

XIV CURSO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

ICBAS / UP



U.PORTO

Acolhimento de Enfermagem

Vivências do Doente Idoso

Raquel Amaral Dutra

Ponta Delgada
Junho de 2009

Raquel Amaral Dutra

Acolhimento de Enfermagem: Vivências do Doente Idoso

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em
Ciência de Enfermagem submetida ao Instituto de
Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do
Porto

Orientador: Professora Doutora Maria Ermelinda
Ribeiro Jaques

Categoria: Professora Coordenadora da Escola
Superior de Enfermagem de Viana do Castelo

*"Uma das principais doenças do homem
é sua inquieta curiosidade por conhecer
o que não pode chegar a saber. "*

Blaise Pascal

AGRADECIMENTOS

Para que este trabalho fosse consumado, valeu-me o incentivo, o estímulo e a compreensão dos meus entes mais queridos. Para eles, por partilharem do meu entusiasmo pelo tema, e por se regozijarem com os meus avanços, como se do seu próprio esforço se tratasse, o meu voto especial de reconhecimento. Obrigada por me fazerem apaixonar, continuamente, pelo meu trabalho.

Aos Enfermeiros, meus colegas de turma e de trabalho, por partilharem das minhas inquietações e por me impelirem, tantas vezes, à reflexão e, por consequência, à minha auto-superação.

À Prof. Doutora Ermelinda Jaques por me apaziguar a mente em tantos momentos de tempestade.

Aos idosos que possibilitaram a realização deste estudo que, com a sua experiência de vida, pese embora sem essa intenção propositada, me ensinaram a crescer.

RESUMO

O envelhecimento populacional que hoje se verifica, enquadrado numa conjuntura social de constante transformação, afigura-se como um desafio premente, com repercussões em várias áreas, incluindo a da saúde.

Porém, o facto de actualmente o período de vida ser mais longo, não interdiz a população idosa da fragilização inevitável que lhe é inerente. A longevidade aumentada predispõe ao incremento da vulnerabilidade a diversas patologias, acarretando a possibilidade de um maior número de internamentos hospitalares.

Inscrita neste panorama, a probabilidade eminente de um internamento, associada aos factores psicológicos de fragilidade próprios do idoso, tornam este estudo necessário e de interesse indeclinável pois, para além de se debruçar sobre um assunto de prevalência efectiva, ele induz à reflexão sobre o modo como o idoso vive o momento de acolhimento hospitalar.

Inserido no paradigma emergente, este, trata-se de um estudo qualitativo, exploratório-descritivo, que dada a natureza do fenómeno que pretende explorar, assume características fenomenológicas. A pergunta de partida para esta investigação foi: ***“Como vive a pessoa idosa o acolhimento realizado pelo enfermeiro a um serviço de internamento?”***, sendo a sua finalidade, compreender o modo como o doente idoso vivencia este momento.

A colheita de dados, realizada através de uma entrevista semi-estruturada, foi aplicada a nove idosos, previamente internados no Centro de Saúde de Nordeste, e seleccionados de acordo com os critérios de elegibilidade previamente definidos.

As conclusões obtidas da análise das entrevistas revelam que:

- As vivências descritas pelos idosos são diversas, sendo umas fruto de consciência endógena e outras fruto de uma consciência exógena. Estas vertentes, foram classificadas como domínios, nomeadamente: Auto-Consciencialização e Hétero-Consciencialização.
- Verificou-se, no momento de acolhimento, um predomínio de vivências que se dirigiram para uma Hétero-consciencialização, comparativamente às vivências da auto-consciencialização.

- O momento de acolhimento despoletou, nos idosos, a identificação das finalidades da acção, realizada pelo enfermeiro responsável pelo acolhimento, tendo sido valorizada, primordialmente, a intervenção técnica do enfermeiro.
- O momento de acolhimento, despoletando uma reflexão sobre si próprios, é sentido pelos idosos como negativo, provocando, na sua maioria, sentimentos de abandono, de nervosismo e de ansiedade.
- No domínio da auto-consciencialização, embora não tenham sido definidos como sentimentos positivos ou negativos, os idosos mencionam, com frequência, que o acolhimento lhes desencadeou percepções acerca da sua situação de saúde, da aceitação inevitável do internamento, tendo suscitado também, o pensamento na morte.

Acredito que este estudo, ao exortar à reflexão sobre um cuidado de Enfermagem de frequente utilização e de valor inquestionável, nos permite repensar sobre a sua real importância e complexidade, muitas vezes desconsiderada pelos profissionais de saúde.

Creio que os contributos, que brotaram da realização deste trabalho, podem trazer repercussões positivas a diversos níveis: Aos idosos que nele participaram por terem revivido e exposto os seus sentimentos acerca da experiência em estudo, com a nítida consciência de que o relato da sua vivência poderia ser considerada uma preciosa ajuda a futuros utentes e à própria profissão de Enfermagem.

Mas sobretudo, e como principal resultado, destaco o facto de este estudo possibilitar o conhecimento do que os idosos, na primeira pessoa, consideram como sendo as necessidades essenciais no acolhimento de Enfermagem. E esse conhecimento, nas mãos dos Enfermeiros, não pode ser menosprezado.

ABSTRACT

The aging of world's population verified nowadays, inserted in a social environment of constant change is a challenge at a social, political but also health level.

However, the fact that now people live longer, does not avoid the inevitable process of weakening which is inherent to the elderly population.

The increased longevity predisposes increased vulnerability to various diseases, resulting in the possibility of hospital admissions.

Entered in this description, the likelihood of a hospitalization, associated with the psychological factors of the elderly fragility, ensures the indeclinable interest of this study, not only because it is a matter of actual prevalence, but mainly because it induces the reflection on how elderly people live the moment of hospital hosting, done by the nurses. This, included in the emergent paradigm, is a qualitative, exploratory-descriptive study that, given the nature of the phenomenon to be explored, has phenomenological characteristics.

Having appeared from the start question: *"How do the elderly live the hosting held by the nurse, to a hospital service?"* the work aims to understand how the elderly patients experience nurse hosting. The data collection was performed through the application of a semi-structured interview to nine elderly previously hospitalized in Centro de Saúde de Nordeste, all of them selected according to the eligibility criteria previously defined.

The analysis of the interviews originated some conclusions, such as:

- The experiences described by the elderly are very diverse, were divided in an endogenous as well as in an exogenous awareness, two sections that were classified as domains, namely: Self-Awareness and Out-Awareness.
- There could be noticed a predominance of lived experiences in the moment of hosting that led more to an out-awareness, then to self-awareness.
- The moment of hosting triggered, in the elderly, an identification of the action purposes taken by the nurse responsible for the reception, and as a part of this action, technical assistance of nurses was primarily valued.
- The moment of hosting originating a reflection on themselves, was felt by the elderly as negative, causing primarily, feelings of abandonment and nervousness / anx
- In the area of self-awareness, although not defined as positive or negative feelings, the elderly often mentioned that the hospital hosting experience initiated in them

perceptions about their state of health, the inevitable acceptance of internment, and also raised the thought in death.

I believe that this study, while encouraging the reflection about a frequent and of unquestioned valued nursing care, allows us to rethink on its real importance and complexity, often disregarded.

In my opinion, the contributions that blossomed in this work may have brought positive repercussions at several levels: to the elderly involved, considering that they relived and expressed their feelings about the experience in study, with the clear awareness that the telling of their experience could propel a valuable aid to other users in their own situation, and to the nursing profession, itself.

But above all, as the main result, I would highlight the fact that this study enabled the recognition of what the elderly, on the first person, related and considered their needs in the Nursing hospital hosting. And this knowledge, in the hands of nurses, can't be despised.

ABREVIATURAS

ed. – Edição

et al. – *et allium*

etc. – *et caetera*

n.º - número

p. – Página

SIGLAS

ADN – Ácido Desoxirribonucleico

AGE – The European Older People's Platform

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CSN – Centro de Saúde de Nordeste

DGS – Direcção Geral de Saúde

DRS – Direcção Regional de Saúde

ESEPD – Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada

ICBAS – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

REPE – Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem

SAP – Serviço de Atendimento Permanente

SREA – Serviço Regional de Estatística dos Açores

UA – Universidade dos Açores

UNDESA - United Nations Department of Economic and Social Affairs

UNDSPD - United Nations Division for Social Policy and Development

UP – Universidade do Porto

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

	p.
<u>INTRODUÇÃO</u>	13
I PARTE – SOBRE O ACOLHIMENTO AO IDOSO: UM PERCURSO PARA A INVESTIGAÇÃO	17
1. <u>O ENVELHECIMENTO E O IDOSO</u>	18
1.1. DEMOGRAFIA DO ENVELHECIMENTO	25
1.1.1. <u>Panorâmica Mundial e Europeia</u>	25
1.1.2. <u>O Contexto Português</u>	27
1.1.3. <u>O Envelhecimento nos Açores</u>	28
1.2. O CONTEXTO SAÚDE/DOENÇA DO ENVELHECIMENTO	31
1.3. CUIDAR A PESSOA IDOSA	34
2. <u>NA SOMBRA DA HIPÓTESE: O IDOSO E A HOSPITALIZAÇÃO</u>	37
2.1. ACOLHIMENTO: PRIMEIRO MOMENTO DA HOSPITALIZAÇÃO	42
2.2. ACOLHIMENTO NO CENTRO DE SAÚDE DE NORDESTE: PERCURSOS.....	50
2.3. O ENFERMEIRO E O IDOSO - RELAÇÃO CUIDADOR-CUIDADO	55
II PARTE- O ACOLHIMENTO PELO IDOSO QUE O VIVENCIA	63
3. <u>PROBLEMÁTICA</u>	64
4. <u>METODOLOGIA</u>	70
4.1. PARADIGMA E TIPO DE ESTUDO	71
4.2. PARTICIPANTES	74
4.3. PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	79
4.3.1. <u>Entrevista</u>	80
4.4. PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	85
4.5. CRITÉRIOS DE RIGOR CIENTÍFICO	91
4.6. ASPECTOS ÉTICOS	93
4.7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	96

p.

5. <u>APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS</u>	99
5.1. DOMÍNIO: VIVÊNCIAS DO DOENTE IDOSO NO ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM	101
5.2. DIMENSÃO: AUTO-CONSCIENCIALIZAÇÃO.....	104
5.3. DIMENSÃO: HÉTERO-CONSCIENCIALIZAÇÃO.....	130
6. <u>ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS ÀS ENTREVISTAS</u>	172
7. <u>EXTRACÇÃO E VERIFICAÇÃO DE CONCLUSÕES: PROCEDIMENTOS</u>	176
8. <u>CONCLUSÕES</u>	182
9. <u>SUGESTÕES E IMPLICAÇÕES</u>	185
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	188
ANEXOS	198
ANEXO I - Pedido de autorização à DRS para contacto com o CSN para selecção de participantes	199
ANEXO II – Resposta da DRS ao pedido de contacto com CSN	201
ANEXO III - Pedido e Autorização do CSN para selecção dos participantes	203
ANEXO IV – Consentimento Informado Livre e Esclarecido	205
ANEXO V - Guião da Entrevista	208
ANEXO VI – Entrevista transcrita	210
ANEXO VII – Matriz de Codificação Global	215

ÍNDICE DE FIGURAS

	p.
Figura n.º 1- Percentagem da População com 65 anos ou mais, no mundo, 2005-2050	26
Figura n.º 2 - Proporção da População Europeia com 65 anos ou mais.....	27
Figura n.º 3 - Pirâmides Etárias Portugal, 1960, 2004, 2050	27
Figura n.º 4 - Ilha de São Miguel	29
Figura n.º 5 - Esquema representativo do percurso do doente até Serviço Internamento do CSN	51
Figura n.º 6 – Concelho de Nordeste	76
Figura n.º 7 - Componentes da Análise de dados: Modelo de Fluxo.....	86
Figura n.º 8 – Diagrama Contextual.....	102

ÍNDICE DE QUADROS

	p.
Quadro I – Estimativas da População Média na ilha de São Miguel	28
Quadro II - Estimativas da População Residente com mais de 65 anos na ilha de São Miguel.....	29
Quadro III - Índices Demográficos referentes ao ano 2006 na Região Autónoma dos Açores.....	30
Quadro IV – Auto-consciencialização: Sentimentos vividos no acolhimento	104
Quadro V – Hétero-consciencialização: Situações.....	130
Quadro VI – Hétero-consciencialização: Espiritualidade	149
Quadro VII – Hétero-consciencialização: Ambiente	151
Quadro VIII - Hétero-consciencialização: Outras pessoas	157

INTRODUÇÃO

O interesse e a dedicação crescente pela investigação científica na área da Enfermagem têm contribuído, ao longo dos tempos, para um desenvolvimento consolidado e para uma consequente melhoria dos cuidados prestados no seio desta profissão, tal como refere Hesbeen (2000, p.151), que associa a crescente afirmação da Enfermagem como arte e ciência ao exercício da investigação.

Os enfermeiros, enquanto pesquisadores, tendem, cada vez mais, a desenvolver investigação no interesse de dar resposta a uma questão que gostariam de ver respondida ou a solucionar um problema detectado, como defendem Polit e Hungler (2004, p.104) e, de acordo com Hesbeen (1997, p.146), tentar melhorá-lo.

Deste modo, segundo o último autor, é natural que cada investigador identifique o seu problema de pesquisa consoante a sua área de intervenção, ou, no caso dos enfermeiros, que investiguem temas que lhes dizem respeito na prestação de cuidados, enquanto no exercício da sua actividade profissional diária.

De facto, o enfermeiro, enquanto ser humano, não pode alhear-se do contexto que o envolve. Assim, o tema deste trabalho não revela apenas uma preocupação sentida individualmente mas espelha, indirectamente, o cenário social que está na base dessa preocupação.

Nos países desenvolvidos, a proporção da população idosa, relativamente à população geral, apresenta cada vez mais prevalência. A esperança média de vida tem aumentado progressivamente e a dimensão desse fenómeno nunca se afigurou tão alarmante como nos nossos tempos se afere, sendo a tendência, de acordo com vários os estudos demográficos prospectivos, para se agravar (EUROSTAT, INE, OMS, SREA).

Embora, desde os primórdios da história, tenham sempre havido relatos de preocupação com o fenómeno do envelhecimento, tecidos sob as mais diversas formas, que vão desde a busca incessante pelo elixir da juventude, ao culto da beleza perene, e passando pelos rituais fúnebres que tentam manter o corpo jovem mesmo para além da morte, tem sido comum, ao longo deste percurso, uma abordagem cautelosa deste tema, muitas vezes envolto num certo misticismo ou abordado, até, como assunto tabu.

A relação do Homem com o envelhecimento vem sendo encarada de forma oscilante ao longo dos tempos e segundo a óptica de diversas culturas, encontrando-se os mais variados registos que ora conotam o velho com alguém sábio e conselheiro, ora com um fardo, patente de inutilidade. Deste modo, o conceito de envelhecimento vem sendo encarado ora como fenómeno temido e recusado, ora desejável e nobre. Na verdade, esta forma ambígua do Homem se relacionar com o fenómeno, por si só, em muito justifica a própria caracterização demográfica da sociedade ao longo dos tempos, bem como as correntes filosóficas, panoramas económicos e cenários culturais mundiais com o assunto relacionados.

Hoje, em quase todos os países, e sobretudo nos mais desenvolvidos, a proporção de idosos está crescer mais do que qualquer outro grupo etário. Ela é o resultado tanto do aumento da esperança média de vida como do declínio das taxas de fertilidade (OMS, 2002). Hoje, vive-se por mais tempo e com melhores condições de vida, sendo natural constatar-se, por esse motivo, um desejo de adiar a morte, o mais que se pode.

No entanto, como a população vive mais encontra-se, também, por esse motivo, mais sujeita às doenças cuja prevalência se associam ao avançar da idade.

Os idosos apresentam-se, hoje, como um grupo populacional grande consumidor de cuidados de saúde, consequência das vulnerabilidades inerentes ao processo de senescência conforme afere Costa (2006, p. 16). É um facto que a necessidade de cuidados aumenta, também, em função da idade. A fase de velhice pressupõe “uma necessidade de ajuda crescente, variável consoante as pessoas” (Collière, 1999, p. 236).

Por este facto, verifica-se que, da população em geral, a que regista maior número de internamentos, consequência de um processo natural do aumento de vulnerabilidade, é a população idosa.

Inerente a esta realidade e considerando que, de forma contínua e inevitável, a população idosa continuará a ser internada em contexto hospitalar, o acolhimento realizado pelo enfermeiro ao utente idoso será, por muito tempo, um tema actual, sobre o qual é pertinente desenvolver investigação. Pois só assim se alcançará um conhecimento incisivo sobre o modo como os idosos vivem esta experiência e se procurará efectivar uma prática, fundamentada na evidência, que consiga amenizar e tornar o mais agradável possível a experiência de acolhimento hospitalar no idoso.

Se a isto somarmos o facto de o idoso encontrar no internamento, segundo Cabete (2005, p. 28) uma situação de crise para a qual tem de fazer uma adaptação que, segundo a mesma autora, é um processo que vai diminuindo com a idade, podemos inferir que a população idosa manifesta uma possibilidade de desajustamento maior à hospitalização, relativamente à restante população internada.

Sensível às particularidades próprias do modo como os idosos encaram a experiência do acolhimento e integrado no panorama social previamente descrito, o presente trabalho, que tem como pergunta de partida: “Como vive a pessoa idosa o acolhimento realizado pelo enfermeiro a um serviço de internamento?” tem por finalidade compreender o modo como o doente idoso vivência o acolhimento de enfermagem a um serviço de internamento.

Os objectivos específicos traçados para alcançar o conhecimento esperado foram:

- Identificar a importância do acolhimento como etapa essencial do processo de internamento;
- Caracterizar os idosos sujeitos do estudo;
- Reconhecer a importância do acolhimento como período condicionante da experiência global de internamento para o doente idoso;
- Identificar a actuação do enfermeiro no acolhimento do doente idoso a um serviço de internamento.

O título atribuído a este estudo: “Acolhimento de Enfermagem: Vivências do doente Idoso”, atribuindo ênfase ao procedimento em si, ao Cuidado no contexto da Enfermagem, contextualiza a população que dele fez parte, designadamente, os Idosos e os Enfermeiros. Digamos que, de uma forma simples, directa e breve, o título une os sujeitos em estudo às acções por eles desempenhadas. Sem omitir o contexto em que esta união toma lugar, o título pretende, acima de tudo, valorizar a vertente referente às vivências do idoso.

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes distintas, correspondendo, a cada uma, um título respectivo. Na primeira parte do trabalho, intitulada “Sobre o Acolhimento ao idoso: Um percurso para a investigação” é apresentado o desenho do estudo, abordada uma contextualização demográfica e conceptual do envelhecimento e do fenómeno de acolhimento e, por fim, descrita a problemática efectuada.

Na segunda parte: “O Acolhimento Pelo Idoso Que o Vivencia”, é apresentada a metodologia utilizada. São expostos e discutidos os resultados obtidos, verificando-se também uma ponderação sobre o fenómeno em estudo e as suas repercussões na prática da Enfermagem.

São, finalmente, apresentadas as conclusões e sugestões do estudo, que se poderão traduzir em estímulos a trabalhos futuros.

O trabalho que ora se apresenta, para além de ter sido reconhecido como um desafio constante, manifestou-se sempre como um ganho singular, pelo qual fui conquistando afecto, interesse e contínua dedicação.

Aqui exposto, sob forma de dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, este documento surge integrado no XIV Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem do ICBAS – UP, decorrido na ESEPD – UA, tendo sido orientado pela Professora Doutora Maria Ermelinda Ribeiro Jaques.

I PARTE – SOBRE O ACOLHIMENTO AO IDOSO: UM PERCURSO PARA A INVESTIGAÇÃO

“A investigação em Enfermagem constitui um delicioso balanço entre os princípios da investigação rigorosa e uma preocupação genuína pelo bem-estar do paciente.”

M. C. Ramos

Num trabalho de investigação, a apresentação de um enquadramento teórico ao tema em análise, segundo Polit e Hungler (1995, p.105), é uma etapa fundamental uma vez que possibilita o estabelecimento de uma ligação entre a nova investigação e o conhecimento já existente sobre o assunto em estudo.

A contextualização, resultante de uma revisão de literatura, segundo Artinian (*in* Grove e Burns, 1997, p.151), permite a compreensão de um fenómeno pelo facto de resumir e integrar o que é conhecido sobre o mesmo. Assim, neste capítulo, “Sobre o Acolhimento ao idoso: Um percurso para a Investigação” é realizada uma abordagem teórica sobre o tema em questão, sendo explorados vários conceitos associados ao de acolhimento de enfermagem direccionado ao cliente idoso. Esta abordagem servirá, pois, de suporte ao desenvolvimento de todo o trabalho.

Tendo em conta que a finalidade deste estudo é compreender o modo como o doente idoso vivência o acolhimento de enfermagem a um serviço de internamento, foram aprofundados vários conceitos, mormente, os de: Idoso, Vivência, Acolhimento, Enfermagem, Cuidar e Relação de Ajuda, sendo os conceitos-chave deste estudo os de Idoso, Vivência e Acolhimento de enfermagem.

1. O ENVELHECIMENTO E O IDOSO

*“Misticismo, agora à parte,
Envelhecer é uma arte (...)”*

Sérgio Godinho

Antes de passarmos à contextualização da temática “envelhecimento” prevalece a necessidade de contextualização do sujeito idoso enquanto pessoa.

Tal definição comporta, em si, alguma controvérsia uma vez que vários autores, em diferentes épocas, sugerem definições distintas para o conceito de idoso, passando estas por uma designação, na maioria das vezes, baseada numa condição de ordem meramente cronológica, ligada ao natural desenrolar do ciclo de vida.

Spirduso, citando Crandall (2005, p.8), refere que na literatura gerontológica, foram usados vinte termos diferentes para descrever pessoas de meia-idade ou idosos. Não obstante esta situação, o mesmo autor sugere que, dentro da definição abrangente de idoso, indivíduo na faixa etária dos 65 aos 74 anos, faixa correspondente à sétima/oitava década de vida, há lugar, ainda, para a classificação de outras quatro faixas etárias distintas, sendo estas enunciadas como “(...) divisões da idade cronológica (...) que são usadas para fins de discussões e esclarecimentos na gerontologia” (2005, p.8).

Assim sendo, e de acordo com Spirduso, os idosos dos 75 aos 84 anos devem ser classificados como “idosos”, dos 85-99 de “idosos-idosos” e a partir de 100 anos, como “idosos muito idosos”.

Face a esta estratificação, Spirduso deixa a ressalva de que “Estas divisões parecem fáceis de compreender, mas um grande problema das pesquisas gerontológicas é que as faixas etárias não foram padronizadas.” (Spirduso, 2005, p.8).

Bee (1997, p.516) apresenta uma sugestão semelhante à anteriormente exposta, classificando a idade superior ou igual a 65 como a sétima idade da vida, ou fase tardia da vida adulta. Para esta autora, embora o idoso possa ser considerado como tal, quando tem idade igual ou superior a 65 anos, e passo a citar, “Seria um erro, no entanto, pensarmos nos idosos como um único grupo” (1997, p. 516). Por conseguinte, Bee (2003, p.516)

identifica duas classes de idosos: o “idoso jovem”, com idade entre 65 e 75 anos e o “velho idoso” (2003, p.578) com idade entre os 75 e 95 anos.

Todavia, e tendo em consideração as várias acepções etárias atribuíveis ao conceito de idoso, tal como assevera Moniz (2003, p.41), interessa não nos alhearmos de que o envelhecimento resulta da fixação de uma idade cronológica, os sessenta e cinco anos, definida pela OMS, a partir da qual se considera a pessoa como idosa, nos países desenvolvidos: “Most developed world countries have accepted the chronological age of 65 years as a definition of 'elderly' or older person”.¹

Não nos esqueçamos, contudo, de que, como refere Moniz (2003, p.39) enquanto pessoa, o idoso é um ser no mundo que comporta várias dimensões extensíveis para além da biológica, interagindo com o meio ambiente. Nesta interacção, é que a definição de pessoa idosa, como indivíduo com mais de 65 anos, perde algum sentido social uma vez que, de acordo com o autor, a longevidade e a qualidade de vida destas pessoas tem se vindo a alterar ao longo do tempo, facto conducente a que a própria “(...) concepção de pessoa idosa esteja, também ela, em profunda mudança” (Moniz, 2003, p.39).

De facto, a forma como a sociedade encara o processo de envelhecimento sofreu mudanças significativas ao longo dos tempos e nas várias culturas. A inevitabilidade do envelhecimento tem se manifestado como umas das mais antigas preocupações inerentes ao ser humano, tal como refere Costa (2006, p.32). De facto, todos nós, maiores ou menores amantes de história já tomamos conhecimento de relatos de idosos vistos e tidos como sábios para o seu povo, como era o caso do antigo Egipto em que a existência de um “Conselho de Idosos” detinha na comunidade um estatuto social honrado, sendo reconhecido como um órgão de relevo inquestionável na reflexão, discussão e aconselhamento dos nobres da época, como refere Agreda (*in* Costa *et al.* 1999, p.26).

Mais tarde, e ainda de acordo com mesma autora (1999, p.26), em registos bíblicos referentes ao Novo Testamento, pode ser reconhecida uma mesma conotação de sabedoria e de experiência, por exemplo, nos líderes do povo judeu, que sendo chefes, eram também reconhecidos como dirigentes e guias do seu povo, sob um ponto de vista político, religioso e jurídico. Do mesmo modo, são idosos, hoje em dia, os papas eleitos líderes da religião católica.

1 - <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html> (10/02/2008)

Na Grécia antiga, acreditava-se que “(...) o vigor da força da vida se esgotava, gradualmente, no processo normal de envelhecimento.” (Morris *in* Phipps, Sands e Marek, 2003, p.81), simultaneamente eram reconhecidas figuras de grandes filósofos que se realçavam por demonstrarem a virtude da sabedoria associada à sua experiência de vida.

Assim, da antiga Grécia, passando pela Roma Clássica, até à Idade Média, a figura do velho, deteve uma importância considerável, sendo que nesta última, nomeadamente nas áreas da medicina, das curandices, da feitiçaria e da magia, puderam ser encontrados arquivos ilustrativos do medo pelo envelhecimento e da procura por “(...) todos os meios, em evitar que este chegue.” (Agreda *in* Costa *et al.*, 1999, p.31)

Claro que, mesmo considerando esta antevisão histórica do modo de encarar o envelhecimento, importa ressaltar que aquela que se apresenta neste trabalho, ilustra uma visão, digamos que ocidentalizada, de enfrentar este fenómeno, pois em muitas tribos e comunidades mundiais contemporâneas, se regista, ainda hoje, uma crença auspiciosa no valor incólume da velhice e na importância do respeito pelo Homem Velho.

As sociedades encontram-se em constante evolução e com elas, evoluem também as percepções, crenças e valores sociais. Se procedermos a uma analepse do passado recente do nosso país, e não necessitamos, para o efeito, de recuar mais do que 50 anos, podemos verificar que, como refere Costa (*in* Costa *et al.* 1999, p.7), foram consumadas alterações profundas no modo como a sociedade portuguesa encara o envelhecimento.

Há meio século, em Portugal, não eram muitas as pessoas que chegavam a ser classificadas como “idosos-idosos”, segundo a definição de Spirduso (2005, p.8). O envelhecimento era, então, considerado um fenómeno natural e esperado, visão que se distancia, em muito, da que hoje se confirma.

Influenciados pela globalização de valores, nos quais outros países foram pioneiros, também os portugueses parecem ter sido movidos pela busca por uma jovialidade perene. Hoje, não fica bem perguntar a uma senhora quantos anos tem, é um insulto errar por excesso na idade de uma pessoa. É natural esconderem-se os cabelos brancos, removerem-se as rugas, enfim, podem camuflar-se praticamente todos os sinais denunciadores da real idade cronológica de cada um.

Os modelos de beleza e juventude são, frequentemente, transmitidos pelos meios de comunicação social, funcionando como exemplos a seguir. São várias as formas de conquistar anos à vida e de obter a beleza e a juventude tão almejadas, umas mais

económicas, outras acessíveis apenas a alguns. Para o efeito, desde dietas minuciosamente calculadas, programas rígidos de exercício físico, tratamentos de beleza, cirurgias plásticas, intervenções estéticas, entre outras., muitos são os meios ao dispor do indivíduo.

Actualmente, consequência da frenética evolução científica, e dos incessantes progressos e avanços tecnológicos, o Homem conquistou uma vida prolongada e o processo de senescência parece traduzir-se num simples constatar da passagem do tempo.

Não obstante esta realidade, a definição de envelhecimento, mesmo que sujeita a alterações e evoluções acompanhando o evoluir dos tempos, comportará sempre uma conotação multidimensional, sobretudo por ser um processo universal, comum a todo o ser humano sendo, concomitantemente, um processo dinâmico, singular e diferente de indivíduo para indivíduo.

Esse carácter de individualidade aplicável ao processo de envelhecimento é justificado por Spirduso (2005, p.57) pelo facto de, embora generalizável a todo e qualquer ser humano, o envelhecimento ser um acontecimento inevitável mas possuidor, também, de um cunho muito pessoal e individual. Se compararmos um grupo de idosos com a mesma idade cronológica, podemos constatar que de entre eles, alguns se aparentam mais envelhecidos do que outros. O idoso é, portanto moldado pelas dores e alegrias sentidas ao longo da vida, mas também, pela sociedade em que se insere.

No entender de Morris (*in* Phipps, Sands e Marek, 2003, p.84) esta visão de que as pessoas não envelhecem todas ao mesmo ritmo pode ser justificada com a existência de um envelhecimento primário a par de outro que é secundário. Para a autora, existem mudanças causadas por um envelhecimento normativo, comum a todos os indivíduos (envelhecimento primário), a par de outras que são relacionadas com doenças individuais (envelhecimento secundário).

No fundo, esta diferente percepção que temos de que uns envelhecem de modo e a ritmo diferente de outros é a confirmação de que o envelhecimento é individual, uma vez que, para além de ser fortemente condicionado pela experiência de vida particular e específica de cada indivíduo, o modo como cada um envelhece é também regulado pelo próprio ritmo biológico.

No entender de Costa (*in* Costa *et al.*, 1999, p. 7) o envelhecimento trata-se, ainda, de um acontecimento multidimensional por ser um processo com repercussões a nível fisiológico, psicológico e social. Este entendimento multidimensional é partilhado por outros

autores. Passando a citar, a dimensão fisiológica do envelhecimento corresponde ao “(...) processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo.” (Ermida *in* Costa *et al.*, 1999, p.43). Segundo o autor, à dimensão fisiológica do envelhecimento, corresponde ao ocorrer de alterações estruturais e funcionais no organismo.

Por seu turno, a dimensão psicológica do envelhecimento caracteriza-se pela inevitabilidade de ocorrência de mudanças comportamentais que permitem ao indivíduo adaptar-se ao meio. Assim, a idade psicológica envolve capacidades como a memória, a aprendizagem, a inteligência, as habilidades, os sentimentos, as motivações e as emoções.

Por último, a dimensão social do envelhecimento é relativa ao papel que a sociedade espera deste grupo etário. Por outras palavras, a idade social revela um estereótipo daquilo que a sociedade preconiza como comportamento padrão para aqueles indivíduos.

Estas dimensões múltiplas do envelhecimento, características de uma época, não devem ser encaradas individualmente, ocorrendo isoladamente, uma vez que num indivíduo, as três se complementam, interagindo entre si de modo intrínseco, articulado e interdependente. Ninguém envelhece fisicamente sem ter sofrido uma alteração de cariz social, ou vice-versa, por exemplo. Assim, a senescência é, um processo vivencial lento e progressivo, de adaptação contínua ao meio e às investidas da vida, conforme Costa (2006, p.32).

Não nos podemos abstrair, no entanto, da relação que o processo de envelhecimento tem com a inevitabilidade da morte. De facto, o desenrolar da vida, pressupõe um percurso para o fim, com todas as agravantes que este possa configurar. Inevitavelmente, o idoso, ao envelhecer irá ficar sujeito a várias fragilidades, inerentes quer ao próprio desgaste fisiológico do corpo, quer a outras fraquezas de teor psíquico e social. Isto significa que, enquanto população prevalecente em termos de proporção, como adiante se irá verificar, a população idosa é também marcadamente vulnerável.

Esta vulnerabilidade associa-se, em parte, à progressiva dificuldade de adaptação do organismo às alterações do meio ambiente. No domínio fisiológico surgem, com frequência, as alterações de carácter crónico, havendo muitas vezes prevalência de várias situações patológicas em simultâneo, e, devido a um decréscimo da capacidade de reacção e de reposição do equilíbrio alterado instala-se, nesta população, um padrão de doença, frequentemente conducente à morte.

No entanto, como refere Costa (2006, p.35), conquanto a doença seja um dos frequentes factores geradores de preocupação nos idosos, ela talvez seja a menor fonte das suas preocupações. Na verdade, as inquietações sociais como “(...) a solidão, o sentimento de perda dos contactos familiares e sociais, a carência de recursos económicos ou de suporte social e a perda de autonomia (...)” são flagelos que delegam para segundo plano a preocupação dos idosos com o seu estado de saúde (Costa, 2006, p.35). Para além disso, a população portuguesa, que se apresenta cada vez mais envelhecida é toldada, em grande parte dos casos, pelo tormento da pobreza, factores que, conjugados, se afiguram preocupantes.

A realidade crescente do envelhecimento, tem se traduzido num motivo de preocupação, não apenas para a população idosa, mas para a sociedade em geral.

Adivinha-se um futuro pouco auspicioso. As necessidades inerentes à população idosa irão exigir um esforço generalizado a nível mundial, no sentido de assegurar a sustentabilidade do cenário sócio-económico que esta transformação demográfica irá acarretar. Prevendo-se, inclusive, que, como refere Cabral, (2002, p.31) uma população crescentemente envelhecida comece a exercer uma forte pressão sobre o sistema público de saúde.

Ao facto não são alheias as mais diversas organizações mundiais que, sob a forma de programas, directrizes, entre outras medidas político-governamentais, têm apresentado propostas para que seja encetado um esforço mundial no sentido de, futuramente, a sociedade ser capaz de suportar as dificuldades financeiras e sociais que se adivinham evitando, ao máximo, prejudicar os cidadãos directamente implicados na implementação desse esforço. Nesse sentido, por exemplo, a OMS, a ONU, a Eurostat, apresentam e mantêm actualizados dados demográficos exemplificativos e prospectivos da realidade de envelhecimento mundial.

Apresento algumas medidas e projectos implementados, e em curso, a nível europeu e mundial, representativos da significativa preocupação vigente com o fenómeno de envelhecimento.

Em 1999, a ONU assume a organização do Ano Internacional das Pessoas Idosas, sob o slogan “Towards a Society of All Ages”. Em 2002, tem lugar, em Madrid, o Plano de Acção Internacional para o Envelhecimento, do qual surgiram directrizes políticas de acção a serem implementadas a nível mundial. Consequência do Plano de Madrid, a OMS, no

mesmo ano, enceta o programa “Ageing and Life Course”, que tem por intuito, informar discutir e formular planos activos que promovam o envelhecimento saudável e activo. Ainda nesse ano, a ONU lança o “Programe on Ageing”, desenvolvido pelas suas sub-dependências, UNDSPD e UNDESA, cujo principal propósito foi facilitar e promover o plano discutido e apresentado em Madrid, em 2002, incluindo, para tal, *guidelines* para desenvolvimento político e implementação das referidas medidas.

A 1 de Outubro de 2007, a OMS emite “Global Age-friendly Cities Guides”, um projecto que, justificado no facto da população idosa residir maioritariamente em zonas marcadamente urbanas, pretende sugerir ambientes citadinos de frequência agradável, assim como as medidas de planeamento que estes espaços devem respeitar.

Também neste ano, a Plataforma Europeia das pessoas Idosas, pela ocasião do Ano Europeu da igualdade de oportunidades para todos, divulga “Uma Sociedade Europeia para Todas as Idades”, documento que reforça a necessidade de combater a discriminação etária.

Num âmbito nacional, em 2006, é criado o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, pela Direcção Geral de Saúde, que tem por intuito “(...) pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia.” (DGS, 2006, p.5). Este documento tem como objectivo último o de promover um envelhecimento saudável, através da promoção de hábitos de vida saudáveis junto da população alvo, a idosa.

Estes são apenas alguns exemplos expressivos da acção político-governamental direccionada para a ressalva da ameaça que acompanha a transformação populacional, substancialmente envelhecida, que o nosso mundo regista.

1.1. DEMOGRAFIA DO ENVELHECIMENTO

Importa conhecer a extensão e expressividade do envelhecimento, no contexto social actual, com o intuito implícito de conhecer a população que serviu de base a este estudo e articular a representatividade desta investigação com o cenário social em que teve lugar. Para isso, apresenta-se uma panorâmica mundial e europeia, seguida da contextualização demográfica do envelhecimento português, culminando com os dados relativos aos Açores e ao Concelho do Nordeste.

Segundo a OMS (2002), o envelhecimento da população, embora fosse dos maiores triunfos da humanidade, hoje, é também um dos seus maiores desafios². E se antes se distinguia uma clara prevalência da situação apenas nos países mais desenvolvidos, hoje este acontecimento é notado em expressão mundial. De facto, como refere Moniz (2003, p.41), o envelhecimento demográfico está longe de ser um assunto pacífico pelas implicações sociais, económicas e financeiras que envolve.

Passamos, então, a analisar o cenário mundial.

1.1.1. Panorâmica Mundial e Europeia

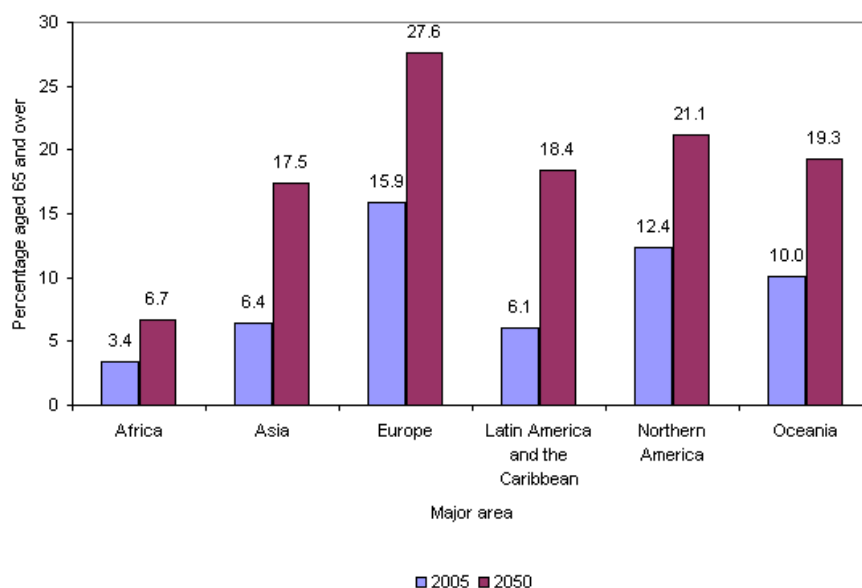
Segundo informação do INE, a população mundial, na última metade do século XX, assistiu a um decréscimo simultâneo das taxas de mortalidade e de natalidade, processo que parece vir sustentando o fenómeno de um envelhecimento populacional mundial. Mas, e segundo a mesma fonte, “(...) apesar de inicialmente este processo se ter verificado nos países mais desenvolvidos, assiste-se à sua generalização, ainda que com diferentes ritmos, sendo previsível que esta tendência de envelhecimento da população se mantenha no futuro”³.

De acordo com a ONU (2002), apresentando-se actualmente como o continente de população mais envelhecida, as perspectivas são para que ainda em 2050, o *velho continente*, a Europa, faça jus à sua alcunha e se mantenha, efectivamente como o continente mais envelhecido.

² http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf (10/12/2007)

³ <http://ue2007.ine.pt> (10/12/2007)

Figura n.º 1 - Percentagem da População com 65 anos ou mais, no mundo, 2005-2050



Fonte: ONU, 2002

Num quadro Europeu, segundo a AGE (2006), estima-se que houvesse em 2004 cerca de 157 milhões de pessoas com mais de 50 anos na União Europeia, perfazendo estes homens e mulheres 35% da população total da Europa. Embora este indicador não se reporte à percentagem de idosos, pela idade que aponta como referência, é claramente representativo de um futuro continente envelhecido. A mesma fonte aponta, também, que estes números propenderão a ascender aos 207 milhões, para o ano de 2025 e para 220 milhões, no ano 2050.⁴

A agravar ao facto de estar a aumentar, em frequência absoluta, o número e a proporção de idosos na população europeia, o facto é que os idosos vivem, também, por mais tempo, sendo a esperança média de vida, em anos, actualmente vigente na Europa, de 83,9 para as mulheres e de 79,8 para os homens (Eurostat, 2008).

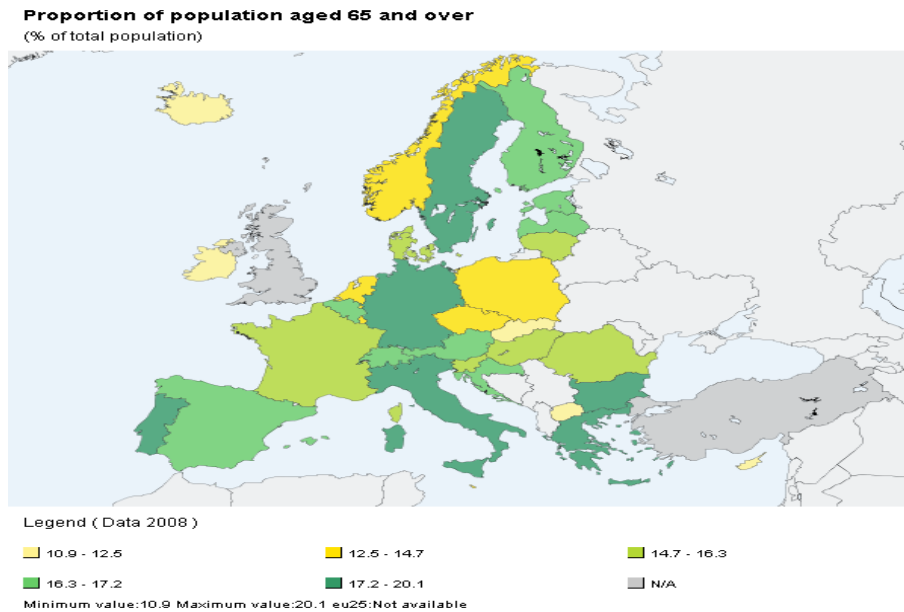
Sendo este um acontecimento de proporção global, de entre os países membros da União Europeia, podem notar-se algumas discrepâncias populacionais. Detectando-se, nomeadamente, tendências de envelhecimento mais preocupantes para uns países do que para outros.

De acordo com o Eurostat (2008), e como se pode verificar na imagem seguidamente apresentada, actualmente, os países da União Europeia que apresentam maior

⁴ http://www.age-platform.org/EN/IMG/Brochure_Society_EN_final.pdf (10/12/2007)

percentagem de habitantes com 65 anos ou mais, nomeadamente com percentagens que vão dos 17,2% a 20,1% da sua população total, são: Alemanha, Bulgária, Grécia, Itália, Suécia e Portugal.

Figura n.º 2 – Proporção da População Europeia com 65 anos ou mais

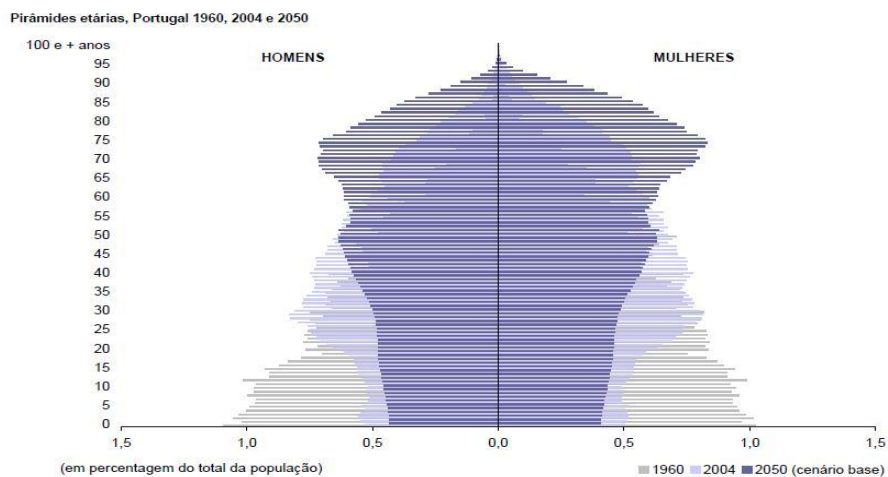


Fonte: Eurostat, 2008

1.1.2. O Contexto Português

Portugal apresenta uma expressão preocupante e relevante de envelhecimento. De facto, de acordo com o INE, nos próximos cinquenta anos projecta-se que residam no território nacional cerca de 3 idosos para cada jovem.

