZYK (1996:43), a adopção de atitudes negativas pelo enfermeiro, provoca um aumento dos problemas cognitivos do idoso e traduzem-se pala perda de controle de si próprio. Pelo contrário, as atitudes positivas, nomeadamente o respeito, a reciprocidade e a confiança, retardam o

processo de deterioração das funções cognitivas e ajudam o idoso a manter a sua autonomia funcional.

De acordo com HIRSCH (1999:72-73) a desvalorização e a desqualificação do idoso prejudicam a relação do profissional com o idoso. Contrariar esta situação exige que o profissional se implique e passe a ter atitudes humanas de consideração pelo doente, de forma a evitar a banalização, de forma a aprofundar o significado dos actos de humanidade. Este autor realça que a ética orientará as acções dos profissionais para a necessidade do "não abandono", "da não indiferença" e do "respeito" pelo outro.

É preciso não esquecer que o Cuidar, como salienta JACQUEMIN; ZAOUI (1999:80), «não é um objectivo absoluto e imediato. É um caminho a percorrer passo a passo. É um olhar a sustentar, uma relação de qualidade a estabelecer, uma presença a intensificar, uma capacidade de compaixão a desenvolver».

5 – CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

Fazer etnografia traduz-se por um longo período de trabalho descritivo e reflexivo. O investigador partilha a vida do grupo que estuda e aprende com ele o sistema de significados que as pessoas utilizam para organizar o seu comportamento.

Os dados obtidos representam o que os informantes disseram, fizeram e o que foi interpretado e organizado pelo investigador.

Neste estudo, os enfermeiros organizam os seus comportamentos inerentes ao Cuidar o idoso, em volta de dois temas culturais que possibilitam identificar e descrever as características gerais desta subcultura. Os temas **"OS IDOSOS PRECISAM DE CARINHO E ATENÇÃO"** e **"NÃO TEMOS TEMPO PARA DEDICAR AOS IDOSOS",** polarizam as acções dos enfermeiros em dois extremos. O primeiro para a dimensão humana dos cuidados, o segundo para a sua dimensão técnica, o que traduz uma contradição cultural.

Os enfermeiros valorizam os cuidados ao idoso da vertente relacional, baseados na comunicação e na ajuda que ela pode proporcionar. No entanto, as condições organizacionais relacionadas com a carência de enfermeiros, com a sobrecarga de trabalho e com a necessidade de ter que adoptar o método de trabalho por "tarefa", entravam essa intenção e determinam que os cuidados prestados se centrem na tarefa e não no idoso a quem a tarefa se destina. A consequente despersonalização dos cuidados ameaça o equilíbrio do idoso e provoca insatisfação nos enfermeiros que desejam ver rapidamente modificada esta situação. Os enfermeiros querem Cuidar o idoso com humanidade e reconhecem que é essa a sua mais importante missão.

Os resultados deste estudo podem ter algumas implicações não só para os Serviços onde os cuidados aos doentes idosos têm lugar, mas também para as Escolas de Enfermagem, bem como para a Investigação em Enfermagem.

Para os Serviços

Os resultados mostram que as condições organizacionais têm um peso importante na qualidade dos cuidados prestados. Fica evidente a necessidade de dotar os Serviços com o número adequado de enfermeiros, tendo em linha de conta a especificidade do doente idoso. O seu grau de dependência, o seu próprio ritmo, as condições físicas do Serviço, de entre outros aspectos, devem ser equacionados, assim como o método de trabalho e algumas normas que não beneficiam a recuperação do doente idoso.

Em relação à formação em serviço, os resultados deste estudo poderão servir de orientação a temáticas que os enfermeiros considerem necessárias ver desenvolvidas, baseadas na sua própria realidade.

Para as Escolas

Os resultados deste estudo sugerem que a preparação dos futuros enfermeiros na área da Gerontologia deva ser mantida ou mesmo incrementada. Deve ser dada valorização à preparação dos estudantes sobre os comportamentos de ajuda ao doente idoso.

A criação de uma pós-graduação na área de Enfermagem Gerontológica torna-se uma necessidade. É preciso desenvolver ou adquirir novas competências no Cuidar o idoso, que torne mais pertinente a intervenção do enfermeiro, não só na sua própria equipe de trabalho, mas eventualmente no papel de consultor em diferentes níveis do sistema de cuidados hospitalar ou comunitário.

Para a Investigação

Este estudo é mais um contributo na explicitação do significado do Cuidar o idoso.

Apesar de cada estudo etnográfico não se poder "reproduzir", estes resultados podem orientar outros estudos, nomeadamente na pesquisa de outras contradições culturais existentes.

Torna-se cada vez mais pertinente potenciar esta e outras pesquisas em projectos mais alargados, centrados não só a nível hospitalar, como comunitário e nas escolas, numa tentativa de não só aprofundar esta temática, mas de obter resultados passíveis de influenciar a política de saúde do país, com privilégio para a pessoa idosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAM, Evelyn – *Être Infirmière*, 3ª ed., Éditions Étude Vivant, 1991. 115 p.

ALMEIDA, Maria de Lurdes F. de – *Crenças e Estereótipos no Envelhecimento Humano: Implicações na Prática de Cuidados de Enfermagem*, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, 1998. 117 p.

ALMEIDA, Maria de Lurdes F. de – Cuidar o Idoso: Revelações da Prática de Enfermagem. In COSTA, Maria Arminda et al – *O Idoso – Problemas e Realidades,* Parte V, (p.63-92), Coimbra, FORMASAU – Formação e Saúde Lda., 1999. 179 p.

BASTO, M. Lima – *Da Intenção de Mudar à Mudança: Um caso de intervenção num grupo de enfermeiras,* Lisboa, Editora Rei dos Livros, 1998. 203 p.

BECKINGHAM, Ann; DUGAS, Beverly W. – *Promoting Healthy Aging: A Nursing and Community Perspective*, Mosby, 1993. 474 p.

BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle – *Pessoas Idosas – uma abordagem global*, Lisboa, Lusodidacta, 1995. 594 p.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. – *Investigação Qualitativa em Educação : Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Colecção Ciências da Educação, Porto, Porto Editora Lda., 1994. 335 p.

BOTTORFF, Joan; VARCOE, Colleen – Transitions in Nurse-Patient Interactions: A Qualitative Ethology, *Qualitative Health Research*, vol. 5 (3), August, 1995, p. 315-331.

CABETE, Dulce G. – O impacto do internamento no idoso, *Nursing: Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, Lisboa, ano 12 (136), Setembro, 1999, p.33-37.

CARIS-VERHALEN, Wilma et al – The role of communication in nursing care for elderly people: a review of the literature, *Journal of Advanced Nursing*, 25 (2), May, 1997, p. 915-933.

COLLIÈRE, Marie- Françoise – *Promover a vida*, Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. 385 p.

CORDEIRO, Maria Paula A.A. – Avaliação da Saúde em Gerontologia. In COSTA, Maria Arminda et al – *O Idoso – Problemas e Realidades,* Parte IV, (p.51-62), Coimbra, FORMASAU – Formação e Saúde Lda., 1999. 179 p.

COSTA, Maria Arminda – *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados*, Lisboa, Fim de Século edições, Lda,1998. 159 p.

DAVIES, Patrick – Comunicação não verbal com doentes, *Nursing: Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, Lisboa, ano 8 (87), Abril, 1995, p.22-25.

ERMIDA, José G. – Processo de Envelhecimento. In COSTA, Maria Arminda et al – *O Idoso – Problemas e Realidades,* Parte III, (p.41-50), Coimbra, FORMASAU – Formação e Saúde Lda., 1999. 179 p.

FAYN, Marie-Georges – *Humaniser les Soins*, Paris, ESF éditeur, 1995. 157 p.

FORTIN, Jacqueline – Considérations éthiques reliées aux soins des personnes âgées. In LAUZON, Sylvie; ADAM, Evelyn – *La Personne âgée et ses besoins: interventions infirmières,* Cap. 20, (p.761-780), Paris, Editions Seli Arslan, 1996. 867 p.

FRENCH, Susan – Changing Issues in Gerontological Nursing. In BECKINGHAM, Ann; DUGAS, Beverly W. – *Promoting Healthy Aging: A Nursing and Community Perspective*, Cap. 16, (p. 407-443), Mosby, 1993. 474 p.

GERMAIN, Carol P. – Ethnography: The Method. In MUNHALL, Patricia L.; BOYD, Carolyn Oiler – *Nursing Research : A Qualitative Perspective*, Cap. 8 (p. 237-268), 2ª ed., New York, National League for Nursing Press, 1993. 504 p.

GIGER, J.N.; DAVIDHIZAR, R.E. – *Transcultural Nursing: Assessment and Intervention*, 2ª ed., St. Louis, Mosby, 1995. 621 p.

GOMES, Idalina D. – O enfermeiro e a comunicação com o idoso – uma experiência vivida, *Geriatria - A Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, Lisboa, 11(101), Dezembro, 1998, p. 23-30.

GRANDE, Nuno – Linhas mestras para uma política nacional da terceira idade, *Geriatria – A Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, Lisboa, 7 (68), Outubro, 1994, p. 6-10.

GUIMARÃES, Paula – O estatuto dos idosos no direito português ou o fim do idoso crepuscular, *Geriatria - A Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, Lisboa, 11 (101), Janeiro, 1998, p. 11-20.

GUIMARÃES, Paula – Idosos sem poder ? A urgência de uma mudança de atitude, *Revista Servir*, Lisboa, vol. 47 (2), Março/Abril, 1999, p. 67-70.

HELMAN, Cecil – *Culture, Health and Illness*, 3ª ed., Oxford, Butterworth-Heinemann, 1994. 446 p.

HESBEEN, Walter – *Prendre Soin à l' Hôpital : Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, InterEditions Masson, 1997. 195 p.

HIRSCH, Emmanuel – Partager nos devoirs d'humanité, *Gérontologie et société*, Paris, nº 90, Septembre, 1999, p. 69-81.

HOLLOWAY, Immy; WHEELER, Stephanie – *Qualitative Research for Nurses*, Oxford, Blackwell Science, 1996. 214 p.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Gerações mais idosas: 1999*, Lisboa, Instituto Nacional de Estatística, nº 83, 1999. 82 p.

JACQUEMIN, Nicole; ZAOUI, Eric – Le personnel soignant: Qu'en est-il de l'apprentissage de la relation d'aide?, *Gérontologie et société*, Paris, nº 89, Juin, 1999, p. 77-83.

JEAN, O. Saint; SOMME, Dominique – Âge et restriction d'accès aux soins, *Gérontologie et société*, Paris, nº 90, Septembre, 1999, p. 109-119.

KÉROUAC, Suzanne et al – *La Pensée Infirmière: conceptions et stratégies*, Québec, Éditions Étude Vivant, 1994. 162 p.

LALANDA, Piedade – A interacção enfermeiro-doente: uma abordagem bioantropológica, *Nursing: Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, Lisboa, ano 8 (88), Maio, 1995, p.28-32.

LAUZON, Sylvie; ADAM, Evelyn – *La Personne âgée et ses besoins: interventions infirmières*, Paris, Editions Seli Arslan, 1996. 867 p.

LEININGER, Madeleine M. – *Qualitative Research Methods in Nursing*, Orlando, Grune & Stratton, 1985. 361 p.

LEININGER, Madeleine M. – *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practices*, 2ª ed., New York, McGraw-Hill, 1995. 727 p.

LOURENÇO, Maria José et al – Enfermagem geriátrica e medicina interna, *Geriatria - A Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, Lisboa, 8 (77), Setembro, 1995, p. 28; 31-33.

MELO, Ana C. P. de – *A Competência do Enfermeiro no Cuidar do Idoso: Opinião dos Idosos e dos Enfermeiros*, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 1998. 311 p.

MILLION-LAJOINIE, Marie-Madeleine – *Sciences Humaines et Soins Infirmiers: Interaction soignant / soigné*, Paris, Éditons Lamarre, 1994. 109 p.

MIRANDA, José; MIRANDA, Laurinda – As representações que o enfermeiro tem do idoso, *Sinais Vitais*, nº 19, Julho, 1998, p. 21-25.

MORAGA, Manuel – La Construcción de Nuestro Futuro: Innovación, Creatividad Y Competencias en la Práctica Cotidiana, *Revista ROL de Enfermería*, 22 (12), Diciembre,1999, p. 845-847.

MORAGA, Manuel – Donner des soins restructurants à la personne âgée, *Soins Gérontologie*, nº 21, Janvier/Février, 2000, p. 30-33.

MUNHALL, P. L.; OILER, C. J. – *Nursing Research : A Qualitative Perspective*, Norwalk, Connecticut, Appleton Century-Crofts, 1986. 288 p.

MUNHALL, Patricia L.; BOYD, Carolyn Oiler – *Nursing Research : A Qualitative Perspective*, 2ª ed., New York, National League for Nursing Press, 1993. 504 p.

PATTON, Michael Q. – *Qualitative Evaluation and Research Methods*, 2ª ed., Newbury Park, Sage Publications, 1990. 532 p.

PERRY, Joanne; ERICKSEN, Janet – Legal and Ethical Issues. In BECKINGHAM, Ann; DUGAS, Beverly W. – *Promoting Healthy Aging: A Nursing and Community Perspective*, Cap. 13, (p.353-368), Mosby, 1993. 474 p.

PERSONNE, Michel – *Soigner les personnes âgées à l'hôpital: La formation à la relation d'aide*, Toulouse, Editions Privat, 1991. 239 p.

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*, 3ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1995. 391 p.

RIBEIRO, Lisete F. – *Cuidar e Tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento socio-moral*, Lisboa, EDUCA e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1995. 109 p.

RICE, Virginia et al – Ethical issues relative to autonomy and personal control in independent and cognitively impaired elders, *Nursing Outlook*, 45 (1), January/February, 1997, p. 27-34.

SAGEHOMME, D. – *Por um Trabalho Melhor: Guia de análise das condições de trabalho em meio hospitalar,* Coimbra, FORMASAU-Formação e Saúde Lda., 1997. 110 p.

SILVA, Augusto S.; PINTO, José M. – *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto, Edições Afrontamento, 1986. 318 p.

SMITH, Margaret; SULLIVAN, Jean – Nurses' and Patients' Perceptions of Most Important Caring Behaviours in a Long Term Care Setting, *Geriatric Nursing*, vol. 18 (2), March/April, 1997, p. 70-73.

SOLDEVILLA AGREDA, José J. – Passado, Presente e Futuro da Enfermagem Gerontológica. In COSTA, Maria Arminda et al – *O Idoso – Problemas e Realidades,* Parte II, (p.23-39), Coimbra, FORMASAU – Formação e Saúde Lda., 1999. 179 p.

SPRADLEY, James P. – *The etnographic interview*, New York, Holt Rinehart and Winston, 1979. 243 p.

SPRADLEY, James P. – *Participant Observation*, New York, Holt Rinehart and Winston, 1980. 195 p.

SWANSON, Kristen M. – Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring, *Nursing Research*, vol. 40 (3), May/June, 1991, p. 161-166.

TREMBLAY, Suzanne; COUTU-WAKULCZYK, Ginette – Formation de Base et Attitudes envers les Personnes Âgées, *L'Infirmière Canadienne*, vol. 92 (5) Mai, 1996, p. 42-46.

VASCONCELOS, Teresa. M. S. de – Onde pensas tu que vais? Senta-te! – Etnografia como experiência transformadora, *Educação, Sociedade & Culturas: Revista da*

Associação de Sociologia e Antropologia da Educação, Porto, Edições Afrontamento, Lda., nº 6, Dezembro, 1996, p. 23-46.

WATERS, Karen – Getting dressed in the early morning: styles of staff/patient interaction on rehabilitation hospital wards for elderly people, *Journal of Advanced Nursing*, 19 (2), February, 1994, p. 239-248.

WATSON, Jean – *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*, Colorado, University Press of Colorado, 1985. 321 p.

WATT, Susan – Adjustments and Losses. In BECKINGHAM, Ann; DUGAS, Beverly W. – *Promoting Healthy Aging: A Nursing and Community Perspective*, Cap. 12, (p. 332-350), Mosby, 1993. 474 p.

ANEXOS

ANEXO 1 – 3.3 – CONTEXTO DA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

3.3 - CONTEXTO DA REALIZAÇÃO DO ESTUDO (Continuação da p. 73)

Este estudo foi realizado no Serviço de Medicina de um Hospital Distrital da Região da Grande Lisboa.

A descrição sumária do Hospital e do Serviço são apresentadas em seguida. É feita também referência è equipa de enfermagem do Serviço, ao método de trabalho utilizado e feita a descrição de um dia "tipo" no Serviço.

❖ Localização e Características do Hospital

Trata-se de um Hospital cuja construção tem aproximadamente meio século. A sua lotação é de 191 camas.

Localizado junto do centro de uma vila, insere-se numa área de grande densidade de construções em grande parte destinadas à habitação. Um Jardim Infantil e Escola Primária, vários cafés e restaurantes, os Correios, situam-se perto do Hospital, assim como algumas lojas (de vestuário e de loiças), os Serviços Municipalizados e as Finanças.

O edifício cujas paredes se encontram pintadas de branco e cinzento, tem a forma aproximada de um rectângulo ocupando a metade de um quarteirão. Três ruas, uma delas arborizada, contornam o edifício e as suas bermas são utilizadas como local de estacionamento, quer para os funcionários do Hospital, quer para utentes e visitas, quer ainda para os moradores daquela zona. Os funcionários podem ainda utilizar como estacionamento, uma zona de terreno baldio não vigiada cedida ao Hospital pelos Correios, mas que se torna insuficiente sobretudo durante o turno da manhã.

Esta zona da vila é muito movimentada especialmente durante a manhã, o que dificulta o acesso dos utentes ao Hospital, nomeadamente se o seu transporte é feito

de ambulância ou de carro. De salientar que a zona residencial e a área arborizada dão uma imagem agradável de cor na paisagem aonde o Hospital se insere.

O edifício que denota já a passagem dos anos, apesar de algum cuidado na sua conservação, é constituído por cave, rés-do-chão, primeiro, segundo, terceiro e quarto andar.

Na cave localizam-se os Serviços de Aprovisionamento, Cozinha, Lavandaria, Costura e Quartos para os médicos de urgência.

No rés-do-chão situam-se os Serviços de Urgência – Geral e Pediátrica, Laboratório de Análises de urgência, Radiologia, Departamento de Fisiatria, Tesouraria, Bar/Refeitório, Biblioteca e Bazar.

No primeiro andar localizam-se o Serviço de Cirúrgia Geral, Bloco Operatório e Recobro, Unidade de Cuidados Médico-Cirúrgicos (encerrada a partir do início de Agosto de 1999) e Serviço de Pediatria.

No segundo andar situam-se o Serviço de Medicina, o Gabinete de Atendimento e Apoio a doentes seropositivos a VIH, o Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia, o Serviço de Ginecologia e Obstetrícia e a Esterilização.