Figura n.º 3 – Pirâmides Etárias Portugal, 1960, 2004, 2050



Fonte: Adaptado de INE, 2005

Da leitura da pirâmide apresentada, podemos antever o horizonte futuro de alargamento do seu topo, que se faz acompanhar de um estreitamento da base, o que se traduz num decréscimo da percentagem da população jovem relativamente à população idosa. Está a decorrer um envelhecimento pelo topo, justificado pelo aumento da população idosa, acompanhado pelo envelhecimento pela base, que corresponde à diminuição da população jovem.

Dados do INE (2008), divulgam que, no território nacional, a zona de maior envelhecimento corresponde à região Interior. Verificou-se, no ano de 2007, uma desaceleração do crescimento natural e migratório na região Norte e uma taxa de crescimento natural negativa na região Centro e Alentejo. A maior taxa de crescimento efectivo cumpriu-se na região do Algarve, sendo que nas regiões de Lisboa, Madeira e Açores houve manutenção de uma taxa de crescimento positiva, suportada por um crescimento migratório e natural positivo.

1.1.3. O Envelhecimento nos Açores

É certo que, num contexto regional, se verifica uma taxa de crescimento populacional positiva, sendo a ilha de São Miguel a mais povoada da Região Autónoma dos Açores, albergando uma média de 132.980 habitantes do total de 243.522 açorianos, facilmente se adivinha que nela se espelhe este cenário arquipelágico.

Quadro I – Estimativas da População Média na ilha de São Miguel



Serviço Regional
de Estatística dos Açores

Estimativas da População Média

Estimativas da População Média			Anos
Açores	Ilha de São Miguel	Lagoa	15 254
		Nordeste	5 284
		Ponta Delgada	64 315
		Povoação	6 784
		Ribeira Grande	30 230
		Vila Franca do Campo	11 113
Total			132 980

Fonte: SREA, 2007

No entanto, essa mesma premissa, a meu ver, parece fundamentar o reconhecimento de disparidades preocupantes entre os concelhos que formam a ilha de São Miguel.

Figura n.º 4 – Ilha de São Miguel



Fonte: Google images⁵

Ora, sendo a maior ilha, em dimensão e extensão, do Arquipélago dos Açores, São Miguel, que é também a ilha mais habitada desta Região Autónoma, subdivide-se em 6 concelhos. De entre estes concelhos, no que respeita à distribuição da população, constata-se que o concelho de Nordeste, que serve de contexto à população-alvo deste estudo, é o concelho que apresenta menor densidade populacional.

O Nordeste é também o concelho o mais envelhecido de São Miguel, uma vez que, de acordo com dados do SREA (2007), dos seus 5 284 habitantes, 903 têm mais de 65 anos.⁶

Quadro II – Estimativas da População Residente com mais de 65 anos na ilha de São Miguel



Serviço Regional
de Estatística dos Açores

Estimativas da População Residente

Estimativas da População Residente			Anos
Açores	Ilha de São Miguel	Lagoa	1 411
		Nordeste	903
		Ponta Delgada	6 495
		Povoação	928
		Ribeira Grande	2 583
		Vila Franca do Campo	1 170
Total			13 490

Fonte: SREA, 2007

⁵http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://codigopostal.ciberforma.pt/images/ilha_sao_miguel.jpg&imgrefurl=http://codigopostal.ciberforma.pt/ilha_sao_miguel.asp&h=238&w=424&sz=64&tbnid=QK014g2oOqFDRM::&tbnh=71&tbnw=126&prev=/images%3Fq%3Dilha%2Bde%2Bs%25C3%25A3o%2Bmiguel&hl=pt-BR&usg=__FudjroAPYUEHs04pzy1hHsgLTgQ=&ei=zaLXSb3vNOPOJfJ172WDQ&sa=X&oi=image_result&resnum=7&ct=image (03/04/2009)

⁶ http://estatistica.azores.gov.pt/conteudos/Relatorios/lista_relatorios.aspx?idc=29&idsc=1140, (12/12/2007)

Para além disto, e segundo dados do INE referentes a 2006, neste concelho o índice de envelhecimento, ou seja, a relação existente entre o número de idosos e a população jovem, expressa em número de residentes com 65 ou mais anos por 100 residentes com menos de 15 anos, corresponde a 96,4, um valor significativamente superior ao valor do mesmo índice que se verifica na Região Autónoma que é de 64,4.

Se a estes dados, somarmos os do Índice de Dependência dos Idosos, quociente entre a população idosa (65 e mais anos) e a população em idade activa (dos 15 aos 64 anos), podemos ainda constatar que comparativamente ao valor 18,2, vigente na Região Autónoma, no Nordeste, os valores do índice avultam-se aos 26,1.⁷

Quadro III – Índices Demográficos referentes ao ano 2006 na Região Autónoma dos Açores

Período de referência dos dados	Local de residência	Índice de envelhecimento por Local de residência	Índice de dependência de idosos por Local de residência	População residente por Local de residência, Sexo e Grupo etário (por ciclos de vida)
		%	%	N.º
	Região Autónoma dos Açores	64,4	18,2	243 018
	Nordeste	96,4	26,1	5 276

Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência - Anual; INE, Estimativas Anuais da População Residente

Índice de dependência de idosos (N.º) por Local de residência - Anual; INE, Estimativas Anuais da População Residente

População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (por ciclos de vida) - Anual;

Fonte: INE, 2006

Face a este panorama estatístico, podemos inferir que o concelho de Nordeste alberga uma população envelhecida, facto que, indirectamente, pode fazer antever um número significativamente superior de internamentos de idosos no Centro de Saúde local, comparado com indivíduos de qualquer outra faixa etária, uma vez que as necessidades de saúde nesta idade, como adiante se encontra referido, induzem também a uma procura crescente pelos serviços de saúde o que vai, fazer-se repercutir no número de internamentos de idosos.

⁷http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&Contexto=ut&selTab=tab3 (12/12/2007)

1.2. O CONTEXTO SAÚDE/ DOENÇA DO ENVELHECIMENTO

Tal como anteriormente já foi referido, o processo de envelhecimento não pode ser visto de outra forma que não multidimensional, uma vez que não se envelhece apenas fisicamente, mas, involuntariamente, o processo de senescência física faz-se acompanhar de uma adaptação de ordem psicológica e social.

Por esse motivo, se pode afirmar, citando Ermida (*in Costa et al.*, 1999, p.43), que, como processo irreversível e contínuo que é, o envelhecimento acarreta a diminuição física, social e mental, resultante das alterações estruturais e funcionais que têm lugar no idoso. Contudo, pela força da probabilidade, é a um nível físico que o envelhecimento parece trazer as maiores repercussões.

Pela forma como muitos idosos definem o termo “saúde”, como sendo a ausência de sintomas de doença, como aufere Spirduso (2005, p.282), pode constatar-se o impacto que os mesmos atribuem a esta situação. O mesmo é dizer que, se muitas vezes lhes podem passar quase despercebidas as mudanças de cariz social e psicológico a que o envelhecimento conduz, as alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento não lhes passam despercebidas, com certeza.

O envelhecimento biológico, no entender do último autor, é o processo ou conjunto de processos que, com o passar do tempo, conduz a um colapso final na homeostasia pois, a um nível elementar, e como também reporta Bee, o envelhecimento físico traduz o desgaste celular resultando de uma série de deteriorações na eficiência e funcionamento das células. Essa perda de função celular culmina, invariavelmente, com a morte das células e, a um nível mais abrangente, com a morte do indivíduo (1997, p.534).

Por esse motivo, com o envelhecimento e a decrescente perda de funcionalidade do organismo humano, com o passar do tempo, ocorre uma progressiva diminuição da viabilidade e um aumento da vulnerabilidade do corpo, (2005, p.49). Dadas essas circunstâncias, o ser humano fica mais susceptível às alterações que lhe sejam induzidas, quer por um meio externo, quer interno. O mesmo é dizer que tanto as alterações orgânicas espontâneas de cada indivíduo, como as ameaças do meio ambiente em si reflectidas, se podem traduzir numa ameaça ao estado de homeostasia do idoso, e por consequência, no aparecimento de doenças.

Na verdade, é um facto, cientificamente comprovado, que não obstante as diferenças individuais registadas no modo de envelhecimento de cada um, algumas alterações físicas decorrentes do envelhecimento parecem acontecer, de modo comum, em todos os indivíduos. Bee apresenta alguns dos factores predominantes, como sejam o retardamento do tempo de reacção, secundárias a uma alteração neurológica: a perda de dendritos. Esta, resultando numa desaceleração gradativa da velocidade das sinapses, provoca a lentificação dos reflexos, e uma consequente sensação de desaceleração generalizada (1997, p.518).

Concomitantemente, de acordo com a mesma autora, as perdas auditivas e de visão, as mudanças no sono, sobretudo a interrupção mais frequente do sono nocturno, derivada de alterações no próprio padrão de sono, assim como as perdas de olfacto e de paladar, são alterações fisiológicas comuns na grande maioria dos idosos (1997, p.524). Estas perdas funcionais concorrem para a ideia de velho ou idoso, socialmente conhecida e alvo de alguma sátira, como figura de óculos, habitualmente curvada e usando bengala que, não raramente, ouve mal e que passa muito tempo a dormir.

Paralelamente, Bee apresenta um enquadramento das doenças de prevalência mais frequente na terceira idade que contribuem para uma incapacidade funcional, definida pela mesma como uma incapacidade ou perda de destreza para a realização das actividades de vida diárias. As referidas doenças são: a artrite, as doenças cardiovasculares, designadamente, a doença cardíaca crónica e a hipertensão (1997, p.547).

Na realidade, envelhecer não é uma doença, embora vários estudos epidemiológicos concluam uma maior mortalidade e morbilidade neste grupo etário, como aufere Costa (2006, p.34). Ao nível nacional, segundo informação da DGS⁸ pode constatar-se que as doenças que transportam um maior índice de mortalidade nos idosos correspondem àquelas que conduzem, muitas vezes, aos internamentos destes indivíduos, como sejam, as doenças cardiovasculares, com maior prevalência foram os AVC, seguidos dos casos de Neoplasias Malignas. Estas duas, a par das doenças reumatismais, da diabetes, das doenças mentais e de doenças pulmonares crónicas, determinam um terço dos internamentos registados nos nossos sistemas de saúde, conforme indica Costa (2006, p.34).

⁸ http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_435.html (09/04/2009)

Em jeito de resumo, e como refere Spirduso, os “Casos de enfermidades e saúde debilitada tornam-se mais frequentes com o avanço da idade e a ocorrência de doenças crónicas e incapacidade física aumentam na população em geral.” (Spirduso, 2005, p.282).

Uma vez que a prevalência de doenças decorre da fragilização inerente ao envelhecimento, linearmente, conforme menciona Cabete (2005, p. 2), com o avançar da idade, a probabilidade de adoecer torna-se crescente. É que o idoso, para além de, na terceira idade, estar, funcionalmente, mais susceptível a contrair uma doença, sujeita-se à alta probabilidade de padecer de patologias múltiplas e não de uma patologia apenas.

A população, que hoje vive mais, encontra-se, por esse motivo, mais sujeita às doenças cuja prevalência se associa ao avançar da idade. Por conseguinte, a necessidade de cuidados aumenta, também, em função da idade, como sugere Collière (1999, p. 236), contextualizando o recurso aos cuidados em função da idade. Para a autora, a fase de velhice pressupõe “uma necessidade de ajuda crescente, variável consoante as pessoas”.

Paralelamente a este facto, verifica-se que, da população em geral, a que se encontra mais localizada em serviços de internamento é, pois, a população idosa, tal como refere Cabete (2005:2), ao reconhecer que, nos serviços de internamento em Portugal, se registam elevadas percentagens de internamentos de pessoas maiores de 65 anos, que chegam a perfazer, em número, mais de metade do total de internamentos em Portugal.

Por esse motivo, se revela de singular importância reconhecer o modo como o idoso enfrenta a possibilidade eminente de uma hospitalização.

1.3. CUIDAR A PESSOA IDOSA

Considerando a elevada probabilidade do processo de envelhecimento se fazer acompanhar por uma situação de enfermidade torna-se, igualmente, provável que o idoso careça, nalgum ponto da sua velhice, da prestação de cuidados de Enfermagem.

No contexto da Enfermagem e da sua inerente prestação de cuidados, pode dizer-se que tem lugar, sempre, um enquadramento social e antropológico do Cuidar. Seguindo este raciocínio, importa compreender o contexto em que tem lugar a situação dos cuidados, como defende Collière (1999, p.295), pois toda a situação de cuidados é uma situação antropobiológica por dizer respeito à pessoa inserida no seu meio.

A concepção de pessoa tem sido, ao longo do tempo, frequentemente abordada por inúmeros modelos teóricos de pensamento e correntes filosóficas, não sendo, de todo, facilitada a tarefa de encontrar uma definição universalmente aceite e que foque todos os aspectos deste ser complexo, único e irrepetível.

A pessoa é definida, segundo a OMS (1978) *in* Sgreccia (1996, p.131) como um ser único, cujas múltiplas dimensões (biológica, psicológica, social, cultural e espiritual) formam uma unidade, onde o todo é considerado como superior à soma das suas partes. Segundo Kant (1995, p.67), a pessoa existe enquanto fim em si mesmo, possuidora de um valor absoluto inquestionável e dotada de singularidade, autonomia e unidade individual.

Outros autores aproximam-se desta opinião, acrescentando que a pessoa é “um ser aberto à experiência que necessita dela para se fundamentar, alimentando-a e regressando a ela constantemente” (Romeo citado por Vicente, 1997, p.16). Assim se entende que a pessoa só seja pessoa pelas suas experiências individuais, que a moldam no percurso da vida e às quais recorre na busca de significado para as suas vivências.

Mas a vivência de experiências só se torna possível através da experiência corporal. Como refere Domingues (*in* Neves e Pacheco, 2004, p.197), todos temos consciência de que o nosso corpo não é tudo, mas de certo modo, tudo passa por ele já que *no* e *pelo* corpo acontece e manifesta-se a nossa situação no tempo e no espaço, sendo também nele que se revelam e manifestam as fragilidades e capacidades, bem como a consciência de existir e de poder relacionar-se com os outros.

Pode dizer-se que o corpo se afigura como um veículo para a operacionalização da nossa experiência no mundo, pelo que se torna particularmente importante aprofundar os vários conceitos de corporeidade, a fim de contextualizar o corpo como elemento crucial do processo de acolhimento. É da relação entre corpos, nas pessoas do doente e do enfermeiro, que se desenvolve este processo.

Ao focar a temática da corporeidade, serão aqui enunciados os conceitos de corpo objecto, de corpo sujeito e de corpo vivido, sendo primeiramente identificado o conceito de corpo objecto.

Ribeiro (2003, p. 15), refere-se ao corpo objecto como aquele que os nossos sentidos conseguem identificar. O corpo objecto é, assim, na óptica deste autor, um elemento que ocupa um espaço próprio e que é provido de uma dimensão temporal, pois tem uma determinada durabilidade, sendo o meio pelo qual é possível experimentar a vida. Hesbeen (1997, p.12), por seu turno, refere que o corpo objecto é o corpo que se tem, aquele em que a medicina científica se baseou para que fosse possível alcançar o conhecimento médico que hoje se verifica.

Inversamente, o corpo sujeito, ou corpo que se é, no ponto de vista de Hesbeen (1997, p.12), não se limita a um conjunto de órgãos e membros e suas funções, sendo diferente da soma das partes que o compõem. Hesbeen refere-se, assim, ao corpo sujeito como aquele que uma abordagem sistémica não pode dominar, por ser animado de uma vida particular podendo, inclusivamente, considerar-se “(...) excepcional, feita de projectos, de desejos, de prazeres, de riscos, de alegrias e de dores, de fontes de motivação, de decepção mas também de esperança, etc. (...). O corpo sujeito é, pois, segundo o mesmo autor, “(...) aquele que não pode submeter-se inteiramente à racionalidade do outro nem corresponder perfeitamente às teorias e aos instrumentos utilizados pelos profissionais.” (Hesbeen, 1997, p.12).

Paralelamente ao conceito de corpo sujeito, o conceito de corpo vivido ganha expressividade, pois, não é mais que, de acordo com Ribeiro (2003, p.20), o corpo que a pessoa tem, transformado a partir das suas vivências. Deste ponto de vista, o corpo vivido é o corpo transformado a partir das vivências individuais, é, segundo Ribeiro (2003, p.20), um corpo impregnado de subjectividade, pois na vivência de cada momento, é impossível testemunhar apenas o presente. Segundo este ponto de vista, cada pessoa, sendo

detentora de um corpo objecto, utiliza-o, para o consumir num corpo vivido, num corpo impregnado de subjectividade.

Ou seja, em cada momento vivido, a pessoa encontra-se imbuída de memórias, de vivências passadas e de expectativas futuras baseadas nas situações presentes. Ribeiro (2003, p.20), a respeito das vivências corporais, acrescenta que é da “(...) continuidade das vivências corporais que se (...) constrói o sentimento de identidade pessoal e se define a corporeidade como “(...) um fenómeno história” (Ribeiro, 2003, p.20), sendo que esta corporeidade, enquanto fenómeno-história, comporta também uma dimensão sócio-antropológica, pois todos os processos emocionais e cognitivos que condicionam as vivências individuais procedem, em larga escala, de representações sociais acerca dessas próprias funções e processos. Deste modo se explica que cada indivíduo sinta o seu corpo e lhe dê um sentido concordantemente aos elementos culturais que lhe foram dados a partilhar.

Dada esta contextualização dos conceitos de corpo, interessa aludir à importância que tem a prestação de cuidados, baseada na percepção do idoso doente, enquanto dono de um corpo vivido, de um corpo sujeito, dotado de subjectividade e detentor de uma dignidade inquestionável e não apenas, portador de um “(...) corpo objecto dos cuidados (...)” (Collière, 1999, p.151), no sentido em que possa ser reconhecido como objecto de prática técnica ou como elemento simplesmente físico, ao qual serão realizadas tarefas, neste caso, do âmbito da saúde.

O corpo que será acolhido, será, pois, mais que um corpo, será a pessoa idosa que comporta esse corpo e o cuidado a ser prestado não se trata de uma tarefa rotineira, de um acto burocrático ou de um objectivo mensurável explícito, será sim um acto holístico de relação baseada na inter-ajuda, e fundamentada no princípio de um cuidado humanizado.

Termino este capítulo reforçando que não obstante este trabalho se debruce sobre a pessoa idosa, na sua aceção fundamental, o idoso, representado por uma série de características específicas e próprias da sua idade, não deixa de ser uma pessoa e como tal, é passível de vivenciar experiências significativas ao longo do seu percurso de vida, inclusive, e quiçá de modo mais sensível, a partir do momento em que é idoso.

2. NA SOMBRA DA HIPÓTESE: O IDOSO E A HOSPITALIZAÇÃO

*“Ninguém é completamente igual
depois de ter sido confrontado com a doença.”*

Walter Hesbeen

Dados os condicionantes esperados para o estado de saúde do idoso, que como anteriormente referido, acarretam a probabilidade de doença, consequente de um estágio de funcionalidade biológica acometida, para muitos idosos, a ideia de hospitalização, passa de um conceito distante e longínquo a uma hipótese eminente.

Naturalmente, para qualquer pessoa, a hipótese de um internamento não será, à primeira vista, uma realidade agradável de enfrentar. E quer se queira quer não, o momento de hospitalização, pelo seu carácter singular, excepcional e pontual, revela-se como um momento gerador de uma de sentimentos ambíguos.

Metaforicamente, tal como a sombra acompanha o corpo, a hospitalização acompanha o sub-consciente. A hipótese da hospitalização, principalmente para o idoso doente, poderá representar uma sombra reveladora de uma realidade passageira, dinâmica e mutável. É que, embora não detenha capacidade de prever, com exactidão, a ocorrência de uma hospitalização, o idoso doente vive sob a possibilidade de que a mesma se vá verificar, nesta fase da sua vida.

Alegorias à parte, e reconhecendo na hospitalização o facto de ser, segundo Cabete (2005, p. 28) uma situação de crise para a qual se tem de fazer uma adaptação, há a convir que essa capacidade de adaptação humana vai diminuindo com a idade. Daí se pode inferir que a população idosa manifesta uma possibilidade de desajustamento maior à hospitalização.

Rodrigues (1999) refere, até, que o idoso, ao chegar ao hospital, “(...) manifesta sentimentos que traduzem grande vulnerabilidade e mesmo marginalidade (...)” (p.56) necessitando de grande afecto e atenção.

Porém, embora não raras vezes, seja atribuída uma valorização negativa à hospitalização, é interessante procedermos à análise da origem etimológica da palavra hospital que, na sua forma latina *hospite*, significa hóspede. Neste caso e mesmo sem ter

conhecimento profundo acerca da semântica que explica a origem deste vocábulo, é quase um acto inato associar-se a palavra hóspede a conceitos de “(...) bom acolhimento, amabilidade, afabilidade na forma de receber alguém” (Rodrigues, 1999, p.11).

À luz desta significação, a hospitalização e o acolhimento acabam por ser realidades muito próximas que, se analisadas em relação, podem claramente ser consideradas como interdependentes, já que para o sucesso da hospitalização depende um bom acolhimento e, de modo inverso, “O processo de acolhimento vai condicionar, em grande parte, o decurso do internamento (...)” (Cardoso e Pinto, 2002, p.11).

O mesmo constata Osswald (*in* Neves e Pacheco, 2004, p.369), mencionando que as primeiras impressões de quem se depara com o ambiente desconhecido como é um hospital podem ser determinantes de todo o ulterior percurso de internamento.

O processo de internamento ou hospitalização, aqui mencionados como sinónimos, no sentido em que ficar hospitalizado significa permanecer internado num serviço de saúde, refere-se a uma vinculação que pressupõe a permanência no mesmo local, durante um período de tempo variável, de acordo com o estado de saúde de cada cliente. Assim, de um modo geral, a hospitalização, pode ser vista como um acontecimento positivo ou negativo e, assumindo o seu carácter transitório, pode ser percepcionada como um meio para atingir um fim, sendo o meio, todo o processo de cuidados prestados ao utente e o fim: a sua cura.

Dado o objectivo último da hospitalização, torna-se, pois, compreensível que a esta possa ser também atribuída, pelos utentes, uma conotação positiva, ou de esperança pois, como refere Rodrigues (1999, p.17), o interesse do utente em ficar bom, leva-o a aceitar o Hospital como local onde é possível recuperar a sua saúde. O mesmo defende Serrão (*in* Neves e Pacheco, 2004, p.341), ao evidenciar a visão positiva do hospital que se relaciona com a percepção colectiva de que o hospital representa, actualmente, o cenário mais prestigiado para cuidados de saúde, dado que nele se concentram recursos humanos, técnicos, instrumentais e laboratoriais que permitem a execução de um diagnóstico seguro e garantem a realização de tarefas terapêuticas adequadas para o restabelecimento da saúde. Assim, pode afirmar-se que esta conotação positiva atribuída ao hospital se relaciona fortemente com o objectivo da cura e será, consequentemente, um factor positivo para atingir aquele fim.

Segundo Silva (2006, p.34), a evolução das condições e das instalações hospitalares, associada à evolução do conhecimento médico e ao moderno equipamento utilizado nos

meios auxiliares de diagnóstico, têm promovido uma crescente aceitação da hospitalização por parte dos utentes.

No entanto, a ideia de uma eventual hospitalização reveste-se, ainda, de uma conotação marcadamente negativa ocorrendo, até, recusa da hospitalização para, segundo o mesmo autor “(...) evitar a dor, o mal-estar, a ansiedade e o desconhecido” (Serrão *in* Neves e Pacheco, 1999, p.17). De facto, a realidade hospitalar é, de acordo com Osswald (*in* Neves e Pacheco, 2004, p.370), muitas vezes geradora de estranheza, falta de adaptação, ansiedade, medo e revolta em pacientes que, muitas vezes provenientes de meios rurais ou localidades distantes, se vêm confrontados com situações e regras que lhes são estranhas e podem afirmar-se hostis, nomeadamente “(...) Horários, dietas, percursos labirínticos, raridades de visitas, multiplicidade de consultas e exames praticados por um elevado número de profissionais (...) falta de explicações para aquilo a que o sujeitam (...)” (Osswald *in* Neves e Pacheco, 2004, p.370).

Para compreendermos melhor estas aceções tecidas acerca da hospitalização, interessa aprofundar o conceito de “Hospital” propriamente dito. Faço, no entanto, uma ressalva para o facto de que, embora este estudo vá fazer referência a vivências decorridas num serviço de internamento de um Centro de Saúde, ter sido realizada, em analogia, uma contextualização do termo “Hospital”, em referência ao local onde decorre o internamento.

Assim, e embora seja empregue a palavra Hospital, não se pretende, semanticamente, realizar uma referência exclusiva ao Hospital como instituição definida como organização de proporção considerável, destinada ao tratamento especializado e diferenciado de utentes, sediada em área urbana, mas tão-somente (e porque é empregue pelos utentes nesse sentido) ao lugar onde os doentes permanecem internados, como é o caso do CSN.

O termo hospital vem sendo, desde os primeiros registos que se conhecem, como refere Serra (2005, p.39), o local de abrigo e cuidados de hóspedes. Actualmente, como refere Silva (2006, p.36), a missão típica do hospital é cuidar da pessoa idosa doente.

As suas configurações sociais já passaram de asilo de pobres e necessitados a instituição de natureza religiosa tendo, progredido, com o desenvolvimento da ciência moderna, para “(...) um lugar privilegiado de investigação da doença, de terapias e depois, de investigação fundamental e aplicada.” (Collière, 1999, p.124).

Evoluções conceptuais à parte, o Hospital tem vindo, frequentemente, a reconhecer-se como o sítio onde se “(...) olha, sobretudo para o corpo doente (...)” (Costa *in* Cabete, 2005, p. XXIII), e onde não raramente, prevalece uma preocupação significativa com a dimensão técnica e biomédica de cuidar, o que chega conduzir à ocorrência de “(...) um efeito de sobreposição da doença ao doente.” (Serra, 2005, p.43). Conceptualmente, o termo “Hospital”, pode então ser definido, de acordo com Duarte, como a instituição onde se podem encontrar os indivíduos que padecem de patologias agudas (2006, p.27).

Porém, a par desta significação textual de Hospital enquanto instituição, não podemos ignorar o facto de que para além de ser um espaço físico de conotação própria, o Hospital poder ser visto e encarado, também, como um contexto social.

Desde cedo, o Homem da modernidade, como refere Jaccard, citado por Duarte (2006, p. 26), contacta com a realidade hospitalar, facto que pode concorrer para que, para além de um mero local, um espaço físico, ele seja visto também como um contexto para o desenrolar de algumas etapas da vida.

É no Hospital que se nasce, é ao Hospital que se recorre para tratar a doença e, muitas vezes, também onde se morre “segundo as regras”, como refere o mesmo autor (2006, p.26). Digamos que, quer a experiência de estar no hospital ocorra na primeira pessoa, enquanto utente receptor de cuidados, quer aconteça apenas no acompanhamento de alguém próximo que lá recorra, a maioria da população já entrou em contacto com a realidade hospitalar.

No entanto, nos nossos tempos, a imagem do mesmo transfigura-se como novo contexto social para quem lá permanece. É que, para além de ser uma instituição empregadora de uma diversidade significativa de profissionais, para quem está internado, ela afigura-se como um “(...) nicho social que reflecte a um nível micro algumas das dinâmicas hospitalares.” (Serra, 2005, p.47), o Hospital acaba por ser representativo de um micro-sistema social para quem lá permanece. Acessível a uma ampla diversidade de origens sociais, local onde entre diferentes sexos, idades, raças, ideologias políticas ou origens socioeconómicas todos estão para um objectivo comum: o tratamento.

E como refere Jorge (2004, p.77), o Hospital é um sistema aberto onde ocorrem trocas permanentes, comportamentos e interacções constantes com o ambiente. Segundo a mesma autora (2004, p.75), o dinamismo dessas trocas produz lógicas e actos singulares que reflectem uma clarificação das relações entre os diferentes actores e espaços. Deste

modo, o próprio espaço físico, associado às relações que irá comportar entre os intervenientes que lá se encontrem irá, com certeza, gerar sentimentos e influenciar vivências no utente que lá experiencia o seu internamento.

Se é compreensível que uma eventual hospitalização, pelo seu carácter pontual e de excepção, seja entendida pelo mais comum dos indivíduos, como “(...) uma situação de crise para a qual o indivíduo tem de fazer um processo de adaptação (...)” (Cabete, 2005, p.28), maior necessidade de adaptação se reconhece poder acontecer se essa hospitalização corresponder a um primeiro internamento, em que tudo é ainda desconhecido pelo utente: o espaço físico do hospital, as suas rotinas, o prognóstico da sua situação de saúde e o tempo de permanência num local que lhe é totalmente estranho.

Além do facto de enfrentar uma hospitalização, acredita-se que o idoso, cuja capacidade de adaptação se apresenta diminuída pelo avanço da idade, como refere Cabete (2005, p.28), ao experimentar uma primeira hospitalização a vivencie de uma forma singular que merece ser amplamente conhecida e analisada. Ora, não apenas pelas características previamente analisadas imputáveis ao idoso, mas também pelas particularidades que a situação de internamento implica para o indivíduo que a ela se sujeita torna-se necessário analisar, com maior detalhe possível, a situação de acolhimento hospitalar realizada ao utente idoso.

2.1. ACOLHIMENTO: PRIMEIRO MOMENTO DA HOSPITALIZAÇÃO

Reportando-nos à terminologia fundamental do termo *acolhimento*, podemos constatar que o mesmo deriva da acção de *acolher*, que, de acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea significa:

“v. (Do lat. **accoligĕre*) 1. Receber quem chega. ≠ EXPULSAR - Acolheu-a com grande simpatia. (...) 2. Dar ou receber guarida, refúgio, dar ou receber acolhimento. ≈ ABRIGAR; ALBERGAR; HOSPEDAR. (...) 3. Servir de lugar onde ficar, permanecer, estar, viver, repousar (...) 4. Dar auxílio, protecção, ajuda, levando para junto de si.” (2001, p.59)

Este verbo encontra-se, pois, intimamente ligado à concepção de receber com agrado, dar a alguém as boas-vindas. O acolhimento ocorre num momento em que alguém toma um primeiro contacto com uma nova realidade. Ora, à acção de acolher atribui-se uma natureza incógnita pois, representando o “(...) início de uma nova experiência, num meio (...) totalmente desconhecido (Ferreira e Valério, 2003, p.10) o acolhimento acontece sempre, entre indivíduos, numa ocasião em que um interveniente apresenta ou dá a conhecer uma determinada realidade, contexto ou espaço a outro indivíduo que a desconhece.

Deste modo, a interacção entre indivíduos que ocorre aquando do acolhimento pressupõe uma relação de parte a parte, em que não raramente, aquele que recebe pretende atenuar o impacto do desconhecido em quem vai ser acolhido.

Tendo em conta esta interpretação do acolhimento, facilmente se depreende que o mesmo possa ser entendido sob duas formas ou vertentes distintas: pela visão de quem acolhe e pela perspectiva de quem é acolhido. Por esse motivo, será realizada uma abordagem diferenciada sobre o acolhimento, vista sob duas vertentes distintas: a de *acolher* e a de *ser acolhido*, após ser apresentado um breve enquadramento do acolhimento no contexto hospitalar.

Como já foi anteriormente mencionado, o processo de acolhimento pode ser entendido como uma interacção entre duas partes pois não pode alguém ser acolhido sem que a outra parte desempenhe o acto de acolher. Deste modo, as determinantes já mencionadas, comuns ao *acolhimento*, no seu sentido lato, serão, com certeza reconhecidas também no desenvolver de um acolhimento hospitalar. Devido ao carácter de excepção e às

particularidades inerentes ao contexto de um Hospital, é importante debruçarmo-nos sobre o mesmo, de modo a reconhecer algumas das suas particularidades.

Feito o processo de admissão, entendida como “(...) um processo que ocorre quando uma pessoa entra em uma instituição de cuidados à saúde para permanecer por mais de 24 horas para cuidados e tratamento” (Timby, 2001, p.126) passar-se-á à fase de acolhimento, levada a cabo pelo Enfermeiro.

O *acolhimento*, conforme sugerido por Ferreira e Valério (2003, p.10), afigura-se como muito mais que um simples acto inicial de admissão do doente num serviço. De facto, o acolhimento é um cuidado de Enfermagem. É, no âmbito da Enfermagem, um “cuidado por excelência, síntese de algumas particularidades técnicas e duma grande carga de relação/comunicação” (Rodrigues, 1999, p.41). O acolhimento é importante no quotidiano das nossas relações, sendo ainda mais importante quando um indivíduo se dirige ao Hospital, não “(...) só pelo facto de se tratar de se tratar de uma pessoa, mas de uma pessoa doente” (Rodrigues, 1999, p.22).

Se retomarmos os dados anteriormente apresentados, relativos à caracterização da população hospitalizada em Portugal, facilmente se constata que a relação entre enfermeiros e doentes idosos no acolhimento ganha um relevo preponderante. É que, para além dos idosos constituírem a população maioritariamente hospitalizada no nosso país, os enfermeiros são os profissionais de saúde mais presentes no contexto hospitalar, tanto em número efectivo de elementos, como em tempo de contacto com o utente hospitalizado.

Assim, pela inevitabilidade dos factos, o contacto entre enfermeiros e doentes idosos tem se revelado crescente.

Indubitavelmente, o acolhimento repercute-se de um significado particular e específico quer para o profissional que acolhe, quer para o utente acolhido. No entanto, pelo facto do primeiro internamento ser experienciado apenas uma vez, ele representa com certeza, para o doente idoso, um acontecimento ímpar não só no decorrer do seu internamento, mas que perdurará em toda a vida da pessoa, como experiência marcante, como verifica Rodrigues, (1999, p.9).

Ao enfrentar o seu primeiro internamento, num meio e em circunstâncias por si desconhecidas, o utente idoso irá tecer considerações, tirar impressões, fazer juízos de valor, experienciar sentimentos enfim, criar vivências que interessam conhecer. Não apenas pela vantagem de se poder identificar alguns aspectos que o indivíduo acolhido

experimenta nessa situação, mas principalmente, pela oportunidade de se conhecer o modo como o doente idoso vivencia essa situação, já que, como refere Moniz (2003, p.52) a forma de acolher a pessoa idosa tem de ser imperativamente diferente à de acolher qualquer outro indivíduo, tendo em vista que o idoso é um ser com “(...) corpo, mente e alma, com capacidades, limitações, poder e deveres diferentes que são inerentes ao estágio em que se encontra.

Frequentemente se verifica que a população, em geral, vê o Hospital como um local que, segundo Rodrigues (1999, p.22) representa a doença, o sofrimento, a morte, motivo pelo qual a própria ideia de ficar hospitalizado é motivo de preocupação. Este preconceito, atribuído ao Hospital, associado ao desconhecimento e à ausência de experiências pessoais anteriores que possam minimizar a sua ansiedade nesta área pode criar, muitas vezes, como refere Serra (2005, p.52), preconceitos baseados em relatos de experiências de familiares, amigos, conhecidos, ou simplesmente em casos apresentados nos meios de comunicação social, que poderão não corresponder à realidade que será por si encontrada e, que de certo modo, irão condicionar as suas expectativas relativamente ao período a vivenciar durante a sua hospitalização.

Um primeiro internamento é sempre um período de novas descobertas para os utentes, uma vez que “(...) representa o início de uma nova experiência, num meio que muitas das vezes lhes é totalmente desconhecido, que é o hospital” (Ferreira e Valério, 2003, p.10). Mas por esse motivo, quando o utente é confrontado com o primeiro internamento, na maioria das situações, “(...) este momento constitui-se como um momento desagradável e fonte de insegurança (...)” (Serra, 2005, p. 52).

Parker (2001, p.166), acerca desta temática identifica, como resultados de um estudo longitudinal sobre a experiência de internamento, feita com 15 pacientes, num período de 8 meses, que havia muitas experiências geradoras de ansiedade no primeiro dia de hospitalização para essas pessoas.

A hospitalização é, assim, na maioria das vezes, entendida de forma negativa, sendo frequentemente adjectivada como uma experiência geradora de ansiedade e de stress, como aufero o estudo investigativo de carácter descritivo e de comparação entre grupos de idosos, desenvolvido por Cabete, que teve por objectivo analisar o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e emocional da pessoa idosa, e cujos

resultados apontaram para o facto do internamento hospitalar acarretar efeitos negativos aos níveis físico e psicológico, para os idosos do estudo em causa.

Tendo em conta que na hospitalização, e pelos motivos atrás mencionados, uma primeira hospitalização, pode assumir um peso negativo e uma carga geradora de ansiedade para o utente, o momento de acolhimento toma um peso preponderante como circunstância amenizadora de toda a tensão associada à hospitalização e conducente à cura.

O acolhimento corresponde ao momento de chegada da pessoa a um ambiente desconhecido e esse momento pode ser gerador “(...) de desconfiança e angústia à maioria das pessoas” (Teixeira, 2002, p.40). Todavia, este corresponde ao primeiro contacto que o utente terá com a instituição onde, por um período de tempo, *à priori*, indeterminado, terá de permanecer para receber tratamento estando, durante esse período, privado do seu habitual seio social, dos seus hábitos e rotinas, “(...) isolado e distanciado relativamente ao mundo que está para lá das fronteiras do hospital, ou do serviço de internamento (...)” (Serra, 2005, p.46), acrescentando a este condicionante o de que terá de sujeitar-se, sob muitas formas, a imposições várias que fogem ao seu costume quotidiano.

O momento de acolhimento reúne propriedades que concorrem para a melhor aceitação da inevitabilidade de uma hospitalização, uma vez que do acolhimento, se estabelece a primeira afinidade entre o doente e os profissionais de saúde e, como defende Cabete (2005, p.30), essa relação é determinante no processo de adaptação à hospitalização. Desempenhando o Enfermeiro um papel de relevo. Cabe ao Enfermeiro garantir que, como sugere Jorge (2004, p.73), o acolhimento promova a confiança e permita o estabelecimento de uma relação de abertura conducente à colaboração mútua.

Para que tal resultado seja alcançado, Rodrigues (1999, p.19), reforça que o acolhimento carece do cumprimento de atitudes próximas de empatia, das quais se poderão destacar a demonstração de interesse e de disponibilidade, a capacidade de ouvir, a simpatia e a afabilidade. Para além destas, devem ser também empregues “As atenções positivas (reconhecimento, elogios, agradecimentos, interesse, admiração) (...)” (Jorge, 2004, p. 73), devendo ser evitadas as atenções negativas como a crítica e o desapontamento, que no doente “(...) podem comprometer a (...) auto-estima”.

Efectivamente, o acolhimento da pessoa doente, como refere Serrão (*in* Neves e Pacheco, 2004, p.342), sendo responsabilidade particular do enfermeiro, deve ser um

momento de encontro a decorrer num ambiente de privacidade e com disponibilidade temporal suficiente para que o doente possa verbalizar os seus anseios. Pois

“O vínculo que a pessoa doente vai estabelecer com o profissional de enfermagem que o acolhe em primeiro lugar, naquele espaço onde a pessoa vai, cheia de esperança, buscar o remédio para a sua doença, tem um componente afectivo que é da maior importância para a relação de confiança que a pessoa doente estabelece, naquele momento, com a estrutura médica que é o centro de saúde.” (Serrão in Neves e Pacheco, 2004, p.342)

Não esquecendo que a relação entre o enfermeiro e o doente, segundo Rodrigues, (1999, p. 22) é, tanto mais intensa quanto mais precoces as primeiras abordagens ao cliente e sua família, não deve ser desvalorizada a expressão popular que refere que uma primeira impressão nunca se tem duas vezes. De facto, o modo como se percebe o primeiro momento de relação entre utente e enfermeiro deve muita da sua complexidade à percepção mútua que se estabelece naquele instante.

Por percepção, entende-se, de acordo com Ribeiro (2003:61), um processo cognitivo complexo associado a fenómenos afectivo-emocionais e a juízos de valor. Percepcionar é, assim, segundo este autor, compreender e dar sentido às coisas sendo que, através dessa compreensão, o objecto percebido assume um valor próprio. Porém, embora a percepção seja estabelecida em relação a um outro, ela começa com a percepção do próprio corpo. Isto é, cada indivíduo desenvolve a sua auto-percepção e sustenta a percepção dos outros na avaliação que faz de si próprio.

Sendo a percepção uma forma de avaliação, ela, segundo Ribeiro (2003:63) nunca poderá ter um valor neutro, assumindo sempre uma conotação mais favorável ou menos favorável, mas nunca imparcial. O mesmo autor (2003, p. 62) sugere que a percepção pode ser baseada em duas componentes distintas: impressão e opinião. Deste modo, a impressão refere-se à percepção estabelecida num primeiro impacto, afigurando-se como a primeira concepção estabelecida acerca de determinada pessoa sendo, por seu turno, a opinião, fundamentada numa percepção construída, fruto de inferência de terceiros ou de uma reflexão individual acerca de determinada pessoa.

Face ao exposto, pode compreender-se que a percepção influencia toda a interacção social e, neste contexto, a relação terapêutica não é excepção, pois não é mais que uma

constante inferência mútua, estabelecida entre dois elementos de uma relação e ao longo desta mesma relação.

Estamos constantemente a avaliar e a ser avaliados, a perceber e a sermos percebidos, esta é uma condicionante inerente ao ser humano, que define as relações interpessoais.

Efectivamente, por constatar essa noção de irreversibilidade de uma primeira relação, é crucial que o acolhimento decorra favoravelmente e que crie, no doente idoso, boas referências acerca do seu internamento, assim como da relação com os profissionais de saúde, pois o processo de acolhimento transporta essa capacidade de “(...) condicionar em grande parte o decurso do internamento e a atitude do doente em relação aos profissionais de saúde” (Cardoso e Pinto, 2002, p.11).

Portanto, como cuidado de enfermagem por excelência, o acolhimento, visto por quem o executa, para além de corresponder ao momento inicial de contacto com um novo doente, internado no serviço onde se presta cuidados, pela sua ocorrência frequente, pode incorrer no risco de ser encarado como mais uma tarefa, uma rotina, um cuidado normalizado e ou protocolado, que segue um conjunto definido de etapas, sobejamente conhecidas, por quem as executa diariamente.

De um modo geral, ao proceder ao acolhimento de um doente num serviço de internamento, e embora possam haver algumas nuances de local para local, o Enfermeiro responsável por acolher deverá levar a cabo algumas acções que, de acordo com Serra (2005, p.54), facilitam o próprio processo de socialização entre os intervenientes. Deste modo, e segundo o mesmo autor, o enfermeiro deve proceder à sua apresentação e à apresentação sumária da geografia do serviço, assim como dos outros profissionais presentes e doentes companheiros de quarto do doente recém-chegado. É no momento de chegada que o enfermeiro se dedica, a “Consultar toda a informação disponível com a finalidade de recolher dados que permitam realizar uma identificação correcta das necessidades afectadas” do utente (Rodrigues, 1999, p.40).

Antecipadamente à sua chegada, a unidade do doente deve estar já preparada para que “(...) ele sinta que estava a ser aguardado (...)” (Rodrigues, 1999, p.40) e tanto quanto possível, deve ser feito um esforço para que no acolhimento ao serviço de internamento sejam incluídos os familiares do doente, não só para que se sintam, também, bem

recebidos, mas porque a sua presença, na maioria dos casos, ameniza no doente, o impacto do desconhecido.

Sobre a apresentação efectuada pelo enfermeiro, Serra acrescenta que, em muitos casos, a mesma faz-se, também, acompanhar da “(...) entrega de um folheto informativo sobre o serviço e algumas das rotinas como horários de visitas, de refeições ou da explicitação dos recursos que existem no serviço e no hospital à disposição do doente (...)” (Serra, 2005, p.54).

Evidentemente, para além destas intervenções, o enfermeiro, no decurso do acolhimento, é também responsável, por proceder à preparação e administração de terapêutica, caso tenha sido prescrita, bem como realizar o exame físico do doente e a consequente colheita e registo de dados relativos aos seus sinais vitais, assim como a valores antropobiométricos e, ainda, por preencher e entregar cartões-de-visita aos familiares do utente.

Pode dizer-se que o acolhimento, embora não sendo um cuidado normalizado ou estipulado de forma universal atende, nos vários serviços de saúde onde é praticado, a alguns denominadores comuns pois, independentemente de haver ou não um protocolo descritivo das actividades do enfermeiro nessa situação. Alguns cuidados elementares não podem ser negligenciados pois correspondem aos primeiros dados de referência para a avaliação contínua do utente, no decorrer do restante internamento.