No terceiro andar encontram-se os Gabinetes dos elementos que constituem o Conselho de Administração do Hospital e respectivo secretariado, Gabinete da Directora do Departamento de Recursos Humanos, Secção de Pessoal, Farmácia, Unidade de Endoscopia e uma zona de Quartos Particulares que se encontra actualmente inactivada.

No quarto andar localizam-se o Serviço e Consulta de Cardiologia e Gabinete de Exames de Cardiologia.

Adjacente ao Hospital e com entrada própria, está construído um pequeno pavilhão onde se localizam o Serviço de Consultas Externas, o Laboratório de Análises e o de

Anatomia Patológica, o Serviço de Sangue, o Serviço de Instalação e Equipamentos e o Arquivo.

Localizado noutro edifício que se encontra junto ao quarteirão a que o Hospital pertence, situa-se a Contabilidade, o Departamento de Secção de Compras e o Gabinete do responsável do Aprovisionamento.

Em edifício próprio e situado a cerca de 500 metros do Hospital, do qual depende, localiza-se a Unidade de Oncologia Médica, funcionando como Hospital de Dia.

Nesta descrição sumária dos diferentes recursos da Instituição é notória a grande dispersão dos Serviços, consequência das necessidades de crescimento do Hospital que a estrutura física de base não conseguiu acompanhar. Decorrente desta situação, os profissionais vêem-se obrigados a ausentarem-se durante mais tempo do seu local de habitual de trabalho, quando têm que recorrer aos Serviços de Apoio localizados externamente ao Hospital.

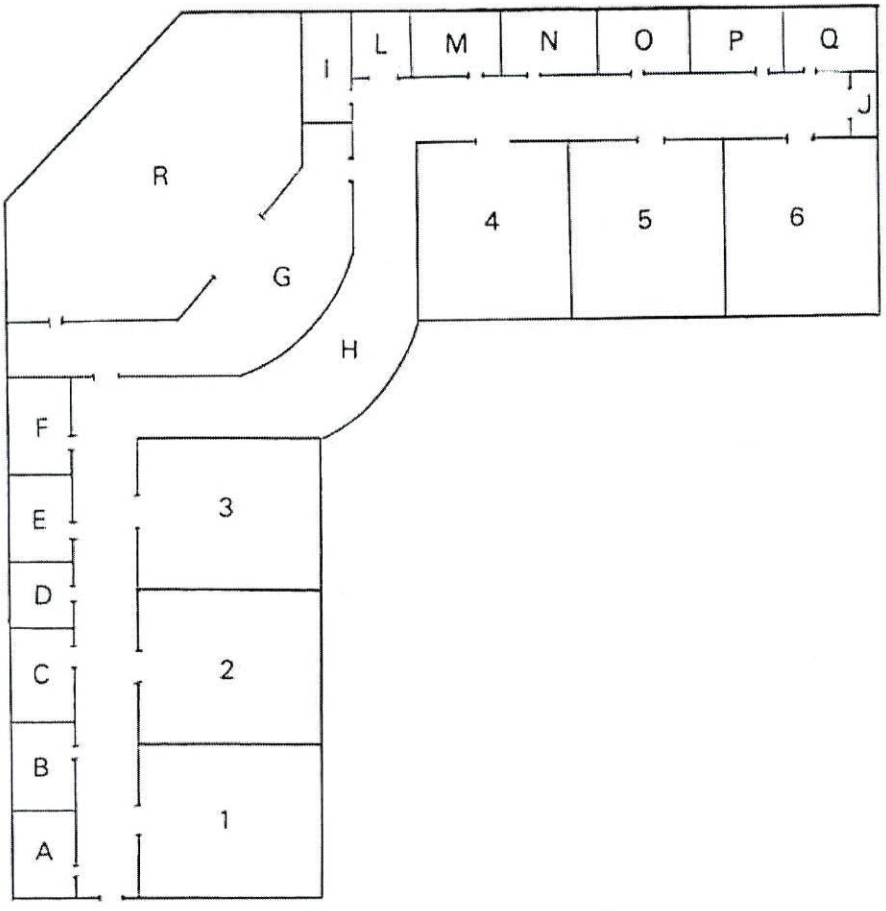
- **Descrição do Serviço**

O Serviço de Medicina, onde foi realizada a colheita de dados, tem a lotação de 48 camas. Deste número, quatro são designadas por Extra: A, B, C e D, ocupadas por doentes que necessitam de realizar exames auxiliares de diagnóstico ou tratamentos que exigem internamentos de curta duração. As camas numeradas de 1 a 22 e as designadas por Extra B e C são ocupadas por doentes do sexo feminino; enquanto as camas numeradas de 23 a 44 e as designadas por Extra A e D são ocupadas por doentes do sexo masculino.

A maioria dos doentes internados neste Serviço são idosos e o seu grau de dependência é habitualmente elevado. As causas de internamento são variadas,

predominando as situações de Acidente Vascular Cerebral, Infecção Respiratória e Diabetes descompensada.

Apresenta-se em seguida o esquema do Serviço onde foi realizado o estudo (Figura 13).



1, 2, 3 – Enfermarias de mulheres
4, 5, 6 - Enfermarias de homens
A – Gabinete de Atendimento e Apoio a doentes seropositivos a VIH
B - Gabinete das Secretárias Administrativas
C – Casa de banho das doentes
D - Casa de banho do pessoal
E – Gabinete
F – Zona de sujos
G – Sala de trabalho
H – Hall
I – Vestiários femininos
J, L – Elevadores
M – Gabinete da enfermeira chefe
N – Gabinete do director do Serviço
O - Casa de banho dos doentes
P – Vestiários masculinos
Q – Copa
R – Sala de apoio

Figura 13 – Planta do Serviço onde foi realizado o estudo

Após a entrada no Serviço e localizado no lado esquerdo, fica o Gabinete de Atendimento e Apoio a doentes seropositivos a VIH (A), que apenas funciona durante o turno da manhã. A área de acesso a este Gabinete fica separada da zona de internamento por uma porta que se encontra habitualmente fechada.

O Serviço tem um corredor central, situando-se à esquerda o Gabinete das duas Secretárias Administrativas (B) e a casa de banho das doentes (C) constituída por dois lavatórios, dois sanitários e dois chuveiros. A dimensão da área destinada aos sanitários é insuficiente quando as doentes necessitam permanecer nas cadeiras higiénicas. Segue-se a casa de banho do pessoal (D) constituída por lavatório, sanitário e poliban, um gabinete (E) utilizado como local de arrumação de material e a zona de sujos (F), onde falta uma máquina de lavagem e desinfecção de arrastadeiras, urinóis e bacias, já pedida há bastante tempo pela enfermeira chefe.

Do lado direito do corredor, localizam-se as salas 1, 2 e 3, que correspondem às enfermarias de senhoras.

Cada enfermaria tem oito camas, quatro de cada lado da sala, metade das quais com grades. Faz parte da unidade da doente uma mesa de cabeceira, uma mesa de refeições e uma cadeira, colocadas habitualmente aos pés da cama, uma campainha e um candeeiro individual. A separar a unidade de cada doente existem cortinas, que normalmente permanecem abertas junto à parede.

Existem três ou quatro rampas de Oxigénio e de Vácuo por enfermaria, o que se torna por vezes insuficiente face às necessidades das doentes. O pedido para o aumento do seu número ainda não foi satisfeito.

De cada enfermaria faz parte uma mesa central, utilizada durante as refeições pelas doentes que se podem levantar, um lavatório e duas bancadas laterais, com os respectivos armários, utilizados para arrumação de material, como por exemplo

bacias. Por vezes são também utilizados para guardar objectos das doentes uma vez que não existem armários individuais onde as doentes possam guardar os seus pertences.

As três janelas a toda largura da parede oposta à porta, localizadas por cima do lavatório e das bancadas, permitem uma boa iluminação natural e dão às enfermarias um ambiente claro, o que é reforçado pelas paredes pintadas de branco.

O espaço entre as camas é exíguo, o que dificulta muitas vezes os cuidados às doentes, nomeadamente durante o período dos cuidados de higiene ou quando as doentes são mobilizadas. Esta situação agrava-se nas salas 1 e 3, onde se localizam as camas Extra B e C respectivamente, que se encontram numa posição oblíqua. Por falta de espaço estas camas não têm a cabeceira encostada à parede, o que dificulta a circulação de doentes e profissionais.

A parte final do corredor permite o acesso em frente à sala de trabalho dos enfermeiros (G) e à direita ao hall (H) que comunica com o corredor das enfermarias dos homens. Este hall permite o acesso ao piso superior (unicamente para a Farmácia) e ao inferior (Serviço de Cirúrgia), através de escadas. Nele existe uma mesa oval, encostada a uma porta envidraçada que comunica com a sala de trabalho, e várias cadeiras. Numa das paredes existe uma cabine telefónica que funciona com "cartão". O hall é utilizado pelos doentes, principalmente homens, como espaço de convívio e local para fumar.

Seguindo em direcção ao segundo corredor, à esquerda localiza-se uma primeira porta que dá acesso à sala de trabalho (G) e uma segunda porta que dá acesso ao vestiário (I) das enfermeiras e auxiliares de acção médica. Perpendicularmente a estas portas situa-se o corredor, que termina num elevador (J) que apenas dá acesso à cave.

À direita situam-se as salas 4, 5 e 6, que correspondem às enfermarias dos homens.

À esquerda localiza-se um elevador (L) que permite o acesso à Farmácia, Serviço de Cirúrgia e ao rés-do-chão. Segue-se o gabinete da enfermeira chefe (M), o gabinete do director do Serviço (N), a casa de banho dos doentes (O) que se assemelha à das senhoras, o vestiário (P) utilizado pelos enfermeiros, médicos e o auxiliar de acção médica e a copa (Q).

As enfermarias do sector dos homens são semelhantes às descritas anteriormente. As camas designadas por Extra D e A situam-se nas salas 4 e 6 respectivamente.

A sala 6 é habitualmente ocupada com doentes com HIV/SIDA, embora doentes com esta patologia possam encontrar-se noutras salas, e doentes com outro tipo de situação possam ficar internados na sala 6. São os doentes desta sala que com mais frequência utilizam o hall.

A sala de trabalho permite o acesso ao corredor do sector de mulheres, ao corredor do sector dos homens e à sala de apoio (R) através de duas portas. A sala de trabalho tem uma zona mais ampla situada junto à porta de maiores dimensões da sala de apoio, e uma área mais estreita junto da porta do corredor do sector de mulheres. Esta zona termina numa janela, a única que fornece luz natural a esta sala, sob a qual existe um lava-loiças, utilizado simultaneamente para a descontaminação do material e lavagem das mãos. Já foi pedida a separação destas duas áreas. Junto desta zona existe uma porta mais estreita que também dá acesso à sala de apoio.

O material diverso de consumo, material esterilizado, soros, stock de medicamentos, solutos e roupa, encontra-se arrumado em vários armários e estantes encostados à parede de forma funcional. O Serviço tem material em quantidade suficiente à excepção da roupa. O frigorífico e o carro de urgência encontram-se também na sala de trabalho. Dois carros de terapêutica – um para cada sector, estão colocados nesta

sala, ficando relativamente perto da porta do sector onde são utilizados. É utilizado o sistema Unidose na administração de terapêutica.

A sala de apoio é ampla e tem três janelas de grandes dimensões, que a iluminam de forma bastante intensa. Em frente à porta encontra-se uma mesa rectangular (de 2,5m/1m), utilizada como mesa de trabalho pelos enfermeiros. Várias cadeiras encontram-se em seu redor. É utilizada para os enfermeiros escreverem os registos de enfermagem e fazerem as alterações de terapêutica. É junto dela que se reunem para a passagem dos diferentes turnos e durante as pausas de trabalho. Numa das paredes junto a esta mesa encontra-se o quadro colectivo dos doentes, e na parede contínua a estante onde são arrumados os processos dos doentes e os exames auxiliares de diagnóstico. Os processos das doentes tem capa verde clara e os dos doentes são azuis escuros. Sobre esta estante encontram-se várias gavetas com impressos diversos e o cofre de estupefacientes.

Uma outra mesa (formada pela junção de quatro mesas) situa-se no lado direito da sala, e é sobretudo utilizada pela equipa médica nos registos e consulta dos processos.

Existem dois placards na parede colocados um à direita do quadro colectivo de doentes e outro à esquerda da porta principal, onde são afixadas informações de interesse para a equipa de enfermagem e médica respectivamente.

Nesta sala existem dois telefones que são utilizados pelos vários profissionais do Serviço. Um deles permite transferir as chamadas para um telefone portátil que é utilizado para os doentes.

Alguns cacifos (utilizados pelos médicos), vários armários e alguns cadeirões encontram-se encostados à parede. Existe também uma televisão (aquisição recente do Serviço) e uma máquina de café (que nunca vi ser utilizada).

Por vezes, os enfermeiros e os auxiliares de acção médica tomam as suas refeições nesta sala, especialmente no turno da tarde, é também utilizada nos momentos de pausa.

O Serviço encontra-se em razoável estado de conservação. Nota-se preocupação em mantê-lo sempre limpo e arrumado, o que por vezes é difícil de conseguir no hall e na sala 6.

❖ A Equipa de Enfermagem

No início do estudo, em meados de Maio de 1999, a equipa de enfermagem era constituída por uma enfermeira chefe, com a Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica; uma enfermeira especialista, com a Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, e que coadjuva a enfermeira chefe na gestão do Serviço, e dezanove enfermeiros (6 enfermeiros e 13 enfermeiras). Destes, dois são enfermeiros graduados, quatro de nível 1, dois estão ao abrigo da "lei 81-A", três a contrato de termo certo, um a contrato administrativo de provimento e sete em regime de horário acrescido. Os dezanove enfermeiros executam o mesmo tipo de funções independentemente da sua categoria.

As enfermeiras chefe e especialista têm horário de 42 horas. Dos dezanove enfermeiros, quatro têm horário de 42 horas, oito de 35 horas, dois de 30 horas e cinco de 19 horas.

As idades dos enfermeiros variam entre os 22 e os 58 anos.

Apenas dois enfermeiros se encontram há menos de 1 ano no Serviço. A maioria encontra-se entre 2 a 6 anos. A enfermeira mais antiga está há 23 anos no Serviço.

Uma das enfermeiras encontra-se formada há menos de um ano, quatro enfermeiras entre os 2 e os 4 anos, cinco entre os 6 e os 10 anos, e sete entre os 12 e os 36 anos.

Um pouco mais de metade do número de enfermeiros tem duplo emprego e alguns triplo emprego.

As trocas de turnos entre os enfermeiros são frequentes, solicitadas especialmente pelos enfermeiros que têm um outro emprego, e ficam habitualmente registadas em livro próprio que é arrumado na sala de apoio.

Segundo a enfermeira chefe, o número de enfermeiros do Serviço tem vindo a diminuir progressivamente ao longo dos últimos anos, ou porque saíram do Hospital ou porque foram destacados para a abertura de novos serviços.

No final do mês de Junho de 1999 saíram do Serviço dois enfermeiros que se encontravam a fazer o horário de 19 horas em regime de horário duplo. Em meados do mês de Julho de 1999, ausentaram-se do serviço temporariamente mais duas enfermeiras, uma por licença de parto e a segunda por atestado médico devido a acidente em serviço. Esta situação exigiu a realização de turnos extraordinários pelos enfermeiros do Serviço com alguma frequência.

A falta de enfermeiros no Hospital e especialmente neste Serviço, levou ao encerramento da Unidade de Cuidados Médico-Cirúrgicos do Hospital no final do mês de Julho de 1999. Os enfermeiros desta Unidade foram distribuídos pelos Serviços de Medicina, de Cirúrgia Geral e de Urgência.

O Serviço de Medicina recebeu quatro enfermeiros, a que se juntaram mais quatro contratados pelo Hospital em regime de horário acrescido.

Para além da gestão do Serviço de Medicina, a enfermeira chefe tem a seu cargo a gestão do Gabinete de Atendimento e Apoio a doentes seropositivos a VIH (com 1 enfermeira), a Unidade de Endoscopia (com 1 enfermeira) e a Unidade de Oncologia

Médica (com 3 enfermeiras). As duas primeiras são substituídas por enfermeiras do Serviço de Medicina durante o período de férias. Esporadicamente, em situações inesperadas de falta de pessoal no Serviço de Medicina, uma das enfermeiras da Unidade de Oncologia Médica é destacada para ajudar.

❖ O Sistema de Trabalho

O sistema de trabalho planeado é o método individual. A distribuição dos enfermeiros pelos doentes em cada turno, é feita por escrito e semanalmente pela enfermeira chefe, embora possam ser feitos acertos pontuais. O mapa desta distribuição está colocado num dossier, onde também se encontra o horário mensal dos enfermeiros. Este dossier é arrumado na sala de apoio.

No turno da manhã (das 8 às 16 horas) ficam quatro enfermeiros, dois enfermeiros para cada sector. Está planeado que cada enfermeiro fique responsável pela prestação de cuidados totais a metade do número de doentes desse sector. Na prática, os dois enfermeiros ficam responsáveis pelos 24 doentes. As enfermeiras chefe e especialista não estão incluídas neste número, embora esporadicamente possam ajudar, sobretudo a enfermeira especialista quando ambas se encontram no Serviço. Esta última conta como quarto elemento na falta de algum enfermeiro.

As auxiliares de acção médica colaboram nos cuidados de higiene, na mobilização e na alimentação dos doentes.

No turno da tarde (das 16 às 23 horas) ficam três enfermeiros. Está planeado cada enfermeiro ficar responsável pelos doentes de duas salas, havendo um que fica responsável pelos doentes da última sala de mulheres e da primeira dos homens. No entanto, os enfermeiros consideram pouco prática esta distribuição que os obriga a momentos de espera, no que diz respeito ao carro de terapêutica e à colaboração

necessária na mobilização dos doentes dependentes. Por este motivo, fica um enfermeiro responsável pelos doentes de cada sector e pela respectiva administração de terapêutica. A mudança de posição dos doentes, os cuidados de conforto e a substituição das fraldas aos doentes incontinentes – o que os enfermeiros designam pela "volta" , de ambos os sectores, ficam a cargo do terceiro enfermeiro que conta com a ajuda das auxiliares de acção médica.

A partir de Julho de 1999, face à carência de enfermeiros, o turno da tarde passa a ser feito apenas por dois enfermeiros, havendo o reforço de mais um auxiliar de acção médica. É este último grupo profissional que passa a ficar responsável pela "volta" dos doentes.

O turno da noite (das 23 às 8 horas) é feito por dois enfermeiros, ficando cada um responsável pelos doentes de cada sector. As auxiliares de acção médica ficam responsáveis pela mudança de posição dos doentes dependentes, substituição das fraldas dos doentes incontinentes e recolha de urina para análise tipo II.

Com o objectivo de melhorar a qualidade do trabalho realizado pelas auxiliares de acção médica deste Serviço, todos os elementos deste grupo profissional frequentaram um curso de actualização, da iniciativa da enfermeira chefe, de Abril a Julho de 1999.

O número de enfermeiros a trabalhar em cada turno é deveras insuficiente face às necessidades dos doentes, decorrentes do seu elevado grau de dependência, o que inviabiliza seguir o método de trabalho planeado. De salientar que o Serviço já contou, muito antes do início deste estudo, com 8 enfermeiros (4 em cada sector) no turno da manhã. Em consequência da falta de enfermeiros, estes adoptam o método de trabalho por "tarefa", que se revela eficaz no cumprimento das tarefas previstas para cada turno.

❖ Um Dia no Serviço

Às 8 horas é feita a passagem do turno da noite para o da manhã. Os enfermeiros reunem-se na sala de apoio e sentam-se junto da mesa – a "mesa dos enfermeiros" - que se situa em frente à porta principal. Existe normalmente um clima de "à vontade". Habitualmente são passadas em primeiro lugar as ocorrências do sector de mulheres. Este hábito é alterado, por exemplo, quando o enfermeiro que se encontra no sector de homens verbaliza a sua necessidade de sair mais cedo.

Os enfermeiros que fizeram o turno da noite relatam o que se passou com cada um dos doentes, guiando-se pelas informações que reuniram numa folha de apoio, designada por "folha de ocorrências", que começaram a usar quando receberam o turno às 23 horas do dia anterior. Com frequência os enfermeiros imprimem um tom de voz mais alegre ou mais "pesaroso" a esse relato, de acordo com as melhoras ou com o agravamento da situação dos doentes.

Um dos enfermeiros responsável por cada sector, e que se encontra a fazer o turno da manhã, regista na sua "folha de ocorrências" as informações que considera pertinentes. Esta folha encontra-se policopiada em frente e verso. Encontra-se dividida em vários espaços possibilitando fazer o registo de: Cama, Diagnóstico, Ocorrências, Temperatura axilar, Drenagem Vesical, BM Teste e Tensão Arterial, de 24 doentes. Curiosamente a "folha de ocorrências" não tem nenhum espaço destinado ao nome do doente. No entanto, alguns enfermeiros costumam fazer esse registo num dos outros espaços.

O quadro colectivo de doentes serve também de apoio, quer a quem transmite quer a quem recebe as ocorrências. Este quadro está dividido em "Mulheres" e "Homens". Em qualquer destas divisões contém as seguintes informações:

Médico	Cama Nº Proc.	Data Intern.	Nome Idade	Exames, Consultas Altas	Cuidados Especiais	Dieta

Neste quadro não existe qualquer referência ao diagnóstico clínico do doente com o objectivo de o manter confidencial.

Durante a passagem do turno, frequentemente os enfermeiros comentam acontecimentos ocorridos com alguns doentes em turnos anteriores, propondo às vezes novas estratégias de intervenção. É também durante este período que a enfermeira chefe ou a enfermeira especialista informa os enfermeiros sobre assuntos relacionados com os doentes ou com o próprio Serviço.

Após a passagem do turno, um dos enfermeiros administra a terapêutica do pequeno almoço, enquanto o outro enfermeiro desse sector inicia os cuidados de higiene aos doentes com a colaboração das auxiliares de acção médica. Estas levam ao duche os doentes que podem fazer levante. Normalmente a porta da enfermaria permanece fechada durante este período. Quer os enfermeiros quer as auxiliares de acção médica, usam sempre luvas e avental de plástico quando procedem aos cuidados de higiene ou ao posicionamento dos doentes.

Quando o pequeno almoço é distribuído, os doentes que precisam de ajuda são alimentados pelas auxiliares de acção médica ou pelas enfermeiras. Após a administração de terapêutica, a enfermeira ajuda a sua colega nos cuidados de higiene e na realização de pensos, a maioria deles devido a úlceras de pressão. À quarta-feira são feitas as substituições das sondas naso-gástricas e das algálias (de curta duração) a todos os doentes.

O movimento no Serviço é intenso nesta parte da manhã, altura em que os doentes são também observados pelo médico. Os doentes idosos que se podem levantar permanecem habitualmente nas enfermarias. As portas, que são abertas após os

cuidados de higiene e os posicionamentos, permitem que os doentes acamados ou não, sigam com o olhar o movimento dos corredores.

Após os cuidados de higiene as enfermarias ficam com um aspecto limpo e arrumado. Segue-se um período de pausa, aproveitada para ir ao Bar. As enfermeiras dos dois sectores combinam entre si quem vai e quem fica. Quando regressam, as enfermeiras dirigem-se para a sala de apoio onde efectuam as alterações de terapêutica dos processos deixados abertos pelos médicos sobre a "mesa dos enfermeiros".

A sala de apoio é um local de bastante movimento durante a manhã. É utilizada pelos enfermeiros, médicos, auxiliares de acção médica, secretárias administrativas, técnicas da farmácia, assistente social, psicóloga, de entre muitos outros funcionários do Hospital.

As duas enfermeiras iniciam a administração de terapêutica por volta das 11,30 horas. É administrada simultaneamente a terapêutica prescrita para as 11 horas e almoço, devido à proximidade dos dois horários. Quando terminam, as enfermeiras dirigem-se à sala de apoio e iniciam os registos de enfermagem ou, de acordo com a combinação feita com as enfermeiras do outro sector, aproveitam para almoçar, terminando ou iniciando os registos de enfermagem quando regressam do refeitório.

As enfermeiras elaboram os registos dos doentes do seu sector de forma aleatória. Com frequência trocam entre si informações dos doentes e registam no diário de enfermagem a observação feita ou os cuidados prestados pela colega. As notas de evolução dos doentes, o registo dos sinais vitais, do volume de urina, do BMTeste, da glicosúria e da acetoanúria são efectuados em cada turno. Apesar de existir um instrumento de colheita de dados orientado de acordo com as necessidades humanas básicas, ele não é preenchido quando o doente é admitido devido à falta de tempo.

O almoço dos doentes costuma ser distribuído a partir das 12,30 horas. Os doentes dependentes são ajudados pelas auxiliares de acção médica, por "voluntárias" e pontualmente pelas enfermeiras.

Cerca das 14,30 horas uma das enfermeiras começa a administrar a terapêutica das 15 horas, enquanto a sua colega inicia a "volta" com a colaboração das auxiliares de acção médica. Como anteriormente, usam luvas e avental. Os doentes que fizeram levante são deitados e os doentes acamados mudados de posição. São feitas as substituições de fraldas necessárias. Estas actividades terminam habitualmente por volta das 15 – 15,30 horas.

As enfermeiras dirigem-se novamente para a sala de apoio. Terminam os registos de enfermagem, nomeadamente o registo dos volumes de urina dos doentes que têm medição de diurese. Este período é utilizado como momento de pausa, para fumar ou para conversar sobre assuntos variados até cerca das 16 horas, altura em que é feita a passagem do turno.

Uma das enfermeiras de cada sector que fez o turno da manhã, passa as ocorrências do seu sector, enquanto duas das enfermeiras que vão iniciar o turno da tarde, registam nas suas "folhas de ocorrências" os dados pertinentes. A passagem do turno tem a duração de 20 a 30 minutos.

O horário das visitas é das 16 às 17 horas, sendo permitida a permanência de duas pessoas de cada vez. Encontra-se afixado na porta do serviço, um impresso pedindo que as visitas solicitem informações aos enfermeiros a partir das 16,30 horas, afim de não perturbar a passagem do turno, mas nem sempre este pedido é cumprido.

Após terem recebido o turno os enfermeiros organizam as actividades da tarde: assinalam na "folha de ocorrências" ou num cartão o número das camas dos doentes que têm avaliação de tensão arterial ou que devem ficar em jejum no dia seguinte;

preenchem os rótulos de identificação dos doentes que têm análises de urina ou de expectoração para serem efectuadas no turno da noite; repõem o carro de terapêutica com material variado e seleccionam os soros a serem administrados durante esse turno. Fazem também o atendimento das visitas dos doentes que solicitam informações.

Se estão 3 enfermeiros durante a tarde, habitualmente o elemento responsável pela "volta" inicia o seu trabalho após a saída das visitas, com a colaboração das auxiliares de acção médica. Os doentes mais dependentes voltam a ser posicionados e aos doentes incontinentes são mudadas as fraldas, se necessário. Este enfermeiro faz a avaliação da temperatura axilar a todos os doentes, de acordo com a rotina do Serviço.

Os outros 2 enfermeiros, cada um deles responsável por um sector, permanecem geralmente na sala de apoio ou na sala de trabalho até cerca das 18 horas, altura em que iniciam a administração de terapêutica das 19 horas e do jantar.

O jantar é distribuído entre as 19 e 20 horas e os doentes que necessitam são ajudados habitualmente pelas auxiliares de acção médica e pelas "voluntárias". Por vezes alguns familiares também colaboram.

Os enfermeiros após o seu jantar, o que sucede por volta das 20 – 20,30 horas, mantêm-se na sala de apoio. Elaboram os registos e pelas 21- 21,30 horas regressam às enfermarias. Os enfermeiros dos sectores administram a terapêutica e o terceiro elemento realiza a "volta", com a colaboração das auxiliares de acção médica, à semelhança do que foi efectuado na parte inicial do turno.

Por volta das 22 –22,30 horas os enfermeiros reunem-se novamente na sala de apoio, terminam os registos e aguardam a chegada dos dois colegas que vêm fazer o turno da noite.

Geralmente pelas 23 horas (ou às vezes alguns minutos mais cedo) é iniciada a passagem do turno, de forma semelhante às passagens dos turnos anteriores. Os enfermeiros destacados para os sectores passam as ocorrências dos doentes por quem estiveram responsáveis.

Cerca da meia-noite cada enfermeiro inicia a administração de terapêutica e os cuidados necessários aos doentes do sector pelo qual está responsável, enquanto as duas auxiliares de acção médica iniciam a "volta". Geralmente terminam pelas 1 – 1,30 horas.

O Hospital fornece a todos os funcionários que fazem o turno de noite, uma ceia que é servida no Bar/Refeitório. Por vezes a ceia é feita na sala de apoio, e enfermeiros e auxiliares de acção médica partilham os alimentos que previamente combinaram trazer.

Habitualmente os enfermeiros permanecem na sala de apoio até cerca das 6 – 6,30 horas, altura em que iniciam a "saída de vela", que engloba a administração de terapêutica, o colocar das alimentações entéricas em curso, a avaliação da temperatura axilar a todos os doentes e outros cuidados necessários, como por exemplo a aspiração de um doente. A substituição das fraldas e o posicionamento dos doentes ficam a cargo das auxiliares de acção médica. Geralmente terminam pelas 7 – 7,30 horas.

Os enfermeiros voltam a reunir-se na sala de apoio e terminam os registos de enfermagem dos doentes do "seu" sector, que tinham iniciado após o período da ceia. É aqui que aguardam a chegada dos enfermeiros que vêm fazer o turno da manhã. Pelas 8 horas é iniciada a passagem do turno, e cada enfermeiro transmite as ocorrências dos doentes por quem está responsável.

ANEXO 2 – Pedido por escrito para a autorização do estudo

Maria Augusta Grou Moita Cardoso
Assistente da Escola Superior de Enfermagem
de Francisco Gentil
Rua Professor Lima Basto
1099-071 Lisboa

Exma. Srª Enfermeira Directora

do Hospital Distrital de Cascais

Conforme previamente acordado com V. Ex.ª, eu, Maria Augusta Grou Moita Cardoso, docente da Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil, estando presentemente na fase de elaboração da Dissertação final no âmbito do V Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, venho oficialmente solicitar a V. Ex.ª a colaboração dos Enfermeiros da Vossa Instituição para a consecução deste projecto.

Este trabalho, subordinado ao tema: "Os Enfermeiros e o Cuidar do Idoso : Comportamentos e Significados" é orientado pelos seguintes objectivos:

- Conhecer a actuação dos enfermeiros ao cuidar dos doentes idosos.
- Compreender os significados atribuídos pelos enfermeiros às suas experiências de cuidar.

Tratando-se de um estudo Etnográfico, que exige um trabalho de campo prolongado, solicito a V. Ex.ª que me seja facilitado o acesso ao Serviço de Medicina do Vosso Hospital, em tempos de observação de duração variável e distribuídos pelos diferentes

turnos, por um período mínimo de três meses, a iniciar na semana de 17 de Maio próximo.

Na certeza de uma resposta favorável a este pedido, subescrevo-me, atenciosamente,

Maria Augusta Gras Nunes Cardoso

Lisboa, 21 de Abril de 1999

ANEXO 3 – Resposta por escrito da autorização do estudo

MINISTÉRIO DA SAÚDE
HOSPITAL CONDES DE CASTRO GUIMARÃES – CASCAIS
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Exma Senhora
Enfª Maria Augusta Grou Moita Cardoso
Assistente da Escola Superior de Enfermagem
de Francisco Gentil
Rua Prof. Lima Basto
1099-71 Lisboa

N/ Of. nº 84 /CA 99.05.03

ASSUNTO: "Os Enfermeiros e o Cuidar do Idoso: Comportamentos e Significados".

Em resposta ao vosso ofício de 21 de Abril de 1999, informo V.Exa. que está autorizado o estudo solicitado, que será efectuado no Serviço de Medicina a partir de 17 de Maio.

Com os melhores cumprimentos,

A Enfermeira-Directora,

(Maria Fátima Morais Valério)

ANEXO 4 – Excertos do registo de observação de um turno da manhã

5º REGISTO DE OBSERVAÇÃO

21 de Maio de 1999 Turno da manhã (8,00 às 16,30 horas)

Chego ao Serviço pelas 7,50 horas. O Serviço está silencioso e não encontro ninguém no corredor. À medida que caminho, algumas doentes da 1ª e 2ª enfermaria sorriem-me e trocamos "bons-dias". (...)

Dirijo-me à sala de apoio onde, sentado junto à "mesa dos enfermeiros", se encontra o enfermeiro F, que escreve num dos processos de capa verde, dos vários que estão sobre a mesa. Quando entro, pára de escrever e sorri. O meu "bom-dia" e o seu "bom-dia, como está?" são trocados ao mesmo tempo. "Então como foi a noite?" – pergunto sentando-me à sua esquerda. "Hoje foi pesada... foi complicado..." – responde em voz baixa e com o rosto sério.

A enfermeira A entra sorridente, dando os "bons-dias" em voz alta. O enfermeiro e eu retribuímos o cumprimento. "Dá tempo de me fardar F?" – pergunta a enfermeira. "Sim, à vontade. Eu não estou com pressa" – responde o seu colega recomeçando a escrever. Quando termina, arruma os processos nos respectivos lugares e volta a sentar-se.

Entretanto entra a enfermeira H de forma apressada. Depois do "bom-dia" inicial, senta-se ao lado direito do enfermeiro F e queixa-se: "Esqueci-me da chave do cacifo. Que chatice! Ainda bem que eu trouxe a farda lavada...". A enfermeira chefe e a enfermeira especialista entram na sala de apoio, e logo em seguida o enfermeiro G. Depois da troca de "bons-dias" os enfermeiros sentam-se junto à mesa dos "enfermeiros". (...)

O enfermeiro G diz: "Bem... se não se importam eu passo primeiro os homens. Tenho que ir p'ró ... (e diz o nome do local do seu 2º emprego). Quem recebe?". "Sou eu!" – diz a enfermeira H.

O enfermeiro G relata: "O 23 passou bem a noite. O 24 esteve confuso e arrancou o soro. Foi puncionado. Urinou na cama. O 24 esteve com hipertermia. Fez Paracetamol. O 25 recusou a terapêutica". A enfermeira H interrompe e diz: "Ah é? Na minha noite ele tomou direitinho". O enfermeiro G continua a passar as ocorrências. Quando termina, levanta-se e diz: "Tenho que ir p'ró ...". A enfermeira chefe lembra-o: "Já escreves-te as notas dos falecidos?". O enfermeiro responde negativamente. "Não te vás embora sem escrever" – recomenda-lhe a chefe.

Enquanto o enfermeiro G escreve as notas na "mesa dos médicos", o enfermeiro F começa a passar o sector de mulheres. É a enfermeira A que recebe, registando na sua "folha de ocorrências" os dados transmitidos. O enfermeiro comenta: "Doente do quarto 1: dormiu bem. Não referiu queixas. Mantém o soro que está permeável. Mantém a drenagem vesical. A doente do quarto 2 também esteve bem. Tem alta para hoje. Ontem as colegas avisaram a família. A doente do quarto 3 esteve com hipertermia: 38,5º. Fez Paracetamol. Não teve diarreia. Urinou. Não teve queixas abdominais. Conseguiu dormir relativamente bem". A enfermeira A interrompe e diz: "Donde é que virá esta febre? É tudo tão esquisito...". O enfermeiro F comenta: "É o segundo dia que eu estou neste sector. Não conheço bem as senhoras". E continua a passar o turno. Por vezes a enfermeira A interrompe informando sobre alguns acontecimentos ocorridos com as doentes nos dias anteriores. (...)

A enfermeira chefe informa o grupo que a enfermeira D vai faltar. Dirigindo-se à enfermeira H diz: "H vais ficar sozinha nos homens". "Tudo bem chefe!" – responde a enfermeira H calmamente. "L dás-lhe uma ajuda, está bem?" – continua a enfermeira chefe agora dirigindo-se à enfermeira especialista. Esta responde: "Claro! Fique descansada". Dirigindo-se à enfermeira H, a enfermeira chefe continua: "Já combinei com as auxiliares que vão reforçar o teu lado. Acho que não vai haver problemas". (...) "'Tá bem chefe! Ao trabalho!... que isto hoje promete" e sai da sala de apoio.

"Vou começar a dar a terapêutica B" – informa a enfermeira A, dirigindo-se para a porta. "Vou só me fardar e já vou" – responde a enfermeira B. São 8,45 horas.

(...)

Dirijo-me à 1ª enfermaria de mulheres cuja porta está fechada. Nesta sala estão 8 doentes. Três têm idades entre os 23 e os 60 anos, e 5 doentes entre os 65 e os 86 anos. Quando entro vejo a auxiliar de acção médica a transferir a doente da cama 1 da cadeira higiénica para uma cadeira junto da sua cama. "Está bem assim?" – pergunta-lhe a auxiliar. A doente responde afirmativamente com a cabeça. Dirigindo-se à enfermeira B, que se encontra a prestar os cuidados de higiene à idosa da cama 4, a mesma auxiliar pergunta: "B, posso levar a 2 ao duche?". "Pode sim X" – responde a enfermeira, retomando os cuidados à idosa. A auxiliar dirige-se para a doente da cama 2 com a cadeira sanitária.