Não obstante alguma uniformidade, o acolhimento assenta, invariavelmente, numa aceção de subjectividade que o faz ser irrepetível a cada ocasião em que é praticado. As interacções entre enfermeiro e doente são diferentes de cada vez que têm lugar. O estado de saúde com que cada utente dá entrada a um serviço de internamento não pode ser padronizado. As condições do ambiente em que ocorre cada acolhimento são irrepetíveis. Todos estes condicionantes conduzem à natureza flexível e subjectiva de cada experiência de acolhimento.

É importante ressaltar que, no entanto, como refere Serra (2005, p. 55), se o acolhimento é considerado uma rotina bastante familiar e cheia de significado para os funcionários do hospital, para o utente, mais que um acto por si só, ele tem de ser entendido como um momento singular, ou como refere Watson (2002, p. 125), uma transacção intersubjectiva, pois segundo a autora, um acontecimento que implique a

aproximação entre o prestador de cuidados e o receptor, implica uma ocasião actual de cuidar, como é o caso do acolhimento.

Um acolhimento, humanamente correcto, como refere Jorge (2004, p.74) é uma ciência e uma arte que, no exercício, devem estar em incessante busca de aperfeiçoamento.

“A arte do acolhimento humano deverá ser uma aprendizagem nunca concluída, marcada pela contínua busca da verdade, com sinceridade e transparência recíproca, no respeito incondicional pelo que o outro é, sem indevidas manipulações ou descabida directividade”
(Bernardo in Jorge 2004, p. 74)

Assim, e no que concerne ao enfermeiro, o acto de acolher deve ter sempre subjacente a intenção de transmitir segurança e confiança, conduzindo o doente a ceder um voto omisso de consentimento à acção do Enfermeiro.

Contextualizando o acolhimento no ambiente em que foi abordado neste estudo, pode dizer-se que, não sendo um cuidado protocolado no serviço de internamento do Centro de Saúde de Nordeste, ele assume bem o carácter de subjectividade previamente mencionado. Para melhor compreender a dinâmica do acolhimento colocado em prática neste centro de saúde, torna-se importante conhecer o percurso feito pelo doente até dar entrada no serviço de internamento.

2.2. ACOLHIMENTO NO CENTRO DE SAÚDE DE NORDESTE: PERCURSOS

A admissão de qualquer utente no serviço de internamento de um Centro de Saúde depende, obrigatoriamente, de uma nota de admissão, da responsabilidade de um clínico. Assim sendo, as “vias de entrada” ao serviço de internamento do CSN podem ocorrer de várias formas: através de encaminhamento do utente após consulta médica no Ambulatório, através de encaminhamento subsequente a consulta no Serviço de Internamento Permanente ou, ainda, por transferência de outro serviço de saúde.

Uma vez que no caso da admissão por transferência, subentende-se que o utente já fez o primeiro acolhimento no serviço de onde proveio, este estudo irá incidir apenas sobre participantes idosos que tenham sido admitidos directamente no Centro de Saúde de Nordeste, excluindo-se do seu âmbito os casos em que os idosos foram transferidos de outros serviços para este último.

O utente que recorra ao Centro de Saúde para receber uma consulta médica poderá ser atendido em contexto de Ambulatório ou no Serviço de Atendimento Permanente. Por norma, se o utente tem médico de família e se o mesmo se encontra ao serviço, é atendido pelo seu médico de família através de “consulta programada” ou, no caso da sua situação de saúde exigir uma consulta inadiável, poderá ser atendido, na ocasião, através de “consulta não programada”, em contexto de Ambulatório.

Assim sendo, no caso da nota de admissão advir de consulta em contexto de ambulatório, designada por consulta de rotina, no momento da decisão de internamento, é informada a equipa de enfermagem do serviço de internamento sobre o utente a admitir. Deste serviço é, pois, enviado um auxiliar de acção médica até junto do utente em ambulatório, de forma a trazê-lo ao serviço de internamento (único serviço a funcionar no primeiro piso do edifício) a pé ou, consoante a situação clínica, de cadeira de rodas.

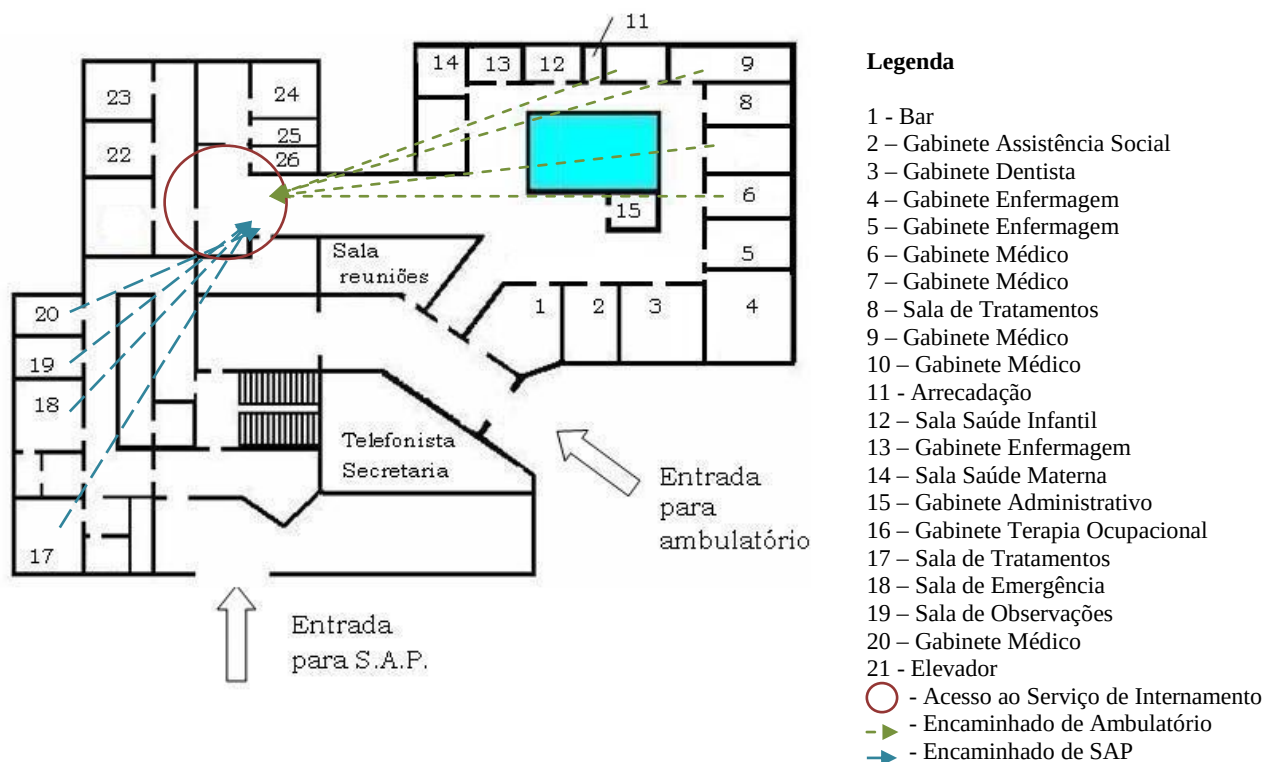
Nos casos em que o utente se encontre em situação de saúde instável, precária ou crítica, que exija o repouso ou a intervenção clínica imediata à sua chegada, em vez de ser atendido em ambulatório, o utente é atendido no Serviço de Atendimento Permanente, onde permanece em observação, até que o seu médico de família o consulte. Caso o médico decida o seu internamento, é efectuado o encaminhamento anterior.

Os utentes que não estejam inscritos neste Centro de Saúde não tendo, portanto, médico de família definido no mesmo são, invariavelmente, atendidos no Serviço de Atendimento Permanente, sendo consultados pelo clínico que lá esteja de serviço. Deste modo, se for decidido o internamento do utente, o mesmo é admitido pelo médico de serviço no SAP.

Em qualquer das situações (atendimento no Ambulatório ou SAP), após o contacto com administrativo que, começa por encaminhar o processo burocraticamente, dando nota de entrada do utente no Centro de Saúde, todo o utente que recorra a este serviço é atendido por um enfermeiro antes de ter contacto com o médico. O que significa que, na maioria dos casos, e uma vez que não se trata de uma competência administrativa avaliar o estado de saúde do utente, é o enfermeiro que gere e que reencaminha o utente para o local onde deverá ser atendido no Centro de Saúde. É este elemento que procede, também a uma avaliação precoce do estado de saúde do utente, avaliando sinais vitais, procedendo a uma breve colheita de dados relacionados como motivo da vinda ao serviço em questão, registando estes aspectos e informando o médico do estado de saúde do utente.

O circuito físico percorrido pelo doente desde sua entrada até internamento encontra-se indicado no esquema que se segue.

Figura n.º 5 – Esquema representativo do percurso do doente até Serviço Internamento do CSN



À chegada ao serviço de internamento, e embora, como já referido, não exista nesse serviço uma forma de acolhimento protocolada, em momentos de observação directa ao longo do meu desempenho profissional, pude constatar que, após avaliadas e supridas as necessidades imediatas do utente recém-chegado, comumente, permite-se que o familiar presente acompanhe o utente internado no momento do seu acolhimento. Uma vez que neste serviço não se encontram profissionais administrativos, algumas tarefas de carácter mais burocrático são também asseguradas pelo enfermeiro de serviço.

Deste modo, depois de brevemente apresentado ao doente o serviço, o seu quarto e a sua unidade, são colhidos alguns dados a serem registados no processo clínico do utente. É realizado um exame físico, são avaliados os sinais vitais, cedido um pijama do serviço ou solicitada a troca de roupa para o pijama que, frequentemente, traz consigo. Posteriormente, são efectuados os necessários registos de enfermagem sendo, também, realizada a folha de terapêutica do utente e os cartões de medicação. Tem lugar, também nesta altura, a estipulação do cartão de dieta e a entrega dos cartões de visita e, no caso do doente reunir condições para tal, é entregue e discutido com o doente um guia de acolhimento ao serviço.

Há um carácter de relatividade assente nestas acções, mas, regra geral estes são os passos respeitados e aplicados aos utentes admitidos e acolhidos naquele serviço.

Sobre o acolhimento, constata-se que existem, entre diversas instituições, modos de actuação comuns, que advêm da similitude entre situações de acolhimento nos mais variados locais de internamento. Realmente, e se acedermos aos princípios fundamentais que norteiam o desempenho da profissão de Enfermagem, alguns pilares fundamentais nos orientam sobre aspectos comuns a atender.

Não nos esqueçamos que o acolhimento se enquadra num acto de Cuidar, sendo uma acção mencionada na diversa documentação regulamentar da profissão. Por conseguinte, no Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, que criou a Ordem dos Enfermeiros, mencionado na secção II – “Do Código Deontológico do Enfermeiro”, se encontra o Artigo 83.º - Do direito ao cuidado, que informa:

“O enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde e na doença, assume o dever de: a) Co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento;”

Reconhecendo neste documento um cariz essencial para a prática dos enfermeiros portugueses, por nele se enunciarem os deveres profissionais, enraizados nos direitos dos cidadãos a quem se dirigem os cuidados, esta alínea do 83.º artigo alude, como interpretam Nunes, Amaral e Gonçalves (2005, p.106) ao direito universal à saúde. Deste modo, o enfermeiro, ao co-responsabilizar-se pelo atendimento nestes locais, deve garantir a articulação entre os demais profissionais implicados na acção de cuidar, de forma a garantir a melhor resposta, conducente ao maior ganho em saúde, para o utente em questão. Esta preocupação, naturalmente, deve ser atendida quando se processa o acolhimento a um utente.

Acrescendo a esta situação, é também dever do enfermeiro, segundo o Artigo 81º do mesmo documento, “Dos valores humanos”, “c) salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social, e o autocuidado, com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida.”

Analisando estes dois artigos em paralelo, podemos verificar que o idoso, particularmente, deve ser alvo de atenção específica no contexto global de prestação de cuidados em Enfermagem. Este dever do Enfermeiro justifica-se no cumprimento dos princípios éticos em cuidados de saúde, nomeadamente os de beneficência, não-maleficência, justiça, respeito pela autonomia e, especialmente, também de vulnerabilidade. É que, de acordo com Nunes, Amaral e Gonçalves (2005, p.90) os idosos representam um grupo vulnerável, ao qual deve ser prestado um cuidado baseado no reconhecimento do outro como pessoa autónoma.

Ainda enquadrando o acolhimento num acto de cuidar, função profissional própria do enfermeiro, interessa interpretá-lo à luz do REPE, que no seu Artigo 3º, referente ao Âmbito Pessoal, aponta para o seu carácter de obrigatoriedade, uma vez que deve ser respeitado por “(...) todos os enfermeiros que exerçam a sua actividade no território nacional qualquer que seja o regime em que prestem a sua actividade”. Por sua vez, ao abrigo da alínea 1 do mesmo Decreto-Lei, sobre a Caracterização dos cuidados de enfermagem,

“Os cuidados de enfermagem são caracterizados por:

- 1) Terem por fundamento uma interacção entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade;*
- 2) Estabelecerem uma relação de ajuda com o utente;”.*

Essa mesma relação de ajuda, estabelecida entre cuidador e cuidado, nas pessoas do enfermeiro e do utente, por ter especial relevância e interesse no momento em que é iniciada, ou seja, no momento de acolhimento, será aprofundada no capítulo seguinte.

2.3. O ENFERMEIRO E O IDOSO: RELAÇÃO CUIDADOR-CUIDADO

O afecto e a atenção que terão de ser supridos ao idoso, aquando do seu acolhimento terão, necessariamente, de ser transmitidos pelo enfermeiro através do estabelecimento de uma relação construtiva, pois, de acordo com Serrão (*in* Neves e Pacheco, 2004, p.342), o vínculo que a pessoa doente estabelece com o enfermeiro que o acolhe, tem uma componente afectiva que é da maior importância para a relação de confiança que será estabelecida entre estes dois intervenientes.

De facto, a relação estabelecida com o doente, de acordo com Collière (2003, p.152) detém em si própria um valor terapêutico, sendo o elemento sobre o qual se desenvolvem os cuidados. Essa relação de afecto ou relação de ajuda é defendida por Phaneuf (2005, p.324), como uma troca que comporta componentes verbais e não verbais que, ultrapassando a superficialidade, favorecem a criação de um clima de compreensão e de apoio mútuo.

Costa (*in* Neves e Pacheco, 2004, p.76), a propósito da relação de ajuda, contextualiza-a como um processo bidireccional, estabelecido entre enfermeiro e doente, no qual os actores se inter-influenciam. Segundo a autora, o processo requer que, da parte de cada interveniente, haja a capacidade para aceitar influenciar e ser influenciado, dar e receber. Costa refere, ainda, que enfermeiro e doente assumem papéis diferentes segundo o estatuto de cada um, cabendo ao enfermeiro alimentar a relação e servir de facilitador no processo em causa. Por seu turno, de acordo com a mesma autora “(...) a relação funciona como catalisadora, procurando direccionar-se para as necessidades de ajuda em presença (...)” (Costa, 2004, p.76).

É também dado relevo ao contexto em que decorre a relação de ajuda, uma vez que mediando o processo, o contexto pode ou não funcionar como facilitador do mesmo. Assim, a relação de ajuda, enquanto processo de intervenção mútua e recíproca, depende da própria relação e do contexto em que se desenvolve.

Esta visão da relação enquanto momento de partilha mútua para os seus intervenientes é também alvo das apreciações das teóricas Paterson e Zderad, na sua “*Humanistic Nursing Theory*”, uma vez que a caracterização deste modelo teórico de Enfermagem focaliza-se, também, na relação enfermeiro-doente, “If I were asked to

succintly conceptualize humanistic nursing theory, I would have to say, “call and response” (Kleiman *in* Parker, 2001, p. 154). Segundo esta autora (2001, p.154), de acordo com a citada teoria, ocorre uma chamada por ajuda, relacionada com um assunto de saúde, por parte de uma pessoa e, para dar resposta a esta chamada, um enfermeiro, grupo de enfermeiros ou uma comunidade dos mesmos, ouvindo e reconhecendo esse pedido, responde de uma forma intencionada a ajudar o solicitante a resolver a sua necessidade em matéria de saúde.

O que acontece durante este diálogo, o “and” no processo de “call-and-response”, o “entre”, esse encontro entre enfermeiro e doente é a enfermagem. Para as autoras, após esta interacção, nenhum dos intervenientes fica como antes, cada um se torna mais pelo processo de partilha, como que representando o modelo de dupla hélice da molécula de ADN, o padrão de intervenção é o que estrutura mutuamente cada indivíduo.

Para as teóricas, citadas por Kleiman *in* Parker (2001, p.155), a Enfermagem Humanitária é um processo dinâmico que ocorre no contexto vital dos seres humanos que interagem uns com os outros. Assim sendo, os intervenientes nesta relação nunca se dissociam das suas relações sociais presentes e passadas, das suas experiências de vida. Ou seja, toda e qualquer relação estabelecida entre estes dois intervenientes será sempre pautada pelas “past experiences with helpers in the health care system and the patient’s image and expectations of what it is that he or she is calling the nurse for” (Kleiman *in* Parker, 2001, p.155)

Phaneuf (2005, p.324), contudo, atenta no pormenor da relação promover o estabelecimento da interacção entre cuidador e cuidado, por abrir espaço à mudança, autonomia e evolução pessoal e facilitar a compreensão e aceitação das situações problemáticas, favorecendo a resolução das mesmas. Por este motivo, Gameiro (1999, p.84) refere-se à relação de ajuda descrita por Phaneuf como o instrumento básico de intervenção em enfermagem.

Segundo esta última autora (2005, p.321), a relação de ajuda, estabelecida entre enfermeiro e doente, deverá centrar-se em conceitos elementares como a capacidade de escuta, o respeito, a aceitação e a empatia para ser levada a cabo de um modo eficaz, sendo que o estabelecimento de uma relação de ajuda, segundo a mesma autora (2005, p.332-359), deve atender a princípios específicos como a centralidade posta na pessoa, a consideração positiva, a aceitação, a intervenção não directiva, o respeito e a autenticidade.

Para Phaneuf (1995, p.5), o enfermeiro, enquanto elemento detentor da tarefa de cuidar, deve tomar a iniciativa ou facilitar o primeiro contacto relacional com o doente. A partir deste primeiro contacto, a autora defende que o papel essencial do enfermeiro centra-se na postura de abertura e escuta que permite a cedência de oportunidade ao outro para viver a experiência.

Também Hesbeen (1997, p.103), alude à importância de ser estabelecida uma relação positiva entre enfermeiro e doente, que se define como a capacidade do prestador de cuidados ajudar o beneficiário dos mesmos respeitando-o por quem é. Para o autor, esta relação designa-se por relação de confiança e, paralelamente à relação de ajuda defendida por Phaneuf, também Hesbeen (1997, p.103), apresenta factores que deverão ser conjugados para que se torne efectivo o estabelecimento de laços de confiança entre cuidador e cuidado, nomeadamente: o calor, a escuta, a disponibilidade, a simplicidade, a humildade, a autenticidade, o humor e a compaixão. De entre os factores apresentados por estes dois autores, poder-se-á dizer que alguns são denominados de forma idêntica, e muitos deles encontram uma fundamentação mútua em conceitualizações semelhantes.

Hesbeen (1997, p.106), a respeito da relação de confiança, confere especial importância ao estabelecimento da mesma, aquando do momento de acolhimento hospitalar, detectando que, muitas vezes, o contacto entre enfermeiro e doente nesse instante acaba por resumir-se à realização de um questionário para colheita de dados relativos ao doente que “ (...) para além de não favorecerem a confiança (...) não suscitam, na maior parte das vezes, senão respostas parciais, porque o paciente está na defensiva” (Hesbeen, 1997 p. 106).

Segundo o autor “(...) a primeira etapa que conduz à confiança é a que permite diminuir a ansiedade associada a um ambiente que não se conhece ou a uma situação inquietante” (Hesbeen, 1997, p. 105). Por esse motivo, há que tirar partido deste momento, explorando o seu potencial para a efectivação de uma relação que se pretende construtiva para ambas as partes envolvidas.

Em jeito de resumo, acerca da relação de ajuda, Lazure defende que aquando do estabelecimento da mesma, o enfermeiro “assiste o cliente, orienta-o e faculta-lhe cada uma das etapas do processo de resolução do seu problema. Não toma decisões por ele, nem deverá substituí-lo em aspectos relativos à sua participação na acção” (Lazure, 1994, p.13).

No entanto, a efectivação de qualquer relação comporta, inevitavelmente, obstáculos, afigurando-se, por vezes, difícil de realizar. As relações humanas são complexas, transportando particularidades específicas quando consumadas em contextos próprios, com personagens singulares e condições peculiares. Ora, se condicionarmos uma relação a um contexto hospitalar, entre um profissional, na maior parte das vezes jovem, e um indivíduo idoso, necessitado de cuidados de saúde, aumentamos o potencial de complexidade inerente à relação a ser estabelecida entre estes dois mencionados personagens.

A relação estabelecida entre enfermeiro e cliente, à semelhança de qualquer relação humana, é alvo de uma maior subjectividade, sujeitando-se a algumas condicionantes.

Matumoto citada por Pina (2007, p.49), menciona que o profissional de saúde vive, frequentemente, processos que influenciam a relação estabelecida com o cliente, no momento de acolhimento, como sejam a preparação emocional para levar a cabo esta relação, o espaço-tempo que destinará ao atendimento e, entre outros factores, a disponibilidade para a escuta do cliente no momento em que o cliente é acolhido. Assim, para Matumoto, que coloca enfermeiro e doente como elementos providos igualmente de necessidades, os processos acima referidos, influenciam o posicionamento do profissional na sua relação com o cliente.

Porém, para além destes factores importa interpretar a realidade da relação estabelecida com o cliente idoso. Como já referido anteriormente, a relação que se celebra entre o enfermeiro e o utente idoso é, segundo Cabete (2005, p.30), fortemente condicionada pela forma como os profissionais vêem o idoso. O enfermeiro, sendo membro integrante de uma sociedade, encontra-se "impregnado" dos valores da sociedade onde se insere, transportando esses valores para a sua prática profissional.

Como referem Brum, Tocantins e Silva (2005, p.4), num estudo investigativo que contextualiza a enfermagem gerontológica na concepção do cuidar, tendo por objectivo, reflectir sobre o significado da acção de cuidar do idoso hospitalizado na realidade de enfermagem, "Os valores negativos que são vigentes na nossa sociedade, constituem o estereótipo do idoso, como um ser improdutivo, doente, inválido e ultrapassado, em fase final de sua vida, sem objectivos e esperanças" (Brum *et al.*, 2005, p.4).

Sob esta perspectiva, pode inferir-se a possibilidade de muitos enfermeiros, verem condicionada a sua prestação de cuidados pela representação social vigente do idoso,

havendo a possibilidade de limitarem a sua prestação de cuidados à situação de doença em detrimento do cuidado ao indivíduo doente.

A crescente humanização dos cuidados que é, hoje em dia, amplamente discutida, embora perspectivada de formas diferentes que vão desde, segundo Sgreccia (1996, p.111), o reconhecimento da importância da relação intersubjectiva entre o paciente e o pessoal da saúde, ao reconhecimento da dignidade da pessoa em todo o ser humano, não é mais que, no fundo, a operacionalização de uma preocupação crescente com a necessidade de Cuidar a Pessoa, como um todo, em detrimento do ultrapassado conceito de tratar a doença. E este conceito de Cuidar a pessoa assume, nessa atitude de humanização, uma abrangência cada vez mais expandida, não constituindo excepção neste contexto, o fenómeno do acolhimento.

O Cuidar assumiu-se desde há muito, na alçada da enfermagem, como um conceito elementar, chave da acção do enfermeiro, afigurando-se como lema, como fim e como caracterização última desta profissão. Aliás, no Decreto-Lei que define os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros, conhecidos sob a forma de REPE, se acedermos ao seu Artigo 4.º, “Conceitos”, podemos ler:

“1 - Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.”

Cuidar, para além de definir a mística inerente à profissão de Enfermagem é, sob o ponto de vista legal, uma acção obrigatória dos enfermeiros. Mas, o próprio conceito de Cuidar, se entendido para além do propósito do exercício profissional, é um conceito que transcende a prática de cuidados. De facto, muitas vezes referido como essência da profissão, o Cuidar tem de ser focalizado na pessoa, ser existencial e relacional.

Ao prestar um cuidado, o enfermeiro põe em prática um conceito que aprendeu ser a filosofia inerente à sua prática. Cuidamos em gestos pequenos para alcançar um Cuidado maior à pessoa no seu todo, Cuidamos ao comunicar com o utente, ao satisfazer uma necessidade de saúde, ao suprir um pedido que o utente nos solicite. Cuidamos ao realizar uma técnica de enfermagem, ao preparar a alta de um utente, ao acolher um idoso a um primeiro internamento.

Deste modo, e embora se verifique que o Cuidar comporta um significado amplo e muitas vezes dificilmente descodificável, ele define a mística da Enfermagem. A evolução da profissão e da ciência de Enfermagem têm devido o seu avanço científico, em grande parte, ao desenvolvimento de Teorias de Enfermagem.

Efectivamente, os mais diversos autores têm-se debruçado sobre o estudo deste conceito, não apenas no sentido de explorar a sua complexidade mas, frequentemente, encetando um esforço para dar um contributo à Enfermagem como ciência, através da teorização do seu conceito mais elementar e fundamental, o de Cuidar. Uma dessas teorias, assente numa abordagem fenomenológica de apreensão das realidades inerentes à Enfermagem, é a *Humanistic Nursing Theory*, preconizada por Josephine Patterson e Loretta Zderad.

À luz desta teoria, o Cuidar é uma acção assente no humanismo. Para as autoras, a Enfermagem não pode ser senão uma ciência humanística pois, envolve um ser humano que ajuda outro. Esta visão humanística da Enfermagem, implica a ocorrência de transacções intersubjectivas constantes entre enfermeiro e utente: “Nursing is an experience lived between human beings. Each nursing situation reciprocally evokes and effects the expression and the manifestations of these human beings’ capacity for and condition of existence” (Pateron e Zderad, 2008, p.127).

Escrutinando os fenómenos que lhe estão na base, a enfermagem, segundo Paterson e Zderad, está imbuída do contexto humano. No desenvolver da transacção intersubjectiva de Cuidar, a Enfermagem transporta a possibilidade dos intervenientes que por ela sejam influenciados afectarem e serem afectados pelo processo de “*call and response*”, tendo ambos a possibilidade de se superarem. Esse motivo torna, na sua fundamentação mais elementar, a Enfermagem numa ciência humanística.

Debruçando-se sobre os fenómenos de existencialismo experienciado em situações de enfermagem, a Teoria Humanística justifica o seu teor fenomenológico e aprofunda conceitos que lhe são característicos como o **existencialismo**, a **intersubjectividade**, a **presença**, a **relação**, o **diálogo**, o “*call and response*” e o **encontro**.

De acordo com esta teoria, estes elementos definem a própria profissão e, se formos aprofundar a questão, qualquer um deles se pode identificar no desempenho profissional e na prestação de cuidados de Enfermagem.

Nomeadamente e como já foi referido, o processo de “**call and response**” caracteriza fortemente esta teoria sendo o conceito mais particularmente a ela associado. De acordo com as autoras, a Enfermagem baseia-se num procedimento de inter-ajuda que ocorre quando um solicita ajuda - o doente e o outro responde – o enfermeiro.

Por seu turno, a **intersubjectividade** não é mais do que este processo de interacção entre enfermeiro e doente que alude ao modo como ambas as partes que se encontram envolvidas no processo de Enfermagem participam, necessariamente, nestes procedimentos sendo, neste sentido, interdependentes.

Paterson e Zderad referem-se, também, ao **existencialismo** como característica da Enfermagem, mencionando que a profissão não rejeita este carácter por se fundamentar na necessidade de conhecer o modo como o Homem experiencia a sua existência. Os restantes conceitos, secundários a estes apresentados que melhor definem a teoria humanística, justificam-se na natureza da Enfermagem: a Relação Interpessoal.

Que relação terá, então, o acolhimento realizado ao idoso com este enquadramento de conceitos? Não nos esqueçamos que o momento de acolhimento corresponde, também, ao momento de início da relação entre o enfermeiro e o doente idoso, neste caso. E é por essa condicionante e pelo seu cariz fundamentalmente relacional que o acolhimento pode, facilmente ser enquadrado no panorama descrito por esta teoria de Enfermagem, ou não fosse o acolhimento um momento privilegiado de encontro, em que a relação enfermeiro-doente é um elemento fulcral.

Considerando todo o enquadramento teórico aqui apresentado, importa mencionar que o mesmo revela a minha crença pessoal de que os conceitos explorados se encontram fundamental e intrinsecamente relacionados com o fenómeno em estudo: o de acolhimento de enfermagem ao doente idoso.

Evidentemente, o quadro conceptual, como afirmam Polit, Beck e Hungler (2004, p. 125), para além de permitir uma ligação entre a nova investigação e o conhecimento já existente pretende, também, como refere Artinian, citado por Grove e Burns, 1997, p. 151) resumir e integrar o que é conhecido sobre um fenómeno, permitindo a sua compreensão.

Com esse intuito, este quadro de conceitos sorveu saberes, expressos pelos mais variados autores, muitos deles alheios, até, à disciplina de enfermagem o que, a meu ver, terá contribuído significativamente para a diversidade e riqueza de opiniões subordinadas

ao tema em questão mas, naturalmente, revelado também, em grande parte, um raciocínio próprio e particular de entender o assunto em estudo.

Resta, pois acrescentar que, não se esgotando em si mesmo, este enquadramento conceptual está longe de encerrar um conhecimento pleno sobre a realidade do acolhimento ao idoso. Pretende, isso sim, essencialmente e antes de mais, reflectir sobre as vivências do doente idoso ao ser acolhido por um enfermeiro a um serviço de internamento e sobre alguns conceitos que lhe estão intrinsecamente relacionados.

II PARTE - O ACOLHIMENTO PELO IDOSO QUE O VIVENCIA

“A todo viver corresponde um sofrer.”

Eça de Queiroz

Entramos numa fase do trabalho consequente à apresentação do quadro conceptual, este de tipo narrativo, descritivo, definido por Miles e Huberman (1991, p.48) como uma forma de organizar e clarificar conceitos concernentes a um tema pretendido.

A segunda parte deste relatório, que inclui uma descrição prática do modo como ele se desenvolveu, tem por intuito, de um modo geral, dar a conhecer a problemática que esteve na sua origem, a metodologia adoptada para a sua efectivação, o procedimento seleccionado para colheita de dados, a técnica utilizada para análise dos dados obtidos, os resultados emergentes e as conclusões daí consequentes.

Passamos, pois, a entender o fenómeno do acolhimento, não tanto na sua acepção teórica, mas na sua vertente prática, fundamentada no modo como é percebido pelos idosos. Este pressuposto alicerçou a designação atribuída ao título “Acolhimento pelo idoso que o vivencia”.

Também, nesta fase da investigação, são apresentadas as limitações do estudo, os aspectos éticos tidos em consideração e os procedimentos asseguradores da sua cientificidade. São expostas as implicações e sugestões do estudo e, finalmente, é apresentada a bibliografia.

Uma vez que é importante perceber o modo como a investigação teve lugar, atendendo a um critério de organização sequencial e cronológica passamos a apresentar a fase preliminar de delineamento do estudo, a sua problemática.

3. PROBLEMÁTICA

*"Se realmente entendemos o problema,
a resposta virá dele, porque
a resposta não está separada do problema."*

Jiddu Krishnamurti

A pesquisa científica, de acordo com Fortin, Vissandjée e Côté (in Fortin 1999, p.48), inicia-se com uma situação considerada como problemática, ou seja, com uma situação que, por algum motivo, incita uma explicação, ou a melhor observação de um fenómeno observado.

Polit, Beck e Hungler (2004, p.104) reconhecem, também, como princípio de um estudo de pesquisa a fase da problemática, em que o pesquisador, identificando um problema que gostaria de resolver, dá início ao seu estudo. Esta é, portanto, uma fase de indagação, em que são colocadas questões e levantados problemas a serem investigados.

Não obstante estes últimos autores consignem à problemática o momento primordial de toda a pesquisa, os mesmos (2004, p.55), distinguem progressões investigativas diferentes, consoante o método de estudo em questão.

Assim, segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p.55) na pesquisa qualitativa, começa-se num ponto inicial até um ponto final, progredindo numa sequência de etapas que pode não ser totalmente linear, assemelhando-se mais a uma progressão circular uma vez que a interpretação dos dados vai sendo feita de modo contínuo, tendo por base aquilo que já foi sendo conhecido ao longo do decurso do estudo.

Collière (1999, p.157), enfatizando a importância da investigação na prática de enfermagem, menciona que a profissão vive, por si só, uma necessidade inevitável de questionar, compreender, perguntar, prever, para o benefício da relação cuidador-cuidado, que é o seu contexto de trabalho e, para esta autora, o motor da investigação reserva-se a: descobrir, tentar verificar as informações possuídas, levantar questões.

Para além do acima referido, esta etapa do processo investigativo faz-se valer de objectivos próprios, como referem Quivy e Campenhoudt (1998, p.89), ao descrevê-la como uma abordagem ou perspectiva teórica adoptada, que tem por intuito clarificar o problema em estudo, procurando dar-lhe resposta.

Para além de ser considerada como uma fase de indagação, a problemática é também, de acordo com Fortin, Vissandjée e Côté (1999, p.48) a fase dedicada, por excelência, à análise das leituras e balanço dos diferentes aspectos do tema, bem como do aprofundamento das problemáticas previamente surgidas para o estabelecimento de uma só problemática tão clara, precisa e inequívoca quanto possível.

Para que tal seja possível, começo por fazer referência às fontes que possibilitaram a identificação do problema que me proponho investigar. Tendo, ainda, em consideração que este trabalho investigativo, por explorar o conceito de vivências, seguirá uma abordagem qualitativa, torna-se, também, importante identificar alguns pressupostos, julgamentos e ideias relativos ao tema em estudo. Streubert (*in* Streubert e Carpenter, 1999, p.370) denominam este processo por redução.

Não obstante o quadro de envelhecimento mundial apresentado pela OMS (2008) que se regista actualmente e a já referida probabilidade crescente do idoso sofrer um internamento hospitalar ao longo de algum momento da sua velhice, as questões que me levaram a estudar este tema, para além de revelarem preocupação com este facto social, traduzem, como profissional um interesse pessoal por este fenómeno.

Quando comecei a delinear o tema da investigação, interessava-me, antes de mais, compreender que impacto teria o momento de acolhimento para o decurso do restante internamento de um utente. No entanto, após algum conhecimento bibliográfico sobre o tema, pelo conhecimento de trabalhos de investigadores, provenientes das mais diversas áreas de actuação, pude aperceber-me de que, para além desta correlação ser um assunto já amplamente estudado e verificado, representaria, para mim, uma forma reducionista de investigar o que, na verdade me interessava compreender: o modo como o doente idoso vivencia o fenómeno de acolhimento.

Dos estudos a que tive acesso, pude encontrar alguns pontos de convergência com a problemática aqui delineada, pelo que, resumidamente, menciono algumas das conclusões que, de alguma forma, condicionaram a clarificação da problemática que pretendia abarcar:

Serra (2005) no seu estudo sobre processos de aprendizagem de doentes em Internamento Hospitalar, desenvolvido no âmbito de um Mestrado em Ciências da Educação, conclui que quando o utente é confrontado com o primeiro internamento, na maioria das situações, “(...) este momento constitui-se como um momento desagradável e fonte de insegurança (...). (p. 52). A hospitalização é, frequentemente, entendida de forma

negativa, sendo muitas vezes adjectivada como uma experiência geradora de ansiedade e de stress, como aufero o estudo investigativo de carácter descritivo e de comparação entre grupos de idosos, desenvolvido por Cabete, que teve por objectivo analisar o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e emocional da pessoa idosa, e cujos resultados apontaram para o facto do internamento hospitalar acarretar efeitos negativos aos níveis físico e psicológico para os idosos do estudo em causa.

Considerando uma conclusão de relevo e significação de carácter mais sociológico, Brum, Tocantins e Silva (2005, p.4), num estudo investigativo que contextualiza a enfermagem gerontológica na concepção do cuidar, tendo por objectivo reflectir sobre o significado da acção de cuidar do idoso hospitalizado na realidade de enfermagem, referem que “Os valores negativos que são vigentes na nossa sociedade, constituem o estereótipo do idoso, como um ser improdutivo, doente, inválido e ultrapassado, em fase final de sua vida, sem objectivos e esperanças.” (Brum, Tocantins e Silva, 2005, p.4). Sob esta perspectiva, pode inferir-se a possibilidade de muitos enfermeiros, verem condicionada a sua prestação de cuidados pela representação social vigente do idoso,

Carvalhais e Sousa (2007, p.596) desenvolvem um trabalho de investigação de cariz exploratório denominado: *Comportamentos dos enfermeiros e impacto em doentes idosos em situação de internamento hospitalar* e, como resultados, indicam que os idosos hospitalizados: apreciam de modo positivo os comportamentos dos enfermeiros; consideram negativos os comportamentos dos enfermeiros associados à execução de técnicas invasivas verificando-se que, quando realizadas de modo agressivo estas acções tendem a provocar tristeza e a induzir o doente idoso a acreditar no agravamento do seu estado de saúde.

Uma vez que, no momento de acolhimento são, inevitavelmente realizadas muitas destas técnicas, é igualmente importante reflectir sobre a forma como as mesmas condicionam o próprio sucesso do acolhimento.

Moniz (2003) na sua dissertação de mestrado em Ciências de Educação, denominada *A Enfermagem e a Pessoa Idosa*, mobiliza o conteúdo e análise de entrevistas que reflectem as experiências profissionais de enfermeiros com pessoas idosas, visando a compreensão do modo como estes se formam, na sua prática profissional, para cuidar estas pessoas. Este autor, a um determinado ponto do seu estudo refere ser:

“(…) imperativa uma mudança na forma de acolher e de cuidar da pessoa idosa, tendo em vista que é uma ser com corpo, mente e alma, com capacidades, limitações, poder, direitos e deveres que são inerentes ao estágio em que se encontra.” (Moniz, 2003, p.52)

Reflectindo transversalmente sobre vários pontos vigentes nos estudos aqui citados e noutros que, apesar de não terem sido aqui descritos, em muito contribuíram para a clareza da problematização deste estudo, podemos concluir que a temática do acolhimento ao idoso tem sido estudada sob diversas perspectivas relevando informações úteis de um teor amplamente diversificado.

Embora me tenha apercebido de que o tema por mim seleccionado foi mais estudado do que o que inicialmente previra, a multiplicidade das suas formas de abordagem fazem com que, a cada novo estudo, ele seja apreendido e suscite conclusões diferentes. Aprofundado, por umas vezes, de modo mais complexo, por outras, sob uma perspectiva mais específica e particular, o estudo do acolhimento convida continuamente a novas e sucessivas formas de o compreender e superar.

Esta percepção da amplitude do tema, levou-me, pois, a considerar que investigando apenas aquilo a que, primeiramente me propunha, estaria a limitar o meu estudo a uma componente singular do período de internamento, correndo o risco de perder relatos extremamente ricos acerca do fenómeno de acolhimento, sobre o qual acredito haver, ainda, muito por conhecer.

O meu interesse por esta temática, para além de se fundamentar numa preocupação social acerca do fenómeno, baseou-se, na importância que sempre atribuí ao acto de bem acolher o utente em contexto hospitalar, resultado de uma consciência pessoal de que aquele primeiro impacto, aquele momento de boas vindas iria, indubitavelmente condicionar o decurso do internamento e, como mencionam Cardoso e Pinto (2002, p.11), a atitude do doente em relação aos profissionais de saúde.

Durante a minha experiência profissional, por contactar com utentes em fase de pós-operatório ou pós-internamento para continuidade de cuidados, muitas vezes me foi dada a conhecer, através de relatos informais, a experiência do ter sido acolhido em serviço de internamento. Foi na sequência dessas situações que me pude aperceber que, de entre vários doentes, aqueles que manifestavam maior preocupação e renitência com o facto de serem internados, eram os idosos.

Este motivo, por si só, revelou-se como um forte contributo para a escolha desta população como população-alvo da minha investigação. Notava que os idosos, comparativamente a outros doentes mais jovens, manifestavam maior ansiedade face à notícia de um eventual internamento, sendo frequente, verbalizarem que uma primeira hospitalização poderia ser um presságio a hospitalizações subsequentes, ou que tinham receio de um ambiente que era, por eles, desconhecido.

Contudo, a maior parte das vezes, manifestavam-se renitentes ao internamento, simplesmente pelo facto de terem familiares: marido, filhos ou netos que necessitavam da sua presença constante em casa, pelo que a sua hospitalização, mesmo que para melhoria do seu estado de saúde, pelo afastamento que iria provocar dos seus familiares, poderia traduzir-se num factor contraproducente a nível psicológico e emocional.

Ora, se para esta população a simples notícia de um internamento se traduzia nesta preocupação e nesta postura renitente, presume-se que neste tipo de doentes, fosse particularmente interessante aprofundar o conhecimento acerca da sua experiência de acolhimento num internamento em centro de saúde, visto que este momento poderá traduzir-se, de acordo com Serra (2005:52), num momento desagradável e fonte de insegurança, e “(...) de desconfiança e angústia à maioria das pessoas” (Teixeira, 2002, p. 40).

Partilho da aceção de Cabete (2005, p.27) que afirma que os doentes hospitalizados são pessoas com características muito diferentes, que experimentam uma mesma, mas diversa experiência. O que é um facto é que o momento de acolhimento, quer positiva, quer negativamente, produz vivências próprias em cada indivíduo que interessa compreender.

Esta realidade implica uma preocupação crescente dos enfermeiros, enquanto elementos directamente envolvidos no fenómeno de acolhimento. Subsequentemente, a reflexão sobre o desenvolvimento de competências no Cuidar ao Idoso hospitalizado torna-se também, neste contexto, um facto necessário.

Para Cuidar do doente idoso, é necessário compreender a multidimensionalidade das suas vivências, determinada tanto pelo facto de traduzirem experiências de um ser no mundo, dotado de diferentes dimensões: biológica, psicológica, sociológica, cultural e espiritual, como afirma Moniz (2003, p. 39), como pelo facto de se revestirem de um significado próprio para quem vive a experiência, diferente do que pode assumir para quem assiste a essa experiência.

Através da compreensão destas vivências, acredito ser possível identificar aspectos essenciais para a reflexão sobre o Cuidar no contexto do acolhimento do doente idoso, facto que creio poder traduzir-se numa mais-valia, não só para a qualidade de cuidados personalizados e eficazes, prestados por enfermeiros de serviços de internamento mas, essencialmente, para o sucesso da hospitalização de outros utentes.

Neste sentido, e pelos motivos atrás referidos, esta investigação aprofunda apenas a vivência de um primeiro internamento para os utentes que “(...) representa o início de uma nova experiência, num meio que muitas das vezes lhes é totalmente desconhecido, que é o hospital” (Ferreira e Valério, 2003, p.10).

Tendo em consideração esse interesse de compreender a vivência do acolhimento para o idoso, facilmente se compreende que estudar as vivências do idoso no acolhimento seja, com certeza, uma forma de compreender, de modo holístico, a experiência do acolhimento.

Este estudo foi desenvolvido a partir de uma pergunta de partida, que, segundo Strauss e Corbin, citados por Carpenter (in Streubert e Carpenter, 1999, p.118), nos dá a flexibilidade e a liberdade para explorar profundamente um fenómeno.

De facto, conforme referem Quivy e Campenhoudt (1998, p.44), da fase preliminar de um trabalho de investigação, consta a enunciação do projecto através de uma pergunta de partida. Considerando que é na fase de problemática de um estudo que se ponderam e decidem as várias questões de investigação de modo a clarificar aquela que servirá como orientadora do estudo a ter lugar. O interesse dessas questões de investigação, no parecer de Miles e Huberman (1991, p.56), permite ao investigador estabelecer prioridades sobre o que realmente deseja e o que é mais importante saber acerca do tema a explorar.

Deste modo, após uma ponderação fundamentada, e eliminadas outras questões previamente apreciadas a pergunta de partida, seleccionada para servir de fio condutor, foi: *“Como vivencia, a pessoa idosa, o acolhimento de enfermagem a um serviço internamento?”*

4. METODOLOGIA

"Os métodos são as verdadeiras riquezas."

Friedrich Nietzsche

Sendo a metodologia, de acordo com Polit, Beck e Hungler (2004, p.248), a fase do processo investigativo dedicada à selecção de um método apropriado para a colheita de dados, a mesma assume-se como uma etapa crucial para a descrição da forma como a investigação irá decorrer. Como afirma Gil (1999, p.26), a metodologia não é mais que um caminho para se chegar a um determinado fim.

Deste modo, são aqui descritos vários aspectos referentes a este estudo, como o paradigma utilizado e o tipo de estudo. É feita uma breve descrição e caracterização dos participantes nele incluídos e dos critérios de elegibilidade utilizados para a sua selecção. É, também, abordado o procedimento adoptado para colheita, análise e tratamento dos dados obtidos. São apresentados os procedimentos utilizados para garantir a cientificidade deste estudo, bem como os procedimentos éticos respeitados ao longo do desenvolvimento desta dissertação.

O estudo de investigação que presentemente se dá a conhecer, tem por finalidade compreender o modo como o doente idoso vivencia o acolhimento de enfermagem a um serviço de internamento, sendo seus objectivos específicos: - Caracterizar os idosos participantes no estudo; - Identificar a importância do acolhimento como etapa essencial do processo de internamento; - Reconhecer a importância do acolhimento como período condicionante da experiência global de internamento para o doente idoso; - Identificar a actuação do enfermeiro no acolhimento do doente idoso a um serviço de internamento.

4.1. PARADIGMA E TIPO DE ESTUDO

Em concordância com os objectivos traçados para o desenvolvimento do estudo ou da questão a que se pretende dar resposta, é definida a escolha do tipo de estudo a levar a cabo. Esta selecção orienta o desenvolvimento e estruturação da consequente investigação.

Considerando a seguinte definição de paradigma “conjunto aberto de asserções, conceitos ou preposições logicamente relacionados e que orientam o pensamento e a investigação” (Bogdan e Biklen, 2003, p.52), o paradigma no qual se insere este estudo, é o naturalista, reconhecido por Polit, Beck e Hungler (2004, p. 30) por exaltar a complexidade inerente aos seres humanos, e a sua “(...) capacidade de dar forma e criar suas próprias experiências.” Segundo os mesmos autores, a selecção por este tipo de paradigma permite ao investigador enfatizar a experiência humana assim como é vivida, uma vez que permite analisar e estudar informações ricas e profundas, de teor subjectivo, que têm o potencial de esclarecer as múltiplas dimensões de um fenómeno complexo.

Este paradigma é também denominado por Bogdan e Biklen (2003, p.52) como holístico ou emergente, uma vez que, através da análise das vivências, será realizada uma abordagem da complexidade e da subjectividade inerentes à pessoa idosa no seu holismo.

Considerando que o tema deste trabalho está focalizado nas vivências dos idosos acerca de um fenómeno, neste caso o de acolhimento, será adoptada uma abordagem qualitativa, mais direccionada para a compreensão de aspectos como valores, cultura e relações humanas, (Streubert in Streubert e Carpenter, 1999, p.1). Acredito que, através desta abordagem, é possível atingir-se a compreensão do fenómeno em causa, tendo por base a perspectiva dos sujeitos da investigação.

A selecção do método a utilizar para o desenvolvimento de um estudo investigativo, segundo Polit e Hungler (1995, p.18) procede, em certo grau, do interesse pessoal do autor, pese embora, esse mesmo interesse dependa da natureza da pergunta de pesquisa. A selecção do método utilizado neste estudo foi, naturalmente, condicionada pela pergunta de partida e pelos objectivos do mesmo. Uma vez que se trata de um estudo de vivências, a investigação em curso será enquadrada num estudo qualitativo descritivo, assumindo características fenomenológicas.

De facto, segundo Polit e Hungler (1995, p.19), a maioria dos estudos em Enfermagem apresenta propósitos múltiplos, pautando-se, com frequência, por uma intenção descritiva e exploratória. Este, trata-se de um estudo descritivo pois, “visa descrever as características conhecidas ou componentes de um facto, fenómeno ou representação” (Teixeira, 2002, p.118), e segundo Cervo e Bervian (2002, p.66) observar, registar, analisar e correlacionar factos ou fenómenos sem manipulá-los. Pretende-se, pois, atingir uma exposição fiel e isenta que permita uma análise, o mais próxima possível, da realidade vivida e relatada pelos participantes.

Pretendendo-se, atingir uma compreensão ampla do fenómeno de acolhimento do idoso a um serviço de internamento, no mesmo, e como preconiza Fortin (1999, p. 22), este fenómeno é descrito, interpretado e apreciado tal como se apresenta, sem qualquer tentativa de controlá-lo. Desta forma, e uma vez que o objectivo da fenomenologia é “explicar a estrutura ou a essência das experiências vividas de um fenómeno, na procura da unidade de significado o qual é a identificação da essência de um fenómeno (...) através da experiência vivida quotidiana”, (Rose *et al.*, citados por Carpenter *in* Streubert e Carpenter, 2002, p.55).

Dadas estas características, e embora este estudo não pretenda assumir uma vertente puramente fenomenológica, reconheço que apresenta algumas características deste método. De facto, tendo como propósito a compreensão e análise de um fenómeno claramente definido, o do acolhimento realizado pelo enfermeiro ao doente idoso a um serviço de internamento, e almejando “(...) explorar as experiências vividas pelos indivíduos (Streubert *in* Streubert e Carpenter, 2002, p. 20), este estudo irá debruçar-se sobre a descrição e elucidação de um fenómeno relacionado com a prática de Enfermagem. A descrição, será utilizada para narrar as dimensões e a importância do fenómeno em estudo enquanto, simultaneamente, irá explorar a natureza do mesmo fenómeno (Polit, Beck e Hungler, 2001, p. 34).

Naturalmente, este estudo tenderá a adoptar uma orientação que pende para o conhecimento do fenómeno e o conhecimento do que a pessoa experimenta em relação a esse fenómeno. Nesse sentido, aproxima-se metodologicamente da abordagem fenomenológica que tende a “(...) descrever a experiência totalmente vivida e as percepções que ela faz surgir” (Polit, Beck e Hungler, 2001, p. 207). No entanto, apenas por esse motivo, ele poderá tomar uma orientação fenomenológica, até porque, e segundo os mesmos

autores, a abordagem fenomenológica é especialmente útil quando um fenómeno não está claramente definido ou conceptualizado. E este trabalho, parece situar-se nesta designação, uma vez que se pretende explorar um fenómeno não muito estudado, a desenvolver-se com uma população específica, a população idosa, delimitada ao contexto da vivência do acolhimento realizado pelo enfermeiro a um serviço de internamento e, mais especificamente, no CSN.

Por essa especificidade, e porque se pretende compreender o fenómeno seleccionado na sua globalidade e profundidade, considero que este estudo se reveste de um cariz fenomenológico. Não obstante, seja importante realçar que, como referem Polit e Hungler (1999, p. 18), a pesquisa fenomenológica seja quase exclusivamente qualitativa, ainda que nem toda a pesquisa qualitativa seja fenomenológica. Quero, por isso, frisar, mais uma vez, que este se trata de um estudo que se insere no paradigma naturalista, adoptando um carácter qualitativo, exploratório e descritivo, que vai sorver, pela natureza eminente de estudo de vivências, necessariamente, uma vertente fenomenológica.

4.2. PARTICIPANTES

Tendo em conta a tipologia deste trabalho, foi adoptado o conceito de *participantes*, em referência aos sujeitos seleccionados e entrevistados para obtenção dos dados vigentes neste estudo. O uso do termo em questão, ilustra a posição que o investigador qualitativo lhes subscreve como elementos de importância relevante e preponderante no estudo, como refere Streubert (*in* Streubert e Carpenter, 2002, p. 25), uma vez que os mesmos cooperam no estudo, tendo uma participação mais activa do que passiva no mesmo, no entender de Polit, Beck e Hungler (2004, p.44).

No que diz respeito, então, à selecção dos participantes interessa, aqui, descrever o modo como a população seleccionada foi constituída ao longo do processo de pesquisa. Identificada a população-alvo, a que Polit, Beck e Hungler (2004, p. 224) se referem como aquela em que o pesquisador se encontra interessado, neste caso, os idosos, foi necessário definir a amostragem pretendida, uma vez que, e considerando a premissa de Fortin (1999, p. 202), dificilmente é possível ter acesso à totalidade da população-alvo.

Abaixo, apresento uma breve descrição dos procedimentos realizados para selecção dos participantes neste estudo, seguida de uma caracterização dos mesmos. Processo essencial à compreensão e contextualização do presente trabalho.

Para a realização desta dissertação de investigação, procedeu-se à selecção dos participantes pelo método não probabilístico, proposital, ou intencional sugerido por Polit, Beck e Hungler (2004, p.236), uma vez que os participantes foram seleccionados de uma forma não aleatória, tendo por base o pressuposto de que o conhecimento sobre a população e seus elementos pode ser utilizado para seleccionar os casos que serão incluídos na amostra.

Este método, conforme refere Carpenter (*in* Streubert e Carpenter, 2002, p. 66), baseia-se na selecção de indivíduos que, à partida, se sabe terem um conhecimento específico sobre um determinado fenómeno, que se pretende que seja partilhado. Os critérios de elegibilidade adoptados para selecção dos participantes neste estudo, encontram-se abaixo enumerados:

- a. Residir na ilha de S. Miguel;
- b. Aceitar participar no estudo e assinar o consentimento informado;
- c. Ter tido um único internamento e que este tivesse ocorrido no CSN;
- d. Ter decorrido um período de tempo de, pelo menos, um mês após o término desse internamento;
- e. Ter idade superior a 65 anos;
- f. Ser capaz de se expressar verbalmente, com um discurso claro e compreensível e gostar de falar sobre o assunto pretendido.

Os critérios de elegibilidade acima descritos foram respeitados na sua totalidade e utilizados no decorrer do processo de investigação, tendo sido seleccionados, com base nas seguintes justificações:

a. Foram seleccionados participantes que habitassem na ilha de São Miguel para que houvesse alguma facilidade de acesso aos mesmos;

b. Este critério garantia que o participante estivesse informado e consciente dos objectivos do estudo no qual, de forma espontânea e responsável, aceitou participar;

c. Esta premissa permitiu assegurar o relato de vivências singulares e não deturpadas pela confusão com outras experiências de internamentos, realizadas sob circunstâncias similares. Note-se que o estudo pretende realçar a vivência de uma experiência irrepetível que é o acolhimento primordial a um serviço de internamento;

d. Passado este período de tempo, um mês, tendo amenizado alguma inquietação que lhes pudesse ter suscitado pelo internamento, os participantes já teriam integrado em si as experiências decorrentes do seu internamento conseguindo, à partida, exteriorizar facilmente as suas vivências. Para além de que se pretendia que revelassem uma memória recente sobre o fenómeno vivido.

e. Este critério, segundo a OMS, define os participantes como idosos: “Most developed world countries have accepted the chronological age of 65 years as a definition of 'elderly' or older person”.⁹

f. O último critério foi fixado no interesse de garantir a exequibilidade das entrevistas e a consequente obtenção de resultados credíveis e passíveis de serem utilizados no estudo.

⁹ - <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html> (10/02/2008)

De modo a ter acesso a estes participantes, primeiramente, foi enviado um pedido de autorização à Direcção Regional de Saúde para contactar com o Centro de Saúde de Nordeste com o intuito de seleccionar os participantes no estudo (ANEXO I). Obtida resposta da DRS (ANEXO II) foi, seguidamente, enviado um pedido de autorização ao Conselho de Administração deste Centro de Saúde para, junto da equipa de enfermagem, proceder à selecção dos participantes que conjugassem os critérios previamente definidos (ANEXO III). Cedida a autorização, foi levada a cabo a selecção de pessoas a entrevistar.

Pelo facto de, no meu desempenho profissional, contactar frequentemente com utentes que reuniam as condições pretendidas para participarem neste estudo, a selecção dos participantes foi uma tarefa facilmente atingível. Este facto, concorreu também para uma coadjuvada aproximação e sensibilização dos utentes a participarem no estudo e para um contacto espontâneo, franco e agradável com os participantes, uma vez que a sua maioria já me conhecia pessoalmente.

Os participantes apresentavam idades compreendidas entre os 65 e os 81 anos. Três dos elementos seleccionados eram do sexo masculino, sendo os restantes do sexo feminino. Oito dos participantes eram naturais do concelho de Nordeste sendo naturais e residindo nas suas freguesias de naturalidade, nomeadamente: Salga, Achada, Nordestinho e Lomba da Fazenda. Uma das participantes, sendo natural da freguesia de Ribeira Quente (concelho da Povoação), residia na freguesia da Salga há cerca de 5 anos.

Figura n.º 6 – Concelho de Nordeste



©ghiapereira

fonte: <http://www.dholmes.com/master-list/azores/nordeste.html>

Os participantes seleccionados foram todos internados por um período de tempo superior a uma semana e inferior a sete semanas. Os motivos de internamento identificados

foram, em três dos casos, para compensação de situações de descontrole glicémico em utentes que sofrem de diabetes mellitus, tipo I. Em dois casos, o motivo de internamento deveu-se a agudização de bronquite crónica. Duas outras situações de internamento, registaram-se para tratamento de crises hipertensivas, devendo-se as outras duas situações de internamento ao tratamento de feridas, uma por ferida venosa infectada, outra por infecção devida a furúnculo na perna.

Na selecção do número de elementos da amostra prevaleceu a noção de que seria de maior interesse procurar a relevância, diversidade, profundidade e qualidade da amostra do que a sua representatividade, pelo que foram seleccionados, nove participantes neste estudo.

O número de participantes, que à primeira vista pode ser considerado reduzido, foi por mim visto como suficiente para a compreensão do fenómeno que se pretendia. Não nos esqueçamos que, em proporcionalidade com o número reduzido de habitantes deste concelho, o CSN regista um número limitado de internamentos.

A título de exemplo, no dia 15 de Abril de 2008, pelas 10h, este serviço contava com catorze doentes internados. Da totalidade dos doentes internados, treze tinham mais de sessenta e cinco anos e nenhum tinha sido internado pela primeira vez.

Neste caso, por exemplo, a população de acesso até era significativa, no entanto, nenhum dos hospitalizados reunia a totalidade dos critérios de elegibilidade estabelecidos e já previamente apresentados, motivo pelo qual não poderiam ser incluídos no estudo.

Relativamente ao tamanho da amostra, Polit, Beck e Hungler, constatarem que “Não existem critérios estabelecidos ou regras para o tamanho das amostras na pesquisa qualitativa.” (2004, p.237), dependendo o tamanho da mesma, da finalidade da pesquisa e da qualidade dos informantes. Morse (in Fortin, 1999, p.211), a este respeito refere que nos estudos de carácter qualitativo, as amostras pequenas são, por norma, suficientes para obter a informação sobre o fenómeno estudado.

Bogdan e Biklen (2003, p.66), por seu turno, referem que nem sempre as amostras de grande dimensão conduzem a aproximações mais fiéis relativamente aos parâmetros da população, acrescentando, ainda, que o interesse das investigações qualitativas se centra na aplicabilidade dos resultados a contextos e sujeitos semelhantes, em vez da generalização dos resultados.

De qualquer modo, dos resultados das entrevistas efectuadas, pude constatar que para além da riqueza, variedade e diversidade de resultados, foi atingida uma certa unicidade e redundância dos mesmos, factor que define o atingir da *saturação de dados*, determinada como o ponto em que não é obtida informação significativamente nova e é atingida a redundância, facto que, normalmente, se atinge com um número relativamente pequeno de casos, desde que a informação tenha significativa profundidade (Polit, Beck e Hungler, 2004, p. 237).

4.3. PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Estreitando, no decurso deste trabalho, o seu propósito, passo a descrever os procedimentos utilizados para a prossecução da colheita de dados.

Assim, considerando o tipo de estudo que se desenha, e uma vez que se pretendeu obter uma visão pessoal de cada participante acerca da sua vivência de acolhimento, o método de colheita de dados seleccionado foi o método do auto-relato, definido por Polit, Beck e Hungler (2004, p.251) como um método direccionado, por excelência, para o questionamento directo das pessoas com o propósito de compreender a sua percepção face a determinado fenómeno.

Note-se que o tema “vivências” pode ser analisado sob várias perspectivas, sendo definido por vários autores, dos quais menciono Fidalgo, citado por Frias (2003, p. XXIV), para quem a vivência significa a consciência imediata do objecto tendo esta, sempre, um resultado impregnado de significado, perdurável no tempo, para quem a vive.

Diogo (2000, p.13), referindo-se ao conceito de vivências, refere que as mesmas são multidimensionais, uma vez que envolvem esferas psicossociais alargadas, ultrapassando o próprio indivíduo, nomeadamente a família, o trabalho e a própria existencialidade. Para além desta característica, e uma vez que a vivência diz respeito ao ser humano, como pessoa e ser global, Carvalho (1996, p.38) classifica as vivências como totais.

Tendo em conta que este estudo versa a obtenção de relatos de vivências, como procedimento de colheita de dados foi utilizada a entrevista, a que Carpenter (*in* Streubert e Carpenter, 2002, p.64) se refere como método primordial de colheita de dados, uma vez que permite captar a experiência vivida através da voz de quem a vivenciou.

4.3.1. Entrevista

A entrevista, como referem Ketele e Roegiers (1993, p.22), é um método de recolha de informações que, servindo-se da conversa oral entre investigador e informantes, tem por propósito obter informações sobre factos ou representações, cujo grau de pertinência, validade e fiabilidade é analisado à luz dos objectivos subjacentes à recolha da informação.

Bogdan e Biklen (2003, p.134) definem a entrevista como uma conversa dirigida com uma intenção própria por uma pessoa sobre outra, com o objectivo de colher informações sobre esta última.

No presente trabalho, a escolha do método recaiu, principalmente, sobre a possibilidade que o mesmo facultava de conhecer a subjectividade da experiência pessoal de cada participante, como referem Polit e Hungler (1995, p.166). Assim sendo, a entrevista realizada foi aberta, por possibilitar “(...) aos participantes explicarem a sua experiência sobre o fenómeno de interesse” (Streubert in Streubert e Carpenter, 2002, p. 26), neste caso, o fenómeno de acolhimento, permitindo, concomitantemente, como refere Ketele (1993, p.21), a emergência de aspectos considerados de interesse no decorrer do relato do participante.

Para além destes aspectos, importa realçar que este método de colheita de dados permite, também, ao pesquisador, como refere Foddy (1999, p.47), registar informações importantes sobre a aparência, o comportamento e as atitudes do entrevistado no decorrer da entrevista, factores que, quando analisados em conjunto com os dados descritivos, poderão servir como complemento ao registo obtido, actuando como reforço do mesmo.

Quanto à sua estrutura, a entrevista a utilizar foi semi-estruturada, abordagem frequentemente utilizada por investigadores por fazer uso de “uma série de temas e tópicos em torno dos quais se constituem as questões no decurso da conversa” (Burgess, 2001, p.112). Em suma, o facto da entrevista ser semi-estruturada, ou *enfocada*, como referem Polit, Beck e Hungler (2004, p.251), permite ao entrevistador iniciar a entrevista a partir de uma questão central que orienta o participante a contar a sua história de modo natural e narrativo, e eu acrescentaria, livre e isento.

Este tipo de entrevista, dado o seu carácter não totalmente rígido “(...) dá aos informantes uma oportunidade para desenvolver as suas respostas fora de um formato estruturado.” (Burgess, 2001, p. 112).

Deste modo, partindo de uma questão principal, há a possibilidade da mesma ser complementada por outras questões ou tópicos que possam ser consideradas relevantes ao longo do discurso do entrevistado.

Esta dinâmica, promove, de acordo com Streubert (in Streubert e Carpenter, 2002, p.27), uma maior latitude na obtenção de respostas, possibilitando, ao respondente, mover-se livremente na sua descrição e este facto, traduz-se, com certeza, no ganho de uma considerável fluidez na conversa entre entrevistador e entrevistado, possibilitando que o entrevistador atinja aquilo que pretende: obter um relato rico da vivência do participante, face à experiência que se propôs investigar.

A realização de uma entrevista, deve ser um momento devidamente pensado, planeado e cuidadosamente preparado, obrigando o entrevistador a atender a alguns critérios específicos que têm que ver quer com as características das pessoas a entrevistar, quer, simplesmente com condicionantes físicas, relacionadas com as condições de aplicabilidade da entrevista.

Assim, como refere Foddy (1999, p. 46), ao preparar a entrevista o entrevistador deverá ter algum conhecimento prévio do entrevistado. Será necessário marcar o local, data e hora da entrevista, devendo a mesma ser realizada num ambiente tido como agradável para o entrevistado, que proporcione as condições de privacidade e confidencialidade necessárias e desejáveis.

Considerando que a entrevista se desenrola de forma progressiva, pode dizer-se que a mesma atravessa três momentos: uma fase introdutória, seguida de uma de desenvolvimento, finalizando com um momento conclusivo.

Deste modo, numa fase inicial da entrevista, de acordo com Burgess (2001, p.117) deverá promover-se o estabelecimento de uma relação de confiança entre entrevistador e entrevistado. Para tal, torna-se necessário realizar-se uma apresentação prévia, sensibilização acerca do objectivo da entrevista e da colaboração do participante neste trabalho, assim como da finalidade dos dados obtidos pela entrevista. Deve, ainda, o investigador explicar como será conduzida a entrevista, dando a saber que terá lugar uma

conversa orientada acerca de um tema principal sendo, oportunamente, introduzidos novos tópicos para serem abordados, caso necessário.

Seguidamente, o mesmo autor (2001, p.117), refere que deverá ocorrer um esclarecimento acerca do consentimento informado, devendo o mesmo ser obtido dos utentes. Deve ser efectuado, também, um pedido prévio de autorização para gravar a entrevista em suporte áudio. Na fase que antecede a execução da própria entrevista, o participante deve também ser informado acerca da sua liberdade de decidir se deseja ou não participar, cabendo-lhe a decisão última sobre este assunto a qualquer momento do decorrer da pesquisa (ANEXO IV).

Enveredando, em seguida, pela consumação da entrevista propriamente dita, e uma vez que a população a inquirir foi uma população idosa, algumas considerações específicas foram tidas em linha de conta. Como referem Berger e Mailloux-Poirier (1995, p. 57), por exemplo, a conversa deverá ter início em torno de um assunto simples ou mesmo superficial, conduzindo progressivamente à abordagem do assunto pretendido, isto conduzirá ao estabelecimento de um clima de à vontade e bem-estar entre entrevistador e entrevistado. Segundo os mesmos autores, (1995, p. 57) deve ser mantido, ao longo de toda a entrevista, um espírito de abertura e compreensão que possibilite que a pessoa discuta sobre outros assuntos, sem se cingir estritamente ao assunto pretendido.

Os mesmos autores referem, ainda, que deve ser reforçado o uso da primeira pessoa do singular para que o idoso “(...) exprima de forma mais precisa aquilo que está a viver” (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p.57). Do mesmo modo, deverá ser utilizado um discurso claro, concreto que dispense a utilização de vocabulário abstracto, que se pode tornar confuso para o idoso. Devem ser repetidos, ao longo da entrevista, os conceitos ou palavras-chave que são referidos, devendo haver lugar a pausas, sempre que necessário, para o idoso clarificar o seu pensamento. Para isso é igualmente importante que o ritmo do discurso do entrevistador seja lento, de forma a adaptar-se ao do idoso.

Deverá, ainda, ser mantida, ao longo da entrevista uma postura adequada, que se coadune com a capacidade sensorial do idoso. Para tal, de acordo com Berger e Mailloux-Poirier (1995, p. 57), é importante que sejam atendidas as suas necessidades de percepção sensorial: manter o contacto visual, respeitar o espaço pessoal do idoso, e, segundo Rodríguez Gómez, Gil Flores e García Giménez (1999, p.173) dar espaço à pessoa para comunicar, mostrar simpatia e compreensão, não emitir juízos negativos, demonstrar

interesse e atenção através da postura corporal, expressão facial ou repetições clarificadoras, mostrar sensibilidade aos sentimentos e discurso do entrevistado.

Concluída a colheita individual de dados, que, de acordo com Burgess (2001, p.131), no caso de uma entrevista semi-estruturada, decorre a cada informante no tempo óptimo de uma hora e meia, a fase final da entrevista deve consumir-se com um agradecimento pela participação e pela disponibilização para qualquer esclarecimento.

Com fim à realização das entrevistas, foi realizado um guião de entrevista, instrumento que, segundo Bogdan e Biklen (2003, p.108), permite ao pesquisador recolher dados e garantir a fidelidade ao costume qualitativo de intentar captar o discurso próprio do sujeito. O guião utilizado foi formado por seis questões abertas (ANEXO V). A primeira delas, a questão central, teve o intuito de recolher a informação pretendida de uma forma ampla e global. As restantes questões assumiram um carácter meramente orientador, sendo passíveis de serem utilizadas, com o intuito de garantir a recolha de informação mais específica e propositadamente dirigida.

Assim sendo, como questão central do guião, apresentava-se a seguinte: *“Lembre-se da experiência de ser acolhido pelo enfermeiro, ao internamento. Como foi, para si, viver essa experiência?”*. A questão seleccionada, assumindo o referido carácter aberto, facultou ao entrevistado uma resposta livre, sem enviesamentos secundários a sugestões de respostas avançadas de antemão. Foi assim, deixado um espaço de liberdade de expressão aos participantes, sobre o assunto pretendido.

Efectuado o guião de entrevista, o mesmo foi colocado em prática com o intuito de determinar a sua qualidade e a capacidade do mesmo colher a informação que se pretende. Para o efeito, como proposto por Lobiondo-Wood e Haber (1998, p.183), foi realizada uma entrevista, utilizando o guião efectuado, a um utente que reunia as características esperadas para os participantes no estudo, com o propósito de, e citando os referidos autores *“(...) determinar a qualidade do instrumento como um todo(...), testando, pois a sua confiabilidade e validade.*

Uma vez que se obtiveram os resultados pretendidos com o instrumento elaborado, o mesmo foi aplicado aos participantes previamente seleccionados.

Durante toda a fase de colheita de dados, levada a cabo para realização deste trabalho de investigação, procurei respeitar sempre os princípios acima descritos,

adoptando uma postura de abertura e compreensão, conducente à expressão livre e individual das vivências que foram, consequentemente, registadas.

Foram realizadas nove entrevistas, posteriores, em todos os casos, a um contacto e agendamento prévio com os participantes, efectuado numa visita antecipada a suas casas, não apenas para calendarização do dia e hora e local mais convenientes para a realização da entrevista, mas também com a finalidade de neles incutir um clima de confiança conducente à participação o mais consciente possível. Assim, já orientados e esclarecidos sobre o intuito da entrevista, os participantes aguardavam-me em suas residências, na data proposta por eles, para a sua realização.

Os idosos participantes foram entrevistados nos locais da casa de sua preferência, e comodidade, tendo-se salvaguardado, sempre, o respeito pela intimidade do participante. Para o efeito, as entrevistas tiveram lugar, nos locais seleccionados pelos clientes, apenas com a presença do entrevistador e do entrevistado.

Todas as entrevistas foram precedidas pela obtenção do consentimento informado de cada participante e sucedidas por um momento, obviamente não registado em áudio, de agradecimento, troca de impressões e disponibilização de minha parte para qualquer eventual contacto por parte dos participantes.

As entrevistas decorreram de 15 de Outubro de 2008 a 3 de Janeiro de 2009, com uma duração média de 27 minutos e, após cedida autorização para o efeito, foram gravadas em suporte áudio, através de um gravador magnético, e. A entrevista mais curta teve a duração de 17 minutos, correspondendo a duração mais longa a uma entrevista de 35 minutos.

4.4. PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

O tratamento e análise de dados, no decurso de um trabalho de investigação, “(...) começa, de facto, quando a colheita de dados se inicia.” (Streubert in Streubert e Carpenter, 2002, p. 32), não devendo esta etapa do processo ser posicionada num certo lugar da ordem de prossecução de um trabalho de investigação uma vez que, como referem Polit, Beck e Hungler, a mesma não prossegue de maneira linear (2001, p.57), afigurando-se mais como um processo contínuo, de contorno quase cíclico, por ser constantemente revisto e modelado ao longo do decorrer da própria análise de dados.

Nesta fase do percurso de investigação, é exigido dos investigadores que estejam “(...) profundamente imersos nos dados (...)” facto que exige um grau significativo de dedicação à leitura, intuição, análise, síntese e relato das descobertas.” (Streubert in Streubert e Carpenter, 2002, p.32).

Rodríguez Gómez, Gil Flores e Garcia Jiménez relatam que a selecção do procedimento de tratamento de dados depende das técnicas utilizadas para a colheita dos mesmos, assim como dos pressupostos teóricos nos quais assenta a própria investigação (1999, p.199).

Uma vez que, numa abordagem qualitativa, os dados são expressos em texto, o procedimento a adoptar para o tratamento e análise dos mesmos terá de analisar, em profundidade, a informação contida nesse mesmo texto. Deste modo, e tendo por base os relatos obtidos pelas entrevistas efectuadas, a realização da análise de conteúdo permite “(...) organizar, fornecer estrutura e extrair significado dos dados da pesquisa (Polit Beck e Hungler, 2001, p. 358).

Como se sabe, a forma mais frequente de apresentação de dados qualitativos é a forma narrativa, porém, esta afigura-se extremamente difícil de manipular, pelo que, é necessário, segundo Miles e Huberman (1991, p.36), dispor os dados contidos no texto, para que a sua leitura e compreensão sejam realizadas de modo prático, fácil e eficaz.

Neste estudo, o procedimento adoptado para análise dos dados obtidos foi a análise de conteúdo, que de acordo com Berelson, citado por Bardin (1995, p.36), é uma técnica de investigação que tem por finalidade a interpretação do conteúdo das comunicações, através

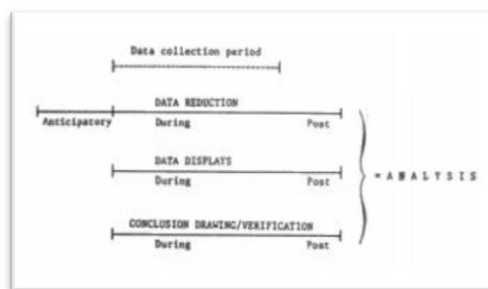
de uma descrição sistemática, objectiva e justificativa do conteúdo manifesto por essas mesmas comunicações.

Acerca desta forma de interpretação de dados, Rodrígues Gomez, Gil Flores e Garcia Jiménez referem (1999, p.204) não existir uma maneira única e padronizada de análise de dados, podendo no entanto, identificar-se, na maioria dos casos, tarefas e operações que estabelecem um processo de análise comum. Miles e Huberman (1991, p.33), por seu turno, reconhecendo a possibilidade da análise de dados qualitativos ser feita de modo intuitivo, aludem à imperatividade de se seguir um procedimento claro, explícito, estruturado e rigoroso. Ora, a análise de dados efectuada neste estudo seguiu o método proposto por Miles e Huberman, tendo sido fundamentada na obra *“Analyse de donées qualitatives”*.

Para levar a cabo a análise em questão, foram textualmente transcritas para suporte informático as entrevistas, previamente gravadas em formato áudio. A cada entrevista foi atribuída uma codificação numérica (*Entrevista n.º 1; Entrevista n.º 2, etc.*), que correspondeu à ordem cronológica de realização das mesmas. Em anexo, a título exemplificativo, apresenta-se a transcrição integral de uma das entrevistas efectuadas (ANEXO VI). Em cada entrevista, foram numeradas, ascendentemente, as linhas de texto transcritas de modo a que, a cada uma, correspondesse um número que, posteriormente facilitasse a identificação das unidades de registo a mencionar. No final de cada entrevista foi incluída a data e hora de realização da mesma, assim como o seu tempo de duração, (ANEXO V).

Miles e Huberman, (1994, p.35), no seu modelo de análise de dados qualitativos, por eles denominado como Modelo de Fluxo, indicam que o processo de análise se desenvolve em três fases, nomeadamente, *redução de dados*, *apresentação de dados* e *elaboração e verificação de conclusões*.

Figura n.º 7 - Componentes da Análise de dados: Modelo de Fluxo



Fonte: HUBERMAN, A. Michael; MILES, Matthew B. - *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Sage: Thousand Oaks, 1994. 333p. ISBN 0-8039-5540-5

Segundo os autores, o processo global de análise de dados qualitativos não segue uma ordem sequenciada, rígida. Baseia-se, antes, num movimento de vaivém entre as suas diversas etapas: redução apresentação dos dados e elaboração e verificação de conclusões.

Iniciemos então por conhecer em que consiste a *redução de dados*. Uma vez que, de acordo com Miles e Huberman (1991, p.34), os dados colhidos num estudo qualitativo são feitos de palavras e não de números, é necessário proceder à sua redução.

A redução não é mais que uma forma de análise que consiste em classificar, distinguir, rejeitar e organizar dados, para que possam ser consumadas verificações e tiradas conclusões finais sobre os mesmos.

Esta redução de dados, de acordo com os últimos autores (1991, p.234), ocorre continuamente, ao longo de qualquer projecto com orientação qualitativa, mesmo antes dos dados serem recolhidos. Para Miles e Huberman (1991, p.234), na própria apresentação da problemática de um estudo, pode ser identificada a redução, uma vez que ali se pode distinguir porque o investigador decidiu recolher determinados dados em detrimento de outros. O propósito desta fase, consiste em *separar os dados em unidades, identificar e classificar as unidades e sintetizar e agrupar essas mesmas unidades* por grupos de significância.

Segundo o modelo proposto por Miles e Huberman (1994, p. 10), a *separação por unidades* que se procede na fase de redução, inclui a segmentação do texto em elementos mais significativos de conteúdo, sendo que para o efeito podem ser usados vários critérios (espaciais, temporais, temáticos, gramaticais, entre outros).

Desta forma, no presente trabalho, como forma de redução, para separação dos dados em unidades, foi utilizado o critério temático, que permitiu separar unidades que se referiam a um determinado assunto, as “unidades de registo”, tal como proposto pelos autores (1991, p.35). Deste modo, cada segmento de texto seleccionado foi, posteriormente, designado consoante um determinado tema, por unidade de registo.

A fase seguinte da redução é a *identificação e classificação das unidades*, em que se categoriza e se codifica um conjunto de dados. De modo a perfazer esta tarefa, é necessário examinar as unidades de registo e identificar, nas mesmas, os temas que permitem a sua classificação em uma ou outra categoria.

É nesta fase que se procede ao que Bardin (1995:119) designa por categorização. Segundo a autora, a categorização é o processo de organização de dados, ou de passagem

de dados brutos para organizados, podendo, como referem Rodríguez Gomez, Gil Flores e García Jiménez (1999, p.209), ser realizado previamente (*a priori*) ou posteriormente (*a posteriori*) a contínuas e sucessivas leituras das entrevistas.

Assumindo a premissa de Miles e Huberman (1994, p.8) de que nos estudos de carácter fenomenológico, os investigadores são cautelosos na apresentação dos dados contidos nas entrevistas assumindo, antes, que através de leituras contínuas do material obtido se pode alcançar a essência do relatado, o processo de categorização foi efectuado *a posteriori*.

Isto é, ao longo da leitura contínua das entrevistas, foram emergindo várias categorias, organizadas sob uma classificação temática. Depois de uma leitura geral e de reconhecimento do conteúdo da globalidade das entrevistas transcritas, passou-se à análise de cada entrevista em particular. Da leitura atenta de cada uma, foram sendo sublinhadas, separadamente e a diferentes cores as categorias identificadas, de molde a fazer corresponder uma cor a cada tema.

Este procedimento permitiu que fosse encontrado um padrão de semelhança entre dados provenientes das várias entrevistas analisadas facto que, sucessivamente, conduziu à aglomeração de categorias em agrupamentos mais abrangentes, denominados por dimensões.

Como referem Polit, Beck e Hungler (2004, p.363), pode ser necessária uma leitura repetida do material para captar as suas nuances, sendo que, em muitos casos, o investigador pode, inclusive, descobrir, revendo os dados que o sistema de classificação inicial era incompleto ou inadequado, sentindo a necessidade de reajustá-lo.

Ora, neste estudo, as categorias emergentes foram definidas provisoriamente, até se consolidarem em categorias efectivas, consequentes de um processo natural de alteração, supressão e introdução de novas categorias, conforme se foi constatando necessário. Para tal, garantiu-se dentro do possível respeitar as regras que Miles e Huberman (1994, p. 240) sugerem para a categorização. Estes autores, propõem, pois, que as categorias estabelecidas devem obedecer a alguns critérios, como o facto de serem homogéneas (referentes cada uma a um tema), exaustivas (esgotar a globalidade do texto e do assunto em investigação) e adequadas ou pertinentes (adaptadas e congruentes com os dados e objectivos do próprio estudo).

Naturalmente, de modo a que as categorias fossem o mais unívocas possível, atendeu-se ao princípio de exclusão mútua, que Bardin (1995, p. 120) preconiza como forma de garantir que o mesmo elemento não co-exista em mais que uma categoria. O mesmo é dizer que cada elemento não pode ter aspectos susceptíveis de o classificar em duas ou mais categorias.

A terceira fase da redução, de *sintetização e agrupamento de unidades*, foi realizada concomitantemente com as anteriores, através da inclusão de diferentes unidades no mesmo tópico ou conceito teórico.

A etapa seguinte da análise dos dados qualitativos foi a *apresentação dos dados*. Miles e Huberman (1991, p.35) indicam que esta etapa corresponde à organização de informações, representando um ponto em que é já possível tirar conclusões e “passar à acção”. Deste modo, a apresentação dos dados pode ser efectuada sob a forma de matrizes, gráficos, tabelas, ou quadros.

Neste trabalho, foram realizados diagramas, sob a forma de matrizes a que Miles e Huberman (1991, p. 213) se referem como elementos que podem albergar informação de diferentes tipos, apresentada sob a forma de tabelas e aspecto especificado em filas ou colunas.

As matrizes efectuadas revelam, para além do domínio “Vivências”, que é transversal a todas as categorias definidas, nas suas colunas, organizadas da esquerda para a direita, primeiramente, a dimensão em estudo, a categoria em análise, e posteriormente a Sub-categoria 1, mais abrangente, seguida da sub-categoria 2, e assim sucessivamente.

A última coluna, mais larga, apresenta a localização da unidade de texto correspondente na transcrição da entrevista em causa, tendo sido codificada cada entrevista pela letra E, seguida por um número, de 1 a 10, referente à ordem com que as mesmas foram realizadas e cada linha, com a letra L, referente à localização do excerto na entrevista de origem. Por exemplo, E3:L59 indica que aquela unidade seleccionada pode ser identificada na quinquagésima nona linha da terceira entrevista. As justificações para a elaboração da matriz serão abordadas, adiante no capítulo referente a apresentação, análise e discussão dos dados.

A fase posterior de análise de dados é a de elaboração e verificação de conclusões, que, de acordo com Miles e Huberman (1991, p. 37) possibilita a reunião dos resultados que foram sendo, continuamente antevistos ao longo da identificação das regularidades, dos padrões, das configurações e das proposições que foram tomando lugar deste o início da colheita de dados.

O mesmo é dizer que esta fase não traz a descoberta de uma realidade muito díspar da que se adivinhava no decurso da pesquisa, possibilita, isso sim, a confirmação das conclusões determinadas ao longo da investigação ou ainda, a construção de um significado coerente e global que relacione os conceitos detectados na fase de análise dos dados.

Este significado deve, em todo o caso, segundo Miles e Huberman (1991, p.38) fundamentar-se na comparação e contextualização com outros estudos para integração dos resultados obtidos, facto que foi atendido sempre como uma preocupação inerente à pesquisa efectuada.

Em jeito de resumo, no que se refere à análise de conteúdo, interessa reproduzir a premissa de Rodríguez Gómez, Gil Flores e Garcia Jiménez (1999, p.197) de que a mesma é definida como uma das etapas de maior importância no processo investigativo, devido à sua natureza.

Pode dizer-se que é a partir da mesma que se pode atribuir um real significado aos dados recolhidos. Isto significa, em meu entender, que para além da pretendida interpretação do conteúdo, esta análise irá facultar a própria compreensão dos fenómenos que compõem a realidade a ser estudada, oferecendo um conhecimento mais aprofundado sobre os mesmos.

4.5. CRITÉRIOS DE RIGOR CIENTÍFICO

Todo o estudo de investigação deve primar pelo apuro, uma vez que a sua meta, no entender de Streubert (*in* Streubert e Carpenter 2002, p.33) é apresentar, de forma rigorosa, as experiências dos participantes no estudo.

De forma a assegurar a cientificidade deste estudo, ou por outras palavras, fazer prevalecer o rigor da investigação e a fiabilidade dos seus resultados, foram respeitados quatro princípios fundamentais, propostos por Lincoln e Guba (1985), citados por Streubert (*in* Streubert e Carpenter, 2002, p.33) nomeadamente, *credibilidade*, *segurança*, *confirmabilidade* e *transferibilidade*.

Segundo estas autoras, uma das melhores formas de se alcançar credibilidade num estudo é através de um contacto prolongado com o assunto em análise. A *credibilidade*, sob o ponto de vista de Polit, Beck e Hungler (2004, p.295), diz respeito à confiança no carácter verdadeiro dos mesmos, sendo a mesma alcançável com o uso de técnicas relevantes para a avaliação dos estudos qualitativos, como por exemplo a triangulação.

Estas últimas autoras (2004, p.296) definem quatro diferentes tipos de triangulação: *Triangulação de dados*: quando se utilizam múltiplas fontes de dados num mesmo estudo; *Triangulação de investigadores*: tem lugar quando múltiplos indivíduos se envolvem na recolha, análise e interpretação do mesmo conjunto de dados; *Triangulação da teoria*: obtém-se através do uso de múltiplas perspectivas para interpretar o mesmo conjunto de dados e *Triangulação do método*: quando se utilizam múltiplos métodos para abordar um problema de pesquisa. Ao longo deste estudo, como forma de assegurar a credibilidade, foi utilizada a triangulação de dados, uma vez que foram realizadas entrevistas com esse propósito a nove participantes.

No que concerne à garantia da *segurança* do estudo, de acordo com Streubert (*in* Streubert e Carpenter 2002, p.33), a mesma só poderá estar confirmada se tiver sido respeitada a sua credibilidade. Segundo as autoras, a segurança dos dados depende de forma directa da sua credibilidade não sendo, de todo, possível alcançar uma se não estiver garantida a outra. A segurança dos dados alude, ainda, de acordo com as autoras, à sua estabilidade ao longo do tempo e consoante as condições.

Para que este critério fosse assegurado, houve todo um processo de orientação concomitante à evolução da investigação, por parte da orientadora do mesmo, que foi tendo acesso, atempado a toda a informação por ele veiculada.

Como forma de asseverar a *confirmabilidade*, reconhecida por Polit, Beck e Hungler (2004, p.298) como a objectividade ou neutralidade dos dados, à semelhança do critério anterior, foi levada a cabo a auditoria pela orientadora da investigação de modo a que, como refere Streubert (in Streubert e Carpenter 2002, p. 33), pontualmente lhe fosse possível seguir o percurso que me encontrava a delinear. Note-se que, de acordo com as autoras, no desenvolver de um estudo investigativo, a confirmabilidade garante que várias pessoas concordem quanto à relevância ou significado dos achados.

Finalmente, quanto à *transferibilidade*, a mesma refere-se (...) à probabilidade dos resultados do estudo terem significado para outros em situações semelhantes.” (Streubert in Streubert e Carpenter, 2002, p.34). No entender de Polit, Beck e Hungler (2004, p. 298) a transferibilidade, ou transferência, carece do fornecimento de dados descritivos suficientes aos “consumidores” para que estes avaliem a aplicabilidade dos dados a outros contextos.

Com o propósito de confirmar a presença deste critério, foi pormenorizadamente descrito, sempre que possível, o fenómeno em estudo e os contextos em que ele teve lugar, de modo a clarificar e tornar perceptível a qualquer elemento externo os resultados obtidos.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

Durante todo o processo de elaboração de um trabalho de investigação, o cumprimento de considerações éticas assume um peso tão preponderante como qualquer outra etapa de carácter mais operacional. Até, sob o ponto de vista da responsabilidade, pode dizer-se que, como refere Carpenter (in Streubert e Carpenter, 2002, p. 37), comprometer-se com um estudo de investigação implica, para o seu investigador, a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o mesmo seja sólido de um ponto de vista ético e moral.

Acompanhando o desenvolvimento das várias ciências, e com maior incidência dos últimos cinquenta anos a esta parte, felizmente, de um modo geral, têm sido também crescentes as preocupações de carácter ético, elaboradas sob vários códigos com o intuito de serem preservados os direitos dos seus participantes. Um desses códigos é o Relatório de Belmont, emanado pela *National Commission for Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, aprovado em 1978. De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004, p.84) no relatório de Belmont, os padrões de conduta ética em pesquisa são baseados em três princípios éticos principais, são estes: *beneficência, respeito pela dignidade humana e justiça*.