Duas outras auxiliares prestam os cuidados de higiene à doente da cama 6, que se encontra nua e destapada. Todas as cortinas da enfermaria estão encostadas à parede. Quer a enfermeira quer as auxiliares usam aventais de plástico e luvas.

A enfermeira B tenta colocar de lado a idosa de 80 anos. Apesar da senhora estar muito emagrecida, o facto de ter os membros inferiores flectidos torna difícil esta tarefa. A idosa está nua e destapada.

"Posso ajudar?" – pergunto à enfermeira B. "Sim, obrigada" – responde-me. Ambas afastamos a cama, que se encontra encostada à parede, para eu passar. Dou os "bons-dias" à idosa que não reage.

Enquanto mantenho a doente em decúbito lateral esquerdo, a enfermeira lava e seca a região posterior, que massaja em seguida. Substitui a roupa da base da cama do seu lado e começa a virar a idosa, no que eu ajudo. Entretanto faço a base da cama do meu lado. A enfermeira ajeita a fralda da idosa, veste-lhe a camisa de dormir e coloca-lhe as almofadas sob a cabeça e os membros inferiores. Colaboro nestes procedimentos, assim como na colocação das "calcanheiras" e no fazer da parte superior da cama. A enfermeira, que se tem mantido em silêncio, penteia-a a idosa. Só agora se lhe dirige dizendo: "Pronto avó, já está!".

Encostamos a cama à parede. A enfermeira B arruma a bacia e os cremes e depois pergunta às auxiliares: "Quem é que falta?". "É a 5" – responde uma das auxiliares, que se encontra a fazer as camas das três doentes mais jovens com a colaboração de outra sua colega.

Entretanto a enfermeira A entra na enfermaria. Elogia o aspecto da idosa da cama 1 (esta senhora tem 70 anos) e depois dirige-se à senhora da cama "extra", que tem 65 anos e é independente. Diz-lhe: "D. Mariana, hoje é dia de fazer o penso do dreno, está bem?". "Vamos a isto enfermeira A" – responde a senhora, começando a levantar a camisa de dormir.

A enfermeira dirige-se ao carro de "pensos/roupa", de onde retira material diverso que traz para junto da idosa. Calça luvas de vinil e diz: "Vamos lá D. Mariana, o seu médico deu indicação p'ra fazer este penso dia-sim, dia-não". Entretanto retira o penso anterior que coloca no saco do lixo juntamente com as luvas. Calça em seguida a luva esterilizada direita, desinfecta o local de inserção do dreno e coloca compressas, pedindo à idosa para segurar. Retira a luva e coloca o adesivo. Depois ajeita a camisa de dormir da senhora, que agradece, olha para ela com expressão séria e diz: "Quando é que a senhora se verá livre deste tubo?". "Estou tão farta, enfermeira

A! Queria tanto ir p'ra casa..." – responde a idosa com uma expressão cansada. A enfermeira faz-lhe uma festa na mão e diz sorrindo: "Mas também já reduziu o número do tubo que lhe puseram. É bom sinal". "Pois é, enfermeira A!" – concorda a doente mantendo a expressão séria. A enfermeira A afasta-se, arruma o material no carro e sai da enfermaria. Fico junto desta senhora e conversamos sobre os seus planos para o futuro.

Entretanto a enfermeira B encontra-se junto da idosa da cama 5, que tem 86 anos e é dependente. Diz-lhe: "Vamos lavar avó" e afasta a colcha e o lençol até aos pés da cama, despindo-lhe em seguida a camisa de dormir. Molha a espátula no copo com desinfectante e tenta introduzi-la na boca da idosa. "Abra a boca avó, abra lá" – pede a enfermeira. A idosa não colabora mas a enfermeira consegue introduzir a espátula e lavar-lhe a boca. Repete o mesmo procedimento e o mesmo pedido. Depois diz: "Feche os olhinhos, feche" e lava o rosto da senhora que seca logo em seguida. "Abre" a fralda, destapa os genitais, e começa a lavar os membros superiores, a face anterior do tórax, o abdómen e os membros inferiores. Seca em seguida por esta ordem.

A enfermeira A volta a entrar na enfermaria e aproxima-se da doente da cama 5, colocando-se do lado oposto ao da enfermeira B.

As 2 auxiliares que se encontram na enfermaria arrumam o material espalhado em algumas unidades. Uma delas pergunta à enfermeira A: "Quer que eu fique aí no seu lugar ou sigo?". "Pode ir" -. responde a enfermeira A, que a seguir informa: "A 8, 11. 13 e 14 podem ir ao duche". As auxiliares saem. Desta vez a porta da enfermaria fica fechada. Por vezes, após algumas entradas e saídas, a porta fica entreaberta.

> Comentários do Observador:
>
> Nunca vi ninguém interromper o seu trabalho para fechar a porta da enfermaria. Eu também não o tenho feito, mas diversas vezes me senti tentada a fazê-lo, assim como puxar as cortinas das unidades das doentes durante o banho. Continua a ser difícil fazer parte desta "cena" e ignorar estes pormenores que parecem pequenos, mas que acredito interferirem no bem-estar das senhoras.

Enquanto decorria a conversa entre a enfermeira A e a auxiliar, a enfermeira B lavou os genitais da idosa e depois a face posterior, que secou e massajou em seguida. A enfermeira A segura na doente e conversa com a sua colega sobre o número de turnos consecutivos que já fez e os que faltam fazer. (...)

Entretanto as enfermeiras fazem a base da cama, ajeitam a fralda e vestem a camisa de dormir à idosa, que posicionam em decúbito lateral direito. A enfermeira B penteia a senhora e afasta-se em seguida. A enfermeira A, passando a mão pelo cabelo da idosa, sorri-lhe e diz: "Já está tratadinha D. Ana". A idosa mantém o rosto inexpressivo e não esboça qualquer tipo de reacção, à semelhança do que aconteceu durante os cuidados de higiene.

Dirigindo-se às outras senhoras da enfermaria, a enfermeira A pergunta, sorrindo e abrindo as braços: "Alguém precisa de alguma coisa?". Apenas as 3 senhoras mais jovens e a idosa da cama extra lhe respondem que não. A enfermeira sai da sala. Momentos antes, a sua colega saíra levando o carro de "pensos/roupa". Também me despeço das senhoras e saio. São 9,30 horas.

A porta da 2ª enfermaria está fechada. Quando entro o "panorama" é semelhante ao anterior. Estão 7 doentes nesta enfermaria. A cama 10 está vaga. A idosa da cama 8 está sentada junto à sua cama. Tem o cabelo molhado e penteado. A doente da cama 11 não está de momento na sala. A idosa da cama 13 está sentada junto à mesa central da enfermaria. Ainda não tomou banho. Cumprimento as senhoras. Apenas as doentes das camas 8 e 13 me retribuem o cumprimento. Fico alguns minutos ao pé de cada uma destas senhoras, inteirando-me como passaram a noite e como se sentem.

> Comentários do Observador:
>
> Acho que as senhoras estão desejosas de falar. Às vezes tenho dificuldade em colocar um "ponto final" na conversa, quando me parece que deveria estar presente ou pelo menos mais próxima de determinada situação. Sinto-me um bocado desconfortável quando as enfermeiras e as auxiliares andam num "virote" e eu "parada" a conversar com as doentes. Há alturas em que tento encurtar a conversa e colaborar em alguns dos cuidados às senhoras.

Uma das auxiliares entra na enfermaria de braço dado com a idosa de 75 anos da cama 11, que tem o cabelo molhado e um cateter "pendurado" no nariz. Cumprimenta-me quando me vê e diz, falando devagar: "Fui ao duche srª enfermeira, mas fico tão cansada...". Nota-se que a doente está cansada e um pouco dispneica. Imediatamente a enfermeira A, que se encontra a prestar os cuidados de higiene à idosa da cama 15, diz: "Sente-se um bocadinho D. Olinda, eu vou pôr-lhe o Oxigénio." (...)

A enfermeira B presta os cuidados de higiene à idosa da cama 9 e as duas auxiliares à idosa da cama 12. Estas doentes encontram-se em coma vigil. Estão nuas e destapadas. As cortinas das unidades das doentes mantém-se junto à parede.

Dirijo-me à enfermeira A e pergunto-lhe se a posso ajudar. Responde-me que sim. Pede-me que mantenha a doente em decúbito lateral direito para poder lavar a região posterior. Esta senhora tem 82 anos e encontra-se em coma vigil.

A enfermeira diz-me: "Acho hoje a D. Natália mais sonolenta. Quando lhe dei o Findix nem o consegui engolir. O que vale é que ele é absorvido...". Uma das auxiliares que se encontra na enfermaria acrescenta: "Olhe que ela só comeu um bocadinho da papa". Imediatamente a enfermeira comenta: "Vamos lá ver se será preciso entubar...".

Depois de secar a idosa, massaja-a, coloca-lhe a fralda e faz a base da cama. "Vamos virar D. Natália" – diz virando a doente e colocando-a em decúbito lateral esquerdo. Faço a cama do meu lado. Depois colocamos a idosa em decúbito dorsal, ajeitamos a fralda e vestimos lhe a camisa de dormir. A enfermeira A penteia a senhora e depois diz: "A doente estava virada p'ró lado direito, agora vai ficar p'rá esquerda". Ajudo a colocar as almofadas que apoiam as costas e os membros inferiores, e a fazer a parte superior da cama.

Ouve-se gemer alto. É a doente da cama 5 (tem 87 anos) que geme quando a enfermeira B tenta fazer a extensão do braço esquerdo. É costume esta senhora queixar-se, mas hoje fá-lo de forma mais intensa. "Vamos avó, tem que ser..." – diz-lhe a enfermeira B. A enfermeira A olha p'ra mim e diz: "Hoje a D. Vitória está muito mais acordada. Até parece que quer falar". Depois, dirigindo-se à enfermeira B, pergunta: "B queres que te ajude aí ou vou p'ró penso da 13?". "Podes ir" – responde-lhe a colega.

(...)

Quando regressamos ao Serviço, depois da ida ao Bar para tomar café, as enfermeiras avisam as suas colegas do sector de homens que já chegaram, assim como as auxiliares do sector de mulheres. Em seguida começam a fazer as alterações de terapêutica dos processos que se encontram abertos sobre a "mesa dos enfermeiros". A enfermeira A faz as alterações dos processos de capa azul e a enfermeira B dos de capa verde. Quando terminam dirigem-se para o carro de terapêutica do sector de mulheres. São 11,30 horas. A enfermeira B empurra o carro. A enfermeira A e eu seguimos atrás.

Entramos na 1ª enfermaria. A enfermeira B distribui os termómetros pelas doentes.

A enfermeira A dirige-se à idosa da cama 1, que tem 70 anos e que se encontra sentada junto à sua cama. A senhora pede para ir para a cama. A enfermeira faz uma expressão de admiração e pergunta-lhe: "Já D. Hortense? Então ontem 'teve tão bem sentadinha e hoje já quer ir p'rá cama? Então mas que vem a ser isto?". Finge estar zangada mas ri-se para a idosa.

A senhora respira fundo e diz: "Já estou farta de estar na cadeira. Já me dói o rabo". A enfermeira ri-se e propõe à idosa: "Ponho-lhe uma almofada aí de baixo. Almoça sentadinha e a seguir deita-se. Pode ser assim?". A idosa concorda e apoia as mãos na cama para ajudar a levantar-se, enquanto a enfermeira lhe coloca uma almofada no assento da cadeira. Depois volta a sentar-se. "Então, não está melhor assim?"- pergunta a enfermeira. A idosa abana afirmativamente a cabeça.

"Dê cá a sua mão, D Hortense!" – pede a enfermeira A, colocando-lhe 2 comprimidos na palma da mão. Depois retira um copo com água da mesa de cabeceira que entrega à idosa. Com gestos lentos, a senhora leva os comprimidos à boca e depois o copo. "Muito bem D. Hortense. Está toda despachada! Quem a viu e quem a vê, "si" senhora!" – diz a enfermeira, sorrindo para a idosa que também lhe sorri. Olhando para mim, que me encontro junto dos pés da cama desta senhora, a enfermeira A diz: "Esta doente tem evoluído muito bem. Dantes quase que não se mexia". (...)

Quando entramos na 2ª enfermaria, a enfermeira B, que se encontra a substituir o balão de soro da idosa de 87 anos da cama 9, diz: "Falta tirar o termómetro à 12 e à 15". "'Tá bem" – responde a enfermeira A, consultando a folha de terapêutica.

Em seguida dirige-se à senhora da cama 11, que tem 75 anos e que se encontra sentada junto à sua cama e diz, ao mesmo tempo que lhe coloca 2 comprimidos na mão direita: "D: Judite, vamos tomar estes comprimidos". "O que é que esta enfermeira me está a dar?" – pergunta a idosa franzindo o rosto.

A enfermeira ri-se e comenta: "É tão desconfiada esta senhora...". Depois segura-lhe na mão e, apontando para cada um dos comprimidos, diz: "Este é a Aminofilina p'rá falta d'ar. Este é o Capoten p'rá tensão. Não tomava já estes em casa?". "Tomava. Tomava!" – diz prontamente a idosa, virando-se na cadeira e retirando da mesa de cabeceira o copo com água. Toma em seguida os comprimidos. A enfermeira ri-se e diz: "Aqui a D. Judite estava a ver se me apanhava em falso... É tão malandra esta doente...". A idosa ri-se e comenta: "Não faça caso, eu é que gosto de me meter consigo...".

A enfermeira B, que se encontra junto da doente da cama 12, sorri e pergunta-lhe: "Então porquê, D. Judite?". Prontamente a idosa responde com expressão séria, ao mesmo tempo que eleva os ombros: "Ora... ela dá-me troco...". A enfermeira A, que já se tinha afastado em direcção ao carro de terapêutica, dá uma gargalhada. Depois, dirigindo-se a mim, a enfermeira B diz sorrindo: "Tenha cuidado, olhe que a D. Judite também vai ficar de olho em si...". Rio-me e agradeço o aviso.

Aproximo-me desta enfermeira que se encontra a administrar a terapêutica "per os" à idosa da cama 12 que tem 70 anos. A enfermeira eleva-lhe a cabeça com a sua mão e injecta, pouco a pouco, o conteúdo da seringa (onde estão diluídos os comprimidos) na boca da idosa. Sorrindo diz: "Esta senhora já está a engolir muito melhor, não é avó?... Vá tem que engolir tudo". Lentamente o conteúdo da seringa "desaparece". "Muito bem avó. Tomou direitinho!" e sorri para a idosa, passando-lhe a mão pelo cabelo. A senhora está acordada, mas o seu rosto mantém-se inexpressivo.

A enfermeira B dirige-se para o carro de terapêutica. A enfermeira A, que se encontra junto da senhora da cama 14, informa-a: "Só falta a 15".

A enfermeira B consulta a folha de terapêutica. Prepara em seguida o antibiótico injectável, que leva para junto da idosa da cama 15 (que tem 82 anos), assim como o balão de soro, uma injecção subcutânea e 2 embalagens individuais de comprimidos. Coloca tudo isto sobre a mesa de refeições da idosa.

A enfermeira A avisa a sua colega que quando administrou a terapêutica do pequeno-almoço, a doente não conseguiu deglutir porque se encontrava sonolenta e que os comprimidos se dissolveram na boca.

A enfermeira B comenta: "Vamos ver se ela agora engole" e aproxima-se da idosa que tem os olhos fechados. Fala com ela ao mesmo tempo que lhe aperta a bochecha com delicadeza: "Avó, acorde! Abra o olhinho avó". A idosa abre os olhos, mas e expressão do seu rosto mantém-se inexpressiva. "Muito bem!" – diz sorrindo – "Vamos tomar os comprimidos avó. Ouviu? Vamos lá!" e coloca-lhe um comprimido na boca, introduzindo a seguir a extremidade da seringa com água, ao mesmo tempo que lhe eleva a cabeça com a mão. "Engula avó! Engula!" – pede à idosa, falando calmamente num tom de voz suave. "Muito bem!" – diz pouco depois, colocando o 2º comprimido na boca da idosa e procedendo da mesma maneira. Volta a dizer: "Vá! Vamos engolir outra vez. Engula avó!". "Muito bem!" – volta a repetir. Depois, dirigindo-se à sua colega, diz: "A, ela tomou direitinho". A enfermeira A comenta que talvez a doente ainda não estivesse bem acordada de manhã.

A enfermeira B pergunta à colega se pode levar o carro de terapêutica. Esta responde afirmativamente, mas que tem que primeiro retirar do carro o material para puncionar a doente da cama 14, porque o cateter não está permeável.

(...)

Após o almoço, regressamos ao Serviço. São 13,10 horas. As enfermeiras H, chefe e especialista estão sentadas junto à "mesa dos enfermeiros". Levantam-se quando entramos. A enfermeira especialista pergunta-nos a sorrir o que lhe aconselhamos para o almoço. Prontamente a enfermeira A informa: "Os filetes estão muito bons. Não achou?" – pergunta-me. Respondo afirmativamente. A enfermeira especialista agradece sorrindo. (...) As três enfermeiras saem da sala.

Sentamo-nos junto à "mesa dos enfermeiros". As duas enfermeiras ficam perto da estante dos processos. A enfermeira B retira da estante 6 processos de capa verde e coloca-os sobre a mesa. Acende um cigarro e começa a fazer as notas de enfermagem, fazendo também o registo das temperaturas e dos BMTestes avaliados. Quando termina faz um visto na "folha de ocorrências", sobre o número da cama a que os registos se referem. Entretanto a enfermeira A saiu da sala de apoio há alguns minutos. Durante este período vou consultando um dos processos.

A enfermeira A volta a entrar e diz de imediato: "A 15 comeu muito bem. Estive a dar-lhe. Comeu a sopa e a maçã assada toda. De manhã é que ela estava com muito sono, coitada". Informa ainda que todas as doentes almoçaram, "ou melhor ou pior", e que nenhuma doente recusou o almoço.

A enfermeira B pergunta-lhe: "A, como é que estava o penso da 13?". A enfermeira A explica que está melhor, que desinfectou com Betadine e que colocou gase gorda. Esta idosa tem uma lesão na perna esquerda. A enfermeira B agradece. Entretanto arruma os processos na estante e retira outros que coloca sobre a mesa.

(...)

Comentários do Observador:

Senti hoje, como tenho vindo a sentir ao longo de toda a semana, que o trabalho das enfermeiras se repete de forma "ritualizada": é a passagem de turno, a "hora das higienes" (com o destapa, despe, lava, seca, vira...), a "pausa do café", as alterações de terapêutica, a administração de terapêutica, o almoço, a escrita das notas, a "volta" após o almoço, a administração de terapêutica, a "pausa" até à passagem de turno. De forma mais ou menos constante, tudo isto se repete. Não quer dizer que não seja necessário, mas repete-se a "papel químico"... Vêem-me à memória lembranças do

tempo em que trabalhei no hospital e não me lembro de ter a sensação de que um dia fosse igual a outro dia... ou se calhar já me esqueci.