Tendo em consideração a interpretação de Carpenter (in Streubert e Carpenter, 2002, p. 38), como forma de garantir a preservação da justiça, é essencial que os investigadores tenham, também, a preocupação de zelar pela confidencialidade e pelo anonimato, devendo para tal, ter o cuidado de tratar os participantes com respeito e dignidade.

Algumas das formas de garantir a preservação dos princípios éticos ao longo de uma investigação, como refere a última autora (2002, p.38), relacionam-se com a obtenção do consentimento informado, a reserva da confidencialidade e anonimato dos participantes, o teor circunspecto da relação participante-investigador e com a forma de analisar os dados obtidos.

Ao longo de todo a investigação aqui apresentada, foram asseguradas várias medidas com o intuito de respeitar os princípios éticos atrás expostos. Portanto, após cedida autorização do Conselho de Administração do CSN para aceso aos utentes com

história de internamento naquele local foram tomadas, no terreno, medidas focalizadas ao contacto directo com os participantes.

Nomeadamente, no sentido de garantir o cumprimento do princípio de *beneficência*, que defende a máxima: acima de tudo, e ponderando entre benefícios e prejuízos, não causar danos, previamente à colheita de dados, houve o cuidado de estabelecer alguns critérios de selecção de participantes que evitassem incluir participantes aos quais o suscitador de memórias pudesse infligir uma evocação dolorosa.

Para além disso, àqueles que participaram como informantes, foi salvaguardada, na altura de realização de entrevista, a reversibilidade da sua decisão de participar, tendo sido reforçada a possibilidade da investigação ser interrompida, a qualquer altura, e os dados recolhidos serem eliminados, caso a sua prossecução pudesse, de alguma forma, resultar em dano para o participante.

No decorrer da colheita de dados, procurou-se dar sempre espaço para o participante expor as suas dúvidas, preocupações e inquietações, tendo sido cedido contacto telefónico pessoal, caso fosse necessário proceder a algum contacto extraordinário ao agendado.

Como forma de assegurar o princípio do *respeito pela dignidade humana*, e uma vez que o mesmo supõe, conforme referem Polit, Beck e Hungler (2004, p.86), o direito à auto-determinação e à informação completa, houve a preocupação de obter, em todos os casos, o consentimento informado, livre e esclarecido para participação no estudo proposto.

Para Polit Beck e Hungler (2001, p. 87), o consentimento informado implica que os participantes possuem informação adequada e são capazes de compreender a informação, tendo a capacidade para escolher livremente, aceitar ou declinar voluntariamente a sua participação na investigação. Este procedimento, conforme refere Carpenter (in Streubert e Carpenter, 2002, p.41) requer que o investigador continuamente, ao longo da sua pesquisa, revalide o consentimento previamente obtido pelo participante.

Ao proceder a esta investigação, foi redigido um termo de consentimento que, após aprovação por parte da sua orientadora, foi aplicado no momento antecedente à realização das entrevistas. Em todos os casos, a obtenção foi obtida por assinatura escrita, subsequente à informação e esclarecimento sobre intuito, contextualização, objectivos e condicionalismos inerente à participação do informante no estudo em curso.

Naturalmente, na altura, foi também assegurado o compromisso pessoal de salvaguarda da privacidade dos participantes e do sigilo dos dados a ele referentes. Uma vez transcritas as entrevistas, junto dos participantes, após contacto para o efeito, houve lugar a uma revalidação do conteúdo redigido das mesmas não se registando, no entanto, quaisquer alterações, de maior, a efectuar.

Na salvaguarda do princípio de *justiça*, que determina o direito ao tratamento justo e imparcial, como referem Polit, Beck e Hungler (2004, p.90), foram seleccionados de forma justa e isenta os participantes neste estudo. Todos os participantes foram tratados com equidade, tendo sido honrados os acordos previamente estabelecidos com os mesmos.

No que diz respeito ao direito à privacidade e embora Carpenter (*in* Streubert e Carpenter 2002, p.44) refira que a natureza da colheita de dados na investigação qualitativa torna o anonimato impossível, considerando o número reduzido de participantes e a proximidade na relação estabelecida com o investigador, cabe ao investigador esforçar-se por assegurar que a confidencialidade prometida seja uma realidade cumprida.

Neste estudo, os dados recolhidos foram do conhecimento exclusivo do investigador e orientador. Na reserva da privacidade e do anonimato, foi atribuída uma codificação a cada entrevista, tendo todos os nomes citados sido alterados por códigos fictícios, para que não incorresse a possibilidade de serem identificados os sujeitos em questão.

4.7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Todo o estudo de pesquisa contém alguma falha (Polit e Hungler, 1995, p.17). De facto, a generalidade da obra do Homem incorre da probabilidade de errar, já o diz o ditado “Errar é humano” e, naturalmente este estudo alberga limitações. Polit e Hungler (1995, p.17) referem que as limitações num estudo podem estar relacionadas, entre outras, com questões éticas, morais ou com a própria complexidade humana.

Qualquer trabalho de índole investigativa tem de ser desenvolvido sob a delimitação de balizas, sob pena de, na sua ausência, perder rumo e clareza de objectivos. Não esqueçamos que a “(...) Investigação consiste em alargar o campo dos conhecimentos na disciplina a que diz respeito.” (Fortin, 1999, p.18). Porém, esse entendimento da investigação deve ser feito num sentido lato, pois não se espera que seja apenas um autor a dar todos os contributos científicos para a disciplina a que se dedica. A ciência só tem a ganhar se for servida de uma multiplicidade de autores, de teorias, de formas de pesquisa, na estruturação do seu desenvolvimento.

Mas, se deve prevalecer no investigador esta noção clara dos seus limites, concomitantemente, ao reconhecer as limitações do seu estudo, o investigador, para além de identificar outras áreas de estudo que estão relacionadas com o tema que se propôs investigar, poderá estar a abrir uma porta para o que outros estudos possam debruçar-se sobre as restrições presentes no seu trabalho.

Sob este ponto de vista, digamos que as fronteiras de um estudo delimitam, indirectamente, o que outros estudos devem procurar responder. Pelo que, ao identificar as limitações de um estudo, para além de cogitar sobre o que haveria mais a explorar sobre o tema, pretende-se, também, deixar o repto a outras áreas a investigar.

No decurso da elaboração desta dissertação, algumas foram as limitações detectadas, das quais destaco:

- A impossibilidade de conhecer, na totalidade, as vivências dos participantes neste estudo;

Se considerarmos que o processo comunicacional depende de inúmeras variáveis, temos de prever uma eventual perda de informação que, mais ainda, no estudo de vivências, se afigura de primordial importância. Tomando em linha de conta a, sobejamente

conhecida, teoria da Aprendizagem, de William Glasser, citada por Sprinthall e Sprinthall (1993, p.533), nós retemos 20% do que ouvimos, 30% do que vemos, 50% do que vemos e ouvimos em simultâneo, 80% do que dizemos e 90% do que dizemos e do que fazemos, ao mesmo tempo. Considerando estes factos, seria um preciosismo exacerbado ambicionar conhecer as vivências relatadas na sua totalidade. Não apenas pelo facto do investigador não ser capaz de apreender a totalidade dos relatos do informante, mas também pelo facto do informante não comunicar na totalidade a realidade que vivenciou.

- A incapacidade de abordar o tema na sua máxima complexidade.

Polit e Hungler (1995, p.17) referem ser difícil para o método científico apreender, de maneira adequada, a total complexidade de um fenómeno, quando, caracteristicamente ele se centra no conhecimento de uma pequena parte da experiência humana. De facto, muito fica, ainda, por abordar e por aprofundar no conhecimento das vivências do doente idoso aquando do acolhimento realizado pelo enfermeiro a um serviço de internamento.

- A não universalidade dos resultados.

Claro que, de acordo com as suas particularidades específicas, todo o trabalho de investigação, desde que realizado sob uma justificação metodológica estruturada e congruente, possibilitará a extracção de conclusões que se fundamentam no contexto e nas condicionantes em que teve lugar. Só assim se reconhece que possa haver aplicabilidade dos resultados noutros contextos.

Evidentemente, este estudo que se contextualiza numa Unidade de Saúde de características específicas, servindo uma população de carácter tão particular não permite extrapolações e não poderá trazer resultados replicáveis a nível universal. “Cada estudo concluído traz a sua parcela ao corpo de conhecimentos já acumulados.” (Polit e Hungler, 1995, p.17)

- Iliteracia dos Idosos Entrevistados

Os idosos participantes neste estudo, representando um universo populacional envelhecido que, por sua vez, se afigura como utilizador mais frequente do serviço de internamento no Centro de Saúde de Nordeste caracteriza-se por um certo grau de iliteracia e analfabetismo, o que, de certo modo poderá ter condicionado a quantidade e a qualidade dos dados obtidos.

Começando pela entrevista ao idoso, sabe-se que este tipo de população, pelas alterações inerentes ao processo fisiológico de senescência, apresentam a nível

comunicacional, por exemplo, uma tendência para dispersão de raciocínio, devendo, por isso, a entrevista ao idoso ser cuidadosamente conduzida, como referem Berger e Mailloux-Poirier (1995, p.57), de forma a ser garantida a obtenção dos dados pretendidos.

Para além disso, se for considerado o caso dos idosos entrevistados manifestarem um significativo grau de analfabetismo e de iliteracia, e de não estarem habituados a colaborar com este tipo de trabalhos, há a forte possibilidade dos dados obtidos não terem alcançado a qualidade e a profundidade que se esperava de antemão.

- Não devolução dos resultados aos participantes

Embora tenha havido validação das entrevistas junto dos participantes, que tiveram oportunidade de conhecer o conteúdo das mesmas depois de transcritas, não houve, ainda, oportunidade de lhes dar a conhecer os resultados gerais do estudo.

Uma vez que é um direito do participante conhecer os dados resultantes da pesquisa na qual colaborou, de modo a proceder à sua validação, mesmo tendo havido uma validação inicial dos conteúdos das entrevistas, o processo de apresentação dos resultados finais carece de ser consumado junto dos participantes.

Não obstante estas limitações detectadas, creio que as mesmas nunca foram entendidas como entrave à investigação, mas antes como um claro e explícito delineamento dos contornos que delimitaram esta pesquisa. Consumada esta fase, resta, pois proceder à apresentação, análise e discussão dos resultados.

5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

*“O Hospital não é o céu,
mas também não é o inferno.”*

Anónimo

O presente capítulo permite dar a conhecer os dados que foram obtidos através das entrevistas aos participantes no estudo. No entanto, o seu interesse não se esgota com a simples apresentação desses dados pois, sem estarem organizados, como afirmam Miles e Huberman (1991, p. 144) a simples apresentação dos dados sob a forma de texto narrativo considera-se uma forma de apresentação pouco interessante e extremamente difícil de manipular.

Por esse motivo, foi efectuada a sua análise, trabalho que, conforme Bogdan e Biklen (2003, p.205), envolve o trabalho com os dados, a sua organização em unidades manipuláveis, a sua síntese, busca de padrões, descoberta dos aspectos importantes e do que deve ser apreendido bem como a decisão sobre o que, do contexto visado, deve ser transmitido aos outros.

Como sugerem Miles e Huberman (1991, p.145), a concepção dos formatos de apresentação de dados qualitativos deve ser, sobretudo, simples e agradável, dependendo a sua variabilidade e riqueza da imaginação do pesquisador. Os dados serão, pois, organizados de forma a serem mais facilmente interpretados e correlacionados. Para o efeito, primeiramente se apresenta um diagrama contextual, que os últimos autores (1991, p.162) classificam como uma representação gráfica das relações entre grupos que vão constituir o contexto da realidade em estudo. Este diagrama irá contextualizar o domínio, dimensões e categorias dos dados obtidos.

Posteriormente, é apresentada uma matriz geral ou de codificação global, que inclui a totalidade dos dados categorizados. Esta matriz permite que a realidade em estudo, as vivências do idoso no acolhimento de enfermagem a um serviço de internamento, possa ser percebida sob uma visão geral. Não descurando a noção transmitida por Miles e Huberman (1991, p.374) de que a construção de uma matriz é uma tarefa criativa que permite a cada investigador criar uma forma funcional de procurar respostas plausíveis às questões colocadas, estas devem, mesmo assim, ser orientadas por algumas indicações.

Por esse motivo, e à luz das indicações dos últimos autores (1991, p.374) as matrizes apresentadas podem ser classificadas como *ordenadas*, pois os dados são essencialmente classificados por corresponderem a categorias descritivas; de *intenção descritiva*, uma vez que pretendem organizar os dados de forma a fazer ver “o que se passa”; *não cronológicas*, por não atenderem a nenhum princípio de ordenação cronológica, sendo, também, de *dados “monosites”*, uma vez que o estudo é centrado na descrição de fenómenos associados a um único terreno de pesquisa, neste caso um grupo de utentes idosos previamente internados no CSN.

Após a apresentação de uma matriz geral (Anexo VII), com mais pormenor são, posteriormente apresentados excertos dessa matriz primária, cada um referente a uma diferente dimensão, de modo a que seja facilitada a discussão dos dados relativos a cada dimensão. Estes excertos afiguram-se, eles próprios, como matrizes de codificação por unidade de análise.

Para que as unidades de registo seleccionadas fossem claramente representativas das categorias em que vigoram, foram, em muitos casos, separadas, do contexto das frases a que dizem respeito. Por este motivo, são antecedidas e/ou precedidas por reticências, colocadas entre parêntesis. Resta acrescentar que, grande parte da nomenclatura atribuída às sub-categorias foi efectuada a partir de expressões textuais referidas pelos participantes. Acredito que, atendendo a esse princípio, as categorias foram classificadas com isenção, e o mínimo de manipulação possível.

Antes de terminar, resta acrescentar que a análise e discussão dos dados foram fundamentadas na obra de diversos autores, não apenas na fase de enquadramento conceptual do tema, mas na própria fundamentação das categorias estabelecidas. Seguidamente, apresenta-se uma breve abordagem do domínio em estudo, das dimensões emergentes e das categorias estabelecidas ao longo da análise de conteúdo levada a cabo.

5.1. DOMÍNIO: VIVÊNCIAS DO DOENTE IDOSO NO ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM

Os dados emergentes das entrevistas dizem respeito, na sua totalidade, às vivências dos idosos. Por esse motivo “Vivências” designa a realidade mais abrangente e globalizante deste estudo, ou seja, o seu domínio. É nesse domínio que se enquadram todas as outras realidades identificadas.

Como previamente referido na fase de problemática, o conceito de vivências é vago e abrangente, podendo ser utilizado em vários contextos. Para Terra *et al.* (2006, p.674), as experiências vividas, contextualizadas no âmbito da fenomenologia, dão significado à percepção de cada pessoa sobre um fenómeno particular, sendo o propósito da pesquisa fenomenológica descrever a experiência totalmente vivida e as percepções que ela faz surgir.

Citando Morse, Casida (2005, p.146), define esta experiência como a percepção individual da própria presença no mundo, no momento em que se constituem as coisas, as verdades ou os valores. Por seu turno, Loureiro (2002, p.11), aludindo a Munhall e Boyd, caracteriza a experiência vivida como repleta de significados que constam da relação de *estar-no-mundo*. Para o autor, o *estar-no-mundo* contribui para a formação de uma perspectiva do mundo, pois ocorre através da atenção para a vida retirada da experiência.

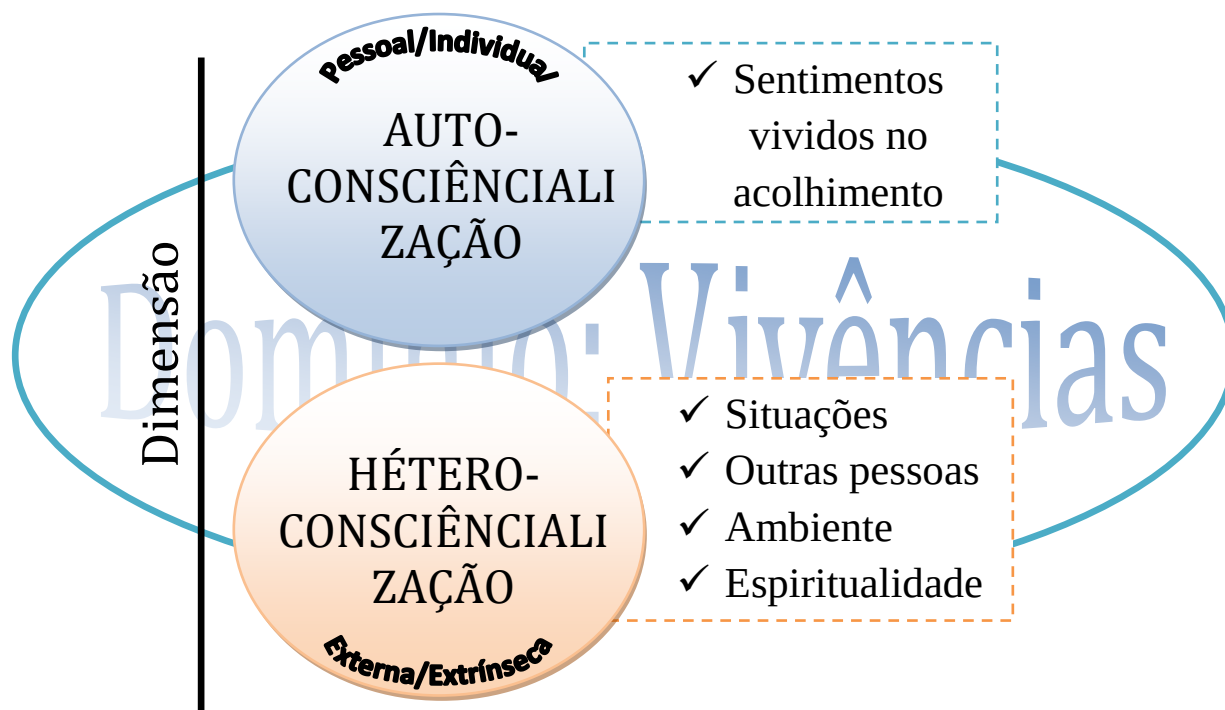
De facto, como refere Fernandes (2005, p. 6), o mundo não pode ser classificado de forma estanque e súbita como objectivo/subjectivo, real/irreal, quando, na verdade existe apenas um mundo que é compreendido e vivido de formas diversas pelas pessoas que experimentam determinado fenómeno. Sinteticamente, o “(...) mundo é ao mesmo tempo objectivo e subjectivo, sendo que a forma como o objecto se apresenta às pessoas é sinónimo da forma como a pessoa o vivencia” (Barnard *et al.* citado por Fernandes, 2005, p.6).

Atendendo a que o acolhimento de enfermagem experimentado pelo idoso pode despoletar uma significativa diversidade de vivências, estas vivências foram analisadas, nas dimensões da Auto-Consciencialização e da Hétero-Consciencialização.

Nestas dimensões, foram identificadas como categorias, respectivamente, no domínio da Auto-Consciencialização: Sentimentos vividos no acolhimento e, no domínio da

Hétero-Consciencialização, Situações, Outras pessoas, Ambiente e Espiritualidade. Abaixo se apresenta um Diagrama Contextual exemplificativo da categorização supra apresentada.

Figura n.º 8 - Diagrama Contextual



Para Loureiro (2002, p.6) o conceito de consciência é entendido como uma instância do conhecimento que, na visão de Husserl, está associada à noção de intencionalidade. À luz do pensamento cartesiano, a consciência não pode ser concebida como substância. É, antes, constituída pelo próprio acto do pensamento, do qual constam dois elementos, um material (dos dados dos sentidos) e outro formal (a significação objectivante).

Associado ao termo consciência, e de acordo com Freitas (2007, p.6), a intencionalidade é um pressuposto teórico fundamental, uma vez que a própria consciência é definida como intencional, como voltada para o mundo, pois: “toda a consciência é consciência de alguma coisa” (p.6).

Considerando esta noção de que a consciência se dirige sempre a alguma coisa, pode notar-se, claramente, da análise das entrevistas que os participantes, ao relatarem as suas vivências aquando do acolhimento de enfermagem, teceram considerações que se relacionavam com uma consciencialização pessoal, individual, ou seja fundamentada na consciência deles próprios. Estas definiram a opção pela dimensão: Auto-consciencialização.

Paralelamente, foi possível identificar, no relato das vivências experienciadas aquando do acolhimento de enfermagem, uma outra consciência direccionada para factores de âmbito mais extrínseco, ou externo, como as já referidas: situações, outras pessoas, ambiente e espiritualidade. A esta dimensão, foi, por isso, atribuído o título: Hétero-consciencialização. As restantes categorias, no caso, a Sub-categoria e a Sub-categoria 1 apresentam-se esquematizadas na Matriz de Codificação Global, que apresenta, também, na sua última coluna a localização dos excertos de cada entrevista que justificam a designação atribuída àquela categoria (ANEXO VII).

Antecipadamente à apresentação e explanação das categorias definidas nas dimensões atrás mencionadas, convém apenas referir que, para uma maior facilidade na sua apresentação, ao longo do texto, os segmentos ou unidades de registo transcritas para justificação das categorias, serão sucedidos de uma codificação específica de forma a permitir a sua contextualização na entrevista de que foram transcritas. Para o efeito, depois de introduzida cada unidade de registo, encontrar-se-á uma codificação do tipo (E3: L4-6), querendo esta significar que o excerto transcrito pode ser encontrado entre a quarta e a sexta linha da entrevista terceira entrevista efectuada.

Paralelamente, as categorias e respectivas sub-categorias apresentadas serão formatadas de modo a que, em maiúsculas, negrito e sublinhado se encontre a **DIMENSÃO**; a negrito, sublinhado se localize a **Categoria**; a Negrito a **Sub-Categoria**; a sublinhado, a **Sub-Categoria 1** e a itálico a *Sub-categoria 2*.

Segue-se, então, a apresentação e explanação das categorias definidas nas dimensões atrás mencionadas, iniciando-se com a exposição da categoria: Sentimentos Vividos no Acolhimento.

5.2. DIMENSÃO: AUTO-CONSCIENCIALIZAÇÃO

Relativamente à dimensão **AUTO-CONSCIENCIALIZAÇÃO**, foi atribuída apenas uma categoria, que se refere a **Sentimentos Vividos no Acolhimento**. Estes sentimentos identificados puderam ser distinguidos sob quatro formas distintas, que originaram quatro sub-categorias, respectivamente. Foram estas: **Sentimentos Positivos**, **Sentimentos Negativos**, **Outras Percepções** e **Sentir a falta de**.

Quadro IV – Auto-consciencIALIZAÇÃO: Sentimentos vividos no acolhimento

Dimensão	Categoria	Sub-categoria	Sub- categoria 1
AUTO-CONSCIENCIALIZAÇÃO	Sentimentos vividos no acolhimento	Sentimentos Positivos	Esperança
			Sentir-se bem
			Ser bem tratado/a
			Calma
			Não sentir saudades
			Não estranhar
			Não ficar transtornada
		Sentimentos Negativos	Despreocupação
			Insatisfação
			Abandono
			Solidão
			Recusa
			“Desprezada”
			Impotência
			Não ficar contente/satisfeito
			Desânimo/Desalento
			Inutilidade
			Raiva
			Nervosismo /Ansiedade
			Desconfiança
			Receio
			Pressão
			Assustada
			Transtornado/contrariado
			Sentir-se fisicamente mal
		Outras percepções	Conformismo/Aceitação do Internamento
			Sua situação de saúde
			Pensamento na morte
			Incerteza relativa ao futuro
			Desconhecimento da decisão clínica de internamento
		Sentir a falta de	Co-responsabilização pela decisão de internamento
			Todos
			Família
			Irmã
			Terra Natal
			Casa

No que concerne a **Sentimentos Positivos**, pode-se verificar que esta sub-categoria compreende uma extensão significativa, albergando as sub-categorias 1: Esperança e Sentir-se bem, as de referência mais prevalente pelos idosos entrevistados.

De acordo com Serra (2005, p. 31), os serviços de saúde são procurados por diferentes indivíduos, em função do modo como percebem o contexto da sua doença e a evolução que esta virá a ter.

Esta perspectiva de procura pessoal pela saúde, para além de justificar o modo individualizado como cada um apreende a mesma realidade vivida, explica, de certo modo, também o facto de vários indivíduos, em situações semelhantes, valorizarem os mesmos aspectos. No caso presente, doentes idosos, que partilharam uma mesma, mas individual, experiência de internamento, tenderam a manifestar sentimentos expressivamente positivos perante a mesma.

Estes sentimentos positivos são de vária ordem. Por exemplo, deste estudo emergiram como sentimentos positivos: a esperança, um sentimento de bem-estar, calma, despreocupação, etc.. Naturalmente, cada um destes sentimentos é percebido individualmente por cada idoso de modo pessoal e particular. Todavia, coexiste uma simultaneidade entre vários desses sentimentos, vividos, paralelamente por vários indivíduos, salientando-se de entre eles, a Esperança e Sentir-se bem, conforme se passa a explicitar.

Esperança

Através do discurso dos idosos, pode-se verificar que estes viveram sentimentos de esperança aquando do acolhimento:

“(...) para ver se eu melhorava, à espera de melhorar, foi assim! Sempre naquela coisa de melhorar, de melhorar, Queria era ficar melhor, era.” (E1:L31-32)

“Eu pensei “Oxalá que eu melhorasse!” É assim. Pensava “Oxalá que eu melhore, não seja coisa mal amanhã.”” (E1:L39-40)

“(...) e ali sentada, pensei “Credo, que vida vai ser a minha?” Pronto, mas foi poucos dias... E é assim. Foi assim que se passou. Oxalá que não venha mais.” (E1:L64-65)

“Porque eu nunca vi lá um médico que fosse. Havia o Dr. X, que eu ouvia a voz dele, ouvi a sua voz, mas nunca o vi. Ele ia ver os seus doentes, e quando eu o via, ficava sempre com a esperança, “O Dr. Y também vai vir aqui, para ver os seus doentes.”” (E2:L51-53)

“(...) eu não queria fazer coisas contra o que estava resolvido ali dentro, sempre na esperança “É amanhã que eu vou sair”, perguntava, eu perguntava ao enfermeiro “Eh senhor, quando é que eu vou sair?”” (E2:L75-78)

“(...) se eu soubesse, ele podia-me ter dito assim “Eu vou para o continente, e o Dr. X fica fazendo o meu serviço, se a senhora precisar de alguma coisa, dirija-se a ele” pronto, eu já sabia do que é que se tratava, mas eu estava ali era às cegas “Qual é o médico? Será hoje que vai aparecer algum médico? Será hoje?” (E2:L69-73)

“Mas sempre na esperança, “É porque o Dr. Y vai me vir consultar aqui?”” (E2:L64)

“O primeiro dia, quando cheguei, estava certa que o doutor ia aparecer no outro dia, ou coisa assim. Eu estava sempre na esperança de chegar o Dr. Y e me mandar embora para casa.” (E2:L157-159)

“Eu não levei a mal, eu fiquei... eu estava... eu estive aqueles dias sempre na esperança de vir o senhor doutor Y, deixar-me estar ali uns dias, talvez para ver se baixava os diabetes e que ele havia de aparecer. Sempre pensando que ele que vinha, que foi a Lisboa, que vai e vinha, mas não.” (E2:L174-178)

Este sentimento de esperança, reconhecido nos diferentes excertos, é direccionado para vários aspectos distintos. Implicitamente, é possível notar-se, por exemplo, uma esperança dirigida para a cura, esperança de que a situação de doença não se repita, esperança em ver um médico, esperança de se ir embora... As situações que suscitaram este sentimento, foram distintas em cada situação, mas o sentimento que despoletaram foi, em todo o caso, de esperança.

Segundo Rodrigues (1999, p.10), o próprio episódio de integração no Hospital, transpõe, no doente, uma expectativa de cura e de melhoria e uma ajuda na resolução de problemas que pode traduzir-se sob a forma de sentimentos de esperança.

Para além disso, pode ainda acrescentar-se que para o idoso, com o aumento dos episódios de menor bem-estar físico, psíquico e social, a hospitalização deixa de ser uma mera hipótese “(...) e em muitos casos passa a ser considerada uma tábuia se salvação.”

(Costa in Cabete, 2005, p. IX), pelo que, o acolhimento, por si só, poderá despoletar um sentimento inato de esperança de tratamento e cura.

Referente a **Sentimentos Positivos Vividos no Acolhimento**, figura, como Sub-Categoria 1 de referência mais predominante pelos idosos entrevistados: Sentir-se bem

“E eu sentia-me bem, porque pensava que ia ficar boa. Sentia-me bem.” (E1:L49-50)

“E achei-me bem.” (E4:L4)

“Estive (...) à espera de tratamentos, (...) e passei bem...” (E5:L43-44)

“E achei-me bem.” (E4:L68)

“E eu sempre estive bem...” (E7:L26)

“Mas fui bem e estive lá quinze dias bem, sempre bem. Os diabetes andaram sempre descontrolados, mas eu estava bem.” (E7:L29-30)

“Eu estou bem!” (E7:L35)

“Eu estava bem.” (E7:L45)

“No fundo, menina, estou sendo sincera, não mexeu comigo, não. Sentia-me bem.” (E7:L52)

“Seja por amor de Deus, então, estava bem-disposta.” (E7:L65)

“(...) minha nora, no primeiro dia ela foi-me ver e disse “Ah, minha sogra, tu como é que estás?”, “Eu estou aqui bem.”” (E7:L66-68)

“(...) eu dizia “Eu estou aqui muito bem, enquanto eu estiver aqui.”” (E7:L69-70)

“(...) eu, então, sentia-me bem-disposta porque ela deixou-me tão bem-disposta. Eu sentia-me bem.” (E8:L56-57)

“Eu sentia-me bem.” (E9:L52)

Segundo Cabete (2005, p.27) o modo como cada um é capaz de lidar com a hospitalização pode revelar uma tendência no sentido da adaptação, que corresponde ao optimismo, ao controle e à autonomia percebida do utente. Neste caso, é notório um sentimento generalizado de bem-estar associado ao acolhimento.

Outro sentimento mencionado pelos entrevistados foi o de Ser bem tratado.

Ao clarificar-se o campo de competência da Enfermagem é necessário distinguir claramente os termos *tratar* e *cuidar*. Collière (1999, p.286) refere que tratar a doença nunca pode substituir toda a mobilização das capacidades de vida, que representa o cuidar. No entanto, e sem desconsiderar a distinção semântica e epistemológica entre os conceitos de tratar e de cuidar, em atenção exclusiva ao contexto em que figuram nas entrevistas apresentadas, o conceito de *tratar* referido, não se dirige tanto ao acto biomédico de cura, tendo sido entendido, antes, como sinónimo de ter sido bem cuidado.

“Sim, fui muito bem tratada” (E4: L4)

“(...) fui sempre bem tratada.” (E7:L38)

“Fui bem tratado. Muito bem tratado.” (E9:L76-77)

Através destes relatos, pode perceber-se uma perspectiva de ter sido bem cuidado, ou de ter sido efectivado o acto de Cuidar em Enfermagem que, de acordo com Collière (1999, p.236) indo para além de um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia se trata, acima de tudo, de “(...) um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.” (Collière, 1999, p.236)

Calma, foi outro dos sentimentos expressos pelos idosos como sentimento vivido no acolhimento:

“Tinha de fazer tratamentos e correu tudo bem, graças a Deus. Mas depois, fiquei calma.” (E4:L52-53)

“(...) depois dela (enfermeira) me dizer que tudo se ia resolver, eu fiquei calma.” (E8:L61)

Da leitura destes excertos, pode perceber-se que o sentimento de calma que os idosos experienciaram adveio de duas circunstâncias distintas. No primeiro caso, o entrevistado dá a perceber que por ter superado o receio do tratamento, que provavelmente seria para ela a fonte de alguma preocupação, ficou calma. No segundo caso a acção do enfermeiro, é explicitamente a promotora da aquisição desse estado de espírito.

Segundo Timby (2001, p.128), no momento de acolhimento, muitos pacientes se mostram ansiosos, pelo que cabe ao enfermeiro por em prática os seus conhecimentos de relação interpessoal de forma a poderem contornar esses sentimentos. Neste caso, é claramente notório o facto de que, por consequência da acção do enfermeiro, é que o utente se acalmou.

O mesmo idoso menciona como sentimentos vividos no acolhimento: Não ficar transtornado/ Não sentir saudades/ Não estranhar:

“Não... Não fiquei nada transtornada. E até nunca me deu saudades (...) nunca estranhei.” (E7:L33-34)

Estes sentimentos, embora não tenham um valor claramente positivo, até porque são expressos sob a forma de negação, foram categorizados positivamente, propositadamente por esse motivo. Isto é, a forma de expressão adoptada pelo utente, fazendo uso de alguma ironia, até, neste caso, enfatizou a veemência com que pretende transmitir que não experienciou nenhum destes sentimentos, individual e conjuntamente, de modo negativo. E pela lógica da Psicologia, a negação de uma negação, torna-se uma afirmação.

Pelo que, ao referir não ter ficado transtornada, não ter sentido saudades e não ter estranhado, a utente valoriza, de modo indirecto, o acolhimento que vivenciou de modo distintamente positivo.

Despreocupação, foi outro sentimento mencionado como positivo, aquando da vivência do acolhimento:

“Não fiquei nem pouco, nem muito preocupado” (E9:L60)

A expressão popular, embora pudesse ser conotada de alguma ambivalência, utilizada no contexto açoriano, demonstra uma catarse de preocupação. Por outras palavras, para este utente, de modo singular, a vivência do acolhimento suscitou um sentimento de despreocupação.

Sentimentos Negativos

Para a maioria das pessoas, jovens ou não, as decisões que dizem respeito ao internamento podem ser relativamente simples, nos doentes idosos, como anuncia Cabete (2005, p.31) elas revestem-se de uma complexidade acrescida, podendo conduzir à expressão de sentimentos marcadamente negativos.

Teixeira (2002, p.39), a este respeito, refere que, ao adoecer, o indivíduo fica excepcionalmente sensível e vulnerável, vendo, passivamente, a sua vida transformar-se, mesmo que temporariamente. Estas alterações decorrentes da doença, obrigam o indivíduo a, de certo modo, “(...) enfrentar experiências que dificultam a adaptação à sua situação presente e futura.” (Teixeira, 2002, p.39). Uma destas alterações poderá ser o internamento, uma vez que, em alguns casos de doença, ele considera-se como um desfecho muito provável.

Certamente, muitos poderão ter sido os motivos que levaram os participantes neste estudo a auto-consciencializar-se sobre os sentimentos negativos que viveram no momento de acolhimento entre os quais Cardoso e Pinto (2002, p.11) referem “(...)várias lacunas organizacionais (...) tais como: carências formativas dos enfermeiros e outros técnicos implicados no acolhimento dos doentes; “(...) falta de instrumentos de trabalho (guias/normas) que auxiliem no processo de acolhimento de doentes e factores relacionados com a carência de pessoal de enfermagem, condições de trabalho e motivação profissional.” (Cardoso e Pinto, 2002, p.11)

Mas, como forma de ilustrar a probabilidade do idoso manifestar sentimentos desta índole, leia-se o preconizado por Hesbeen (2000, p.46). Para o referido autor, não é apanágio de um local de prestação de cuidados ou de um grupo de profissionais, que se viva um ambiente de humanidade. Na verdade, o ambiente hospitalar pode afigurar-se bastante hostil sendo, por isso, dever dos prestadores de cuidados e dos actores desses contextos, promover no doente, a expressão de sentimentos positivos.

Das entrevistas realizadas neste estudo, pode-se constatar que, no que concerne à categoria **Sentimentos vividos no acolhimento**, houve um predomínio de **sentimentos negativos**.

Insatisfação, foi uma das sub-categorias-1 mencionada por um dos idosos entrevistados:

“Eu não estava muito satisfeita, estava era chorando.” (E3:L39-40)

Sendo o hospital possível e frequentemente dispensável para a maioria da sociedade, como refere Teixeira (2002, p.40), é natural que a comunidade ignore, praticamente, o seu funcionamento por falta de esclarecimento adequado e contacto efectivo com a realidade hospitalar. Esta situação, no entender da autora, está na origem de autênticas angústias quando chega o momento de internamento.

O sentimento negativo mais referido pelos idosos entrevistados foi o de Abandono que se optou por justificar, aqui, conjuntamente com o de Solidão, tomando por base o pressuposto de que são conceitos que, embora mencionados de forma distinta e não sendo sinónimos, estão intimamente relacionados.

“Eh, pronto, foi estar ali abandonada (...)” (E1:L31)

“Mas pronto, eles deram-me o quarto, fui pondo as minhas coisas, e pronto, fiquei ali.” (E1:L34-35)

“Ahm, pronto, não foi ficar contente, foi ir para ali, como eu já disse à senhora.” (E1:L59)

“(...) eu estava para ali (...)” (E1:L63)

“Eu estive lá sempre sentada numa cadeira” (E2:L29-30)

“Eu fiquei à toa “Para que é que eu estou aqui?”” (E2:L64)

“Estive para ali à espera de tratamentos, fiquei para ali” (E5:L43-44)

“Depois fiquei ali, fiquei ali muito tempo (...)” (E6:L10)

“Custava-me (...) não ter ninguém que me fosse ver!” (E6:L40-41)

“Estou num lugar onde não conheço ninguém” (E6:L44-45)

“Eu não era daqui, e depois, via aquela gente ali... Muita gente, mas eu não conhecia ninguém, era o mesmo que nada.” (E6:L55-56)

“(...) depois, fiquei ali.” (E6:L59)

“Entrei ali, rodeada de gentes que eu não conhecia. Não conhecia o enfermeiro, não conhecia o doutor, não conhecia ninguém!” (E6:L38-39)

Almeida (in Costa, 1999, p.74), em alusão ao seu estudo exploratório descritivo que teve por objectivo auscultar a opinião dos enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem prestados aos idosos nas unidades de internamento, refere que actividades de conforto físico e psicossociais relativas à comunicação, como simplesmente, falar com o idoso, quando aplicadas frequentemente, ajudam a combater a ansiedade associada à separação do que é significativo para o utente.

Para Timby (2001, p.132), a solidão sentida pelos idosos ao serem acolhidos ocorre, efectivamente, quando estes são privados de interacção com familiares e amigos. Mas, Cabete (2005, p.29), acrescenta que o isolamento induzido pela hospitalização não é apenas um acontecimento efémero e pontual. Para a autora, as repercussões da solidão e do abandono no idoso têm um cariz mais indelével uma vez que, no fundo, vêm agravar o sentimento de “(...) solidão existencial provocado pela doença, pela velhice ou pela incapacidade (...)” (Cabete, 2005, p.29),

Ainda Almeida (in Costa, 1999, p.89), citando o estudo acima referido, refere que, com frequência, em ambientes de internamento, há pouca comunicação enfermeiro/doente, sendo muitas vezes os doentes deixados sozinhos para serem continuados os cuidados necessários.

Seguramente, os enfermeiros não podem ter a pretensão de permanecer sempre junto dos doentes quando outras tarefas se avolumam e carecem de ser satisfeitas, mas sempre que possível, para contrariar os sentimentos de abandono e de solidão, frequentemente detectados nos utentes, como sugere Timby (2001, p.132), os enfermeiros devem agir como substitutos temporários dos entes significativos dos doentes, devendo, para o feito, estabelecer um contacto frequente, estar disponíveis e mostrar-se interessados pelo paciente.

Alguns dos participantes referiram como **sentimentos negativos** vividos no acolhimento, Não ficar contente/satisfeito, chegando dois dos participantes, a revelar terem sentido Recusa:

“Ahm, pronto, não foi ficar contente, foi ir (...)” (E1:L59)

“Sabe que eu não estava bem satisfeito (...)” (E5:L14)

“E sentia uma recusa.” (E6:L44)

“Fiquei ali, muito transtornada.” (E6:L25-26)

De acordo com Costa (in Cabete, 2005, p. XX), particularmente para o idoso, a hospitalização representa uma situação de ameaça e um desafio que podem ser vividos de formas distintas, de acordo com factores de natureza diferente como, por exemplo, “(...) a capacidade de adaptação da pessoa, as experiências vivenciadas anteriormente, (...) as representações da saúde e da doença e outras.” (Costa in Cabete, 2005, p. XX).

Da leitura dos segmentos de texto apresentados, é notório um transtorno e uma resistência implícitas, provavelmente associados à inexistência de experiências de internamento anteriores que podem, sob este ponto de vista, ter potencializado o efeito ameaçador da hospitalização no idoso.

Uma das utentes entrevistadas refere ter-se sentido Desprezada, aquando do acolhimento ao internamento:

“Eu sentia... Não sei como é, sentia-me desprezada, como uma coisa que estava para ali...” (E6:L61-62)

“Eu parecia-me que estivesse desprezada. Fiquei lá, sozinha num quartinho.” (E6:L64)

O sentimento de desprezo aqui mencionado duas vezes pela mesma utente, vai mais além do que um sentimento de abandono, de isolamento ou de solidão, ele reforça uma carga de desdém a ela direccionada.

Como forma de contornar este sentimento vivido pela utente, atente-se na seguinte afirmação: “O espírito de saúde pública é aquele em que o individual não é isolado do seu contexto forçosamente colectivo e em que o colectivo não ignora o indivíduo enquanto sujeito particular” (Hesbeen, 2000, p.42).

Para o autor, deve ser mantido o respeito soberano pela dignidade humana que, no entender de Lenardt *et al.* (2007, p.743), no idoso, deve ser alienável e isenta de toda a carga condicionante que se lhe queira impor.

Impotência e Inutilidade foram outros sentimentos mencionados pelos participantes:

“Se eu me tenho dirigido a ele, ele ia me explicar, mas eu não queria fazer coisas contra o que estava resolvido ali dentro” (E2:L75-76)

“Estou num lugar onde não conheço ninguém e não posso fazer nada.” (E6:L44-45)

“Sei que tinha lá pessoas de idade, eu conversava com elas, mas nada me fazia sentir bem.” (E1:L27-28)

“Eu não estou fazendo nada aqui!” (E2:L78)

“Eu não estou lucrando nada em estar aqui.” (E2:L80-81)

A estes sentimentos, encontra-se intimamente relacionada uma percepção de passividade do utente frente ao internamento no qual parecem se ter envolvido sem intenção. Aliás, pelas unidades de registo supra-mencionadas podem perceber-se duas atitudes distintas. Uma primeira, ilustra a intenção de propositadamente, não se querer envolver, a par de outra postura que revela um esforço e uma intenção de controlo falhada, como é o caso do terceiro segmento apresentado.

Duarte (2006, p.26) aponta para a generalidade do sentimento de impotência, ao relatar que o indivíduo, quando chega aos serviços de saúde, se vê esvaziado de todo o seu saber, e entregue nas mãos de quem domina a sapiência, os profissionais de saúde. No entender deste autor, com o internamento, corre como que uma transferência imediata de poder do indivíduo para os técnicos de saúde. O idoso é, sob estas circunstâncias, e de acordo com o mesmo autor, não raramente, “(...) infantilizado, despido de toda a sua individualidade, forçado a assumir um dos papéis possíveis (doente ou saudável)” (Duarte, 2006, p.26)

Resumidamente, como refere Cabete (205, p.20), a hospitalização no idoso, transporta a possibilidade de perda de autonomia e perda de controlo da situação, o que se

constitui como factor gerador de instabilidade e, acrescentaria, promotor de um sentimento de impotência e de inutilidade.

Com alguma expressividade, foi mencionado pelos idosos entrevistados um sentimento de Desânimo/desalento:

“Andava sempre no corredor para cá e para lá “E eu não melhora, e eu não melhora...”” (E1:L4-5)

“Será hoje que vai aparecer algum médico? Será hoje?” E nunca apareceu ninguém.” (E2:L72-73)

“Eu dizia para mim “Eu nunca mais melhora, vou ficar sem a minha perna” eu pensava isso.” (E4:L39-40)

“Ah, com certeza que eu não melhora, eu não melhora!” (E4:L103-104)

“E eu disse assim “Meu Deus, eu nunca mais melhora!”” (E4:L105)

O desânimo que se depreende das unidades de registo aqui apresentadas direcciona-se, num dos casos para a esperança de ver um médico sendo, em todos os restantes casos, direccionado para um sentimento relacionado com a recuperação, ou neste caso, com a não recuperação. Pode, assim, dizer-se que, na maioria dos casos, no momento de acolhimento, o desânimo verificado revela um esmorecimento com a cura que não sucede ou que tarda em ocorrer.

Uma das idosas entrevistadas refere ter sentido Raiva:

“Eu tinha uma raiva cá comigo! Não dizendo nada a ninguém, mas eu tinha uma raiva.” (E6:L37-38)

Esta utente revela uma vivência difícil e marcante da experiência de acolhimento, associando-a a sentimentos intensos de revolta e, neste caso, de raiva. A este respeito, pode analisar-se que “Nem só de adaptações passivas ou de aceitação total das normas do serviço se constituem as reacções dos doentes ao internamento hospitalar. Com efeito

podem surgir, em alguns indivíduos, reacções de contrariedade face à retirada abrupta de liberdades e àquilo que lhes é proposto.” (Serra, 2005, p.58)

A par da sub-categoria 1 Abandono, a subcategoria 1 Nervosismo/Ansiedade foi outras das mais mencionadas como sentimentos negativos vividos no acolhimento, pelos idosos entrevistados:

“Parece que estava cada vez era pior porque, se era pressão nervosa, ainda fiquei pior.” (E1:L3-4)

“Portanto, era o sistema nervoso que estava a trabalhar.” (E1:L7-8)

“Por causa dos meus nervos. Estava-me inquietando...” (E1:L25)

“Mal disposta, sempre numa ansiedade (...)” (E2:L130)

“Eu até, estava subindo as escadas com as pernas a tremer, tão nervosa, que eu dizia “Ih, meu Deus, é agora. Agora é que eu vou ir, ficar internada.”” (E4:L43-45)

“Estava, estava bem nervosa” (E4:L51)

“Muito, muito. Nervosa (...)” (E4:L97)

“Quando eu cheguei lá cima, eu estava nervosa (...)” (E8:L27-28)

“Quando eu cheguei lá, estava nervosa, nervosa (...)” (E8:L31)

“Estava toda num tremor, num tremor.” (E8:L43-44)

“Do que me lembro é que quando cheguei estava nervosa, nervosa.” (E8:L58)

“(...) quando soube que ia ficar internada, como lhe disse, fiquei nervosa (...)” (E8:L77-78)

“Mas enfim, estava nervosa (...)” (E8:L82)

Os sentimentos de nervosismo e de ansiedade foram, neste caso, associados por se reportarem, ambos, a sentimentos de frenesi e inquietação. No entanto, uma ligeira diferença pode ser registada entre um e outro. Esta, a meu ver, resulta do facto da ansiedade, por estar “(...) associada a mudanças cognitivas, fisiológicas e comportamentais” (Melo, 2005, 9082), ser um estado promotor de manifestações observáveis e mensuráveis, através de diversas escalas, como referem Oliveira e Sisto (2004, p.47), como por exemplo: a Escala de Ansiedade de Hamilton, da autoria do autor que lhe atribuiu essa denominação, em 1960; a Escala de Ansiedade de Beck, preconizada por Beck, Brown, Epstein e Steer, em

1988; a Escala Clínica de Ansiedade, que data de 1982 e é da autoria de Snaith, Clayden, Husain e Sipple, entre outras. Ao passo que o nervosismo revela uma carga de subjectividade individual preponderante. De certo modo, à luz deste raciocínio pode dizer-se que a ansiedade traduz o nervosismo de cada qual.

Segundo Timby (2001, p.129) embora as reacções comuns ao acolhimento sejam singulares, algumas das mais frequentes incluem a ansiedade. A ansiedade é, pois, definida pela autora como uma sensação desconfortável, sendo causada pela insegurança sentida pelo doente ou, como refere Melo (2005, p.75), por factores tão distintos como a incerteza sobre o tratamento, a perda de controlo sobre as funções do dia-a-dia, o ficar dependente de terceiros, a perda de privacidade, a vivência de um momento de dor e desconforto.

Para além da sua expressividade como fenómeno frequente, a ansiedade vivida na situação de chegada ao hospital, no entender de Jorge (2004, p.74) assume uma intensidade elevada. O mesmo parece defender Cabete (2005, p.32), ao referir que poucos são os doentes que não vivem uma particular ansiedade durante a hospitalização.

Cabete (2005, p.27) menciona, a propósito da forma como cada um é capaz de lidar com a hospitalização, que a par de uma adaptação fácil, muitos utentes podem entender o internamento como uma não adaptação, a que correspondem sentimentos de pessimismo, desespero, e eu acrescentaria nervosismo e ansiedade.

Um dos idosos revelou ter sentido Desconfiança aquando do acolhimento que lhe foi prestado pelo enfermeiro:

“O que fazia ser difícil era eu não ter ninguém em quem confiasse. Que eu dissesse “Eu confio naquela.” Eu não confiava em ninguém.” (E6:L47-48)

Cabete (2005, p.22) refere ser comum o facto do doente, ao entrar no hospital, sentir alguma desconfiança acerca do que lhe é dito sentindo, paralelamente, algum constrangimento em solicitar informação. Esta desconfiança poderá relacionar-se com o próprio desconhecimento do local, da sua dinâmica de funcionamento, da própria situação de saúde, do desconhecimento das pessoas com quem se depara pela primeira vez, enfermeiros, outros doentes, técnicos, médicos, etc..

No caso presente, e embora não sejam claramente definidos os sujeitos em causa, a desconfiança verificada, é visivelmente dirigida, de modo geral, às pessoas com quem a idosa se relacionou durante o acolhimento.

O sentimento de Receio foi outro dos sentimentos negativos verificados, a par do facto de numa das entrevistas se ter salientado o facto da utente se sentir Assustada:

“Tinha receio. Receio de... sei lá, e ficar ali” (E4:L9)

“Estava assustada.” (E4:L3)

“Assustada porque eu nunca fiquei no hospital.” (E4:L7)

“(...) eu estava assustada. Assustada, é verdade. É! Há pessoas que se admiram, mas eu estava muito assustada.” (E4:L26-28)

“Estava assustada e bem assustada.” (E4:L43)

No primeiro caso, pode dizer-se que a manifestação de receio é vaga e, portanto, pouco específica uma vez que não se dirige a nenhum factor ou situação particular. Por outro lado, como se pode ler na segunda unidade de registo, ao referir sentir-se assustada, a idosa revela que o motivo era nunca ter permanecido no hospital.

Segundo Moniz (2003, p.43), a hospitalização representa, sobretudo para a pessoa idosa, uma ameaça e um desafio que podem ser vivenciados de diferentes formas. Indirectamente, das linhas de Moniz pode depreender-se que, pelo seu cariz ameaçador e desafiador, as vivências iniciais de uma hospitalização, que correspondem ao momento de acolhimento, podem suscitar sensações de receio aos idosos.

Referida por uma participante, a Pressão, foi um sentimento negativo verificado no momento de acolhimento:

“Sentia uma pressão muito grande, que pressão era aquela...” (E8:L43)

O temo pressão, empregue no contexto verificado, ao contrário do que pode parecer, em nada se relaciona com ser pressionada, ou impelida a alguma coisa, mas sim a sentir tensão ou stress, pelo que esta sub-categoria 1 pode justificar-se, como mencionam

Carvalhais e Sousa (2007, p.597), pelo facto da hospitalização ser um momento difícil para o doente assumindo, na velhice, contornos mais complexos, sendo vivido com elevados níveis de stress e ansiedade.

Transtornado/contrariado, emergiram como subcategoria-1, enquanto sentimentos negativos:

“(...) eu estava ali como se fosse roubada. Era como se fosse roubada.” (E2:L117)

“É como se me tivessem obrigado a entrar ali por força. Eu estava contra vontade.”
(E2:L119)

“Eu fui... Já se sabe, eu não gostava de ir. (...) Mas depois eu concordei e... e fui.”
(E4:L3-4)

“Estava inquieta para voltar para trás.” (E4:L51)

“Eu não queria ficar lá.” (E6:L17)

“Fiquei ali, muito transtornada.” (E6:L25-26)

O acto de internamento, embora careça da autorização do utente, não é na sua conceptualização mais elementar, um acto voluntário, sendo dotado, no entender de Rodrigues (1999, p.43), de um certo grau de obrigatoriedade. Por esse facto, pode ser percebido pelo cliente como uma contrariedade ou um transtorno aos quais terá de obedecer, mesmo contra a sua vontade.

Uma das participantes reforça o facto de Sentir-se fisicamente mal ter tido, para ela, um peso negativo:

“Já se sabe que boa, boa, eu não me sentia. Senti-me bem mal.”(E3:L24)

“Mal, com uma canseira sempre e a cabeça, uma desgraça”(E3:L26)

Naturalmente, no momento em que foram acolhidos, alguns dos idosos apresentavam sintomatologia específica que os fazia “não se sentir bem”, de um ponto de vista físico. Não nos esqueçamos que, em muitos casos, o surgir dessa sintomatologia foi o

motivo que os levou a recorrer ao CSN, pelo que no momento do acolhimento, este facto pode ainda ser referido por alguns, como é o caso.

Todavia, para Ribeiro (2003, p.27) os sentimentos de insatisfação corporal, que decorrem da avaliação negativa dos desempenhos do próprio corpo, têm uma justificação mais complexa, estando associados a alguma perturbação afectivo-emocional. Talvez por esse motivo, as pessoas tenham consciência de que se sentem mal passando, nesse caso, o sintoma físico a ser percebido como algo que influi no bem-estar geral do indivíduo.

Esta preocupação, de acordo com Ribeiro (2003, p.28) refere-se ao funcionamento do corpo-organismo e significa, primordialmente, que existe uma consciência do corpo (das suas funções e dos seus desempenhos) e que nessa consciência podemos particularizar uma função ou uma zona do corpo que merece, no momento, a nossa atenção especial.

Da análise de conteúdo efectuada às entrevistas obtidas, pode verificar-se que, a par de **Sentimentos Positivos** e de **Sentimentos Negativos** vividos no acolhimento, verbalizados pelos idosos participantes, emergiram **Outras percepções**, na dimensão Auto-consciencialização que, não revelando necessariamente sentimentos positivos nem negativos, foram categorizados como outras percepções, sentidas no acolhimento ao internamento.

Uma das percepções referidas pelos participantes aquando do seu acolhimento foi o Conformismo/Aceitação do internamento:

“Há pessoas que, pronto, até gostam de estar ali, naquele ambiente, mas eu não, eu não gosto! Sei que quando for preciso, tem que ser. Não é assim? Quando for preciso tem que se ir, ou procurar as melhoras, ou... ficar pior, mas tem que se ir.” (E1: L53-56)

“(...) pronto, “Isto agora é para a frente!” Tinha de fazer tratamentos.” (E4:L51-52)

“Tinha de ser, eu tinha de ficar...” (E6:L14-15)

“(...) não posso fazer nada.” (E6:L45)

“O que tivesse de ser, era para mim.” (E7:L64-65)

“(...) mas fui porque estava com uma grande infecção e já não aguentava, tinha de ir para o hospital.” (E8:L5-6)

“(...) mas depois eu disse, ah, isto é para mim.” (E8:L31-32)

“Eu sabia que aquilo era para o meu bem.” (E9:L59)

Da leitura destas unidades de registo, pode depreender-se a coexistência de um sentimento de passividade e de alguma submissão a uma força maior inevitável, o internamento.

Embora, como já mencionado, a ansiedade e o receio, possam pautar o estado de espírito do idoso internado no momento em que é recebido num internamento, de acordo com Rodrigues (1999, p.10), o acolhimento é promotor de uma diminuição da ansiedade do utente e da aceitação da sua condição. Esta inferência pode, eventualmente, justificar o facto de alguns idosos acabarem por se acomodar, resignar ou aquietar ao serem acolhidos a um internamento, por reconhecerem nele um valor indeclinável e necessário para a sua cura.

Serra (2005, p.29), por outro lado, relaciona o conformismo revelado pelos utentes com a submissão ao saber técnico dos profissionais que o rodeiam no internamento. Para o autor, existe, por exemplo, uma clara supremacia do médico sobre o utente sendo o conhecimento científico o que lhe dá a legitimidade para actuar de modo superior.

Se interpretarmos esta aceção de um modo mais abrangente e não apenas à relação com os médicos pode conduzir o doente a um estado de passividade. A relação com os outros profissionais de saúde que detêm o saber técnico e científico, que o doente não domina, pode ser, de igual modo, potencialmente ameaçadora e promotora de uma atitude de aceitação e de conformismo.

O acolhimento suscitou, também, em vários dos participantes uma auto-consciencialização sobre a Sua situação de saúde:

“Vocês vão me levar daqui para fora porque eu penso que estou a ficar é pior.”
(E1:L7)

“Mas eu, na minha cabeça, estava muito mal, muito mal.” (E1:L35)

“De maneira que, eu sabia que não estava bem (...)” (E2:L16-17)

“(...) a cabeça estava que era uma desgraça e era as pernas.” (E3:L4)

“(...) depois de levar os tratamentos comecei a ficar um pouco melhor.” (E5:L8-9)

“(...) comecei a pensar “já no que eu estou.”” (E5:L14)

“Uma pessoa começa a pensar que já está adiantado na idade e que de um momento para o outro aparece uma coisa (...)” (E5:L46-47)

“(...) fui porque estava com uma grande infecção e já não aguentava (...)” (E8:L5-6)

“(...) quando eu cheguei lá, isso foi em Janeiro, eu não podia nada...” (E9:L31-32)

Na maioria dos casos apresentados, os idosos manifestaram uma percepção negativa sobre o seu estado de saúde, e esta percepção poderá, certamente, traduzir o facto do momento de acolhimento, realmente, tê-los feito reflectir sobre a proporção e gravidade da sua situação de saúde. De facto, os excertos aqui apresentados revelam a aceção que os idosos, naquele momento, teceram sobre o seu estado de saúde e, de modo paralelo, sobre o papel de doentes que se encontravam a assumir.

Para Duarte, (2006, p.37), é frequente que os doentes, a um determinado ponto, optem por assumir um papel que de algum modo lhes mantenha algumas prerrogativas, “(...) e que, como em tempos antigos, é o papel de doente, socialmente determinado mas gerador de algumas benesses capazes de mitigar alguns dos problemas com que se vê confrontado no seu dia-a-dia.” (Duarte, 2006, p.37)

Segundo o mesmo autor (2006, p. 37), o conceito de papel do doente, introduzido por T. Parsons, em 1948, enfatiza que a doença, para além de uma condição física e psicológica, não é um estado desestruturado, sem regulação social, ou seja, não é uma espécie de vácuo social. Ele acontece num contexto próprio, modelado por uma sociedade particular podendo revelar-se em ambientes que o incitem, no caso, o de internamento.

Embora, a partir da sua Constituição, a OMS apresente uma definição abrangente de saúde “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.” (OMS, 1948, p.1), para muitas pessoas, a perspectiva objectiva de saúde, de acordo com Duarte (2006, p.39), está relacionada com a oferta que a medicina apresenta à sociedade, querendo isto dizer que são frequentemente aplicados critérios de medida à saúde, valorizando-a como ausência de doença.

Sob este prisma, a estadia num serviço de internamento pode ser entendida como um meio para tratar a doença presente, ou não fosse o hospital muitas vezes percebido, de acordo com Cabral (2002, p.27), como a instituição onde se podem encontrar os indivíduos que padecem de patologias agudas.

Digamos que, o facto de o indivíduo apreender a realidade em que se encontra, no caso, a de estar hospitalizado, poderá levar o idoso a inculcar o papel de doente e a tomar consciência da sua real situação de saúde.

Na sub-categoria **Outras percepções**, a percepção verificada com maior prevalência, enquanto sentimento vivido no acolhimento, foi Pensamento na morte:

“Eu vou morrer aqui, eu vou morrer aqui (...)” (E2:L32)

“Daqui eu vou morrer. Com certeza que vou morrer. Daqui, é capaz de que eu morra.” (E4:L34-35)

“(...) já estou aqui para morrer”. (E4:L97-98)

“Posso estar chegando ao fim... Foi nisso mais ou menos que eu pensei (...)” (E5:L14)

“Éramos quatro irmãos, um mais novo que eu e os outros mais velhos e já tudo morreu, só eu é que estou vivo... (respira fundo.) Somos qualidade de durar pouco. “ (E5:L48-50)

“Ah, pensava, será desta? Será que vou morrer aqui? Agora, não me sentia mal para isso, mas pensei (...)” (E7:L43-44)

Sobre esta sub-categoria 1, interessa atentar no facto do pensamento na morte ter sido manifestado quer por idosos que, no geral, consideraram o acolhimento como uma experiência claramente negativa, quer por outros a quem a experiência se revelou fortemente positiva. Do mesmo modo, este pensamento foi efectivo tanto em doentes hospitalizados para tratamento de situações de saúde mais graves e agudas como noutros em situação de saúde estável e sem previsão de agravamento súbito. Este pormenor, no meu entender, acentua o carácter ambíguo e ecuménico desta sub-categoria 1, que pode ser interpretada sob várias ópticas, como abaixo se pode ler.

Objectivamente, “Qualquer que seja o carácter mais ou menos tumultuoso do caminho de cada pessoa, este conduz inevitavelmente à morte.” (Hesbeen, 2000, p.27). A morte, como refere Hesbeen (2000, p.27), está inscrita na natureza e a certeza da sua ocorrência é um dogma da humanidade, alvo de reflexões desde a origem do Homem no mundo. Todos nós, num momento ou noutro da vida, já pensamos sobre a morte.

Mas, para Silva, citando Morin (2006, p.22) a velhice é um estado peculiar de simpatia para com a morte, no sentido em que existe uma visão de proximidade e de proporcionalidade quase directa entre os actos de envelhecer e de morrer.

Para Silva (2006, p.34), no hospital, de um modo particular, os cuidados aos idosos colocam a questão do seu sentido: o da vida e da morte. Esta visão do hospital, no entender do autor, em muito se deve à percepção de que o local onde frequentemente se luta contra a morte, a pouco e pouco, se vem tornando também no lugar privilegiado de morte.

Cabete (2005, p.32), por sua vez, alude à visão de proximidade que o idoso pode tecer entre a hospitalização e a probabilidade de morte, ao referir que, para muitos idosos, a permanência prolongada na cama pode ser encarada como o princípio do fim.

A Incerteza relativa ao futuro foi uma sub-categoria 1, referida como parte de outras percepções:

"(...) pensando "vou melhorar, não vou melhorar", era sempre assim." (E1:L36-37)

"(...) e ali sentada, pensei "Credo, que vida vai ser a minha?"" (E1:L64)

"Cheguei lá acima e disse assim "Eu agora... agora vou estar aqui, ninguém sabe se eu vou ficar mal ou bem"" (E4:L25-26)

"Pensava "Ah, não sei quanto tempo vou estar aqui."" (E4:L97)

"Pensava "Ai meu Deus, o que é que isto vai ser daqui? Ai meu Deus, será que isto vai ser coisa para me consumir?"" (E8:L39-40)

O desconhecimento relativo ao futuro, enunciado pelos participantes como um receio em relação ao futuro, pode ser suscitado por várias situações, uma delas, a falta de comunicação eficaz entre técnicos e doente. Cabete (2005, p.21), refere que o doente internado precisa não só de receber informação, como de compreender aquilo que lhe é dito, reforçando, deste modo, a importância de técnicos e utentes falarem a mesma linguagem. Há que haver, pois, o cuidado de serem desmistificadas e devidamente esclarecidas todas as informações cedidas ao utente.

No entanto, entendida por Cabete (2005, p.28) como um acontecimento crise, supõe-se que a situação agudizada de doença, possa também, por si só, induzir a

pensamentos de incerteza relativa ao futuro, à ponderação sobre a real gravidade da doença, etc..

Tendo sido referidas, por vários idosos, como percepções vivida no momento de acolhimento, o Desconhecimento da decisão clínica de internamento e co-responsabilização pela decisão de internamento merecem uma reflexão particular:

“Eu pensei “É porque me vai consultar para aqui para outro lado, para o lado, agora para o lado dos quartos dos doentes.” Chego lá, vejo aquela gente, tudo na cama, tudo... “Que é agora isso? Mas eu, eu, não venho para aqui. Eu venho é a uma consulta (...)” (E2: 26-29)

“Veio, um enfermeiro ter comigo “O Doutor Y manda que a senhora fique internada”. “Internada? Eu não venho para me internar, eu venho é a uma consulta de urgência porque até...” (E2:L12-14)

“Ninguém me disse nada, eu fiquei à toa (...)” (E2:L50)

““A senhora vai sair quando o senhor doutor lhe der alta, a senhora está internada aqui.” “Internada? (levantando tom de voz) Eu vinha era a uma consulta e já estou aqui há tantos dias e eu estou internada, para quê?” (E2:L81-83)

“Eu não contava ir para ficar, não.” (E2:L120)

“O que eu pensei foi que não sabia do que ia decidir o doutor. Se ele vinha ter comigo e mandar-me para a cidade, que eu não queria ir para a cidade...” (E3:L38-39)

“Eu quando cheguei, pensava que ia só para o doutor, não sabia que ia ficar lá.” (E6:L16-17)

“Eu cheguei ao hospital, como lhe disse, pensando que ia ter só uma consulta. Não sabia que ia ficar.” (E6:L21-22)

“Era comigo a responsabilidade, não era com ele. Não era, agora, por força “Vais ficar aqui.” (E2:L125-126) – co-responsabilização

A justificação destas sub-categorias pode ser feita pelo seu reverso, isto é, pela justificação do motivo pelo qual os utentes lhes deram relevo, como aspectos que deviam ter sido cumpridos. E sendo duas sub-categorias 1 com significados e justificações distintas, acabam por associar-se, por terem uma relação de interdependência.

Actualmente, “O utente dos cuidados de saúde já não é considerado como um sujeito passivo (o paciente), num sistema inteiramente dominado pela medicina. Ele manifesta-se cada vez mais como um agente activo (actor social, o cliente), com o seu próprio sistema de valores, e capaz de escolhas diferentes e mesmo de oposição (Duarte, 2006, 15).

A mesma autora (2006, p.15) refere que as unidades de saúde, no dias que correm, deixaram de ter o monopólio da difusão do conhecimento referente à saúde e à doença, uma vez que os diversos veículos de informação, acessíveis à população, na sua generalidade, interferem nesse processo, dotando o indivíduo de um saber e de uma cultura própria. Este ganho individual de poder decisivo, em matéria de saúde, intitula-se por *empowerment*.

Prevalece, nas entrevistas analisadas, uma consciência de que, como apresenta Duarte (2006, p.17), a decisão em matéria de saúde deve ser racional, e partilhada entre as partes responsáveis, no caso, médico e utente. Este facto, consuma-se na constatação de que toda a pessoa possui um certo grau de cultura médica, para além de que, sendo beneficiário do princípio ético de autonomia, segundo o qual, como refere Serrão (*in* Archer, Biscaia e Osswald, 1996, p.79), a pessoa para dar o seu consentimento sobre qualquer acto médico que lhe seja aplicável, deve estar capacitada e ter competência para tomar decisões. O doente deve ser, então, o responsável último sobre as decisões que a si dizem respeito.

Ora, no CAPÍTULO II, Das entidades prestadoras dos cuidados de saúde em geral, da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto - Lei de Bases da Saúde, na Base XIV – Estatuto do doente do, referente aos direitos do doente pode ler-se, no ponto e), que os doentes têm o direito a “Ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado;”.

A par deste documento, a Carta dos Direitos do Doente Internado, publicada pelo Ministério da Saúde, da responsabilidade da Direcção-Geral de Saúde, no seu ponto 6, enuncia que “O doente internado tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde”, o que inclui e contempla o direito a ser informado sobre o seu diagnóstico, prognóstico, tratamentos a efectuar, possíveis riscos e eventuais tratamentos alternativos.

À luz desta interpretação, pode dizer-se que o desconhecimento da decisão clínica de internamento, que influi de forma considerável no doente, é um direito inalienável que

lhe assiste e que não pode, de modo algum, ser obviado, devendo, ao invés, ser reforçado e incentivado.

Do mesmo modo, cabe ao doente a decisão última sobre o seu internamento, pelo que estes dois aspectos mencionados carecem de ser efectivados e defendidos pelos profissionais, em prol do bem-estar e da defesa dos direitos do doente.

A última das sub-categorias referentes à dimensão **AUTO-CONSCIENCIALIZAÇÃO**, nomeadamente, **Sentimentos vividos no acolhimento**, foi **Sentir a falta de**.

No que concerne ao facto dos doentes verbalizarem “terem sentido falta de”, Silva (2006, p.33) menciona que o hospital, lugar da razão e da técnica provoca, realmente, no idoso um sentimento de alienação, por induzir ao afastamento entre o idoso e aqueles que conhece.

Rodrigues (1999, p.22) a este respeito, chega a referir que, a simples recepção da notícia de uma hospitalização significa uma interrupção na vida normal do indivíduo sendo, inclusive, ocasionalmente, causa de maior sofrimento que a própria doença.

Deste modo, ao ser hospitalizado, o doente é “(...) isolado e distanciado relativamente ao mundo que está para além das fronteiras do hospital ou do serviço de internamento onde se encontra.” (Serra, 2005, p.46)

Quanto àquilo que verbalizaram ter sentido falta, os idosos entrevistados referiram aspectos diversos, como Família, Irmã, Terra Natal, Casa e Todos. Começamos, então, pela explanação desta última sub-categoria 1:

“Custava-me estar longe de todos.” (E6:L40)

Neste caso, o idoso não particulariza ter sentido falta de ninguém, nem de nenhum aspecto em particular, mas de um modo geral de “todos”. Esta forma de expressar pode ser entendida como a enunciação da sua dificuldade em estar privado dos outros e em estar longe dos seus entes mais significativos.

Foi também afirmado o sentimento de falta de família e, nomeadamente, de uma irmã:

“E eu sentia-me, era assim, como eu já disse à senhora... Fora dos meus (...)” (E1:L35-36)

“(...) da minha irmã, aqui em casa sozinha. Lembro-me, eu lembrava-me muita vez dela e chorava. Não tenho vergonha de dizer que chorava com saudades dela.” (E4:L9-11)

Neste caso, o sentimento é claramente dirigido para a família, e numa das situações, especificamente para o sentir falta de uma irmã. De acordo com Rodrigues (1999, p.22), o afastamento da família e dos amigos é um factor agravante na vivência negativa do acolhimento. O autor chega a fazer um paralelismo directo entre estes dois factores, pelo que, como mencionam Ferreira e Valério (2003, p.11) ao iniciar o processo de acolhimento, e como forma de contornar este sentimento de perda, o enfermeiro deve, sempre que possível, permitir a presença de familiares do utente, para que a sua ansiedade seja atenuada.

Uma das idosas refere ter sentido falta da sua Terra natal:

“(pensava) Na minha terra.” (E6:L30)

Neste caso em particular, a utente entrevistada, não sendo natural, sequer, da localidade onde foi internada, poderá ter sentido, com maior intensidade, o factor ausência uma vez que, ao ser internada no CSN, não estando apenas afastada da sua família, estava também privada da sua terra natal, da sua casa e de qualquer pessoa que lhe fosse conhecida.

A maioria dos idosos referiu Casa como sub-categoria 1 mais prevalente à categoria **Sentir a falta de:**

“(rezava) para Ele me dar as melhoras, (...) que melhorasse-me, para eu vir para a minha casa.” (E3:L33)

“(pensava) na minha casa.” (E6:L30)

“Eu pensava na minha casa (...)” (E6:L37)

Para Melo (2005, p. 76), grande parte das preocupações manifestadas pelos doentes ao serem hospitalizados não se direccionam apenas para o hospital, o medo de ter uma doença grave ou o internamento, mas para a sua família e para a sua casa.

Uma vez que é em casa que o indivíduo reúne os restantes aspectos mencionados de que pode sentir falta, pode dizer-se que, de modo transversal, sentir falta de casa afigura-se como sentimento mais globalizante incorporado nesta sub-categoria 1 uma vez que, neste caso, se estivesse em casa, o idoso estaria, por consequência, na sua terra natal, perto de tudo e de todos quantos lhe são significativos.

5.3. DIMENSÃO: HÉTERO-CONSCIENCIALIZAÇÃO

A consciencialização orienta-se, também, para realidades exteriores ao próprio sujeito, fundamentando-se na percepção do que é exterior ou extrínseco ao ser humano. “A percepção é mais do que a apreensão das qualidades sensíveis do objecto. É um processo cognitivo complexo, inevitavelmente associado a fenómenos afectivo-emocionais (por vezes intensos) e a juízos de valor (Ribeiro, 2003, p.61). Segundo o autor (2003, p.61), perceber é, então, dar sentido às coisas, ou numa palavra, compreendê-las.

Da análise dos dados recolhidos, foi possível categorizar a hétero-consciencialização em quatro categorias distintas, referentes, respectivamente, a: Ambiente em que decorreu o acolhimento, Espiritualidade, Outras pessoas e Situações. Esta última categoria será a primeira a ser exposta.

Quadro V – Hétero-consciencialização: Situações

Dimensão	Categoria	Sub-categoria	Sub-categoria 1	Sub- categoria 2
HÉTERO-CONSCIENCIALIZAÇÃO	Situações	Finalidades da acção do enfermeiro que acolheu	Intervenção Técnica	Avaliação de Sinais Vitais
				Administração de Terapêutica
				Realização de penso
				Exame Físico
			Possibilitação de informação	Apresentação do serviço de internamento e sua estrutura/orgânica
				Acompanhamento ao quarto/unidade
				Notificação da decisão clínica de internamento
			Relação estabelecida	Positiva
				Negativa
			Comunicação/Relação concomitante à realização de técnicas	
		Efeito do Acolhimento no Idoso	Aspectos Positivos	Bom
				Sem críticas a apontar
				Gostar de ser recebido/Ser bem recebido
			Aspectos Negativos	Difícil
				Mau /Correr mal
				Não se dar bem
				Internamento forçado
				Recusa
				Vingança
				Azar
				Custoso
			Momento excepcional	

Situações

Da análise dos relatos obtidos, pode notar-se que, ao narrarem as vivências verificadas aquando do momento de acolhimento, os idosos manifestavam uma consciência relativa a vários acontecimentos. Pode notar-se uma ênfase do papel do enfermeiro que realizou o acolhimento e, paralelamente, do efeito que a experiência de ser acolhido provocou no idoso.

Estas duas maneiras de compreender o acolhimento originaram a definição de duas Sub-categorias: Efeito do Acolhimento no Idoso e Finalidades da acção do enfermeiro que o acolheu. Passemos, pois, a explorar esta última Sub-categoria.

Finalidades da acção do enfermeiro que acolheu

Ainda, como integrantes desta Sub-categoria, foram identificadas como Sub-categoria 1: Intervenção Técnica, Possibilitação de Informação, Relação Estabelecida e Comunicação/Relação concomitante à realização de técnicas.

Curiosamente, da interpretação desta Sub-categoria, pode salientar-se uma distinção explícita entre duas vertentes da acção do enfermeiro. Isto é, os idosos, ao reconhecerem a função desempenhada pelo enfermeiro que foi responsável por acolher o doente, distinguem, de forma perfeitamente identificável, a prestação de cuidados técnicos realizados pelo enfermeiro do desempenho de cuidados de cariz mais relacional, digamos assim.

Ocorre, deste modo, quase que um espalhar entre as duas vertentes do acto de cuidar exercido pelo enfermeiro que nos leva a crer, na maioria dos casos, que as duas formas de acção não ocorreram em simultâneo mas tiveram lugar independentemente uma da outra. Esta forma dos idosos apreenderem o cuidado técnico dissociado de um cuidado relacional, pode ser justificada, por exemplo, pelo facto de entenderem o cuidado técnico como mostra da competência profissional do enfermeiro, como abaixo se pode ler.

Intervenção Técnica foi uma das finalidades da acção do enfermeiro identificadas pelos idosos entrevistados. O facto de os idosos terem valorizado este aspecto, pode estar

relacionado com o facto de, como afirma Duarte (2006, p.32), o modelo biomédico ainda ser um modelo de representação de saúde/doença dominante nas sociedades ocidentais onde “(...) a doença é definida em função da alteração de parâmetros biológicos” (Duarte, 2006, p.32).e

Para este autor, “(...) o modelo biomédico de concepção da doença exprime-se no paradigma da modernidade em alguns traços importantes que são: o considerar a doença como disfunção de corpo humano, conceptualizado como uma “máquina bioquímica””. (Duarte, 2006, p.32). Esta visão da doença pressupõe que o seu tratamento seja, de igual modo, assente na “reparação da máquina” ou no uso da técnica que tende “(...) efectivamente a tratar o corpo como um objecto desprovido de valor simbólico, mera estrutura de órgãos e funções que se pode decompor em peças.” (Ribeiro, 2003, p.33)

De acordo com Collière (1999, p.95), a procura do desenvolvimento profissional orienta-se fortemente para a hipertecnicidade. E esta tendência, para além de motivar uma valorização profissional na técnica traduz, socialmente, a visão de que a habilidade técnica é fulcral e basilar à acção de enfermagem.

Esta visão da competência técnica do enfermeiro, como refere Collière (1999, p.95), pode, por efeito grave, conduzir à sobrevalorização dos cuidados de enfermagem que exigem essa hipertecnicidade, em detrimento de outros cuidados humanizantes elementares. Por outras palavras, “A hipertecnicidade e o saber altamente especializado são, também, uma expressão do poder redutor dos cuidados.” (Almeida, *in* Costa *et al.*, 1999, p. 68)

A intervenção técnica revelada pelos idosos participantes neste estudo subdivide-se, ainda, em várias vertentes, correspondentes, cada uma, a uma Sub-categoria 2 e que são, respectivamente: *Exame Físico*, *Realização de Penso*, *Administração de Terapêutica* e *Avaliação de Sinais Vitais*.

Relativamente à Sub-categoria 2 *Avaliação de Sinais Vitais*, os participantes referiram:

“Ela foi-me ver, como é que eu estava, foi-me ver a tensão (...)” (E3:L18)

“Foi só a tensão que ela me viu.” (E3:L22)

“(...) a primeiro, ela estava ao pé de mim. Para me dar os vapores na cara e para ver a tensão sempre.” (E3:L48-50)

“Viu-me a tensão, como é que ela estava e depois ia lá para o seu lugarinho.” (E3:L54)

“Com certeza que me viram a tensão, foi! Viram-me a tensão, os diabetes logo que cheguei, já se sabe, viram aquilo que tinham que ver para saber como é que eu estava.” (E9:L22-23)

“(...) ela voltou logo, então esteve-me a ver tudo. Diabetes, a tensão, tudo.” (E9:L43-44)

Em todos os casos apresentados, referindo-se à avaliação de sinais vitais que lhes foi efectuada, os idosos referem ter-lhes sido avaliada a Pressão Arterial, e em dois casos, também, a Glicemia Capilar. A última unidade de registo apresentada, deixa em aberto que outros parâmetros terão sido avaliados, uma vez que o idoso se refere, de modo algo vago, ao facto de lhe terem avaliado “tudo”.

De modo relevante se pode constatar que, novamente, os cuidados de cariz mais técnico e mecanicista são valorizados, em detrimento de outros que não chegam, sequer a ser especificados.

Esta constatação pode pressupor o entendimento de que “Os procedimentos de cuidados realizados durante o período de internação, considerados simples e rotineiros para o profissional, nem sempre têm este significado para o paciente idoso.” (Lenardt *et al.*, 2007, p.739).

A par da avaliação de sinais vitais, a *Administração de terapêutica* foi outra intervenção técnica referida pelos idosos tendo sido, também, a mais mencionada nesta Sub-categoria:

“Não tive mais nada com ele senão depois quando foi a medicação, é que me foi dando a medicação para eu tomar (...)” (E1: L61-62)

“A diferença que eu tive lá, foi que eu nunca tinha levado insulina e lá deram-me duas injeções de insulina na barriga. Que foi a primeira coisa, quando eu cheguei lá (...)” (E2:L84-86)

“Foi as tais injecções. Eu penso que foi logo no primeiro dia que eu levei essas duas injecções seguidas e de resto, foi os comprimidos que eu tomava aqui (em casa).” (E2: L106-107)

“Ela sentou-me, ela botou-me o vapor na cara (...)” (E3:L6)

“Eu fui internada de noite e, a primeiro, ela estava ao pé de mim. Para me dar os vapores na cara e para ver a tensão (...)” (E3:L48-49)

“Ele falou para o médico e ele mandou logo que eu fosse levando oxigénio. Levei oxigénio (...)” (E5:L5-6)

“Depois aí, acolá, tive com aparelhos ligados com soro e mais para a respiração, para aliviar os meus pulmões.” (E5:L7-8)

“Quando cheguei, então foi um enfermeiro que foi ter comigo e ele deu-me logo medicação (...)” (E7:L48-49)

“Eu comecei logo a levar insulina, foi isso que me fizeram então, deram-me logo insulina para eu começar a levar.” (E9:L17-18)

“Comecei logo a levar soro, uns balões seguidos.” (E9:L48-49)

Segundo Morris (in Phipps, Sands e Marek, 2003, p.98) com a idade, aumenta o consumo de medicamentos, sendo este consumo mais prevalente em idosos do que em adultos de meia-idade, comparativamente. Esta situação relaciona-se, em grande parte, com o facto dos idosos, em geral, padecerem de mais doenças crónicas.

Uma vez que, na situação inicial do internamento, é muitas vezes necessária a compensação imediata da homeostasia corporal, no momento de acolhimento, muitas vezes, a administração de medicação, por implicar vias mais invasivas ou procedimentos a que o idoso não costuma ter acesso em casa, poderá ser reconhecida como uma acção importante.

A *Realização do penso* foi outra intervenção técnica mencionada pelos participantes:

“(...) depois, foi o tratamento.” (E4:L22)

“Logo, o enfermeiro, foi logo tratamentos.” (E4:L45)

“Só depois, então é que veio um enfermeiro ter comigo. Lembro-me que o enfermeiro esteve-me limpando isto, esteve-me fazendo o tratamento e tudo, na altura que eu cheguei lá.” (E8:L17-19)

Como etapa subsequente ao acolhimento, como referem Cardoso e Pinto (2002, p.11), toda a preocupação se focaliza para o tratamento. Neste caso, a realização do penso à ferida de cada um dos utentes.

Exame Físico foi o último aspecto referido como parte da intervenção técnica do enfermeiro que realizou o acolhimento:

“Uma enfermeira é que foi ter comigo. Ela foi me ver, como é que eu estava (...)” (E3:L17-18)

“(...) ela teve vendo a minha perna e tudo (...)” (E8:L60)

“(...) viram aquilo que tinham que ver para saber como é que eu estava.” (E9:L23)

“(...) eu toquei na campainha, ela voltou logo, então esteve-me a ver tudo.” (E9:L43-44)

Uma primeira fase de contacto com um doente que procura cuidados de saúde implica, sempre, como referem Thompson, Melia e Boyd (2004, p. 161), o tomar nota dos dados do paciente, seguindo-se um exame físico e, caso necessário, várias análises e testes.

Da Sub-categoria referente às finalidades da acção do enfermeiro que acolheu, emergiu a Sub-categoria 1, Possibilitação de informação:

Relativamente à mesma, pode dizer-se que de entre as entrevistas efectuadas, foi possível identificar a percepção de que o enfermeiro que realizou o acolhimento foi, também, responsável por ceder toda a informação considerada importante no momento em que recebeu o doente ao serviço de internamento. Não só informação relativa ao estado de saúde do doente, como refere Rodrigues (1999, p.18), mas toda a informação relevante naquele momento.

Para Collière (1999, p.152), o enfermeiro é, inclusive, uma fonte de informação essencial capaz de “(...) discernir a necessidade de cuidados não técnicos, avaliando a ajuda

a prestar, enquanto contribui para relativizar os cuidados técnicos ou para facilitar a sua compreensão, ou mesmo a sua aceitação.” (Collière, 1999, p.152).

A informação tida como relevante para os idosos entrevistados relacionou-se, entre outras, com a *Apresentação do serviço de internamento e sua estrutura/orgânica*:

“Quando cheguei, disseram-me onde era o meu quarto, a sala, essas coisas todas.”
(E1:L19)

“Eu cheguei e ela, antes disso perguntou “É o doente M?” e eu “É sim senhor.” Perguntou-me se eu ia para o quarto de pé, mas como eu estava também com o problema nas pernas que, como já disse, eu não andava, eu disse “De maneira nenhuma.” “Então, espere um bocadinho que eu vou buscar uma cadeira de rodas.” Não tardou nada, ela foi buscar a cadeira de rodas e eu cheguei ao quarto de cadeira de rodas. Chegamos ao quarto e ela disse “Aqui está o seu quarto, a sua cama e a cama para a sua esposa. O senhor se precisar, durante a noite, ou mesmo de dia, para qualquer coisa que precise, pode-me chamar por este botão, aqui tem também um telefone, se precisar”” (E9:L34-42)

“O que é certo é que era a enfermeira, foi a enfermeira que me disse qual era o meu quarto, e eu fiquei numa enfermaria.” (E9:L74-76)

De acordo com Rodrigues (1999, p.31), o conhecimento da estrutura da unidade, como das actividades que diariamente lá se prestam, ajudará o doente a sentir-se mais à vontade na sua nova situação. Encontrando-se, subitamente, num local onde tudo lhe é desconhecido, qualquer informação e esclarecimento sobre o local onde irá permanecer poderá ser, para o idoso, uma mais-valia à sua aquietação.

Ferreira e Valério (2003, p.11), a este respeito, mencionam que “(...) o acolhimento de enfermagem permite aos enfermeiros dar informações sobre (...) aspectos da organização da instituição e do serviço que deve conhecer para se sentir seguro.” Sendo que, no acto de acolhimento de enfermagem, deve haver, como defende Hesbeen (2000, p.183), uma preocupação encetada pelo enfermeiro para apresentar ao doente o ambiente e o funcionamento do serviço.

Mas, para além desta função óbvia associada ao acto de apresentar ao doente o serviço de internamento e dar-lhe a conhecer a sua estrutura e orgânica, esta acção deve

ser também reconhecida como um meio indirecto de fomentar o diálogo e a relação entre enfermeiro e doente, não devendo, de todo, ser obviada ou preterida para segundo plano.

Mencionada, pela maioria dos idosos, como acção do enfermeiro facilitadora de informação, o *Acompanhamento ao quarto/unidade* representa outra das Sub-categorias 2 identificadas:

“Quando cheguei, disseram-me onde era o meu quarto (...)” (E1:L19)

“Mas pronto, eles deram-me o quarto, fui pondo as minhas coisas, e pronto, fiquei ali.” (E1:L34-35)

“(...) eles colocaram-me no meu lugar, no sítio que eu ia ficar e pronto.” (E1:L61)

“Quando cheguei, foi o tal enfermeiro (...) Levou-me lá para aquele quarto, que tinha duas senhoras de idade, as duas com oitenta e tal anos. Eram três velhas de oitenta e tal anos.” (E2:L170-172)

“Estava lá a senhora enfermeira, ela levou-me (...)” (E3:L4-5)

“Ela levou-me para o quarto, de maneira que eu fui. Fui para a última de lá.” (E3:L46-47)

“(...) foi uma enfermeira, foi uma enfermeira. Foi para o quarto comigo (...)” (E4:L21-22)

“(...) depois eles levaram-me para cima para os quartos de internamento.” (E5:L6-7)

“A enfermeira que me levou ao meu quarto, disse-me onde era o quarto, e deixou subir, um pouco, a minha filha.” (E6:L50-51)

“Estive logo na consulta, ali na urgência e então fiquei internada. Levaram-me para o internamento (...)” (E7:L15-16)

“Depois, de lá, eles mandaram-me para cima.” (E8:L19-20)

“Levaram-me para o meu quarto, mostraram-me qual era minha cama para eu saber quando me quisesse deitar e tudo...” (E8:L26-27)

Ferreira e Valério (2003, p.12) reforçam que durante o acolhimento, o enfermeiro deve familiarizar o utente com o espaço físico, acompanhá-lo ao quarto e explicar a forma de utilização de materiais e equipamentos de que se possa ver rodeado. Esta atenção por

parte do enfermeiro pode servir como uma poderosa forma de desmistificação do ambiente estranho que rodeia o idoso durante o seu período de internamento.

Uma das idosas releva o facto de, no momento de ser acolhida, ter recebido a oficial *Notificação da decisão clínica de internamento*:

“Então ela disse: “Ela vai ficar aqui.”” (E6:L51)

Esta unidade de registo corresponde ao caso em que a uma das entrevistadas foi dada oportunidade de ser acompanhada pela filha no acolhimento ao internamento. Neste momento, a enfermeira informa a filha da idosa de que iria ficar internada, facto que parece ter sido para ela, igualmente desconhecido, até à ocasião.

Este aspecto foi evidenciado apenas por uma das entrevistadas, o que poderá ser entendido como um caso de excepção, presumindo-se, por isso, que os restantes utentes já sabiam previamente que iam ficar internados.

Como Sub-categoria 1, a Relação estabelecida foi reconhecida como uma das finalidades da acção do enfermeiro que acolheu.

A relação enfermeiro-doente, já anteriormente descrita como elemento fundamental, inerente à profissão de Enfermagem, tornam-se o eixo dos cuidados, “(...) no sentido em que é, simultaneamente, o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detém em si própria um valor terapêutico.” (Collière, 1999, p.152).