Ao fim desta semana sinto-me mais "calma". As questões relacionadas com a falta de privacidade das doentes, o uso sistemático de luvas em situações que me parecem perfeitamente desnecessárias, o nomear os doentes pelos "números da cama" ou por "avó", continuam a incomodar-me mas acho que lido melhor com elas, talvez porque já interiorizei que eu estou aqui para aprender e não para criticar ninguém. Mas há alturas em que não é fácil...

É agradável o clima entre as pessoas do Serviço. Para além de achar que todos têm sido muito simpáticos comigo, existe um ambiente descontraído durante o período de trabalho, mesmo nas enfermarias. Por exemplo, a enfermeira A tem sempre uma palavra a dizer, quer às doentes quer às colegas. Gosta de brincar, de rir e vejo-a sempre bem-disposta. Acho que as doentes gostam dela. (...)

Apesar das enfermeiras chefe e especialista me dizerem que a minha presença não alterou a dinâmica de trabalho dos enfermeiros, o que é facto é que elas não estão comigo nas enfermarias. No entanto, não senti que a forma de estar das enfermeiras e a sua actuação se modificassem com a minha presença, mesmo quando colaborava nos cuidados. Houve momentos em que me senti envolvida com naturalidade no que se estava a passar, e isso foi agradável.

ANEXO 5 – Excertos do registo de observação de um turno da tarde

24º REGISTO DE OBSERVAÇÃO

16 de Julho de 1999 Turno da tarde (15,00 às 20,0 horas)

(...)

Na sala de apoio encontra-se a enfermeira H, que escreve as notas de enfermagem num processo de capa verde. São 15,10 horas. Cumprimentamo-nos com um "boa-tarde" e um sorriso. "Como vai H?" – pergunto-lhe. "Desejosa de férias. Isto está muito pesado" – e olha para o quadro colectivo de doentes –"o que vale é que temos camas desactivadas, porque agora temos ficado só uma de cada lado. E não se pára... Depois da medicação, são os banhos e os pensos... mas depois da medicação do almoço, são as alterações p'ra fazer, a medicação das 15... não se pára! A L (a enfermeira especialista) também dá uma ajuda. Mas agora sem a chefe, ora a chamam daqui, ora é telefone dali (e encolhe os ombros)... ela também não pode..." – a enfermeira fala apressadamente e com vivacidade. Em seguida recomeça a escrever.

(...)

A enfermeira H começa a passar as ocorrências do sector de mulheres: "A 1 (a idosa tem 81 anos) tem estado calminha, orientada, consciente. Evacuou em grande, grande quantidade. BMs bons: 168. Tem montes de aftas. Fiz-lhe o Mycostatin... a 12 (a doente tem 88 anos) está prostadinha mas reactiva. Tem entubação naso-gástrica p'ra alimentação. Está piorzinho. A mão do soro está inchada mas reflui... A 18 (a doente tem 66 anos) é um AVC isquémico. Está muito consciente e orientada. Entrou com o I às 3 da manhã...".

A enfermeira D, que vai fazer o turno da tarde, interrompe e pergunta: "Tem parésias?". Imediatamente a enfermeira H responde: "Não! É um sindroma vertiginoso. Tem tonturas quando se levanta. Só tem AAS 1 vez por dia e TA... a 20 (a idosa tem 82 anos) está completamente taralhoca . Não diz a bota com a perdigota. Tem soro. Amandou-se da cama. Agora está amarrada...".

Quando a enfermeira H termina de passar o turno são 15,55 horas. Em seguida levanta-se e despede-se, desejando um bom turno. As enfermeiras C e D agradecem.

(...)

Dirigindo-se à enfermeira especialista, a enfermeira C pergunta: "L, como é que é isto das entradas? Entram ou não entram doentes?". O seu rosto está sério e fala num tom de voz um pouco mais alto do que lhe é habitual. Imediatamente a enfermeira D e eu dirigimos o olhar para a enfermeira especialista. Esta responde pausadamente e num tom de voz baixo: "Não entram doentes excepto para a cama 9. Só por ordem do Dr.

X (o director do serviço) é que são internados doentes p'rás outras camas. Alguma dúvida?". "Não, nenhuma!" – responde imediatamente a enfermeira C. A enfermeira D abana negativamente a cabeça. (...)

"E quando é que vêm os enfermeiros da Unidade?" – pergunta a enfermeira C. A enfermeira especialista responde-lhe que não sabe e que aguarda indicações da enfermeira Directora. A enfermeira C abana afirmativamente a cabeça e fica em silêncio. O seu rosto está sério. Parece até que está zangada. (...)

> Comentários do Observador:
>
> Acho as enfermeiras "meio tristonhas, meio zangadas". Estão silenciosas e os seus rostos estão sérios, o que não é nada costume porque estas duas enfermeiras estão habitualmente bem dispostas e faladoras. Sinto um ambiente tenso na sala de apoio e temo que a minha presença cause incómodo. Correndo o risco de fazer disparate, resolvo confrontá-las com este meu "sentir".

"Sinto que estão tristes ou aborrecidas... se acham que eu hoje estou a "mais" eu volto noutro dia. Não tem problema..." – e antes de ter terminado o que tinha planeado dizer, ambas me interrompem sorrindo: "Não! Não é nada consigo... É que andamos cansadas de promessas... e até agora nada! Andamos desmotivadas... que fechavam a Unidade, que vinham enfermeiros p'ra cima... até agora nada!" – afirma a enfermeira D, ficando progressivamente séria. A enfermeira C acrescenta: "Ainda de tarde e de noite tudo bem... mas andamos a fazer manhãs a uma... Quem é que pode andar satisfeito?".

(...)

São 17 horas. Batem à porta que separa a sala de trabalho do sector de homens. Uma senhora, que aparenta 60 anos, entreabre a porta e dirige-se à enfermeira D (que se encontra a repor o carro de terapêutica do sector de mulheres) e pede informações do doente da cama 30. A enfermeira D aproxima-se da senhora e diz-lhe: "Só um momento, tem que falar com a minha colega que está nesse sector". A senhora agradece.

"C é p'ra ti" – avisa a enfermeira D, junto à porta da sala de apoio. A enfermeira C, que se encontra sentada junto à "mesa dos enfermeiros", levanta-se e dirige-se à senhora que cumprimenta com "boa-tarde". A senhora diz ser a mulher do doente da cama 30 (este senhor tem 68 anos) e pede-lhe informações sobre o seu estado. A enfermeira explica-lhe que o doente fez hoje o exame (CPRE): "Correu tudo bem. O

senhor não teve queixas. Não vai é poder comer até amanhã ao meio-dia. Em relação ao resultado do exame, a senhora terá que falar com o médico do seu marido. Eu não estou autorizada a dar essa informação". A senhora pergunta qual a melhor hora para falar com o médico. A enfermeira informa: "É melhor a senhor vir de manhã, até ao meio-dia, meio-dia e meia". "Obrigada srª enfermeira" – diz a senhora. "De nada" – responde a enfermeira sorrindo.

A senhora afasta-se e a enfermeira C encosta a porta. Imediatamente a seguir, voltam a bater. A enfermeira C abre. Uma senhora, que aparenta 60 anos, pede informações sobre a doente da cama 20. "Só um momento, por favor" – diz a enfermeira C, que em seguida se dirige à sua colega: "D, agora é p'ra ti". Depois, volta a sentar-se junto à "mesa dos enfermeiros".

"Diga, se faz favor" – diz a enfermeira D, dirigindo-se à senhora que diz ser a filha da doente da cama 20 (a senhora tem 82 anos) e que pretende saber como a mãe tem passado. "Eu acabei de entrar, ainda não conheço a sua mãe. Aguarde um momento por favor" – responde a enfermeira D.

Enquanto a senhora espera junto à porta, a enfermeira dirige-se à sala de apoio e consulta o processo da doente. Levando-o consigo, aproxima-se da senhora e explica: "A sua mãe entrou com uma infecção respiratória e urinária. Teve também um ligeiro AVC...". A senhora interrompe e pergunta: "O que é isso srª enfermeira?". "É uma trombose" – responde a enfermeira. A senhora abana afirmativamente a cabeça. A enfermeira continua: "Foi muito ligeira. A sua mãe tem estado muito confusa. Quer levantar-se da cama apesar das grades estarem levantadas. Por isso tivemos que a imobilizar à cama. É muito desagradável, nós sabemos... mas quando temos medo que os doentes caiam, tem que ser...". "Eu compreendo, srª enfermeira" – diz a senhora com o rosto sério, parecendo preocupada. Depois pergunta: "E quando poderei falar com o médico da minha mãe?. "Só de manhã, até mais ou menos ao meio-dia" – esclarece a enfermeira. "Muito obrigada, srª enfermeira" – diz a senhora com "ar" preocupado. A enfermeira D sorri e diz: "De nada. Boa-tarde" e retoma o seu trabalho, enquanto a senhora encosta a porta.

(...)

Entramos (a enfermeira D e eu) na 2ª enfermaria de mulheres. São 18,10 horas.

A enfermeira aproxima-se da idosa da cama 12, que tem 88 anos e que se encontra acordada. Coloca-lhe o termómetro na axila direita e comenta em voz alta: "Então a doente está desmobilizada! Ela puxa a sonda... Agora as auxiliares fazem sempre

isto?" e coloca os imobilizadores nos pulsos da idosa. Esta permanece em silêncio e não esboça qualquer gesto. A enfermeira comenta comigo: "Parece que a doente não consegue, mas quando ela quer arranca as coisas. Quando fiz manhã arrancou o soro e tem más veias...". Depois, dirigindo-se à idosa diz: "Tem que ser D. Fernanda. Tem que ser". A senhora continua em silêncio e olha para a enfermeira.

"Boa tarde D. Bárbara" – diz a enfermeira, virando-se para a idosa da cama 13, sorrindo ao entregar-lhe o termómetro. Depois pergunta: "Como é que se sente?". "Boa tarde srª enfermeira. Cá estamos..." – responde a idosa elevando os ombros, num gesto de "conformismo". Esta senhora tem 77 anos e tem dificuldade em mobilizar-se.

"D. Catarina, boa-tarde. Tem aqui o termómetro" – diz a enfermeira dirigindo-se à idosa da cama 15, que tem 81 anos e é independente. A enfermeira entrega-lhe o termómetro e sorri. A idosa sorri também, cumprimenta a enfermeira e segura no termómetro, agradecendo. (...)

A enfermeira D dilui os comprimidos da idosa da cama 9, que tem 89 anos e que se encontra dependente. Eleva-lhe a cabeceira da cama, aproxima-se e diz: "D. Noémia, vamos tomar este medicamento" e aproxima o copo dos lábios da idosa, ao mesmo tempo que lhe eleva a cabeça com a mão. "Beba, vá..." – pede. A idosa bebe sem dificuldade e com alguma lentidão, franzindo levemente o nariz.

A enfermeira pergunta-lhe: "Não sabe muito bem, não é?". A idosa continua a beber. Quando termina a enfermeira pergunta-lhe: "Quer um pouco de água p'ra tirar o sabor?". A idosa responde afirmativamente com a cabeça. A enfermeira aproxima o copo com água dos lábios da senhora. Pouco depois pergunta-lhe: "'Tá bom?". A idosa abana afirmativamente a cabeça.

Em seguida pousa a cabeça da senhora na almofada e diz-lhe: "Agora só falta a piquinha". Afasta o lençol e a camisa de dormir, desinfecta a região periumbilical esquerda e administra a injecção subcutânea. Depois diz: "Pronto! Já 'tá D. Maria!" e sorri, colocando a roupa com anteriormente. A idosa permanece em silêncio, com o rosto sério, e olha para a enfermeira. (...)

A enfermeira D aproxima-se da idosa da cama 13 e diz-lhe sorrindo: "D. Bárbara, vamos às picadinhas". "Vamos a elas!" – responde a idosa sorrindo. Depois pergunta: "Aonde é que quer?". A enfermeira ri-se e não responde de imediato. Coloca sobre a mesa de refeições a máquina do BMTeste, algumas compressas, uma injecção subcutânea e a saqueta do medicamento.

Em seguida diz: "Começamos pela picadinha do dedo, D. Bárbara". A senhora "oferece" as duas mãos com as palmas para cima. A enfermeira segura-as nas suas, olha para elas e diz, franzindo levemente o rosto: "Já estão tão picados, D. Bárbara...". "Se estão, srª enfermeira..." – responde a idosa com uma expressão triste. A enfermeira selecciona um dos dedos da idosa e efectua o BMTeste. "Pronto, D. Bárbara" – diz, depois de ter realizado a picada.

Após o sinal sonoro da máquina do BMTeste, a enfermeira pergunta-lhe: "Oh D. Bárbara! O que é que anda a comer? O que é que o seu filho lhe anda a trazer?". O seu tom de voz é suave e parece estar "meio a brincar, meio a ralhar". "Então porquê, srª enfermeira?" – pergunta. "Tem a glicémia muito alta, D. Bárbara. Tem 352. É muito!" – diz a enfermeira com uma expressão séria. "Mas eu só como o que me dão. Ao jantar é que o meu filho me traz uma canjinha e põe uns baguinhos de arroz em vez de massa, qu'é p'ra não fazer tão mal" – explica a idosa com convicção.

A enfermeira ri-se e diz: "Canja de pombo, não é D. Bárbara?". "É verdade. Canjinha de pombo... e 'tava muita boa! E ontem o meu filho trouxe um caldo de peixe, que 'tava daqui..." e a idosa leva a mão direita ao lóbulo da orelha direita, franzindo o rosto e "parecendo deliciada". "Ai os petiscos que o seu filho traz..." – diz a enfermeira rindo e abanando a cabeça num gesto de reprovação. Depois, segurando na seringa e na compressa diz: "Bem, vamos lá à picadinha D. Bárbara. É melhor ser no braço". Quando termina avisa: "Pronto. Só falta isto..." e entrega-lhe a saqueta do medicamento, à qual cortou um dos cantos. A senhora segura nela e chupa-a.

A enfermeira dirige-se ao carro de terapêutica e prepara a injecção de Insulina. Em seguida, volta a aproxima-se da idosa e informa: "D. Bárbara, é a Insulina". A idosa arregaça e segura na manga da camisa de dormir enquanto a enfermeira administra a referida injecção. Quando termina, a idosa estica a manga e diz: "Obrigada srª enfermeira". "Ora D. Bárbara, não é p'ra agradecer" – afirma a enfermeira sorrindo e afastando-se em direcção ao carro de terapêutica. (...)

Aproximando-se da idosa da cama 15, a enfermeira pede-lhe: "D. Catarina, pode dar-me o termómetro, se faz favor". A idosa, que se encontra sentada no leito, entrega-lho. A enfermeira diz a seguir: "D. Catarina, tem quase 39" e regista este valor na sua "folha de ocorrências". "Esta febre que não me larga..." – comenta a idosa num tom de voz baixo e com expressão triste. "É verdade D. Catarina... vou ter que lhe dar medicação p'rá febre" – explica a enfermeira com expressão séria.

A enfermeira dirige-se ao carro de terapêutica de onde retira várias embalagens de medicamentos. Volta a aproximar-se desta senhora e diz, ao mesmo tempo que lhe coloca na mão 4 comprimidos: "Estes 2 maiores são p'rá febre D. Catarina". A idosa agradece.

A enfermeira D empurra o carro de terapêutica em direcção à porta da enfermaria. Entretanto percorre os olhos pelas doentes e diz: "Até já!". Algumas senhoras repetem também: "Até já!".

Dirigimo-nos para a 3ª enfermaria. São 18,45 horas.

"Boa-tarde!" – dizemos quase em simultâneo. Algumas doentes retribuem o cumprimento. A enfermeira começa a distribuir os termómetros pelas doentes.

"Srª enfermeira, srª enfermeira, dê-me uma coisa p'rás dores..." – pede a idosa da cama 16, começando a gemer. Esta senhora tem 65 anos e é dependente. Fala num tom lamurioso. "Já vai D. Fátima. Primeiro vamos pôr o termómetro" – diz a enfermeira D, colocando-lhe o termómetro na axila esquerda.

"Mude-me de posição... Já estou assim há tanto tempo..." – continua a idosa no mesmo tom, franzindo o rosto. "D. Fátima, a senhora foi mesmo agora mudada de posição" – afirma a enfermeira num tom de voz calmo e firme. A idosa recomeça a gemer e diz: "Então dê-me qualquer coisa p'rás dores...". "Já vai D. Fátima! Já vai!" – responde a enfermeira, recomeçando a distribuir os termómetros. (...)

A idosa da cama 16 tem alternado períodos em que geme com outros em que se mantém em silêncio. Quando a enfermeira D se aproxima do carro de terapêutica, a idosa volta a dizer num tom de lamúria: "Ai... ai... ai... dê-me qualquer coisa p'rás dores... dê-me qualquer coisa p'rás dores... ai... ai...". "D. Fátima, eu já lhe vou dar... tenha lá paciência!" – responde a enfermeira num tom de voz suave e firme.

Dirigindo-se a mim, a idosa pede no mesmo tom choroso: "Dê-me qualquer coisa p'rás dores, srª enfermeira... ai...". "A minha colega já lhe vai dar, D. Fátima" – explico à idosa. "Mas ela não me dá..." – afirma a senhora. Logo que a idosa termina a frase, a enfermeira vira-se para a doente, mostra-lhe a seringa onde estão os comprimidos diluídos, e diz com "ar" sério: "Oh D. Fátima! Então isto que está aqui o que é?". "Mas não me faz nada... eu continuo com dores... mude-me de posição..." – diz a idosa no mesmo tom de voz.

Enquanto a enfermeira administra os comprimidos diluídos através da sonda naso-gástrica, diz à idosa, num tom de voz suave e firme, falando lentamente: "D. Fátima, estou a dar-lhe um medicamento p'rás dores. Tem que esperar que faça efeito. E a

senhora foi agora mudada de posição. Depois do jantar as auxiliares mudam-na outra vez...". "Mas elas não mudam..." – afirma a idosa num tom de lamúria "Mudam sim, D. Fátima" – refere a enfermeira recolocando em curso a alimentação entérica que a doente está a fazer. Depois diz: "Deixe cá ver o termómetro, D. Fátima" e retira o termómetro informando: "Não tem febre D. Fátima. E agora vai sossegar!" e toca-lhe no ombro esquerdo. A idosa olha para a enfermeira com o rosto franzido e permanece em silêncio. Quando a enfermeira se encontra virada de costas para a idosa, olha para mim, eleva as sobrancelhas e respira fundo. Em seguida dirige-se para o carro de terapêutica.

A enfermeira aproxima-se da senhora da cama 17, que tem 84 anos e que se encontra acamada. "D. Maria, tem esta medicação p'ra tomar" – informa a enfermeira, começando a empurrar os comprimidos da embalagem para a mão esquerda da idosa. Esta olha para eles e franze o rosto. Parece desconfiada. Diz em seguida: "Não percebo nada disto!".

A enfermeira "lança-me" um olhar desanimado, ri-se e senta-se na cama da idosa, perguntando-lhe com suavidade: "O que é que não percebe D. Maria". "Isto!" – responde prontamente, aproximando a sua mão aberta com os comprimidos, da enfermeira D. "Já me deram hoje!" – diz com expressão séria e convicta. "Eu sei D. Maria. Mas a senhora tomou os outros à hora do almoço e estes são os do jantar" – explica a enfermeira calmamente e sorrindo. "E o que é isto?" – pergunta a idosa pouco convencida, franzindo as sobrancelhas.

Segurando-lhe na mão vai apontando para os diferentes comprimidos à medida que explica: "Este é p'rá sua tensão, este é p'rá falta de ar e este é p'ra descer o açúcar no sangue. Percebeu agora?". Depois olha para a idosa e sorri. Esta responde afirmativamente e sorri, "retirando" do seu rosto a expressão desconfiada que tinha até então.

A enfermeira levanta-se e dirige-se para o carro de terapêutica. Entretanto volta para trás e diz, dando uma pequena gargalhada: "Com isto tudo até me esqueci do termómetro!". Dirigindo-se à idosa, diz: "Falta o termómetro, D. Maria". "Mas eu não tenho!" – diz imediatamente a senhora, abanando negativamente a cabeça. "Tem... deixe ver..." – diz a enfermeira procurando o termómetro nas axilas da idosa. "Está aqui D. Maria. Não tem febre" e regista o valor na sua folha de ocorrências.

(...)

Comentários do Observador:

Durante estas horas que passei com as enfermeiras achei que não faziam "cerimónia comigo". A forma de falar, os comentários feitos, por exemplo, em relação à não resolução do problema da falta de enfermeiros, fazem-me achar isso.

Não me pareceu que a forma de trabalhar das enfermeiras se alterasse com a minha presença. Achei que mantinham a mesma naturalidade de outros turnos passados.

Senti diversas vezes um olhar cúmplice da enfermeira D, e isso foi agradável. Admirei a sus paciência e disponibilidade, face aos contínuos pedidos da idosa da cama 16 e da desconfiança da idosa da cama 17. A expressão do seu rosto e o seu tom de voz demonstraram calma e boa disposição. Gostei de estar presente nesses momentos.

ANEXO 6 – Excertos do registo de observação de um turno da noite

32º REGISTO DE OBSERVAÇÃO

4 -5 de Agosto de 1999 Turno da noite (22,30 às 8,30 horas)

São 22,20 horas quando chego ao Serviço. O corredor está "deserto". As três enfermarias de mulheres têm as luzes apagadas. Oiço gemer. O som parece vir da 2ª enfermaria. Fardo-me antes de me dirigir à sala de apoio onde se encontram as enfermeiras D e E, ambas sentadas junto à "mesa dos enfermeiros". A enfermeira D consulta o dossier dos horários.

"Boa noite" – cumprimento sorrindo. As duas enfermeiras olham para mim, sorriem e dizem também "boa noite". A enfermeira D pergunta-me, fazendo uma expressão de admiração, ao mesmo tempo que sorri: "Não me diga que vem fazer noite?". "É verdade" – respondo-lhe sorrindo. "Isso é que é amor ao trabalho!" – afirma a enfermeira E. Rio-me e explico que me parece importante ter a experiência dos diferentes turnos, incluindo o da noite. Informo também que esta é a segunda noite que faço no Serviço. "Muito bem!" – diz a enfermeira D, voltando a olhar para o horário.

O enfermeiro I entra na sala de apoio desfardado. São mais ou menos 22,30 horas. Depois de dizer "boa noite", e de nós as três lhe retribuirmos, retira uma "folha de ocorrências" da gaveta e vários rótulos autocolantes. Senta-se junto à "mesa dos enfermeiros", no seu topo mais próximo da estante dos processos. Eu encontro-me sentada à sua frente, de costas para a porta. Ouvem-se vozes e risos do vestuário. Penso que são as auxiliares de acção médica que aí se encontram.

O enfermeiro I propõe: "Quando quiserem eu recebo as mulheres". Encontra-se com a "folha de ocorrências" à sua frente e de caneta na mão, olhando para as suas duas colegas. "Sou eu que passo" – informa a enfermeira D.

Entretanto, a enfermeira E apoia a cabeça sobre os braços, que estão assentes na mesa e fecha os olhos. "Vai-te embora E" – diz a enfermeira D – "estás com um ar cansado". A forma da enfermeira D se expressar é calma e o seu tom de voz é melodioso e suave, mesmo quando se dirigiu a mim, momentos atrás. A enfermeira E aceita a sugestão e despede-se, desejando um bom turno enquanto retira o seu saco do armário das "malas". O enfermeiro I e eu agradecemos.

O enfermeiro I pergunta-me, sorrindo e com uma expressão "marota": "Então hoje vem fazer noite?". "Sim...se não se importar..." – respondo também a sorrir. "Cá por mim não" – afirma de imediato – "...e escolheu bem. Hoje temos ceia!".

"Quem vem fazer noite?" – pergunta a enfermeira D. "É o G" – responde o colega que lhe pergunta: "Não queres passar?".

A enfermeira D começa a passar as ocorrências do sector de mulheres. No quadro dos doentes todas as 22 camas e a cama extra estão ocupadas. Numa das camas está escrito que uma doente se encontra no S.O. e que a doente que irá ocupar a cama extra B só entrará amanhã de manhã.

"Tu conheces as doentes quase todas, não é?" – pergunta a enfermeira, olhando para o seu colega – "'tiveste cá ontem à noite...". O enfermeiro abana afirmativamente a cabeça. A enfermeira vai-se referindo às doentes pelo número da cama, relatando se estiveram ou não calmas, prostradas, orientadas. Se têm soro em curso ou se o cateter fica heparinizado. Se têm drenagem vesical ou fralda. Se têm sonda naso-gástrica e se ficam com alimentação ou água em curso. Se fizeram ou estão a fazer Oxigénio. Se têm hipertermia e se fizeram ou não terapêutica para o efeito. De algumas doentes refere que mantêm o mesmo estado ou que se encontram sem queixas.

Por exemplo, refere-se à doente da cama 5 (é uma senhora de 65 anos, independente e que entrou com o diagnóstico médico de Pneumonia): "...a 5 continua ansiosa, parece que nada está bem p'ra ela... queixa-se da 2, da 3... é muito chata esta doente...". "Já lhe deviam ter passado um ansiolítico" – interrompe o enfermeiro. "Pois... mas não tem nada prescrito. Ela fez Oxigénio. No fim do turno ficou melhor. O cateter fica heparinizado. Ela não referiu queixas, é só aquela ansiedade..." (...) "A 12 (a doente tem 86 anos, é dependente e está confusa) mantém o mesmo estado. Tem soro em curso. Tem sonda naso-gástrica e está a fazer água. Está imobilizada. Está sempre num queixume. Não tem nada p'ra dormir. É esta doente e a 14 (é uma senhora de 65 anos, dependente). Não sei porque é que não lhes passam nada p'ra dormir. A 14 está sempre a queixar-se. Dorme de dia e depois à noite não deixa dormir ninguém. P'rás outras doentes da enfermaria deve ser..." e abana negativamente a cabeça. O enfermeiro interrompe e diz: "Deixa 'tar que eu falo com eles".

A enfermeira D continua a passar o turno. Quando termina são 22,45 horas. Entretanto entrou na sala de apoio a enfermeira K, trazendo na mão o dossier de terapêutica do sector de homens e a "folha de ocorrências" fixa à capa com um clips. Diz "boa noite" e sorri, enquanto se senta à esquerda da sua colega. Eu e o enfermeiro I retribuímos o cumprimento.

Continuam a ouvir-se vozes e algumas risadas que parecem provir do vestiário contíguo a esta sala. Uma das auxiliares de acção médica entra, ainda desfardada, e

cumprimenta-nos. Depois aproxima-se da enfermeira K, coloca as suas mãos nos ombros da enfermeira e aproxima o seu rosto do dela, dizendo: "Está cá a K...inha". Esta enfermeira sorri. "Olá I...inho" – diz, dirigindo-se ao enfermeiro. Fala alto, com uma expressão alegre, gesticulando. O enfermeiro sorri para a auxiliar e diz-lhe: "Schu Q...estamos a passar o turno". "'tá bem, 'tá bem... já me vou embora... Vou-me fardar" – diz a auxiliar de acção médica, sorrindo e dirigindo-se para a porta.

A enfermeira D levanta-se, deseja um bom turno e diz: "Vou-me embora. Estou cá outra vez de manhã". "Até amanhã!" – retribuem o enfermeiro I, a enfermeira K e eu.

A enfermeira K olha p'ra mim e pergunta-ma: "Vens fazer noite?" – faz uma expressão admirada e sorridente. Respondo-lhe afirmativamente. Depois diz: "Devias é vir amanhã!". "Porquê?" – pergunto-lhe. "Amanhã estou cá eu..." – responde de imediato, mas o enfermeiro I interrompe-a, dizendo: "Não, não... escolheu muito bem. Até parece que adivinhou que hoje tínhamos ceia...".

"Quem é que faz noite contigo, I?" – pergunta-lhe a colega. "É o G" – responde o enfermeiro, começando a preencher os rótulos autocolantes para os soros, à medida que consulta cada uma das folhas de terapêutica do dossier de terapêutica do sector de mulheres. São 23,00 horas.

(...)

O enfermeiro I volta a entrar na sala de apoio e arruma na estante o processo que deixara aberto sobre a "mesa dos enfermeiros". Dirigindo-se a mim diz : "Vou ver os doentes" e começa a dirigir-se para a porta. "Vou consigo, 'tá bem?" – pergunto-lhe. O enfermeiro abana afirmativamente a cabeça. São cerca de 23,45 horas.

O enfermeiro I dirige-se para o sector de mulheres, levando na mão duas seringas e algumas compressas. (...)

Na 1ª enfermaria todas as camas estão ocupadas, à excepção da cama extra B. Três doentes têm idades entre os 21 e os 41 anos. As restantes doentes têm idades entre os 65 e os 81 anos.

A luz da unidade 5 (a terceira do lado esquerdo) está acesa. O enfermeiro dirige-se para lá, e pergunta com expressão séria, permanecendo aos pés da cama: "A senhora precisa de alguma coisa?".

Esta senhora tem 65 anos, mas aparenta um aspecto mais jovem. Tem o cabelo pintado de preto e o seu rosto tem poucas rugas. É ligeiramente obesa. Está sentada na cama, que se encontra na posição de semi-fowler, e mexe-se constantemente. O seu rosto está sério e parece preocupada.

O enfermeiro I, que permanece no mesmo lugar (eu encontro-me a seu lado), volta a perguntar-lhe: "A senhora precisa de alguma coisa?". "Não!...Não sei porque é que a sua colega me tirou o soro se o médico quer que eu tenha soro... não percebo..." – responde com o rosto sério, olhando de frente para o enfermeiro e falando num tom de voz alto, que me pareceu ríspido. Eleva ao mesmo tempo o membro superior esquerdo onde, ao nível do braço, se vêem alguns adesivos a prender o cateter, o seu prolongamento e a torneira de três vias.

O enfermeiro responde-lhe, mantendo-se sério: "Se a minha colega lhe retirou o soro é porque a senhora já fez a quantidade que o médico lhe prescreveu p'rás 24 horas". "Mas eu estou cá é p'ra fazer tratamento..." – diz a idosa, elevando a cabeça e num tom de voz ríspido.

"Exactamente!" – responde o enfermeiro, que depois pergunta: "E agora, está com falta de ar?". "Não, agora não!" – responde prontamente a idosa. "Então, se tiver falta de ar a senhora toca que eu venho cá e ponho-lhe o oxigénio, e se for preciso dou-lhe os medicamentos que a senhora tem p'ra esta altura. Tem dores?" – continua o enfermeiro, mantendo-se aos pés da cama da doente e permanecendo sério. "Não... mas às vezes tenho aqui deste lado..." e a idosa leva a mão à região infra-mamária direita. "Mas eu estou a perguntar se tem dores agora" – diz o enfermeiro. "Não, agora não..." – responde a senhora, abanando negativamente a cabeça, num tom de voz mais baixo que anteriormente.

"Então a senhora não tem falta de ar, não tem dores, também não tem febre que a minha colega disse-me. Já tomou os medicamentos e o medicamento p'ra dormir. Por isso, a senhora vai tentar descansar e deixar dormir também as outras doentes (e o enfermeiro olha em redor). Se precisar de alguma coisa a senhora toca" – diz-lhe o enfermeiro, falando pausadamente.

"E quando é que me voltam a pôr o soro?" – pergunta a idosa. "Amanhã às 11 horas" – informa o enfermeiro. "Só às 11?" – pergunta a idosa em voz alta. "Sim. O soro está marcado p'rás 11 horas. Vai ser posto a essa hora. Se a senhora precisar de alguma coisa, toque" – volta a dizer o enfermeiro I, começando a afastar-se.

"É!... Às vezes uma pessoa toca e ninguém aparece..." – diz a idosa num tom de voz alto e ríspido. "Eu já lhe disse que se a senhora precisar de alguma coisa, faz o favor de tocar que eu venho ver o que se passa" – afirma o enfermeiro , voltando-se para a idosa, mantendo o rosto sério e falando num tom de voz mais baixo e pausado. A idosa fica em silêncio.

Ambos saímos da enfermaria, depois de termos desejado "boa noite" às doentes. As doentes das camas 2 e 5 respondem da mesma forma.

Quando chega ao corredor, o enfermeiro I respira fundo e expira prolongada e ruidosamente. Diz em seguida, enquanto se dirige para a 2ª enfermaria: "Esta doente... e mesmo que eu chamasse o médico de serviço ia dizer-lhe que a doente se queixa do quê? Fazia um lindo papel...". "Porque é que esta doente está assim?" – pergunto-lhe em voz baixa. O enfermeiro pára, olha para mim e diz: "Se calhar é por causa da noite... Os doentes asmáticos têm medo da noite..." e recomeça a andar.

Entramos na 2ª enfermaria onde se ouve gemer e falar num tom de lamúria e de forma incompreensível. O enfermeiro acende a luz "geral" e dirige-se para a doente da cama 12, que tem 86 anos. A idosa está imobilizada ao leito e articula palavras pouco compreensíveis, num tom de lamúria alternando com gemidos. A cama está encostada ao parapeito da janela. A idosa encontra-se em decúbito lateral direito, e tem a grade do lado esquerdo da cama levantada.

Eu fico aos pés da cama da doente enquanto o enfermeiro permanece do lado esquerdo. Pousou entretanto, na mesa de refeições que está aos pés da cama da doente, uma das seringas e algumas compressas. Segura na mão esquerda a outra seringa e algumas compressas.

Em silêncio, o enfermeiro afasta a colcha e o lençol de cima para os pés da cama, levanta a camisa de dormir da idosa, desinfecta a região externa da coxa esquerda e administra o conteúdo da seringa. A doente queixa-se e tenta mexer-se. Quando termina, o enfermeiro estica a camisa de dormir da idosa e tapa-a até aos ombros com o lençol e a colcha. Depois diz-lhe, com uma expressão séria e falando num tom de voz um pouco alto, como se estivesse a dar uma ordem: "Agora vamos dormir e deixar dormir as outras doentes!". A idosa fica em silêncio e olha para o enfermeiro com o rosto pouco expressivo.

O enfermeiro I aproxima-se da senhora da cama 14, que tem 65 anos e é dependente. Desde que entrámos na enfermaria que esta senhora tem repetindo quase continuamente o mesmo discurso: "Sr. enfermeiro dê-me uma coisa p'rás dores... dê-me uma coisa p'ra dormir... ai, ai, ai... Sr. enfermeiro, sr. enfermeiro...".

A idosa encontra-se em decúbito lateral direito. O enfermeiro aproxima-se da doente pelas costas. Eu aproximo-me e fico de frente para a idosa. As grades da sua cama estão levantadas.

"Ó D. Fátima, mas não se dorme?" – pergunta o enfermeiro com o rosto sério. A idosa vira a cabeça para o lado em que se encontra o enfermeiro e recomeça: "Ai, ai, ai...dê-me uma coisa p'rás dores...". "Aonde é que lhe dói?" - pergunta-lhe o enfermeiro. "Dói-me tudo!" – responde prontamente a idosa – "Dê-me uma coisa p'ra dormir... ai, ai, ai...".

Em silêncio, o enfermeiro afasta a colcha e o lençol para as pernas da doente e afasta ligeiramente a parte posterior da fralda. "O que é que me está a fazer?" – pergunta imediatamente a idosa virando o rosto para o enfermeiro, franzindo as sobrancelhas, parecendo estar desconfiada.

"Vou-lhe dar uma injecção p'ra descansar" – explica o enfermeiro, ao mesmo tempo que espeta a agulha e começa a injectar o medicamento na região glútea esquerda. "Ai, ai, ai, que me está a doer!" – queixa-se a idosa, franzindo o rosto. O enfermeiro retira a agulha e diz-lhe: "Pronto D. Fátima, já está! Agora vai dormir" e tapa em seguida a idosa. Esta afirma num tom de voz "choroso": "Mas não me deu nada p'rás dores!".

O enfermeiro diz-lhe: "Com isto vai descansar, D. Fátima. Vá...que as outras doentes também precisam de descansar..." e começa a dirigir-se para a porta, apagando a luz e dizendo "boa noite". Algumas doentes também dizem "boa noite", embora se mantivessem de olhos fechados ou com o rosto semi-tapado, enquanto a luz da enfermaria permaneceu acesa.

Nesta enfermaria estão oito doentes. Três senhoras têm idades inferiores a 61 anos. Cinco doentes têm idades compreendidas entre os 65 e os 86 anos.

O enfermeiro I dirige-se para a 3ª enfermaria. As luzes estão apagadas. Espreita e olha em redor. Em seguida dirige-se para a sala de trabalho. São 23,55 horas.

(...)

Comentários do observador:

Senti-me um pouco incomodada quando acompanhei o enfermeiro na sua volta pela enfermaria. Não é que eu achasse que a minha presença tivesse perturbado o desenrolar dos acontecimentos... mas o confronto entre aquilo que é feito e o que poderia ser feito deixa-me, por vezes, um sentimento de mal-estar.

Achei difícil lidar com a idosa da cama 5. Pareceu-me adequado que o enfermeiro a confrontasse com as suas queixas, ou melhor, com a ausência das suas queixas. Mas fazê-lo aos pés da cama? Eu senti-me tentada a aproximar-me mais da senhora, mas não o fiz. Teria sido mais correcto ou mais eficaz? Não sei. O que parece certo num

determinado contexto, não o é obrigatoriamente em todos, acho eu. Senti falta de algumas perguntas à doente que pudessem lançar alguma pista sobre aquela ansiedade...