Ao acolher, como menciona Hesbeen (2000, p.183), é função do enfermeiro apresentar-se, indicando o seu nome e função e ceder tempo para sossegar o doente e as pessoas que o acompanham. Para o autor, é nesse momento que começa “(...) uma tentativa de cativação recíproca.” (Hesbeen, 2000, p.183).

A esta Sub-categoria 1, corresponderam duas Sub-categorias, que corresponderam, designadamente, ao facto de alguns idosos terem considerado a relação como *Positiva* e outros, *Negativa*.

A salientar uma relação estabelecida com o enfermeiro que acolheu *Positiva*, apresentam-se as seguintes unidades de registo:

“Lembro-me que trabalhavam lá enfermeiros e enfermeiras, mas quem falou mais comigo e quando eu cheguei, era um enfermeiro. Pronto, ele falava muito bem comigo (...)” (E1:L44-46)

“Ela disse, “Sim senhora, agora a senhora está aqui com a gente, a gente vai tratar da senhora é aqui.” E eu, então, sentia-me bem-disposta porque ela deixou-me tão bem-disposta. (E8:L54-56)

“E a enfermeira que falou primeiro comigo disse-me o senhor aqui não se inquieta nada (...)” (E9:L32-33)

Destes excertos das entrevistas pode antever-se uma apreciação favorável de várias atitudes relacionais do enfermeiro para com o doente, desde a demonstração de interesse, à efectivação de uma comunicação agradável, sem descurar a transmissão de uma atitude de calma.

Segundo Almeida (in Costa, 1999, p.82), “As atitudes positivas como o respeito, a reciprocidade e o interesse, retardam os processos de deterioração das funções cognitivas e ajudam a pessoa idosa a conservar a sua autonomia funcional.”

No entanto, com maior expressividade, foram mencionadas pelos idosos considerações *Negativas* referentes à relação estabelecida com o enfermeiro que acolheu:

“Mas quando cheguei, falaram pouco comigo.” (E6:L5-6)

“Falaram pouco comigo e eu gostava que tivessem falado mais.” (E6:L8)

“Isto são umas gentes que não falam.” (E6:L10)

“Eu não gostava porque tinha pouca gente para falar.” (E6:L21)

“A enfermeira era calada, pouco aparecia. Não me perguntava nada...” (E6:L54-55)

“Eu parecia-me que estivesse desprezada. Fiquei lá, sozinha num quartinho. Depois, aquela senhora veio (enfermeira) “A senhora não fala?” “Eu não tenho com quem fale, com quem é que hei de falar?”” (E6:L64-66)

Como se pode constatar, pela leitura dos excertos apresentados, a classificação da relação estabelecida com o enfermeiro que acolheu como uma relação de teor negativo foi justificada, em todos os casos, pelo facto de ter havido pouca comunicação verbal com o enfermeiro que acolheu.

Melo (2005, p.69), no seu estudo sobre o impacto psicológico da informação ao doente sobre a sua situação clínica, desenvolvido no âmbito da sua Dissertação de Mestrado em Comunicação de Saúde, estabelece uma correlação entre o descontentamento sentido por muitos utentes hospitalizados e a quantidade e qualidade de informação que recebem dos técnicos de saúde.

Para a autora (2005, p.153), verifica-se um descontentamento significativo dos doentes, relativamente à informação que lhes é fornecida. Representando este desagrado uma lacuna a ser contornada, uma vez que “O nível de satisfação dos clientes é naturalmente importante, não só porque corresponde a um direito que lhes assiste, mas também porque constitui uma importante determinante da adesão ao tratamento.” (Melo, 2005, p.69).

Em muitos casos, diz a mesma autora (2005, p.51), a falta de comunicação aparece associada ao facto de os doentes não quererem imiscuir-se no trabalho dos enfermeiros quando estes se manifestam atarefados. “Um das queixas mais frequentes no hospital centra-se na relutância dos doentes em fazer perguntas a um técnico de saúde que exhibe sinais de estar ocupado.” (Melo, 2005, p. 51)

De acordo com Jorge (2004, p.80), a comunicação, um factor amplamente apreciado pelos idosos, é um dos atributos essenciais dos enfermeiros, abrangendo o estudo das situações físicas, psíquicas e sociais que lhe são inerentes.

E para levar a cabo uma comunicação eficaz, de acordo com a mesma autora, (2004, p.81) o enfermeiro deve saber ouvir, identificar os sentimentos da pessoa com quem comunica, utilizar técnicas de comunicação, como o silêncio, a reflexão, a receptividade, o esclarecimento e ser coerente nas suas mensagens. Estas técnicas e faculdades inerentes a uma comunicação eficaz, devem ser colocadas em prática pelo enfermeiro sempre que se relacione com o utente e, especialmente, quando são realizadas técnicas que carecem de ser desdramatizadas ao doente.

Resumidamente, a um nível comunicacional e de relação, é importante que o enfermeiro seja capaz de colmatar as expectativas do doente, pois “A adopção de atitudes

negativas por parte dos enfermeiros, não faz mais que aumentar os problemas cognitivos dos idosos.” Almeida (in Costa, 1999, p.82)

Dois dos idosos entrevistados, contrariando a tendência identificada dos idosos dissociarem a prática técnica dos enfermeiros que foram responsáveis pelo acolhimento da componente relacional, revelaram a comunicação estabelecida entre si e enfermeiro que acolheu como sendo um acontecimento simultâneo à realização das técnicas, facto que originou a denominação da Sub-categoria 1, Comunicação/Relação concomitante à realização de técnicas:

“Ele disse-me que eu ia começar a levar um tratamento, explicou o que eu ia tomar, o que não ia tomar, essas coisas assim.” (E1:L48-49)

“Depois, quando chegou a enfermeira, a dizer o que é que eu tinha, o que é que me iam fazer de tratamentos (...)” (E8:L58-59)

Carvalhais e Sousa (2007, p.596), apontando para os resultados do seu estudo exploratório sobre os comportamentos dos enfermeiros e impacto em doentes idosos em situação de internamento hospitalar, referem que os idosos hospitalizados apreciam positivamente os comportamentos dos enfermeiros que garantem a execução das técnicas num contexto de amabilidade e carinho, disponibilidade e preocupação.

Mas, não obstante essa constatação, importa reflectir um pouco sobre a particularidade que esta Sub-categoria suscita. Como anteriormente mencionado, para a maioria dos idosos, a vertente relacional revelada pelos enfermeiros era um factor distinto e dissociado da intervenção técnica destes profissionais. Mas, para dois dos entrevistados, um elemento foi associado ao outro revelando alguma interdependência recíproca.

Ora, naturalmente, o aparato que o idoso apreende da técnica poderá suscitar a curiosidade e algum nervosismo nos implicados na execução da mesma e, naturalmente, naqueles que serão a ela submetidos, o que pode ser motivo suficiente para que o idoso o apreenda como um acto isolado de qualquer componente da relação. Por outro lado, a componente relacional é identificada de modo mais circunspecto à comunicação estabelecida entre o doente e o enfermeiro.

Esta percepção das duas realidades como distintas, primeiramente, poderá revelar um entendimento tecnicista da saúde, ainda pautado por um modelo biomédico, o que não significa, necessariamente, que o enfermeiro se tenha dedicado apenas e só ao cumprimento de um cuidado técnico, privado de qualquer relação humana concomitante. Mas pode, sim, manifestar a importância atribuída pelos idosos a esta vertente do acolhimento.

A realização de qualquer procedimento de teor técnico poderá, estar a ser apreendida como um momento importante na vivência global do acolhimento. Não admira, portanto, que seja tão destacada pelos idosos participantes neste estudo.

As entrevistas efectuadas aos idosos, puderam, ainda destacar uma consciência extrínseca relativa ao **Efeito do Acolhimento no Idoso**. Esta Sub-categoria revela, pois, os aspectos, quer positivos, quer negativos, que o facto de terem sido acolhido pelo enfermeiro, suscitaram nos participantes deste estudo.

O acolhimento reproduz uma série de Aspectos Positivos, afigurando-se como “(...) uma primeira etapa indispensável que permite ao doente aceitar melhor a sua hospitalização.” (Rodrigues, 1999, p.21). A Sub-categoria 1, referente a aspectos positivos, verificou o predomínio de referência comparativamente à Sub-categoria 1 relativa a aspectos negativos. Deste modo, e tendo sido mencionada por grande parte dos participantes, o efeito do acolhimento nos idosos foi entendido como *Bom*:

“E eu sentia-me bem, porque pensava que ia ficar boa. Sentia-me bem.” (E1:L49-50)

“Aquilo é tudo muito bom (...)” (E2:L32)

“E fiquei, e fiquei! E foi bom.” (E4:L45)

“(...) correu tudo bem (...)” (E4:L52)

“(...) e foi uma boa solução. Foi muito bom, foi.” (E4:L147)

“Ah, eu... achei bem.” (E5:L3)

“Fui, na minha opinião, fui mais ou menos bem atendido.” (E5:L22-23)

“Foi bom. Tudo bom.” (E7:L60)

“Foi bom, o princípio e os quinze dias lá, foi tudo bom.” (E7:L74)

O internamento, de acordo com Serra (2005, p.53), pode ser percebido por alguns doentes como um momento de satisfação. Essa valorização positiva do internamento, focalizada no momento do acolhimento, em muitos casos, deve-se ao reconhecimento de uma qualidade de vida no serviço de internamento a que os idosos não teriam acesso, caso estivessem no seu domicílio. No caso específico dos idosos entrevistados, creio que a valorização do acolhimento, designadamente, como bom poderá ter surgido do reconhecimento de uma atenção e de um cuidado que lhes foi dispensado e que apreciaram.

Alguns dos idosos referiram que o efeito do acolhimento não lhes suscitava motivo para apreciações negativas, pelo que o classificaram como uma experiência à qual se mantinham *Sem críticas a apontar*:

“Nunca tive nada que dizer, das comidas ... nem de nada...” (E1:L12-13)

“Mas não tive nada que dizer.” (E1:L15)

“(...) nunca tive razão de queixa de estar lá.” (E1:L42)

“A situação não me provocou, não me provocou nada” (E1:L52)

“(...) não tive que dizer de ninguém” (E4:L4)

“(...) não tive que dizer de ninguém. Não tive que dizer de nada daquele hospital.”
(E8:L57-58)

“(...) não tinha que dizer nada (...)” (E9:L52)

Nos casos supra apresentados, pode notar-se a coexistência de uma posição de quase neutralidade que foi conotada como aspecto positivo. Esta posição ilustra não só uma postura de abstenção a comentários lesivos mas, igualmente, uma atitude latente de não se querer envolver. Em qualquer dos casos, defende-se que o acolhimento não foi uma experiência negativa e não suscitou considerações destrutivas.

Hesbeen (2000, p.2), referindo-se à percepção que os utentes têm da eficácia dos cuidados, menciona que eles até estão bastante satisfeitos com as competências e os níveis de eficácia dos profissionais. Segundo o mesmo autor, os doentes “(...) quase não criticam o desconforto, as promiscuidades do hospital, as atmosferas carregadas de miasmas (...) De

facto, os doentes temem aquilo que pode concorrer para a alienação da sua liberdade” (Hesbeen, 2000, p.3).

Parte dos entrevistados, referiram que o acolhimento, como aspecto positivo lhes tinha deixado a impressão de *Gostar de ser recebido/ser bem recebido*:

“Fui muito bem aceite (...)” (E1:L42)

“Fui bem atendido, no internamento, fui bem atendido pelas pessoas de lá (...)”
(E5:L76-77)

“(...) fui, fui bem atendido naquele lugar. Fui bem atendido, sim senhor.” (E5:L85-86)

“(...) eu fui bem atendido, então!” (E5:L93-94)

“(...) gostei de ser recebida, fui sempre bem tratada.” (E7:L38)

“Gostei de ser recebida e cuidada lá pelos enfermeiros (...)” (E7:L40)

“Mas eu digo a toda a gente, eu fui tão bem atendida naquele hospital, que às vezes até me dá como que saudades daquela gente. Isto é verdade, eu gostei deveras.” (E8:L6-8)

“(...) fui muito bem recebida.” (E8:L49)

Para Cardoso e Pinto (2002, p.12) receber bem depende, em muito, da competência relacional dos enfermeiros. Do mesmo modo, pode inferir-se que, ao ser bem recebido, o idoso valoriza a acção do enfermeiro no papel de responsável pelo acolhimento.

Mas a percepção de que o acolhimento se traduziu numa experiência agradável para o idoso pode não ter sido consumada apenas consequentemente à sua ocorrência. De facto, esta percepção pode ter contornos antecedentes ao próprio acto.

De acordo com Morrison, citado por Serra (2005, p.53), a capacidade dos indivíduos preverem um contexto desagradável, torna esse contexto mais tolerável. Esta constatação pode, de certo modo, justificar o facto de os idosos terem gostado de ser recebidos, no sentido em que, percebendo uma realidade que os agradou classificam, em geral, a experiência vivida como positiva e agradável.

Foram identificados, igualmente, pelos idosos, Aspectos Negativos provocados pela experiência de ser acolhido. Conforme referem Carvalhais e Sousa (2007, p.598), as alterações inerentes às hospitalizações acabam por, nos idosos, ter efeitos mais graves que

na população em geral. Hospitalização, para os autores (2007, p.598), impõe uma alteração no ritmo e no contexto de vida o que, indirectamente irá trazer modificações no ritmo de descanso e de sono dos idosos, que pode chegar a provocar, nalguns casos, desorientação.

As mesmas autoras (2007, p.599) reforçam, inclusivamente, que uma hospitalização reforça os sentimentos negativos do idoso, tendendo a remetê-lo para uma postura mais passiva e regressiva. Por esses motivos exemplificativos, o internamento hospitalar pode ser entendido de forma negativa levando o idoso a revelar que o efeito do acolhimento se traduziu em vários aspectos negativos, como por exemplo, ter sido difícil, forçado, ter corrido mal, etc..

Difícil, foi a Sub-categoria 2 mais identificada pelos idosos, no entendimento de que o acolhimento lhes tinha suscitado alguns efeitos negativos. Ora, pela proximidade de significado e pela similitude interpretativa desta Sub-categoria 2 com a outra análoga, *Custoso* as duas são, de seguida, justificadas conjuntamente:

“Aqueles dias para mim foram um purgatório.” (E1:L26)

“Foi difícil para mim, foi muito difícil (...)” (E2:L120)

“Para mim foi difícil. A primeira vez que eu entrei no hospital e que estive uns dias, foi difícil.” (E2: L136-137)

“Para mim foi difícil (...)” (E3:L35)

“Foi muito difícil, mesmo. Muito difícil mesmo!” (E4:L35-36)

“Já se sabe que foi, foi difícil.” (E4:L142)

“Para mim foi muito difícil.” (E6:L24-25)

“Ali custou-me tudo, tudo. Custou-me tudo.” (E6:L34)

“Por isso, custou-me tudo.” (E6:L36)

“(...) custava-me ficar ali.” (E6:L37)

“Do ponto de vista psicológico, o internamento hospitalar constitui-se como um momento que gera sentimentos de intensidade bastante marcada, (...) como a sensação de isolamento, deslocalização e desespero, choque, negação, vergonha ou culpa, nervosismo (...)” (Serra, 2005, p.53). Estes sentimentos, quando reunidos, poderão traduzir a percepção do acolhimento ter sido um momento difícil e custoso para o idoso.

Dois dos participantes referiram que o acolhimento foi *Mau/Correr mal*:

*“(Como viveu o acolhimento feito pelo enfermeiro ao chegar ao internamento?)
Achei mal.”* (E1:L23-25)

“Foi mal, foi tudo mal.” (E2:L180)

Para Serra (2005, p.52), ao ser confrontado com o primeiro internamento, na maioria das situações, este momento constitui-se como um momento desagradável e promotor de insegurança pelo que, para muitos idosos, pode ser classificado como uma má experiência ou como uma situação que correu mal.

Um dos idosos referiu como aspecto negativo suscitado pelo acolhimento o facto de *Não se dar bem*:

“Não me achei nada bem.” (E1:L26-28)

O uso desta expressão tipicamente açoriana traduz um sentimento de estranheza perante a vivência do acolhimento. Ao referir que não se achou bem, o idoso pretende, pois, transmitir que o acolhimento teve para si um efeito negativo.

A integração de um doente no sistema hospitalar pode corresponder “(...) a um processo de socialização, em que o indivíduo tem de adoptar o papel de doente, e funcionar de acordo com as expectativas dos técnicos de saúde (...)” (Melo, 2005, p. 75) e este processo deve muito à capacidade de adaptação de cada um, pelo que, sob essa perspectiva, é muito natural que o acolhimento não seja entendido do mesmo modo por todos os idosos e possa ser, até, causador de uma certa inquietação para alguns.

Dois dos entrevistados vão mais além da definição do acolhimento como causador de alguma estranheza chegando, inclusivé, a referir que o mesmo decorreu de um *Internamento forçado*:

“É como se me tivessem obrigado a entrar ali por força. Eu estava contra vontade (...)” (E2:L119)

“Não era agora, por força, “Vais ficar aqui.”” (E2:L126)

“(...) queria era vir-me embora!” (E6:L40)

De acordo com Serra (2005, p.32), a vivência de uma situação de crise como é a doença pode conduzir o doente a uma posição mais vulnerável e sensível à qual, em muitos casos, se associa uma perda da capacidade de negociação. Esta constatação pessoal de impotência pode conduzir a uma visão de que o internamento foi uma situação imposta e forçada.

Pelo mesmo motivo, ou talvez como consequência desta apreensão em relação ao internamento, o momento de acolhimento, por si próprio pode, também, ser encarado como uma injunção. Atentemos nas unidades de registo seleccionadas. Nas primeiras duas, é apresentada uma posição de submissão por parte do doente, sendo na última, acrescentada uma vontade explícita de evasão.

Ainda como efeito negativo do acolhimento no idoso, um dos participantes refere ter sentido *Recusa*:

““Eu não quero, que eu venho é a uma consulta, eu venho-me é consultar e a camioneta que veio, leva-me”. Foi um enfermeiro (...) que tinha acabado de chegar para entrar no... no seu turno. Disse-me (...)” (E2:L22-25)

Rodrigues (1999, p.17) refere que o doente, em muitos casos, manifesta sentimentos de recusa do Hospital como forma de evitar a dor, o mal-estar e o desconhecido que este lhe induz. Neste caso particular, pode ser evidenciada a determinação com que a idosa contraria o enfermeiro que a informou que ia ficar internada. Este comportamento da sua parte faz-nos crer que, se a decisão dependesse dela, com certeza não ficaria internada.

A mesma participante conota, ainda, o efeito do acolhimento como um acto de *Vingança*:

*“(...) foi como uma vingança para mim. Aquilo foi como uma vingança (pelo médico)
“Não quiseste ir, agora vens e não tens remédio que vais levar é aquilo que eu quiser aqui””*
(E2:L97-99)

Ao acrescentar que a decisão médica de interná-la tinha sido um acto de vingança, a participante reforça a negatividade que pautou a vivência do seu acolhimento. Aqui, a expressão da negatividade associada ao acolhimento chega a assumir, no seu entender, um carácter de retaliação.

Para uma das participantes, o efeito do acolhimento assumiu uma manifestação de *Azar* sobre ela:

“Eu sentia como um azar (...)” (E6:L40)

Esta apreensão provocada pelo efeito do acolhimento pode, certamente, traduzir o efeito de uma força externa sobre a idosa que o vivenciou. Atendendo ao preconizado por Ribeiro (2003, p.70) a visão de controlo extrínseco sobre si próprio pode ser justificada pela aceção de saúde preconizada pelos modelos de saúde Medieval e Moderno, caracterizados pelo não-controlo. Estes modelos defendem que os fenómenos de saúde e de doença respeitantes a um indivíduo eram, por norma, justificados pela acção de forças cósmicas sobre o corpo.

Conquanto estes modelos de representação de saúde estejam ultrapassados nos dias de hoje, os mesmos, de acordo com Nunes (1997, p.155), podem ainda ser detectados na mentalidade vigente em comunidades provenientes de ambientes rurais e, principalmente, em comunidades envelhecidas.

Dada a caracterização dos participantes neste estudo que, com significativa expressividade, são detentores das duas características descritas, pode dizer-se que, a participante alude ao infortúnio, à falta de sorte, como sentimentos vigentes na percepção da negatividade do acolhimento.

Um dos idosos, sem apresentar uma conotação positiva ou negativa ao efeito que o acolhimento lhe provocou, recorda, simplesmente que o percebeu como um Momento excepcional:

“Foi diferente dos outros dias.” (E4:L142)

Esta visão neutral do acolhimento, aqui classificada sob a denominação da Sub-categoria 1: Momento excepcional, pretende enfatizar uma opinião singular de que o momento de ser acolhido pelo enfermeiro se destacou da experiência global de internamento por ter sido um momento único, singular, sem precedentes ou subsequentes para o utente.

Ainda na dimensão referente à Hétero-consciencialização foi identificada uma categoria especificamente relativa à **Espiritualidade** e, de modo singular, à **Relação com Deus**. Nesta Sub-categoria, uma das idosas entrevistadas imprime relevância ao facto de Esperar que Deus lhe desse cura. A explanação de cada uma destas categorias será abaixo apresentada articuladamente de modo a ser mantido um raciocínio linear sobre a sua categorização.

Quadro VI – Hétero-consciencialização: Espiritualidade

Dimensão	Categoria	Sub-categoria	Sub-categoria 1
HETERO-CONSCIENCIALIZAÇÃO	Espiritualidade	Relação com Deus	Esperar que Deus lhe desse cura

A **Espiritualidade**, de acordo com Morris (*in* Phipps, Sands e Marek, 2003, p.86), refere-se, de um modo lato, ao significado que cada pessoa dá à vida e às experiências vivenciadas, incluindo, para algumas pessoas, a ligação a uma determinada orientação e ou instituição religiosa e o seu comportamento com estas últimas realidades. Para o mesmo autor, a espiritualidade representa, ainda, a integração holística de experiências físicas, sociais, psicológicas, culturais, sexuais e teológicas (*in* Phipps, Sands e Marek, 2003, p.86).

No entanto, segundo Morris (*in* Phipps, Sands e Marek, 2003, p.87), a espiritualidade não é necessariamente entendida, do mesmo modo, ao longo de toda a vida, uma vez que

alguns momentos da experiência de vida individual podem alterar a forma como entendemos e aplicamos a nossa espiritualidade. Por exemplo, a perda de capacidades funcionais e a incapacidade podem influenciar o sentimento individual de espiritualidade.

Uma vez que, pelas alterações que induz no idoso, o momento de acolhimento pode implicar a variação da vivência espiritual, é importante identificar o enfermeiro como um elemento de significativa utilidade na ajuda aos doentes, no sentido de eles se expressarem e encontrarem um significado na experiência da doença: na procura desse significado, como refere Morris (*in* Phipps, Sands e Marek, 2003, p.88), o enfermeiro pode dar um apoio sem juízos de valor, mas persistente, ao doente e seus familiares.

No relato de uma das participantes no estudo é declaradamente citada a **Relação com Deus** como manifestação de espiritualidade, especificamente expressa no facto da idosa Esperar que Deus lhe desse cura:

“Eu pensava que era ateia de Nosso Senhor. Para Ele me dar as melhoras, já que eu estava lá me tratando, que melhorasse-me, para eu vir para a minha casa.” (E3:L32-33)

Nesta unidade de registo podem ser percebidas duas visões relativas à relação com Deus. Na primeira frase, a idosa, aludindo à manifestação da sua espiritualidade quando foi acolhida, refere ter se sentido ateia. Esta verificação poderá ser entendida pelo facto de sentir que, por ter sido internada, não foi atendida por Deus, ou foi por Ele negligenciada.

Simultaneamente, a participante convence-se de que estando ali no hospital, com o intuito de se tratar, devia fazer uso da sua fé, de modo que Deus lhe permitisse a graça de receber as melhoras e poder, assim, voltar para casa. Neste caso, é notória a crença numa força externa, a da fé em Deus, como veículo para alcançar a cura.

Aliás, parece que a crença num poder sobrenatural sobrepunha-se à confiança que a doente revela ter nos cuidados de saúde ou na Medicina.

Outra vertente da hétero-consciencialização referida pelos participantes, direccionou-se ao **Ambiente**.

Quadro VII – Hétero-consciencialização: Ambiente

Dimensão	Categoria	Sub-categoria	Sub-categoria 1	Sub- categoria 2
HETERO-CONSCIENCIALIZAÇÃO	Ambiente	Espaço físico onde se verificou o acolhimento	Aspectos Positivos	Local de tratamento/cura
				Gostar de estar lá
				Não recear
				Sem críticas a apontar
			Aspectos Negativos	Não querer estar ali
				Não gostar de estar ali
				Ser um mau sítio
				Local desagradável
				Inadaptação

Ambiente

O ambiente ao qual os participantes fazem menção, enquanto meio onde tem lugar o seu internamento é representado pelo Centro de Saúde onde foram internados, no caso o CSN. O Centro de Saúde circunscreve, naturalmente uma organização laboral mas, além disso, representa um espaço físico, um edifício, uma estrutura sólida reconhecida e uma envolvência e contexto com particularidades próprias, ilustrativas de um ambiente social que representa, para muitas pessoas, o local de primeiro encontro com o âmbito dos cuidados de Saúde, como seguidamente se pode ler: “O Centro de Saúde constitui-se, muitas vezes, como um primeiro contacto entre a comunidade e os cuidados de saúde, pelo que detém, assim, um efeito social importante.” (Duarte, 2006, p.13).

Ao viver o acolhimento, os idosos expressam uma hétero-consciência sobre o **Espaço físico onde se verificou o acolhimento** identificado, neste caso, como o serviço de internamento. Assim, podem ser reconhecidas duas Sub-categorias 1, que correspondem a aspectos positivos e a aspectos negativos referentes a este local.

Como forma de explicar a classificação de Aspectos positivos associados ao local de internamento, Rodrigues (p.999, p.43), menciona que os hospitais, ao serviço dos doentes, oferecem serviços médicos especializados e proporcionam condições adequadas ao funcionamento destes serviços. Ou seja, tendo em conta a sua função primordial, enquanto locais de tratamento, os hospitais são entendidos, por muitos, como entidades valorizadas

positivamente, facto que se associa ao desejo latente de tratamento, regeneração e cura outorgado a um serviço de internamento.

Espelhando essa premissa de que o espaço onde se verifica o internamento é *Local de tratamento/cura*, os idosos relatam que:

“(...) é aqui que a gente vem se tratar”” (E4:L119)

“(...) eu estava mesmo interessado em chegar ao hospital, porque eu sei que eles lá que me curavam.” (E5:L64-65)

“(...) quando eu estava a ficar assim mal, eu sabia que tinha de ir ao hospital.” (E5:L67-68)

“Costumam dizer “Onde estão é que nos tratam”, por isso é lá que a gente deve estar, para se tratar, não é verdade?” (E7:L45-46)

“(...) queria-me era tratar e estava lá era para isso.” (E9:L54-55)

“Pensava que estava ali era para melhorar.” (E9:L57)

“(...) aquilo foi feito para os doentes, o Hospital. O Hospital foi feito foi para os doentes.” (E9:L61-62)

“Se não fosse o Hospital, a gente estava por aí meia dúzia de gatos que os outros, já tinha emalado tudo. É verdade, o hospital já deu cura a muita gente e a gente vai lá é para se tratar. Se não tivesse ido para lá, não me tinha tratado, já se sabe que não.” (E9:L63-65)

De acordo com Cabral (2002, p. 27), o hospital constitui a instituição onde podem ser encontrados indivíduos que padecem de patologias agudas. “(...) centro de referência de todas as doenças. Qualquer que seja, centro hospitalar geral ou especializado, ele é, efectivamente, o centro de gravidade do tratamento privilegiado da doença (...)” (Silva, 2006, p.33). A par desta designação de hospital como local de cura, Silva (2006, p.36) apresenta-o, ainda, como um local cuja missão típica é cuidar da pessoa doente, idosa.

As unidades de registo aqui expressas espelham esta visão socialmente corrente de que o hospital é um local de cura. No último relato apresentado, o idoso utiliza mesmo uma expressão peculiar de que se não fosse o hospital muita gente já tinha “emalado”. Este termo, por si só, aponta para o facto de que graças à existência dos hospitais, ao longo dos tempos, se têm salvado muitas vidas.

O hospital surge, assim, descrito como “(...) o guardião da saúde, o lugar onde tudo se resolve (...)” (Costa, 2006, p.40), “(...) um lugar de segurança para os doentes, que aí acreditam na sua cura.” (Costa, 2006, p.54)

Manifestando também uma valorização positiva do espaço onde decorreu o internamento, vários idosos referiram *Gostar de estar lá* e *Não recear* estar no Centro de Saúde:

“Eu posso dizer à menina que gostei de estar lá com aquelas pessoas todas.” (E7:L36-37)

“(...) até estava gostando de estar lá.” (E8:L28-29)

“Até... gostei de estar lá.” (E8:L32)

“E eu gostei também. Gostei de estar lá. Fica-me feio dizer, porque é hospital, mas eu gostei de estar lá.” (E8:L34-35)

“Nunca tive medo do hospital (...)” (E7:L60)

“Não tinha medo nenhum (...)” (E7:L63)

“Eu nunca tive medo de ir para o hospital (...)” (E8:L76)

“(...) nunca tive medo.” (E9:L52)

“Não fiquei nem pouco nem muito preocupado (...)” (E9:L59-60)

O facto de alguns idosos entrevistados terem mencionado “gostar de estar lá”, para além de ser certificado pelas percepções relatadas de vivências individuais claramente positivas, se entendido em associação ao conceito de “não recear” lá estar pode ser percebido quase como a expressão de um sentimento de segurança.

Certamente que não recear não é linearmente sinónimo de se ter gostado do hospital pois, enquanto a primeira acepção tende a expressar uma ausência de sentimento negativo, a segunda valoriza um sentimento positivo. Mas aqui, um aspecto foi justificado em concordância com o outro, partindo-se do entendimento de que ao referirem não ter receado, os idosos estariam a valorizar o facto do ambiente não lhes ter sido ameaçador, mas, pelo contrário, gerador de um sentimento de confiança e de segurança implícitos.

Esse sentimento de segurança expresso pelos idosos, de acordo com Carvalhais e Sousa (2007, p.599), deve-se ao facto de saberem estar num lugar onde há profissionais de

enfermagem que prestam cuidados 24 horas por dia e que, acrescentaria, estão acessíveis e disponíveis para dar apoio e prestar assistência a qualquer momento em que tal amparo seja, eventualmente, necessário.

Ainda relativamente a esta Sub-categoria 2, observe-se a terceira unidade de registo apresentada que, indubitavelmente, carece de uma breve reflexão. A utente, contradizendo o que para ela representa uma aceção social geral defende, de forma veemente, o hospital como um local positivo.

Para esta idosa, o facto de reconhecer ter gostado do hospital parece ser motivo da sua própria censura, pois refere ficar-lhe mal assumir ter gostado mas, ainda assim, prevalece sobre esta admoestação a valorização positiva do local onde foi internada.

A última Sub-categoria 2 verificada foi *Sem críticas a apontar*:

“Não tive que dizer de nada daquele hospital.” (E8:L57-58)

Uma vez mais, o facto do participante defender não ter tido motivos para criticar o hospital, embora pudesse ser entendido como uma forma de isenção de opinião sobre o mesmo, foi entendido como expressão de defesa do local como sendo exemplar. Acrescente-se que, na ilha de São Miguel, e essencialmente nas zonas mais rurais, o emprego desta expressão designa o reconhecimento de que não há aspectos negativos a relevar sobre a situação, motivo ou pessoa em questão.

Todavia, alguns foram também os Aspectos Negativos identificados relativamente ao espaço físico onde se verificou o acolhimento. Rodrigues (1999, p.43), não contrariando uma visão positiva atribuível ao hospital como local de tratamento e de reabilitação, afirma que o verdadeiro objectivo do hospital acaba por ser deformado ou deturpado pelas esperanças e pelos sonhos dos seus utilizadores que, vulgarmente, o conotam negativamente como lugar de doença, de ansiedade e de medo.

Watson (2002, p.54) fundamenta de forma mais basilar, a visão negativa que pode ser atribuível ao hospital. Para a autora, os sistemas de saúde das instituições e comunidade semelhantes, que espelham uma visão unilateral do sistema tradicional de saúde (doença-

cura), são hoje em dia organizados e administrados de uma forma que é incongruente com o cuidar profissional.

Como identificação dos aspectos positivos do espaço onde decorreu o acolhimento, os idosos referiram *Não querer estar ali*, assim como *Não gostar de estar ali*:

“(...) não queria estar ali, não queria estar ali.” (E1:L53)

“Há pessoas que, pronto, até gostam de estar ali, naquele ambiente, mas eu não, eu não gosto!” (E1:L53-54)

“(...) eu não gosto de estar aqui.” (E6:L9)

“Eu disse à minha filha “Eu não gosto de estar aqui!”” (E6:L13)

“Eu não gostava nada...” (E6:L24)

Não apenas pelas características físicas inerentes ao local, mas pelo próprio ambiente que ele proporciona, facilmente se compreende que muitos idosos tivessem manifestado a intenção de não estar ali e referido não ter gostado de estar no hospital.

O hospital, embora actualmente, como refere Serra (2005, p.40), esteja intrinsecamente ligado à vertente de investigação, de conhecimento e de saber, para a maioria da população representa, no fundo, um espaço de elevada tecnicidade, onde simplesmente se trata a doença.

Um dos idosos entrevistados refere o facto do hospital *Ser um mau sítio*:

“Isto é um mau lugar de a gente estar (...)” (E4:L118-119)

“Todas as pessoas que pela primeira vez têm necessidade de recorrer aos serviços hospitalares, começam por ver o hospital como um lugar que representa a doença, o sofrimento, a morte (...)” (Serra, 2005, p.40). Este entendimento inicial do hospital, potencialmente verificado no período de primeiro contacto com o mesmo, espelha a eventual classificação do hospital como um sítio conotado como mau.

Um dos participantes classifica o hospital como um *Local desagradável*:

“Aquilo não é muito agradável.” (E5:L62)

De acordo com Cabete (2005, p.20), o ambiente hospitalar está profundamente identificado como um factor stressante sendo o hospital, por consequência, frequentemente, reconhecido como monótono, frio e impessoal.

A última Sub-categoria 2 identificada refere-se à *Inadaptação*:

“Senhora enfermeira, eu não me dava nada bem no hospital.” (E1:L3)

Para a participante, que utiliza esta expressão, o espaço físico onde decorreu o internamento é referenciado como um local causador de *inadaptação*.

A última das categorias relativa à dimensão da Hétero-consciencialização refere-se às considerações suscitadas, nos idosos, pela vivência do acolhimento realizado ao serviço de internamento. As mesmas foram expressas relativamente a terceiros, Facto conducente à denominação da categoria como: **Outras pessoas**. Esta categoria destaca-se das restantes por ilustrar uma diversidade significativa de sub-categorias e, dentro destas, de outras sub-categorias igualmente, bastante diversas.

A primeira sub-categoria a ser apresentada trata-se da referente a **Outros enfermeiros e auxiliares de acção médica**. Pode constatar-se, a partir da análise efectuada às entrevistas, que os participantes, ao evocarem uma consciencialização extrínseca sobre os técnicos com quem contactaram durante o período de acolhimento teceram considerações, simultaneamente aos auxiliares de acção médica e a outros enfermeiros, que não ao enfermeiro responsável pelo seu acolhimento, sem fazer uma distinção clara entre estes profissionais de saúde.

Quadro VIII - Hétero-consciencialização: Outras pessoas

Dimensão	Categoria	Sub-categoria	Sub-categoria 1	Sub- categoria 2
HÉTERO-CONSCIENCIALIZAÇÃO	Outras pessoas	Outros enfermeiros e auxiliares de acção médica	Considerações favoráveis	Agradáveis
				Meigos
				Queridos
				Prestáveis
				Atenciosos
				Pontuais
				Delicados
				Bondade
				Pessoas impecáveis
				Sem críticas a apontar
				Gostar do pessoal
				Ser bem atendido
		Médicos	Considerações Desfavoráveis	Intromissão
			Considerações favoráveis	Exigente
				Impecáveis
			Considerações Desfavoráveis	Ser bem atendido
				Sem críticas a apontar
		Enfermeiro que acolheu	Qualidades	Malicioso
				Célere
				Disponível
		Familiars	Fazer falta aos outros	Cuidadoso
				Protector
				Filho
				Marido
				Irmã

Esta percepção indiferenciada sobre os citados profissionais pode ser fundamentada, à luz do que escreve Hesbeen (2000, p.45), pelo facto da atenção ou do cuidado prestados ao outro dizerem respeito a todos os profissionais de saúde, independentemente da sua profissão específica devendo esta atitude, “(...) por conseguinte, aplica-se aos médicos, aos fisioterapeutas, às enfermeiras, às auxiliares de enfermagem (...)” (Hesbeen, 2000, p.45).

Segundo o último autor, os agentes destas profissões têm por missão enquadrar-se na mesma perspectiva profissional, que é prestar cuidados às pessoas, contribuir para o seu bem-estar fazendo, para isso, uso das competências e das características próprias do desempenho do seu ofício (2000, p.45).

Sobre estes profissionais, os idosos manifestaram, maioritariamente, Considerações favoráveis, facto que originou a definição de uma Sub-categoria 1 referente a esta valorização positiva.

Delimitando esta explanação às considerações expressas sobre os enfermeiros, pode dizer-se que a percepção dos idosos sobre estes profissionais pode, em grande parte, fundamentar-se no cumprimento de uma série de princípios inerentes ao estabelecimento de uma relação de ajuda, iniciada por estes profissionais, no momento de acolhimento.

Jorge (2004, p.87) refere que, iniciada num primeiro encontro, a relação entre enfermeiro e doente deve ser logo entendida como uma relação de ajuda na qual, o enfermeiro deve demonstrar uma acção positiva, pautada pela disponibilidade, respeito, escuta, aceitação, empatia, segurança, assertividade e confiança.

Rodrigues (1999, p.34), referindo-se às expectativas que os cidadãos têm em relação aos cuidados de saúde, refere, como uma das principais, ser atendido com personalização e cordialidade. Esta percepção pode ser facilmente imputável aos enfermeiros com quem o utente contacta, bem como aos outros profissionais de saúde com quem se familiariza aquando do seu acolhimento.

Isso pode consistir numa das justificações para o facto dos utentes idosos em geral, não lhes terem críticas a apontar aos auxiliares e enfermeiros e reconhecerem neles comportamentos de bondade.

Como características adjectivantes dos enfermeiros e dos auxiliares de acção médica, os idosos utilizaram, individualmente, designações que os caracterizavam, respectivamente, como *Agradáveis/Meigos/Delicados/Queridos/Prestáveis/Pessoas Impecáveis*:

“(...) mas tudo gente bem agradável.” (E2:L59-60)

“(...) mas depois vi aquelas pessoas tão meigas (...)” (E8:L28)

“(...) cheguei a ligar para a L (auxiliar de acção médica), que ela é muito meiga, muito prestável. Gosto muito daquela rapariga, ela é tão boa, tão boa!” (E8:L36)

“Todos eles bem delicados, (...) sempre delicadamente.” (E2:L185-186)

“Mas agora as outras, aquilo eram mesmo umas queridas. Umas queridas, umas queridas.” (E8:L48-49)

“(...) encontrei lá gente impecável, enfermeiros, enfermeiras (...)” (E8:L83)

A percepção expressa pelos idosos das qualidades de que os auxiliares e, especialmente, os enfermeiros eram detentores, pode ser encarada como uma forma de reconhecimento de algumas características fundamentais associadas ao acto de cuidar. Não esqueçamos que “Na sua realidade mais profunda, os cuidados de enfermagem são, assim, mais marcados pela subtilidade, pela espontaneidade, pela criatividade e pela intuição do que pela ciência e pela técnica.” (Hesbeen, 2000, p.48) e esses, no entender de Hesbeen, são os trunfos suplementares dos enfermeiros na arte de cuidar.

Acerca dos enfermeiros e dos auxiliares de acção médica com quem contactaram aquando do acolhimento, a *Bondade* foi a consideração favorável mais mencionada pelos idosos entrevistados:

“(...) as pessoas eram boas (...)” (E1:L42)

“Os enfermeiros foi a melhor coisa que eu encontrei lá dentro.” (E2:L185)

“Eu falava com aquelas empregadas, tudo boas raparigas, tudo! As enfermeiras!” (E4:L80)

“(...) as pessoas são boas (...) Eu posso dizer à menina que gostei de estar lá com aquelas pessoas todas. Com os enfermeiros, gostei deles todos.” (E7:L35-37)

“(...) mas felizmente fui encontrar no hospital gente muito boa.” (E8:L82-83)

“(...) aquilo era tudo boa gente.” (E8:L89)

“Mesmo, dos enfermeiros eu não tenho a mais pequenina dúvida, só bem, todos eles.” (E2:L110-111)

“Uma prenda de gente.” (E9:L76)

“Tudo boa gente. Todos!” (E9:L79)

O reconhecimento da bondade na acção dos enfermeiros ilustra a presença inata de algumas características elucidativas da arte de Cuidar em Enfermagem, tal como refere Hesbeen (2000, p.71), alguns factores devem caracterizar os profissionais de cuidados de enfermagem. A garantia de um cuidado pautado, exemplificativamente pelo calor, ternura,

e afecto ilustra que é possível “(...) actuar para tornar mais confortável, mais suave e mais calorosa a situação vivida (...)” pelo doente (Hesbeen, 2000, p.71).

A primeira Sub-categoria 1, referente às considerações favoráveis relativas aos enfermeiros e auxiliares reconheceu, em dois dos relatos, o facto de os enfermeiros terem sido *Atenciosos*:

“Bem atenciosos que eles eram (...)” (E2:L110)

“(...) eram muito atenciosos (...)” (E7:L40)

Savatofski e Prayez, citados por Almeida (in Costa, 1999, p.83) referem que a abordagem à pessoa idosa deve ser consumada com toda a atenção, respeito e simpatia a que tem direito. Aliás, de acordo com Hesbeen, o próprio acto de cuidar, em Enfermagem, tem a ver com a atenção. Para este autor (2000, p.10), a atenção enquadra-se na perspectiva de prestar ajuda a uma pessoa, logo, de prestar ajuda profissionalmente, na situação singular e utilizando as competências profissionais que caracterizam o enfermeiro.

Um dos idosos valoriza positivamente, ainda, o facto de os enfermeiros serem *Pontuais*:

“(...) dos enfermeiros eu não tenho a mais pequenina dúvida, só bem, todos eles (...) Bem! Era tudo a tempo e horas (...)” (E2:L111-113)

Esta idosa, enaltecendo o acto de ser pontual, indirectamente, valoriza a atitude de rigor inerente à pontualidade com que o enfermeiro prestava os seus cuidados. Para ela o enfermeiro era bom e, entre outras qualidades, era, também, pontual.

Em igualdade de circunstâncias com a Sub-categoria 2 referente a *Bondade*, os participantes manifestaram-se, igualmente, *Sem críticas a apontar* aos outros enfermeiros e auxiliares de acção médica:

“Não tive nada contra os enfermeiros e enfermeiras (...)” (E2:L60-62)

“(...) não tive que dizer de ninguém(...)” (E4:L4)

“Os enfermeiros, tanto faz ali como lá em baixo (SAP) eu não tenho nada a opor contra eles.” (E5:L38-39)

“Não tive nada a dizer de ninguém.” (E8:L85)

“(...) eu enquanto estive lá nunca tive que dizer, nem de médicos, nem de enfermeiros, nem de ninguém.” (E9:L3-4)

“Não tive que dizer de ninguém, não tinha nada que falar mal de ninguém.” (E9:L67-68)

“(...) não posso falar mal.” (E9:L76)

À semelhança da justificação de sub-categorias anteriores em que os idosos referiam não ter críticas a apontar, novamente se constata a utilização desta posição de isenção de crítica como uma forma dos idosos manifestarem a ausência de sentimentos de contrariedade para com estes profissionais. Facto que foi, uma vez mais, considerado como factor favorável.

Gostar do pessoal, foi outra das Sub-categorias 1 identificada como ilustrativa de considerações favoráveis acerca dos enfermeiros e auxiliares de acção médica:

“Eu gostei do pessoal que estava ali a trabalhar.” (E2:L115)

“(...) não tive nada que dizer de ninguém. Só bem. Da senhora doutora, enfermeiros, enfermeiras, tudo bem, graças a Deus.” (E4:L4-5)

“Eu falava com aquelas empregadas, tudo boas raparigas, tudo! As enfermeiras!” (E4:L80)

“Com os enfermeiros, gostei deles todos.” (E7:L37)

O facto de os idosos se referirem aos enfermeiros e aos auxiliares como grupo colectivo, denota que, no momento de acolhimento, tiveram por eles e pelo modo como eles se relacionaram consigo, uma franca consideração. No geral, prevalece uma visão positiva e embora, nalgumas unidades de registo particularizem um ou outro técnico de saúde, nos mesmos excertos de texto, logo se encontra uma abordagem ao contexto geral como positivo.