Promover o descanso das idosas das camas 12 e 14, e de todas as doentes da enfermaria é fundamental. No entanto, fez-me falta um gesto, uma palavra... qualquer "manifestação" que acompanhasse a administração das injecções às duas senhoras.

São mais ou menos 00,40 horas.

O enfermeiro I sai pela porta da sala de trabalho que dá acesso ao sector de mulheres, levando consigo o carro de terapêutica.

O enfermeiro G, depois de ter posto algumas embalagens de antibiótico sobre o carro de terapêutica, empurra-o em direcção à porta de acesso ao sector dos homens. Acompanho-o.

Ouve-se, cada vez mais perto, o gemido de um doente. Este geme por períodos e de forma intensa.

Entramos na 1ª enfermaria. O enfermeiro G acende a luz "geral" da enfermaria que tem sete doentes. A cama extra D está vaga. O primeiro doente do lado direito (da cama 23) parece dormir. Tem 89 anos. Os dois doentes a seguir, das camas 24 e 25, respectivamente de 44 e 73 anos, são ambos independentes, estão acordados e recostados no leito a ver televisão. Esta está colocada entre as suas duas camas, sobre uma mesa de refeições. É uma televisão bastante pequena e quase que não se ouve o seu som. Sentado numa cadeira colocada entre as camas destes doentes, está o doente da cama 28 que tem 28 anos.

Estes três doentes respondem ao nosso "boa noite" quando entrámos na enfermaria.

Aproximo-me destes senhores e pergunto-lhes o que estão a ver na televisão. Imediatamente o doente que está sentado me responde que é o 3º episódio de uma série de ficção científica. (...)

"Está tudo bem convosco?" – pergunta o enfermeiro G aos doentes que estão a ver televisão, olhando para eles por cima do referido aparelho. Os doentes das camas 24 e 28 abanam afirmativamente a cabeça. O senhor da cama 25 responde: "Está tudo bem".

Entretanto, o idoso que se encontra na quarta cama do lado esquerdo da enfermaria, junto à janela, geme pela 3ª vez desde que entrámos na enfermaria. É um tipo de gemido "arrastado". O enfermeiro aproxima-se deste senhor, que está virado para a

janela, inclina-se sobre ele e pergunta-lhe, num tom de voz calmo: "Então amigo...o que é que se passa?". O idoso geme outra vez da mesma maneira.

Este doente tem 72 anos, está afásico e tem limitações na mobilização. Tem sonda naso-gástrica e está algaliado.

Aproximo-me dos pés da cama deste doente. O enfermeiro sugere, olhando para mim: "Podíamos mudá-lo de posição. Às vezes estes velhotes têm muitas anquiloses e têm dores em certas posições". O idoso geme novamente da mesma forma.

"Vamos então!" – digo, e começo a afastar a cama do parapeito da janela, para conseguir ficar do lado direito da cama. O enfermeiro puxa também a cama e desce a grade do seu lado.

O enfermeiro afasta a colcha e o lençol até aos pés da mesma. O idoso volta a gemer como anteriormente. "Calma amigo..." – diz o enfermeiro G tocando com a sua mão direita no ombro esquerdo do doente – "Já o vamos virar". O idoso vira ligeiramente a cabeça parecendo querer olhar para o enfermeiro. Tem o rosto franzido.

"É melhor vira-lo com o resguardo" - diz o enfermeiro, olhando para mim e começando a desentalar o resguardo do seu lado. Eu faço o mesmo do meu lado. Depois parece hesitar, olha para a roupa da cama e diz: "Isto está tudo molhado! É melhor mudar... vou buscar um resguardo..." e dirige-se para a porta, voltando pouco depois.

Entretanto vou falando com o idoso, explicando-lhe que transpirou muito devido à febre. O doente olha para mim, mas não sei se entendeu as minhas palavras.

Quando o enfermeiro G se aproxima deste doente, afasta ligeiramente a roupa que está sobre os pés da cama e olha para a placa de identificação.

Dirigindo-se ao idoso diz: "Sr. Trindade, já vamos pô-lo confortável!". Com gestos calmos e seguros, o enfermeiro substitui o resguardo e avisa o doente, ao mesmo tempo que ajuda a vira-lo de frente para si: "Sr. Trindade, vamos virar p'ra este lado". O idoso "gira em bloco", mantendo os membros superiores flectidos junto ao corpo. Permanece em silêncio e o seu rosto mantém-se franzido.

Retiro o resguardo molhado, estico o lavado e coloco por baixo uma almofada para amparar as costas do idoso. O enfermeiro coloca a sua mão sob o ombro direito do idoso e puxa-o ligeiramente para si, ajeitando em seguida a almofada da cabeça. Depois diz: "Vamos ver se agora descansa, amigo". O idoso não voltou a gemer e parece ter o rosto menos contraído. (...)

Em seguida, o enfermeiro levanta a grade da cama do seu lado e comenta, enquanto encostamos a cama à parede: "É melhor... embora este doente não se mexa... às vezes os doentes sentem-se mais seguros". E dirigindo-se ao idoso, que não voltou a gemer, diz: "Pronto amigo, vamos lá descansar...".

O enfermeiro G começa a dirigir-se para a porta da enfermaria, empurrando o carro da terapêutica. Diz-me, enquanto o acompanho: "Viste que quando entrámos na enfermaria, ele começou a gemer mais? (abano afirmativamente a cabeça) Foi uma chamada de atenção. Olha como ele parou quando nos aproximámos...E há velhotes que têm medo da noite...".

Depois olha em redor e diz, antes de apagar a luz "geral": "Até amanhã!". Acompanho-o quase em simultâneo nestas palavras. Os três doentes que continuam a ver televisão retribuem o cumprimento.

Dirigimo-nos para a 2ª enfermaria. O enfermeiro coloca o carro de terapêutica junto à porta, acende a luz "geral" e diz num tom de voz baixo: "Boa noite". Alguns doentes repetem o cumprimento.

O enfermeiro folheia o dossier de terapêutica. Depois de rubricar a folha de terapêutica, prepara o antibiótico. Depois aproxima-se do senhor da cama 31, que tem 78 anos e está acordado, e diz em voz baixa: "Boa noite". O idoso repete também "Boa noite". "É o antibiótico" – informa o enfermeiro mostrando a seringa. O idoso aproxima o braço direito, onde tem o soro. Após ter administrado a terapêutica, o enfermeiro pergunta ao doente num tom de voz baixo: "Precisa de alguma coisa?" – O idoso abana negativamente a cabeça. "Então até amanhã!" – diz o enfermeiro. "Até amanhã, sr. enfermeiro" – responde o idoso. (...)

"Daqui 'tá tudo" – diz-me o enfermeiro, depois de ter consultado algumas folhas de terapêutica. Em seguida, olha em redor e diz: "Até amanhã". Apaga a luz "geral" da enfermaria e empurra o carro de terapêutica para o corredor. Dois doentes também dizem: "Até amanhã". (...)

Dirigimo-nos para a sala de trabalho. O enfermeiro G deixa o carro de terapêutica no local habitual. O carro de terapêutica do sector de mulheres já se encontra no seu lugar. São 1,20 horas.

(...)

Pelas 6,30 horas, o enfermeiro I dirige-se para o sector de mulheres, levando consigo o carro de terapêutica. As duas auxiliares de acção médica dirigem-se para a primeira enfermaria de mulheres, para onde levam o carro da "roupa/pensos".

O enfermeiro G dirige-se, com o carro de terapêutica, para a primeira enfermaria de homens. Acende a luz "geral" da sala e diz: "Bom dia!". Eu também o faço. Alguns doentes retribuem. O enfermeiro G pergunta-me se me importo de avaliar as temperaturas dos doentes. Respondo-lhe que não.

Enquanto cumprimento os doentes e lhes vou entregando ou colocando os termómetros, o enfermeiro G começa a administrar a terapêutica. Todos os doentes já se encontravam acordados excepto o doente da cama 24, que "estremeceu" quando o chamei, parecendo ter voltado a adormecer logo em seguida.

"Bom dia sr. Xavier. Dormiu bem?" – pergunta o enfermeiro ao senhor da cama 23, de 89 anos que está lúcido e bastante prostrado. O idoso abana afirmativamente a cabeça. "Vamos tomar os comprimidos" – diz o enfermeiro, colocando na mão direita do idoso dois comprimidos, que este leva à boca. Em seguida, entrega ao idoso o copo com água, ao mesmo tempo que lhe eleva a cabeça. "Já está?" - pergunta o enfermeiro. O doente abana negativamente a cabeça. Depois de dar mais um golo de água, o idoso entrega o copo ao enfermeiro, que o coloca na mesa de cabeceira.

O enfermeiro volta a aproximar-se do carro de terapêutica e escreve na "folha de ocorrências". (...)

O enfermeiro encontra-se junto do senhor da cama 25, que tem 73 anos e é independente. Informa-o: "Tem aqui os seus medicamentos, Sr Andrade". O idoso segura nas duas embalagens e pergunta ao enfermeiro: "Estes são...?" e pára, parecendo esperar que o enfermeiro termine a frase. Este explica-lhe: "São os dois p'ra baixar a tensão sr. Andrade". O idoso agradece, e toma em seguida a medicação. (...)

O enfermeiro aproxima-se do senhor da cama 26, que tem 72 anos, e começa a administrar-lhe o antibiótico na torneira de três vias. Comenta: "Este amigo sempre conseguiu sossegar. Não é sr. Trindade?". O idoso tem os olhos abertos e parece olhar para o enfermeiro, mantendo no entanto o rosto inexpressivo.

Quando termina a administração do antibiótico, o enfermeiro volta rapidamente para junto do carro de terapêutica. Volta a escrever na "folha de ocorrências", consulta nova folha de terapêutica, onde faz algumas rúbricas, retirando da caixa individual uma ampola e algumas embalagens de comprimidos.

Após aspirar o conteúdo da ampola para a seringa, aproxima-se do senhor da cama 27, que tem 77 anos. O idoso está prostrado e encontra-se imobilizado ao leito, que se

encontra em posição de semi fowler. Está a fazer Oxigénio por máscara, que neste momento se encontra deslocada sobre a bochecha direita.

"Bom dia, sr. Santos" – cumprimenta o enfermeiro G, quando se aproxima do idoso. Este dirige o olhar para o enfermeiro e tenta mobilizar os membros superiores, mas sem efeito.

O enfermeiro retira a máscara de Oxigénio, coloca-lhe os dois comprimidos na boca e aproxima-lhe o copo dos lábios, dizendo: "Engula sr. Santos, são os comprimidos". O idoso deglute sem dificuldade. O enfermeiro coloca o copo na mesa de cabeceira e ajusta a máscara de Oxigénio ao doente. Em seguida administra o medicamento na torneira de três vias.

O resguardo está manchado de um líquido amarelo que parece urina. "Este doente urinou bastante de noite" – afirma o enfermeiro G, afastando o lençol de cima. A mancha amarelada do resguardo estende-se até ao nível das coxas. Depois olha para mim e diz, enquanto tapa o idoso: "Não vale a pena estarmos a mudá-lo. Elas (as auxiliares de acção médica) já fazem isso!" e volta rapidamente para junto do carro de terapêutica.(...)

O enfermeiro G aproxima-se do doente da cama 29, que tem 77anos e que se encontra afásico e prostrado. Diz: "Bom dia sr. Pereira. Vamos lá tomar estes comprimidos" e coloca-os na boca do idoso, introduzindo depois a extremidade da seringa com água, que começa a injectar. O idoso deglute sem dificuldade. "Muito bem sr. Pereira! Abra lá a sua boca" – diz o enfermeiro, espreitando para o seu interior, pedindo em seguida: "Já pode fechar". O idoso fecha a boca e olha atentamente para o enfermeiro. Este começa a puxar o carro de terapêutica em direcção ao corredor. Entretanto apaga a luz "geral" da enfermaria, despedindo-se: "Até amanhã". Eu também o faço. Vários doentes também dizem: "Até amanhã".

Ao entrarmos na 2ª enfermaria, dizemos quase em simultâneo "Bom dia". O enfermeiro acende a luz "geral". Vários doentes também retribuem o cumprimento. (...)

O enfermeiro aspira para uma seringa os comprimidos que tinha previamente dissolvido. Em seguida, aproxima-se do idoso de 88 anos que se encontra muito prostrado. Eleva-lhe a cabeça e diz: "Olá amigo, bom-dia!". O idoso olha para o enfermeiro e balbucia em voz baixa "bom-dia". O seu rosto tem uma expressão triste.

O enfermeiro diz-lhe calmamente: "Isto (e mostra ao doente a seringa onde diluiu a terapêutica) são os medicamentos. Vai engolir tudo, está bem?". O idoso fica em

silêncio e deglute o conteúdo da seringa que o enfermeiro lhe vai dando. Quando termina, o enfermeiro diz: "Muito bem sr. Silva! Agora é só água!" e volta a proceder da mesma forma, depois de ter enchido parcialmente a seringa com água. O idoso deglute a água. "Pronto! Já está!" – diz o enfermeiro pousando a cabeça do idoso na almofada. Este permanece em silêncio, olhando para o enfermeiro e seguindo-o com o olhar quando este se afasta em direcção ao carro de terapêutica. (...)

Quando o enfermeiro termina de administrar a terapêutica a todos os doentes, apaga a luz "geral" da enfermaria e diz: "Até amanhã!". Alguns doentes retribuem o cumprimento.

(...)

Comentários do observador:

Estava com algum receio de fazer o turno da noite, não fossem os enfermeiros achar que me estava a intrometer. Mas eram receios infundados.

Não me pareceu que os enfermeiros agissem de forma diferente quando eu estava presente. Mesmo durante a ceia, em que os enfermeiros recordaram episódios do seu trabalho, falaram comigo e entre si com naturalidade, desvendando por vezes feitios ou comportamentos de colegas, passíveis de serem ocultados a alguém de "fora".

Junto dos doentes, idosos ou não, quer me encontre já nas enfermarias quer entre inesperadamente, nunca me dei conta que os enfermeiros se inibissem de continuar o seu trabalho ou de continuar as suas conversas.

À medida que o número de turnos feitos "avança", sinto que me vou preocupando progressivamente menos com o participar nos cuidados, e que me é mais fácil e mais "natural" estar presente e observar. Também acho que se tem tornado mais fácil recordar as cenas ocorridas quando mais tarde tenho que as descrever.

ANEXO 7 – Excertos de uma entrevista formal

E N T R E V I S T A F O R M A L

ENFERMEIRA D

Data: 1999-10-17 (turno da tarde) | Local: Gabinete de "arrumações"

Duração: 45 minutos | Entrevista gravada

Investigador (I) - Trabalhando num Serviço onde quase todos os doentes são idosos, quais são as suas preocupações quando cuida da pessoa idosa?

Enfermeira (E) - De uma maneira geral?

I – De uma maneira geral ou de uma maneira em particular.

E - Olhe, em primeiro lugar... vou falar do doente que já cá 'tá ou do doente que me chega?

I – Como quiser.

E - Pronto. O doente que me chega ao Serviço, em primeiro lugar a patologia pronto. A patologia do doente, exactamente. O estado de consciência do doente porque muitas vezes o doente parece que está confuso, à primeira vista, e não está. Ele... ele bate em qualquer coisa que o preocupa muito. No doente que entra é a primeira coisa que me preocupa.

No doente que está internado, no conjunto é o número de doentes e... e os poucos que nós somos p'ra cuidar desses doentes. Mas dentro daquilo que temos, aquilo que podemos fazer. Portanto, além da medicação porque essa é normal que nos preocupe e da patologia, é o conforto do doente e o sentir-se mais ou menos em casa.

Porque a maior parte dos doentes que nós temos cá ou têm um ambiente familiar óptimo – não é a maior parte, ou chega cá e está completamente desajustado porque lhe falta a família. Não pode ter visitas senão 1 hora por dia, e portanto desajusta e muitos descompensam e ficam num estado de confusão. Esse problema vai deixar de ser posto agora porque as visitas são praticamente livres. Quase 12 horas. Ficam até às oito da noite e colaboram na higiene e no conforto do doente.

E eu tento muito falar com os doentes, apesar do tempo ser muito pouco. Porque o doente idoso gosta muito de conversar, gosta imenso de expor as suas... a sua vida, contar toda a sua vida. E estar connosco e ter muito carinho e muito apoio, o que é muito difícil às vezes dar. Portanto, essa é a minha preocupação máxima. Para além do conforto de ele estar bem sentado ou o mais cómodo possível, é a parte humana

que eu acho que é importantíssima. Muitas vezes eu... eu descuro outras coisas. Não a medicação, que essa tem que ser dada, mas outros factores... essa, essa é uma preocupação.

A minha grande preocupação também, nesta casa, é a alimentação e a hidratação. Porque a maior parte dos doentes... quando uma pessoa está doente precisa mesmo de ser alimentada e hidratada. E isto... é uma parte que realmente... com o excesso de trabalho, que descuramos imenso. A comida é péssima. Normalmente os doentes não gostam. Portanto, o preocupar-me com o doente comer como deve ser ou mandar-lhe fazer até outra coisa, que isso é uma luta que eu tenho com a dietista, com a cozinha, com tudo... e o preocupar-me que ele seja bem alimentado e bem hidratado, também é uma das minhas preocupações. Ele tem mesmo que comer. P'ra mim é uma coisa importantíssima: a hidratação e a alimentação. Muito importantes, como a medicação... p'ra mim. Preocupa-me muitas vezes.

(...)

I - Percebi, nos dias em que fizemos "manhãs", que era sua preocupação fazer o levante a todos os doentes idosos que se podiam levantar, e sentá-los junto à mesa, por exemplo. Porque é que tinha essa preocupação?

E - Quer dizer, repare... isso é uma coisa que eu faço, que eu faço intuitivamente. Por exemplo, eu levanto... Toda a gente detesta fazer fins-de-semana comigo (ri-se). Hoje está tudo a reclamar porque eu levanto os doentes todos ao fim-de-semana e todos têm que... e ralho imenso (sorri). Eu ralho imenso. Ralho no bom sentido, é claro. O levante... isso é uma coisa que eu faço... eu acho que é uma coisa que estimula imenso os doentes. E é um momento em que nós lhe damos atenção que não podemos dar noutros locais. Repare, é uma coisa que eu faço intuitivamente. Não lhe sei explicar. Não obedeço a nenhuma norma p'ró fazer. Também não penso no bem que isso faz. Podia dizer: "Ah, porque eu sei que é uma forma de reabilitação!". Quando eu faço isso, não penso nada disso. É uma coisa intuitiva. É uma forma de eu lhe dar mimo e eu acho que ele apreende bem esse mimo. Mesmo que ele não se queira levantar e eu o obrigue... que obrigo sempre a brincar. Eu estou sempre a brincar (sorri). Eu acho que isso o estimula. É uma forma de atenção.

I - A sua forma de lidar com o doente idoso é muito na base da brincadeira, porquê?

E - É sempre! Não sei... é de mim mesmo. É de mim mesmo. Não é por nada técnico, não pense. É intuitivo. Por exemplo, se eu vejo que há um velhote que é malandreco, que adorava aquelas anedotas picantes... Ontem um contou-me uma anedota de eu cair p'ró lado. Ficou tudo a olhar... (ri-se). Eu estimulo essa parte porque eu sei que ele fica muito contente. Se há outro assim mais sério, ele não entra nessas graças. Há doentes com quem não brinco. Há doentes idosos que não gostam de brincadeira.

I - Não?

E - Exactamente. E é isso que eu tento incutir às auxiliares. Quando eu vejo uma auxiliar tratar um velhote: "então avô, vamos lá!" eu chamo-lhe à atenção.

I - Porquê?

E - Tem que ser a pessoa gostar ou não. Nós só podemos chamar "avô" se ele achar graça a isso. Porque a maioria não acha graça nenhuma! (rosto sério, tom de voz "duro"). E até já tivemos alguns que dizem: "Eu já tenho netos, obrigado". Não acha graça. Isso é um modo depreciativo, é um modo de ofensa. Nós temos que ver bem aquilo que pode ofender ou não o doente idoso. Porque o doente idoso melindra-se imenso.

I – Lembra-se daquele senhor idoso muito obeso? E que na passagem do turno informou que ele gostava muito que lhe chamassem "sr. Engenheiro"?

E - Ai, lembro-me! Então não me havia de lembrar dele!

I - O que significou p'ra si chamar-lhe "sr. engenheiro"?

E - Repare, uma pessoa levou a vida inteira a ouvir chamar "sr. engenheiro" e a ter uma determinada deferência e a ter um determinado estatuto que ele conquistou. Se conquistou bem, se conquistou mal, se conquistou... não interessa. Conquistou! E toda a vida foi chamado "sr. engenheiro". Tem um determinado nível e um determinado padrão. Nós não podemos deixar... só porque entra p'ró hospital, não pode ser tudo igual.

Chega aqui 'tá... tem que ir p'ra um hospital. O ideal dele seria ir p'ra uma clínica, mas não tem dinheiro p'ra ir p'ra uma clínica. Tem que ir p'ró hospital. Chega aqui é tratado como... "vire p'ra cá o rabo, quer fazer xixi, não sê quê..." (fala rapidamente).

Não pode ser! O eu tratá-lo por "sr. engenheiro", ele colaborava. E ele até era um doente mauzinho, ãh! Colaborava muito mais na medicação. Colaborava muito mais. Obedecia muito mais às ordens, compreende? Ficava muito mais contente.
Também alguns é o "sr. Dr.", outros é o "sr. Conde". Já cá teve um Conde.

I - Um conde... verdadeiro?

E - Um conde verdadeiro. Exactamente. Quase que lhe fazia uma vénia e ele muito contente. Quando desaparafusava batia-me e tudo, mas não interessa... (ri-se).
Olhe que eu um dia levei um murro dum doente, que fiquei com o nariz assim (leva a mão direita fechada ao nariz, "fazendo uma bola"). Porque o ia entubar. Expliquei-lhe tudo, mas ele não percebeu nada. E quando ele sentiu a sonda, dá-me um murro... bem, eu fico... quase que ia desmaiando. Depois calmamente 'tive a falar com ele e a brincar, e ele a dizer que sim às coisas, coitadinho. Amarrei-lhe as mãozinhas, que ele tinha mesmo que ser entubado, e calmamente entubei-o. E ele...pronto! (...)

I – Amarrou-lhe as mãos... o que significa p'ra si fazer isso?

E - É horrível. Detesto... é horrível, detesto. Acho que deve ser... E repare numa coisa, uma pessoa... eu imobilizo quando tem que ser, até porque as nossas camas são muito deficitárias e eles caem. (...)
É horrível. Detesto... Quando se imobiliza um doente eu detesto. Uma pessoa quando vêm p'ró hospital está doente, está agitada e ainda por cima tem que estar presa p'ra não cair de uma cama, é uma coisa terrível. Mas não há hipótese, porque pr'a ele não estar amarrado nós tínhamos que estar aqui... ao lado dele e isso é impossível...Tem mesmo que ser imobilizado...é terrível...é porque as recuperações são muito piores.

I - Acha?

E - As pessoas que estão imobilizadas demoram muito mais tempo a vir p'ró lado de cá (ri-se). Sabe porquê? Porque já se imaginou o que é estar numa cama 24 horas de braços e pernas amarradas? Só lhe tiram p'ra lhe lavar o rabo e ainda por cima lhe vão dar montes de voltas e montes de coisas... e chateá-lo, no fundo! Porque nós nem sequer temos tempo. Porque se nós tivéssemos tempo...se tivéssemos pessoal p'ró poder desamarrar quando ele está a dormir e amarrá-lo assim que ele acorda... mas nós nem podemos fazer isso porque ele pode acordar num momento qualquer e não estar ali ninguém. Portanto, ele está permanentemente amarrado e é terrível. Eu acho que as pessoas... que a confusão é muito maior.

(...)

I – Quando falou no doente que lhe deu um murro, disse que isso tinha acontecido apesar de lhe ter explicado o que lhe ia fazer. Durante o período em que estive cá vi-a muitas vezes sentada junto do idoso a explicar-lhe a medicação... o que é que isso significa p'ra si?

E - Quando nos sentamos ao pé de um doente, mostramos disponibilidade p'ra ele. Eu acho muito importante as pessoas falarem ao mesmo nível e mostrar disponibilidade. O eu sentar-me, que ando sempre a correr, ele vê que eu não estou com pressa p'ra ouvir aquilo que ele me diz. E que não estou com pressa p'ra lhe explicar. É um modo de disponibilidade. E o doente que é esclarecido da medicação colabora muito mais, não é... Mesmo que às vezes não seja. Porque se eu estou a dar um citostático... Há uma coisa que eu não sou capaz. É de dizer a um doente que ele vai morrer. Consigo falar com ele sobre a morte depois de ele me dizer que vai morrer. Falar sobre a morte, o que pode ser ou não ser, abertamente. Mas é preciso que ele me diga: "Eu já sei que vou morrer"... Eu dizer-lhe assim: "Vais morrer". Não sou capaz. Ou dizer: "Tens uma neoplasia". Não sou capaz. (...)

I - Porquê?

E - Não sei. Não sei explicar. Um idoso quando me diz que vai morrer, se calhar tem medo de ser pior ou de ser melhor. Não sei. Eu digo que vai ser melhor porque... porque é outra fase e porque é normal... Um idoso aceita a morte diferentemente.

I - De forma diferente?

E - Melhor! Normalmente os idosos que nós cuidamos não têm... Por exemplo, há idosos que têm a preocupação de deixar a mulher, de deixar não sei quê. Agora não têm, nunca encontrei nenhum neste Serviço de Medicina que tivesse preocupações ou coisas p'ra resolver, que tivesse que resolvê-las. Não, nunca encontrei. Um idoso... a morte p'ra ele... eu acho que ele aceita muito melhor. Mesmo quando pressente que vai morrer.

O doente que morreu com uma neoplasia aqui há dias, que era um doente idoso, quando veio p'ra cá da Urgência disseram-me: «vai aí o (...) que é o maior chato, o mais intratável e impossível de aturar». Assim que souberam que ele vinha p'ra cima toda a gente só dizia que era o pior, a pior peste... e fui eu que o recebi e ele era realmente... era intratável. Começou logo a embirrar comigo porque eu não sabia pôr

soros. E eu disse: «'tá bem! Então diga-me lá como é que vou pôr». E ele ensinou-me a pôr e eu pus, como ele me mandou. E ele disse-me: «Não me doeu nada»... e eu que o piquei uma série de vezes... (sorri). Mas não lhe doeu nada. E aquilo que eu lhe fazia a partir desse dia não lhe doeu nada. Era muito mandão, de maneira que eu fazia o papel de lhe obedecer cegamente. E ele lá ia comendo e bebendo mas depois piorou...

E o filho ia ... vai casar no dia X. E ele, no dia em que ia morrer...porque eu vi que ele ia morrer, disse-me assim: «O casamento do meu filho vai ser péssimo». Nessa altura eu disse-lhe assim: «Olhe, eu também não sei se vai se não vai». «Não! Eu sei que vou morrer e tal, estou muito mal e não vou passar d'hoje» (fica com lágrimas nos olhos). E agarrei-lhe assim na mãozinha, fiz-lhe muitas festinhas e isso... 'tava muito comovida com aquilo... aliás já estou a ficar (riso "nervoso"). Eu disse-lhe: «Olhe não... não sei em que é que acredita ou não acredita. Mas há relatos de pessoas que dizem que para além da morte, que vêm coisas. Não sei se isso acontece se não. Se é verdade ou mentira mas... se calhar existe. A gente não sabe, não é? Se calhar está muito melhor. Já não 'tá a sofrer. Já não 'tá com uma série de coisas...». E ele disse-me assim: «Então é por isso que eu ontem vi uma luz...». E ele ficou mais calmo e foi com naturalidade que ele se foi...

Realmente não sei se acontece ou não, não é... Não tenho a certeza. Nunca morri (ri-se). Também nunca conheci ninguém que viesse cá p'ra dizer.

Mas acho que nós temos sempre objectivos na vida, perspectivas não é... No lugar dessa temos outra. Essa nunca se pôs porque nós nunca 'tivemos a morrer. Mas quando estivermos se calhar vai-se pôr. E põe-se sempre. Não tenha dúvidas. Nunca vi um indivíduo que 'tivesse a morrer que não se quisesse agarrar...mesmo que seja ateu...mesmo que seja ateu. Não tenha dúvidas. E portanto, se alguém...se há outra... Nós ansiamos porque nos digam que há qualquer coisa do outro lado. Se há uma pessoa que não nos dá a certeza, porque não nos pode dar a certeza, mas se põe essa perspectiva, isso vem ao encontro daquilo que a gente quer... e nós ficamos muito mais calmos.

I - O que é p'ra si estar junto de um idoso que vai morrer?

E - Custa-me muito. É muito importante, mas custa-me muito. Olhe que eu não me adapto a nenhum doente a morrer.

I – Não se adapta?

E - Sofro...quer dizer...há pessoas que por verem a morte, e que na nossa vida muito mais...que a certa altura...já não lhes fazem impressão como me faz a mim. Não é que as pessoas sejam mais más ou menos más, repare. A pessoa encara a morte de uma maneira diferente. O doente que morreu pronto, morreu! Já estava a morrer, não é... Eu custa-me sempre imenso. Aliás toda a gente se ri aqui porque cada vez que me morre uma pessoa, e que tenho que fazer uma múmia, eu já fico com o turno estragado a seguir. Toda a gente se ri disso.

Eu não me adapto nada que um doente me morra. Nem gosto que me morra um doente comigo. Já tive muitos doentes... episódios muito aborrecidos de doentes que quase que esperaram por mim três dias de folga para morrerem quando eu chegava aqui de turno. E morreram agarrados à minha mão.

I - O que é que isso quer dizer?

E - Isso quer dizer que foram oito dias desgraçados em casa (ri-se). Foi horrível!

Eu tive aqui uma senhora de idade com um neo da vulva, num estado horrível. E passei muitas noites agarrada à mão dela porque ela dizia que não tinha tantas dores, imagine! Eu depois fui p'ró Algarve uns dias. Tive folgas, três ou quatro dias. E quando voltei pensei que ela já tinha morrido. Assim que entrei no turno, estava a falar, e ela chamou-me. Estava aqui nesta sala (aponta para a enfermaria em frente do gabinete). Eu cheguei ao pé dela, agarrou-me na mão e morreu! Isso p'ra mim... acabou o dia. O médico, que é o que 'tá hoje de Banco, até fez a múmia com a auxiliar, que eu fiquei num estado...

I – Porque será?

E - Não sei... É a maneira de ser da pessoa. Eu sou muito impulsiva e muito intuitiva. Quer dizer, eu... agora já penso mais, mas d'antes agia mais do que pensava (ri-se). E... e deve ser isso. A minha parte natural...a naturalidade... 'tá a ver?

Quando eu estou a lidar com um doente, não me ponho por profissional ou até...até, se calhar peco por isso, não é... Porque nós temos de ter um carácter mais profissional, que às vezes... e eu não tenho, sei lá... é do feitio. Eu acho que é um bocado, eu acho. Eu acho que isso tem razão de ser. E há colegas meus que me chamam a atenção p'ra isso, de que eu não mantenho nenhuma distância entre mim e os doentes. Eu consigo pô-los no respeito e ter uma série de coisas, mas brincando. Sei lá... Eles não têm

aquele... todos me tratam por D. Basta isso! Que é uma coisa que toda a gente me chama a atenção. A enfermeira D , nunca ninguém me chama enfermeira aqui dentro, 'tá a ver? Basta isso...não há distância (ri-se). Portanto...isso é a minha maneira de ser.

I - E isso acontece com os doentes mais novos ou com os doentes idosos?

E - É igual! Então noutro dia, 'tava um doente idoso a ralhar comigo na sala, e a auxiliar: «Então é assim que fala p'rá srª enfermeira?». «Mas qual enfermeira?» (fala num tom de voz forte) e continuou a ralhar comigo, 'tá a ver? (ri-se).

Não, eu acho que não é por falta de respeito. Nem os mais novos quando me tratam por tu ou me tratam por D. Não é por falta de respeito. É por uma questão de intimidade. Não sei se é bom se é mau! Mas eu também não consigo fazer d'outra maneira, pronto. Portanto, como também não me dou mal com isso, porque o respeito existe...

(...)

I - Falava muitas vezes nas passagens do turno que distribuía cigarros pelos doentes, quer os mais novos quer os de mais idade, e que os trazia para o hall p'ra fumarem. Com que intenção fazia isso?

E – Olhe, por exemplo este que morreu anteontem, era a coisa que ele mais queria na vida era fumar um cigarro (fala pausadamente). Tinha um neo do intestino disseminado, uma coisa terrível. Ora não fazia diferença, está a ver? Não faz diferença! Ele... cada vez que fumava... ele até comia p'ra fumar um cigarro. Essa regra estava posta.

I – Tinham um acordo?

E - Um acordo. Comprava-o completamente (ri-se). Se ele comer e beber, trazia-o e fumava. Ele lá comia, coitado... Depois a família tirou-lhe os cigarros todos. E depois dizia-me: «Então ontem não vieste?» (fala num tom de voz forte e ri-se). E olhe, isso não é muito importante, e ele...

Porque eu... por exemplo, levaram um velhote no outro dia com a família. E ele gostava muito de beber um copito à refeição. Também já deve ter morrido, no estado em que ele... E a família: «Podemos dar-lhe um copinho de vinho?». Claro! Não é... É um prazer que ele vai ter. Porque se ele está no período final, quase a morrer, faltam dias p'ra morrer e dizer: «Não pode fumar e não pode beber um copo!». Acho que é

uma coisa horrível, não é... Se ele tem feito isso toda a vida... Por isso, esses pequenos prazeres, eu... (abana afirmativamente a cabeça)... são importantes.
Olhe por exemplo, tinha um velhote com Diabetes. Uma coisa horrível. A coisa que ele dizia mais gostar na vida era de queques. Ele já veio p'ra cá com 500. Pode ver o que ele devia ter comido de queques (sorri). Ao fim de 'tar cá há muitos dias, disse-me: «Apetecia-me tanto um queque...». Eu disse: «Meio queque!» e fui-lhe comprar um queque e dei-lhe meio queque (ri-se).

I – Esses seus gestos significam...

E - Eu acho que é muito melhor p'rá recuperação do doente. Sente-se muito mais apoiado e recupera muito melhor... muito melhor. É dar-lhe o maior prazer possível... e o gostar mais... Gostar de estar cá não pode gostar, mas pelo menos ter o maior apoio possível. É a minha maneira de estar... e acho que é muito bom. Nunca ouvi nenhum doente reclamar... eles adoram-me (ri-se).
Aliás eu tenho um dia de folga e quando entro na enfermaria eles perguntam-me: «'teve de férias?». Imagine!

I – Um dia de folga?

E - Um dia de folga. Eles perguntam-me se 'tive de férias. Portanto, alguma coisa quer dizer. Quer dizer que eles sentiram a falta.

I - E o que é que isso significa p'ra si?

E - Dá-me prazer. Eu gosto muito, muito, muito de ser enfermeira... De cabeceira. Também não gostava de ser enfermeira de outra coisa qualquer.

(...)

E isto é uma profissão muito específica. Não dá... para não se gostar muito, para não se ter prazer naquilo que se faz. Às vezes gozam porque eu digo sempre que venho trabalhar sempre com prazer. Eu nunca venho trabalhar contrariada.
Mas... ou se gosta ou não se gosta, não é... Eu tenho muito prazer naquilo que faço. Se calhar, se estivesse a dar aulas numa escola ia detestar porque sou uma péssima professora. Não sei explicar. Às vezes integro aqui uma colega e até lhe peço desculpa. Não sei nada explicar as coisas. Aquilo que eu faço ou aquilo que eu sei é tão evidente p'ra mim, que eu não sei transmitir aos outros. É terrível. E isso é uma grande... é realmente uma grande deficiência minha.

Mas acho que ser enfermeiro... porque ser-se médico é mais fácil que ser-se enfermeiro. Porque ser-se médico, tem que se estudar muito e tal...e mais estudo menos estudo, qualquer um é. Qualquer um pode chegar ali e fazer. Apesar de eu não concordar que a pessoa não tenha o mínimo de gosto p'ra lidar com os outros por ser médico. Mas ainda posso achar ser possível. Agora o enfermeiro que passa 8 horas com o doente, às vezes 16 como é hoje o meu caso, e que não dê o máximo com prazer, não é... Não é a gente dar por...dar todos dão. Mas que realmente não era aquilo que queria, é péssimo! Mas se calhar ia-mos ter muito mais falta de enfermeiros (ri-se). (...)

ERRATA

Página	Parágrafo	Linha	Onde se lê	Deve ler-se
4	1°	2	...em todos as etapas...	...em todas as etapas...
53	4°	5	(HELMAN (1994:2)	(HELMAN, 1994:2)
66			2.2 – A ENTREVISTA ...	2.3 – A ENTREVISTA ...
68			2.3 – MODELO DE ...	2.4 – MODELO DE ...
72	2°	1	...foi o metodologia...	...foi a metodologia...
96	4°	2	...que o compõem o acto...	...que compõem o acto...
101	8°	1	A falta de enfermeiros têm...	A falta de enfermeiros tem...
135	3°	2	...de lhe proporciona apoio...	...de lhe proporcionar apoio...
230	3°	5	de habitual de trabalho...	habitual de trabalho...
257	4°	4	...e vestimos lhe a camisa...	...e vestimos-lhe a camisa...