Dois dos entrevistados, referindo-se às pessoas com quem contactaram no momento de acolhimento, referiram *Ser bem atendidos*:

“(...) fui bem atendido pelas pessoas de lá (...)” (E5:L77)

“Fizeram-me sempre sentir bem.” (E8:L50)

Esta última sub-categoria difere das outras pela forma como os idosos classificam a consideração favorável, é que, neste caso, em vez de destacarem uma qualidade dos profissionais, focalizam-se na acção por eles realizada e no modo como essa acção os fez sentir ou, de outra forma, no modo como essa acção lhes trouxe repercussões positivas.

A acção do enfermeiro, no entender de Hesbeen (2000, p.70), representa um vector de serenidade junto das pessoas a quem se dirige, sendo a função do enfermeiro, muitas vezes, actuar para tornar mais confortável, mais suave e mais calorosa a situação vivida pelo utente.

Outra Sub-categoria 1, referente à hétero-consciencialização sobre outros enfermeiros e auxiliares de acção médica, refere-se a Considerações Desfavoráveis.

Para Bernardo, citado por Jorge (2004, p.89), um relacionamento desfavorável, pautado por sentimentos negativos como a desconfiança ou antipatia, exalam fingimento e falsificam as relações interpessoais, deitando por terra a possibilidade do indivíduo aceitar ajuda.

Sob este ponto de vista, pode entender-se que a constatação de considerações desfavoráveis dirigidas aos profissionais de saúde, em nada abona as relações estabelecidas entre as duas partes devendo, por esse motivo, ser evitadas a todo o custo.

Em todo o caso, foram identificadas duas considerações desfavoráveis acerca, exclusivamente, dos auxiliares. A primeira delas foi a *Intromissão*:

“Pronto, às vezes aqueles ajudantes, aquelas senhoras que estão ali a ajudar é que, às vezes lá vai um recadinho, lá vai assim, lá vai assado. Pronto!” (E1:L13-14)

A participante realça, pela forma como se expressa, uma valorização comedida do facto das auxiliares terem sido intrometidas. Efectivamente, ela verbaliza-o como se estivesse a desculpar o facto de isso ter acontecido, o que me fez pensar que, para a idosa, embora o facto tivesse merecido a sua atenção ele não deve ser alvo de grande relevância.

No hospital, como refere Rodrigues (1999, p.19), o doente é obrigado a adaptar-se a um ambiente estranho e tem de estar pronto a cooperar com quem quer que seja que entre na enfermaria a qualquer hora para realizar qualquer tipo de actividade. Esta disponibilidade forçada no doente pode incorrer o sentimento de que se estão a intrometer ou a imiscuir na sua vida, como parece ter sido o caso.

Uma das participantes refere ter considerado as auxiliares, *Exigentes*:

“(...) ela (auxiliar de acção médica) nunca me fez mal, mas eu nunca lhe encarei muito bem, porque pedia-se qualquer coisa e ela era como exigente.” (E8:L46-48)

Este considerando desfavorável pela impertinência da auxiliar relaciona-se, pelo que refere a idosa, com o facto da mesma não acatar prontamente uma ordem ou de, simplesmente, não demonstrar a disponibilidade que a participante esperava que evidenciasse ao solicitar-lhe qualquer coisa.

Esta percepção parece, de certo modo, justificar-se pela assunção do papel de doente que a idosa incutiu a si própria e que, como refere Duarte (2006, p.37), se faz acompanhar de certos privilégios.

Como menciona Melo (2005, p.76), a atribuição da passividade apenas ao técnico de saúde é uma forma simplista de abordar o assunto uma vez que, “Os doentes também têm a expectativa de que, ao serem internados, os técnicos de saúde assumam o controlo (...)” (Melo, 2005, p.76). Ora, aqui a doente parece demonstrar a prerrogativa de que é suposto ser servida, conferindo à auxiliar o dever de servi-la.

A Sub-categoria **Médicos** foi outra das Sub-categorias emergentes da Hétero-consciencialização relativa a outras pessoas. Sobre estes, os idosos manifestaram considerações favoráveis excepto, num dos casos, em que foram tecidas considerações

desfavoráveis. Relativamente à Sub-categoria 1, Considerações favoráveis, um dos idosos referiu-se aos médicos com quem teve contacto através do acolhimento como *Impecáveis*:

“(...) encontrei lá gente impecável, enfermeiros, enfermeiras, médicos e tudo.”
(E8:L84)

Esta designação afirma, sem dúvida, a visão irrepreensível atribuída aos clínicos do serviço e, de modo mais oblíquo, também, à relação estabelecida com eles.

Para Melo (2005, p.50), a relação que se estabelece entre médico e doente pode seguir duas orientações: uma, centrada no médico e outra, centrada no doente, sendo esta última abordagem a mais frequentemente encontrada. A abordagem centrada no doente é caracteristicamente reconhecida “(...) pelo prestar atenção, pela reflexão, pelo silêncio e pelo uso frequente de clarificações e interpretações.” (Melo, 2005, p.50).

Um dos idosos considerou, também, como atitude favorável, por parte dos médicos com quem conviveu durante o acolhimento, o facto de *Ser bem atendido*:

“(...) fui bem atendido pelas pessoas de lá, pelos médicos...” (E5:L77)

A este respeito, pode dizer-se que, como atesta Hesbeen (2000, p.10), a atenção particular prestada por um médico, com vista a ajudar uma pessoa, constitui a essência dos seus cuidados sendo que, para a concretização dessa ajuda, é necessário que o clínico ponha em prática o conjunto de competências que fazem dele, um médico. Sob esta óptica, reconhecendo ter sido bem atendido, o idoso poderá estar a confirmar, no médico, o cumprimento do papel social sobejamente conhecido, que é dele esperado.

Sem críticas a apontar, foi outra das considerações positivas identificadas acerca destes profissionais de saúde:

“Eu nunca tive que dizer, nem de doutores, nem de enfermeiros.” (E9:L78-79)

Neste caso, fazendo um paralelismo entre enfermeiros e médicos, o utente enfatiza não ter identificado qualquer censura a apontar a nenhum dos dois grupos profissionais.

A Sub-categoria 1, Considerações desfavoráveis, deu origem a apenas uma Sub-categoria 2. No caso, um dos participantes refere-se, particularmente, a um dos médicos com quem contactou no momento de acolhimento, como *Malicioso*:

“(...) o Dr. Y é muito esperto, muito «malino», ele compreendeu logo que, mesmo sem falar comigo, que eu tinha os diabetes altos (...) Ele estava louco para me ver depois, ele não gostou foi de eu não querer ir ao Nordeste quando ele quis que eu fosse, (...) “Não quiseste ir, agora vens e não tens remédio” (E2:L90-99)

De acordo com Hesbeen (2000, p.18), a aura que rodeia o médico continua grande, sendo o médico detentor de conhecimentos e de poderes que fascinam e inspiram respeito a grande parte da população.

Essa componente de austeridade e de respeito que, hoje em dia, e particularmente nos meios rurais, ainda vigora acerca dos médicos, parece repercutir-se na forma como a idosa se refere a este clínico, em particular, como «malino» empregando, para isso, uma expressão nordestense muito própria, que classifica a atitude do médico como mordaz ou astuciosa.

O emprego desta expressão reporta, assim, para o reconhecimento de que o médico detinha todo o conhecimento suficiente da sua situação clínica de saúde para exercer o poder de internar a utente sob essa justificação.

Enfermeiro que acolheu foi outra das Sub-categorias que emergiram da Hétero-consciencialização acerca de outras pessoas. Neste caso, os idosos particularizam o reconhecimento de características atribuíveis exclusivamente ao enfermeiro que os recebeu e que foi responsável pelo acolhimento no serviço de internamento.

Relativamente a esta sub-categoria, os idosos manifestaram apenas considerações positivas sobre os enfermeiros, expressas na forma de reconhecimento das suas Qualidades.

Watson (2002, p.114), referindo-se às relações interpessoais, em geral, menciona que as mesmas, quando desenvolvidas entre amigos, assumem um carácter de permuta no qual aquele que mais precisa, recebe do outro. No entanto, estabelecendo um paralelismo com a relação enfermeiro-doente, a autora realça que uma “(...) relação profissional pode permitir e permite, que o enfermeiro como pessoa beneficie e seja influenciado pelo outro;

todavia, o enfermeiro não depende daquilo que recebe do utente para manter o envolvimento.” (Watson, 2002, p.114).

Este entendimento da relação com o doente denota a particularidade do enfermeiro manter uma postura de entrega e dedicação para com o doente, independentemente do retorno que esse seu comportamento possa ter, por parte do doente a quem se dirige.

O comportamento dos enfermeiros, aquando do acolhimento, de acordo com Rodrigues (1999, p.25), é decisivo para a segurança do indivíduo. Para o mesmo autor (1999, p.40), o enfermeiro responsável pelo acolhimento tem a missão de favorecer a adaptação do cliente ao novo ambiente limitando, ao máximo, a probabilidade de ocorrer qualquer sofrimento. Por esse motivo, é essencial que preste segurança e personalize os cuidados em função da pessoa que acolhe. Não nos esqueçamos que o enfermeiro, fruto da sua formação profissional deve, segundo o mesmo autor (1999, p.40), ser capaz de: ser um agente de humanização; conhecer as variáveis que podem influenciar o estado do doente; saber inspirar confiança; colocar em prática os seus conhecimentos técnicos em relações humanas; conhecer os mecanismos da comunicação; conhecer as vantagens de um bom acolhimento; preocupar-se com o bem-estar do cliente, família e comunidade.

Resumidamente, o enfermeiro tem a responsabilidade de cumprir uma série de competências profissionais, em matéria de acolhimento e o facto de por individualizar o acto de cuidar a cada indivíduo, deverá garantir que o doente idoso reconheça qualidades no enfermeiro que o acolhe, como considerá-lo célere, disponível, cuidadoso, e protector.

Um dos idosos apreciou o facto do enfermeiro responsável pelo acolhimento ter sido *Célere*:

“(...) chegou logo a enfermeira, a enfermeira ligou para ele, ele não tardou.” (E9:L47-48)

“Eu toquei no botão e veio logo a enfermeira (...) Ela ligou logo para o médico.” (E9:L68-69)

Da leitura das unidades de registo apresentadas pode subentender-se que o idoso enaltece a acção pronta, rápida e eficaz da enfermeira face a uma situação de descompensação do seu estado de saúde. De acordo com Melo (2005, p.44), várias

mudanças nos cuidados de saúde têm levado os doentes a consumir mais este tipo de serviços.

Na área da saúde, a evolução científica, assente na progressão tecnológica, condicionou a tendência para se fazer mais pelo doente, em cada vez menos tempo. De facto não é raro ouvir-se, na esfera hospitalar, a expressão de que, no tratamento, cada segundo conta.

É natural, portanto que os doentes valorizem essa componente de celeridade e prestabilidade que, socialmente, muitos esperam dos cuidados diferenciados, em contexto hospitalar. Esse facto parece ter ocorrido, na opinião deste idoso.

Para um dos entrevistados, o facto da enfermeira se manifestar *Disponível* durante o acolhimento foi entendido como uma qualidade:

“(...) via-se que ela estava ali, disponível sempre.” (E9:L68-69)

Neste caso, é notório, por parte do participante, o reconhecimento de que a enfermeira, desde o momento de acolhimento, se mostrou disponível para lhe prestar toda a assistência necessária face a qualquer eventualidade.

Esta postura transmitida pela enfermeira, para além de induzir à tranquilização do doente é demonstrativa de uma atitude de segurança e de responsabilidade por parte do enfermeiro.

Um dos idosos referiu-se ao enfermeiro que acolheu como *Cuidadoso*:

“Mas gostei de ser recebida, fui sempre bem tratada.

E – Gostou de ser recebida?

Sra. - Gostei, de ser recebida e cuidada lá pelos enfermeiros que eram muito atenciosos e cuidadosos. É verdade.” (E7:L39-41)

No entender de Watson (2002, p.52) o processo de cuidar indivíduos traduz um enfoque importante para a enfermagem, não apenas devido às transacções dinâmicas de

humana-para-humano mas, principalmente, devido aos conhecimentos requeridos: empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro.

Deste modo, quando o idoso reconhece no enfermeiro a qualidade de ser cuidadoso, está, resumidamente, a exaltar todas as qualidades que se esperam ser asseguradas pelo enfermeiro no acto de Cuidar.

Resta acrescentar que, neste caso, embora a entrevistada se refira a enfermeiros, utilizando a forma plural, considerou-se que estava simplesmente a fazer uma generalização estando, em todo o caso, a referir-se ao enfermeiro que a acolheu, uma vez que a resposta surge, com contexto, em devolução à questão “Gostou de ser recebida?”

Protector, que traduz a última Sub-categoria 2 identificada, ilustra a valorização favorável da acção do enfermeiro que acolheu o idoso ao internamento:

““O senhor não tem que...”, quando eu fui internado no quarto, “O senhor não tem que procurar a sua esposa, fica aí sossegado, bem deitado.”” (E5:L19-21)

““O Senhor não tem nada que procurar a sua esposa.” Que ele sabia que a minha esposa estava lá também.” (E5: L40-41)

“Pronto, o enfermeiro disse-me “O Senhor vai ser cuidado aqui, deixe-se estar sossegado, tente dormir e esteja para aí à vontade” e estou me lembrando que ele “Não procure a sua esposa” que ele sabia que a minha esposa estava lá. “Não vai procurar a sua esposa”” (E5:L86-91)

Cabete (2005, p.30) defende que uma visão estereotipada e baseada em crenças sobre os idosos pode, em muitos casos, levar os enfermeiros a demonstrar comportamentos e atitudes paternalistas ou proteccionistas. Este tipo de atitude, a que Melo (2005, p.49) se refere como a mais frequentemente observada, poderá conduzir os enfermeiros, em alguns casos, a tomar decisões pelos idosos, situação possivelmente conducente ao aumento da postura de passividade do idoso internado.

Para além disso, Rodrigues (1999, p.19), sugere que, numa fase inicial do internamento, o protecționismo chega a ser um dever dos Enfermeiros, “(...) os profissionais de saúde e sobretudo os Enfermeiros devem ser protectores (...)” (Rodrigues, 1999, p.19)

A última Sub-categoria identificada pelos idosos entrevistados na dimensão hétero-consciencialização, expressa no momento de acolhimento, direcciona-se a outras pessoas, e mais especificamente aos **Familiares**.

De acordo com Morris (*in* Phipps, Sands e Marek, 2003, p.90), a família, independentemente da definição que possa assumir, tem por função fornecer relações íntimas, afecto e apoio, nas actividades de vida diária e de relação entre os seus elementos.

Ao reflectirem sobre os seus familiares, vários idosos verbalizam sentir estar a Fazer falta aos outros. Efectivamente, como notifica Melo (2005, p.76), ao serem hospitalizados, muitos doentes expressam preocupações que não estão apenas relacionadas com o receio de diagnóstico de uma doença grave, com o hospital, ou com o internamento, “(...) mas também com a sua família, com a sua casa e o seu emprego.” (Melo, 2005, p.76).

Aliás, para muitos dos idosos que se encontram, subitamente, confinados às paredes de um hospital, as responsabilidades para com outros elementos da família são ainda uma realidade rotineira inquestionável.

Por esse motivo, Morris defende que se deve “(...) perguntar aos doentes idosos qual o tipo de apoio que fornecem à sua família, pois, muitos idosos, especialmente mulheres, são eles próprios prestadores de cuidados a nível familiar.” (Morris *in* Phipps, Sands e Marek, 2003, p.91)

No que se refere ao elemento da família a quem sentem fazer falta, na sua maioria, os relatos apontam para *Marido*:

“Que o que eu tenho é meu marido, que, também, sozinho é uma tristeza.” (E3:L33-34)

“(...) estava sempre com a ideia nele (marido), chorava... (emocionada).” (E3:L35-36)

“Aquilo estava-me a custar, não ter ninguém que lhe fizesse nada... (ao marido)” (E3:L42)

“Preocupada com o meu marido que tinha ficado em casa, e eu pensando sempre na maneira como ele estava, com diarreia e tudo (...)” (E8:L78-79)

Como refere Morris (*in* Phipps, Sands e Marek, 2003, p.91), não é invulgar, hoje em dia, encontrar mulheres idosas internadas que têm, a seu cargo, uma mãe de 90 anos, o

marido ou um neto. Mas embora muitas destas idosas se sintam ainda com forças para assumir estas responsabilidades, por outro lado, segundo o mesmo autor (*in* Phipps, Sands e Marek, 2003, p.91) é vastamente conhecida a literatura que afirma serem vários os factores causadores de stress, de natureza física, psicológica e financeira a que estes prestadores de cuidados estão sujeitos.

Por esse motivo, e uma vez que o conhecimento destas situações decorre, muitas vezes, no momento de acolhimento, o enfermeiro, que tem acesso a essa informação “(...) deverá verificar se os doentes idosos são prestadores de cuidados, e se têm, por isso, preocupações especiais enquanto se encontram hospitalizados.” (Morris *in* Phipps, Sands e Marek, 2003, p.91).

A hospitalização, sobretudo se é prolongada, pode representar para os idosos uma perda de papel sócio-familiar, nomeadamente pela quebra das funções habituais, de relações e pela diluição ou anulação dos papéis de responsabilidade, a que fora do hospital estão sujeitos. Pelo que, o conhecimento desta situação deve merecer a atenção particular dos enfermeiros.

Uma das idosas, manifesta ter vivenciado a consciência de, no momento de acolhimento, estar a fazer falta ao *Filho*:

“(...) deixei o meu rapaz aqui sozinho, um rapaz que não é saudável, aqui sozinho.”
(E2:L121)

“Mal disposta, sempre numa ansiedade com o jeito dele, “O que será que ele está fazendo?” Que ele não sabe fazer nada. Ele não sabe fazer nada, nada, nada, nada. Eu sei que fazia muita falta em casa, que ele estava sentindo muito a minha falta.” (E2:L130-132)

A idosa, que manifesta ansiedade por desconhecer o modo como o filho se estaria a adaptar na sua ausência assegura, sobretudo, uma noção da sua imprescindibilidade em casa, junto do filho.

Uma das idosas mencionou estar a fazer falta à *Irmã*:

“(...) da minha irmã, aqui em casa sozinha. Lembro-me, eu lembrava-me muita vez dela e chorava.” (E4:L9-10)

Neste caso, contrariamente aos anteriores, o sentimento de fazer falta à irmã não parece estar associado ao exercício de qualquer responsabilidade sobre a irmã, mas simplesmente ao sentimento fraternal de pesar recíproco. Aliás, esta idosa que, anteriormente, refere ter sentido falta da irmã, parece espelhar nesse sentimento a certeza da retribuição do mesmo por parte da irmã. Se ela sentia falta da irmã, é natural que a irmã sentisse falta dela também.

Outro motivo que a participante parece relevar com esta afirmação, associa-se ao facto do seu internamento ter forçado a irmã a estar em casa sozinha, e isso parece trazer-lhe alguma preocupação.

6. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS ÀS ENTREVISTAS

Efectuada, para este estudo, a análise de conteúdo das entrevistas, neste capítulo irei acrescentar algumas considerações transversais à pesquisa e aos dados que ela possibilitou conhecer.

Este estudo, fomentado pelo interesse de alcançar um conhecimento aprofundado acerca das vivências dos idosos, no acolhimento de enfermagem efectuado ao serviço de internamento do CSN, permitiu realçar outros aspectos paralelos às vivências, que fui registando sob forma de notas de campo, enquanto decorriam a colheita, a análise, a apresentação e justificação dos dados. Tais aspectos suscitaram o meu interesse sobre questões não esperadas e, em muitos casos, nem sequer directamente relacionadas com os objectivos esperados para este estudo.

Apresento, pois, sob forma de considerações finais às entrevistas, algumas destas questões que, no momento final da investigação, continuei a reconhecer como interessantes e meritórias de alguma reflexão.

A primeira das considerações refere-se ao facto de apenas um dos participantes se ter referido ao enfermeiro que o acolheu revelando o seu nome próprio, enquanto os outros, para além de não o fazerem, chegam a esforçar-se por se lembrar do seu nome, sem atingirem qualquer sucesso nessa tentativa.

Esta situação fez-me ponderar três hipóteses distintas: a primeira, a constatação de que o nome do enfermeiro pode não ter sido um factor considerado, pelos idosos, como importante e merecedor de ser mais tarde recordado. Outra hipótese colocada foi a de que, fruto de alguma perda de memória, não se conseguirem recordar do seu nome. A terceira hipótese será a do enfermeiro não ter revelado o seu nome no momento de acolhimento.

Nenhuma destas hipóteses, obviamente, pode ser tomada como certa, mas o simples pensamento acerca da situação induz, certamente, à reflexão sobre a importância de se iniciar a abordagem ao idoso pela apresentação pessoal. Pois, linear a qualquer relação social, este costuma ser o primeiro passo a consumir-se no acto do reconhecimento mútuo entre dois desconhecidos. Por outras palavras, Hesbeen (2000, p.183) refere que ao receber o doente, é importante que o enfermeiro o chame pelo nome, apresentando-se, indicando o seu nome e a sua função.

Uma outra leitura tirada dos dados obtidos aponta para a constatação de uma possível relação directa entre o facto de um dos entrevistados ter referido de forma veemente não ter tido receio de estar internado e de ter, paralelamente, revelado ser frequente acompanhar familiares ao serviço de Ambulatório daquele centro de saúde.

A inferência é, claro, infundamentada, mas, a um certo ponto, poderá deixar antever que a frequência do espaço físico hospitalar, mesmo que não especificamente do local de internamento, pode atenuar a influência negativa do espaço físico do internamento.

De salientar que as pessoas que, no momento de acolhimento se manifestavam sem dores, e apresentavam um estado de saúde menos sintomático, tenderam a expressar mais considerações positivas acerca da experiência de internamento, enquanto outras cuja sintomatologia, à chegada ao hospital, apontava para um estado de saúde mais descompensado, tenderam a tecer mais considerações negativas.

Sobre este facto, não há muito a reflectir. Isto é, compreende-se que a vivência da mesma situação, a de ser acolhido, em pessoas influenciadas por contextos tão diferentes não possa ser entendida da mesma forma. Depreender esta divergência de posições, fez-me recordar a Teoria Motivacional de Maslow, sucintamente descrita por Coimbra e Castro (2001, p.128), que refere que o indivíduo só é capaz de suprir necessidades de segurança, ou de bem-estar, quando as necessidades fisiológicas estão, devidamente, satisfeitas. De facto, enquanto as pessoas que apresentavam sintomatologia tenderam a classificar negativamente a experiência de acolhimento, o caso inverso também se pôde verificar pois, como referem alguns autores, “(...) os pacientes que têm melhor estado de saúde tendem a centrar-se em aspectos positivos dos cuidados” (Carvalhais e Sousa, 2007, p.610).

O reconhecimento desta realidade, a meu ver, não pode, senão, apelar para o facto dos doentes, principalmente os idosos em circunstâncias de saúde mais instáveis, merecerem ainda mais atenção e cuidado da parte dos enfermeiros, pois eles parecem viver com mais intensidade e contrariedade o acolhimento quando se encontram nessa situação.

Merecendo alguma reflexão, outro aspecto que aqui se apresenta prende-se com o registo de informações de comunicação não verbal, ocorridas aquando da realização das entrevistas.

Tirando partido deste método de colheita de dados, foi possível verificar-se, em duas situações, que o recordar e relatar das vivências registadas no momento de acolhimento, mesmo passando, respectivamente, três e cinco anos da sua ocorrência, suscitou a

evocação de memórias dolorosas. Nestes casos, em que os idosos, por várias vezes choraram, suspiraram demonstrando, enfim, alguns sinais de inquietação e emoção, interrompeu-se a entrevista, de forma a permitir a expressão de sentimentos, tendo-se retomado a mesma, assim que a condição do idoso o permitiu.

Uma das entrevistadas, acerca da sua vivência do acolhimento refere, num certo momento da entrevista, *“Eu pensava, ir para ali era como embarcar... e foi uma boa solução.”* (E4:L147). Ora, este excerto, tendo suscitado alguma reflexão desde cedo, acabou por não ser enquadrado nas matrizes realizadas por ter suscitado uma interpretação muito própria e até dúbia e controversa que, a meu ver, escapava à norma das referências que acabaram por ser ordenadas e mencionadas nas matrizes de codificação de categorias efectuadas. Porém, é inegável o seu cariz particular, metafórico que induz, certamente, a várias interpretações, motivo pelo qual foi aqui reservado um espaço para discuti-la.

O vocábulo “embarcar”, ainda frequentemente empregue nas zonas mais rurais da ilha, nos nossos dias, reporta-se apenas ao acto de andar de avião, está intrinsecamente relacionado com a histórica realidade emigratória verificada na região, que teve a sua maior expressividade por volta das décadas de trinta, quarenta e cinquenta do século XX. Nessa época, as dificuldades de vida no campo, associadas à vivência de um período pós-guerra, e posteriormente à tentativa de evasão a um regime ditatorial, conduziram muitos açorianos a procurar em terras longínquas como os Estados Unidos da América, Canadá, vulgarmente apelidados como países “(...) de Deus e da fartura” (Aguiar, 1994, p.153), um melhor nível de vida e a esperança de um futuro prometededor para as suas gerações precedentes.

Pelos condicionalismos associados à época, muitos desses emigrantes permaneciam longos períodos de tempo na diáspora, privados de qualquer contacto com a terra, a casa e a família que deixavam para trás. “Embarcar”, por todos esses motivos, trata-se de um verbo carregado de simbolismo e pode ter sido, aqui, empregue pela doente numa tentativa de fazer menção a um afastamento forçado do lar e da família, associando-se também ao desconhecimento em relação ao futuro próximo, à antevisão de prever momentos difíceis, mas também ao desafio da experiência e desejo de sucesso.

Se atendermos à distribuição de categorias, visível nas matrizes de codificação, podemos verificar que as categorias referentes a considerações positivas tendem a incluir mais subcategorias do que as negativas.

Finalmente, acrescento que como nota final da maioria das entrevistas, aparecia a expressão particular “(...) e foi uma boa solução.” (E4:L147). Foi, portanto, frequente verificar-se um remate do discurso com a transmissão da ideia de que o acolhimento “foi bom”.

7. EXTRACÇÃO E VERIFICAÇÃO DE CONCLUSÕES: PROCEDIMENTOS

*“Quanto maior o número de problemas em que pensamos,
maior é o perigo de não compreendermos nenhum.*

John Amos Comenius

Passaremos à fase de apresentação das conclusões deste estudo, fase correspondente à terceira etapa do Modelo de Fluxo preconizado por Miles e Huberman, (1994, p.35), onde figuram a elaboração e verificação de conclusões. Neste capítulo, são descritos os procedimentos efectuados para extracção e validação de conclusões.

Para Miles e Huberman (1994, p.36) a fase de extracção e verificação de conclusões não se trata de uma etapa correspondente, cronologicamente, à fase final de um estudo, uma vez que, desde o início da colheita de dados, o autor começa a discernir o sentido dos resultados, a notar as suas regularidades, os padrões presentes, as explicações e configurações possíveis, assim como as proposições possíveis a extrair dos dados recolhidos.

Deste modo, a extracção das conclusões de um estudo é um processo decorrente do avançar do mesmo, não podendo ser reconhecido como um passo alcançado somente no final do processo de investigação.

A extracção de conclusões, para Miles e Huberman (1994, p.383) serve-se do emprego de várias técnicas para extrair significações dos dados recolhidos. Os autores apresentam doze técnicas, para o efeito, designadamente, a contagem; o reconhecimento de padrões e temas; a busca pela plausibilidade; a reagrupagem; a utilização da metáfora; a subdivisão de variáveis; a submissão do particular ao geral; a factorização; a identificação de relações entre as variáveis; a descoberta das variáveis intervenientes; a construção de uma cadeia lógica de índices e de provas e o atendimento à coerência conceptual e teórica.

De acordo com os autores, estas técnicas orientam-se para tipos de pesquisa diferentes e situações de análise distintas, podendo ser utilizadas em simultâneo e em coerência com o tipo de estudo e com a abordagem aos dados que se pretende.

A primeira e mais elementar das técnicas apresentadas por Miles e Huberman (1994, p.384) trata-se da contagem. A contagem é uma forma conhecida de apreender a realidade

que se nos apresenta e, a partir da mesma, notar semelhanças e prevalências entre itens mencionados, bem como reconhecer tendências gerais de distribuição dos dados obtidos.

A contagem, no presente estudo, foi efectuada transversalmente à organização dos dados em matrizes de codificação sendo, esporadicamente, referida na discussão e análise dos mesmos como forma de dar expressividade a alguns dos resultados obtidos, desde o momento da sua apresentação. Mais adiante, na apresentação das conclusões propriamente ditas, será notória a sua utilização como técnica de extracção de conclusões.

O reconhecimento de padrões e de temas, por seu turno “(...) peut être une stratégie d’analyse très efficace (...)” (Miles e Huberman, 1994, p.387). Esta técnica foi aplicada neste estudo aquando da redacção das matrizes, como forma de agregar informação referente a um mesmo tema, identificando, pois as semelhanças e padrões entre dados colhidos.

A busca pela plausibilidade é efectuada, de acordo com Miles e Huberman (1994, p.388), quando, ao longo do seu trabalho, o investigador identifica aspectos a corrigir numa matriz, quando suprime uma coluna da matriz, ou retira uma linha, quando assume ser necessário redigir um diagrama explicativo, em linhas gerais, quando busca continuamente a congruência dos dados obtidos. Por força do emprego desta técnica, muitas vezes pode surgir a necessidade de realizar uma reagrupagem, quarta técnica proposta por Miles e Huberman (1994, p.392), que tem por finalidade a reorganização da informação obtida. A reagrupagem trata-se, assim, da operacionalização da busca pela plausibilidade.

A busca pela plausibilidade, bem como a reagrupagem foram procedimentos, contínua e pontualmente efectuados ao longo deste estudo, de forma a assegurar a organização mais coerente e clara da informação obtida das entrevistas realizadas.

A subdivisão de variáveis teve lugar, concomitantemente à submissão do particular ao geral, uma vez que estas duas técnicas propostas por Miles e Huberman (1994, p.400) foram empregues, em simultâneo, durante a organização dos dados em matrizes de codificação.

Durante a prossecução do estudo e, principalmente durante a discussão e análise dos dados, a preocupação em atender a uma coerência conceptual e teórica foi também patente, uma vez que, como referem Miles e Huberman (1994, p. 413), embora o pesquisador tente determinar o que significam os dados por si recolhidos, ele deve elevar-se pouco a pouco das suas preposições empíricas para atingir uma visão mais conceptual da realidade que se propôs estudar. O verdadeiro cuidado em assegurar uma coerência

conceptual e teórica, atinge-se quando, do próprio estudo, é possível notar um determinado padrão.

Não obstante tenha havido uma preocupação no cumprimento destas técnicas que garantem a expressividade das conclusões de um estudo, Miles e Huberman (1994, p.37) mencionam que o estabelecimento de conclusões não vale por si só se não ocorrer a verificação dessas conclusões.

A verificação de conclusões pode, então, ser um processo breve, previamente reflectido, acompanhado de um retorno rápido às notas de terreno ou pode ser um procedimento rigoroso e elaborado, resultado de longas discussões entre colegas que visem desenvolver um consenso objectivo.

Por outras palavras, a verificação de conclusões, no entender de Miles e Huberman (1994, p.37) trata-se de um procedimento que permite *testar* os dados obtidos quanto à sua plausibilidade, solidez, confirmabilidade ou, numa palavra, à sua validade pois, “(...) une analyse qualitative peut être évocatrice, lumineuse, magistrale... et totalement fausse.” (Miles e Huberman, 1994, p.415)

Como forma de contornar a probabilidade de ocorrer qualquer falha na redacção das conclusões de um estudo, Miles e Huberman (1994, p.417) sugerem o cumprimento de onze procedimentos: controlar a representatividade; controlar os efeitos do pesquisador; triangular; ponderar os dados; estabelecer contrastes e comparações; verificar a significação de casos atípicos; utilizar casos extremos; excluir as relações falaciosas; reproduzir um resultado; verificar as explicações rivais e procurar as provas contrárias.

Abaixo se descrevem, sucintamente, as premissas inerentes a cada um destes procedimentos, fundamentadas na metodologia proposta por Miles e Huberman (1994, p.417-455) conjuntamente à forma como a sua aplicação foi assegurada neste estudo. Mais uma vez se salienta o facto de todos estes procedimentos se fundamentarem, não numa fase final da pesquisa, mas no desenvolver de todo o percurso de investigação, tal como preconiza o Modelo de Fluxo, anteriormente apresentado, proposto por estes autores.

- O controlo da representatividade obtém-se pela confirmação da fiabilidade dos dados que se incluem num estudo, e esta tem de ser assegurada a vários níveis. Não apenas na selecção de bibliografia credível e que demonstre resultados confiáveis, como também na estruturação e nos procedimentos consumados ao longo de todo o

estudo. A garantia de que é mantido o controlo da representatividade de um estudo subsiste no cumprimento rigoroso de todos os procedimentos sequenciais que se prevêem num estudo. Desde a selecção dos participantes, ao tipo de estudo, passando pela pesquisa bem direccionada, até à apresentação de resultados. Enfim, este primeiro procedimento tem de ser transversal a todo o processo de pesquisa devendo, por isso mesmo, pautar a redacção das conclusões suscitadas pela mesma.

- É necessário o investigador ter plena consciência de que a sua influência no terreno de pesquisa não é inócua pelo que, a postura do investigador deve tender sempre para a isenção. O pesquisador deve, ainda, influenciar e invadir o menos possível o universo ou o campo de pesquisa a que tem acesso privilegiado.

- A triangulação, que permite a validação por concordância, deve ser outra preocupação patente na verificação de conclusões. Como já referido neste estudo, existem várias formas de triangulação, tendo sido aqui efectuada a triangulação de dados.

- Todas as conclusões se apoiam em determinados dados que são captados de forma diferente por quem os apreende. Alguns tendem a ser percebidos com determinada importância ao passo que outros não o são. Pelo que deve haver uma ponderação de dados que permita a classificação qualitativa de alguns como melhores que outros, alguns mais representativos que outros e, de alguns mais fiáveis que outros. A hierarquização desses dados depende de vários factores: dos informadores que os transmitem, das circunstâncias da recolha ou da interpretação do investigador, por exemplo. Cabe, ao investigador controlar esses factores de modo a garantir a sua credibilidade.

- Um meio clássico e reconhecido de testar uma conclusão obtém-se estabelecendo contrastes e comparações entre tipos diferentes de elementos: indivíduos, papéis, actividades, ou outros, de modo a que seja possível reconhecer até que ponto eles diferem e em que pontos se aproximam. Este procedimento é facilmente identificável pela leitura e análise das matrizes de codificação.

▪ Outro procedimento que os autores supra-mencionados apontam para verificação de conclusões é a verificação e significação de casos atípicos. Para todos os resultados existem, geralmente, excepções que devem ser atentamente examinadas de forma a reforçar os resultados principais. O poder da excepção não deve ser subestimado deve, sim, ser analisado de modo cuidadoso, a par da reflexão sobre a generalidade, sob a premissa de que os casos de excepção podem, eventualmente, surgir dos casos maioritários.

▪ Utilizar casos extremos pode ser uma forma bastante útil de verificar e confirmar as conclusões de um estudo. De um modo similar ao processo anteriormente descrito, ao ser capaz de identificar um caso extremo, o investigador está, indirectamente, a reconhecer os pontos de referência maioritários do seu estudo. Pode dizer-se que reconhece o generalizável por oposição à excepção.

▪ Ao ter um conhecimento profundo dos dados que foi capaz de obter e da forma como se relacionam entre si, o investigador deverá, igualmente, ser capaz de excluir as relações falaciosas entre esses dados. Alguns dados, até certo ponto, são relacionáveis e comparáveis, mas as relações ilusórias estabelecidas entre eles induzem ao erro e devem ser, por isso, eliminadas. Como forma de garantir a execução deste procedimento, alguns dados, dificilmente semelhantes a outros já devidamente codificados e organizados, foram simplesmente mencionados não no capítulo respeitante a apresentação, análise e discussão dos dados obtidos mas neste, onde se apresentam algumas considerações finais.

▪ Se um resultado consegue ser reproduzido num novo contexto, noutra parte da minha base de dados, ou por outro pesquisador esse resultado é fiável. A fiabilidade de resultados alcançada através deste estudo pode ser fundamentada na justificação dos dados obtidos, quando os mesmos são discutidos, o que acontece no quinto capítulo deste relatório de investigação.

▪ O investigador deve ter consciência de que podem haver explicações contrárias ou oponentes às que encontra para fundamentar as suas conclusões e estas, sempre que possível, podem e devem ser exploradas para enriquecimento da própria discussão dos resultados a que a investigação deu lugar. Essa postura, associada à apresentação de explicações rivais, está patente em vários pontos da discussão dos dados vigentes nesta investigação.

▪ O último procedimento de verificação de conclusões, proposto por Miles e Huberman, consiste em procurar as provas contrárias. Este, conforme os autores, embora seja um procedimento fácil de descrever não é naturalmente utilizado. A procura de provas contrárias trata-se de uma versão mais extrema da procura de casos atípicos e das explicações rivais, fundamentando-se na questão: “Existem dados que contradigam esta conclusão ou que sejam incompatíveis com ela?”

Apresentados os procedimentos de verificação de conclusões e identificados os pontos em que nesta pesquisa os mesmos foram cumpridos, resta acrescentar que, nalgum momento em que esta explanação não tenha sido totalmente esclarecedora, com certeza sê-lo-á pela leitura global do documento e pela identificação do cumprimento destes procedimentos onde, no decorrer da investigação eles, efectivamente, tiveram lugar.

8. CONCLUSÕES

“Eu pensava, ir para ali era como embarcar...

E foi uma boa solução”

Anónimo

Este trabalho, desenvolvido com o intuito de cumprir os objectivos previamente traçados, nomeadamente o de compreender as vivências dos idosos acolhidos pelo enfermeiro ao Centro de Saúde de Nordeste, permitiu a redacção das conclusões que se seguem. Pelo carácter descritivo do estudo, de índole qualitativa, não é propósito da fase conclusiva proceder a uma generalização de conclusões, mas simplesmente proceder à sua exposição.

As conclusões aqui apresentadas, sob forma de tópicos, cumprem uma organização hierárquica. Isto é, dentro de cada categoria enunciada, os primeiros tópicos correspondem às conclusões de maior expressividade. Sendo, decrescentemente, expostos os restantes tópicos, de acordo com a sua ordem de importância.

Ocorre uma notória diversidade de vivências descritas pelos idosos, sendo estas direccionadas para dois tipos de consciencialização, uma endógena ou intrínseca e outra exógena ou extrínseca. Estas duas manifestações de consciencialização originaram, a designação de dois domínios de dados, designadamente um referente à Auto-Consciencialização e outro à Hétero-Consciencialização.

Verificou-se no momento de acolhimento, um predomínio de vivências que se dirigiram para uma Hétero-consciencialização comparativamente à auto-consciencialização.

- Relativamente à Hétero-consciencialização:
 - Ocorre o predomínio de vivências dirigidas à consciencialização sobre **Situações**.
 - De entre a consciencialização relativa a Situações, predominaram as que se referiam às **Finalidades da acção do enfermeiro que acolheu** o idoso ao serviço de internamento.

- Quanto a estas últimas, os idosos valorizaram, na sua larga maioria, o facto do enfermeiro que acolheu ter possibilitado informação, especificamente, tê-los acompanhado ao quarto e à sua unidade.
- Os idosos valorizaram, também, como intervenção técnica do enfermeiro que os acolheu, a administração de terapêutica.
- Quanto à relação estabelecida com o enfermeiro que acolheu, a maioria dos idosos classificou-a como negativa.
- No que concerne ao **Efeito do acolhimento no idoso**, este foi, na generalidade, considerado como bom, tendo promovido nos participantes a afirmação de que gostaram de ser recebidos e de que foram bem recebidos.
- Os idosos participantes revelando, no momento de acolhimento, uma hétero-consciencialização direccionada a outras pessoas, deram primazia às considerações relativas a **outros enfermeiros e auxiliares de acção médica**:
 - Valorizaram o facto de não terem críticas a apontar a estes profissionais. Para os participantes, os enfermeiros e auxiliares revelaram-se “bons” profissionais.
 - São também valorizados, nesta categoria, os familiares dos idosos sendo, nomeadamente, evidenciado, no momento de acolhimento, o facto de fazer falta aos outros e, nalguns casos, especificamente, ao marido.
- Na categoria Ambiente, a maioria dos idosos valoriza, no espaço físico onde se verificou o acolhimento, aspectos positivos, entre os quais:
 - Identificar o CSN como local de tratamento e de cura, gostar de estar lá, a par de não reacear estar ali.
- A última das vivências identificada, apenas por um dos idosos, dirigiu-se à consciencialização sobre a sua **Espiritualidade**, especificamente à sua relação com Deus, realçando a esperança de que Ele lhe desse cura.

- No que concerne à Auto-consciencialização:
 - O momento de acolhimento foi sentido pela maioria dos idosos entrevistados como negativo provocando, na sua maioria, sentimentos de abandono e nervosismo/ansiedade e suscitando, secundariamente, sentimentos de transtorno e de contrariedade.
 - Os sentimentos positivos mais identificados pelos idosos entrevistados ao vivenciarem o acolhimento ao serviço de internamento do CSN correspondem a sentir-se bem e manifestar esperança.
 - A vivência do acolhimento despoletou, nos idosos entrevistados, a auto-consciencialização de outras percepções isentas de valorização positiva ou negativa acerca, em primeiro lugar, da sua situação de saúde, em segundo lugar, e, em igualdade de circunstâncias entre si, sobre o facto de desconhecerem a decisão clínica do seu internamento e manifestarem conformismo, e aceitação do internamento. Vários idosos entrevistados manifestaram ter pensado na morte, tendo revelado, também, incerteza relativa ao seu futuro.
 - Os idosos, ao serem acolhidos pelo enfermeiro ao serviço de internamento revelaram, na sua maioria, terem sentido a falta de casa.

Recorde-se que estas conclusões são representativas da realidade em que tiveram lugar e do contexto particular em que ocorreram, tendo sido extraídas e verificadas ao longo de todo o processo de análise de dados, conforme propõem Miles e Huberman (1994, p. 413).

9. SUGESTÕES E IMPLICAÇÕES

*"Não me agrada aconselhar porque,
em todos os casos, se trata de
uma responsabilidade desnecessária."*

Albert Einstein

Como profissional de Enfermagem, a exercer funções no Centro de Saúde de Nordeste e, na procura incessante da melhoria do exercício da minha actividade profissional, senti-me impelida à realização deste estudo tentando, desta forma, alcançar um conhecimento que se desejou fosse o mais aprofundado possível, acerca das vivências experienciadas pelos idosos, em geral, e por este grupo, em particular, aquando do acolhimento de enfermagem.

Este conhecimento, embora extraído do contexto particular em que teve lugar, tende a reflectir vivências experienciadas por idosos que podem encontrar paralelismo noutros centros de saúde e hospitais, pelo que a sua relevância não se confina ao CSN, mas pode ser extensível a outros serviços de internamento a ele semelhantes.

Assim, como todo o conhecimento é fonte de algum poder, também o conhecimento extraído deste trabalho pode afigurar-se uma útil ferramenta ao alcance dos enfermeiros. Com ele, acredito ser possível contribuir para uma melhor interacção entre o enfermeiro e o idoso. Interacção alicerçada no conhecimento aprofundado dos receios, ansiedades, medos, mas também esperanças e expectativas vivenciadas pelo idoso aquando da fase inicial do internamento.

Apresentados os conteúdos das entrevistas e conhecidos os resultados e conclusões deste trabalho de investigação, neste capítulo, são apresentadas algumas considerações emergentes que, no meu entender, poderão ser reconhecidas como um contributo à profissão de Enfermagem, sob várias vertentes, nomeadamente: a nível da prática profissional, a nível da formação, da investigação, ou mesmo a nível da gestão.

Obviamente, as implicações mais directas que este trabalho pode assumir espelham-se no contexto específico em que ele teve lugar, o serviço de internamento do CSN. Deste modo, a nível da prática profissional, a primeira sugestão que apresento aponta para a entrega e desmistificação da informação vigente no guia de acolhimento, já disponível neste serviço, aos doentes idosos recém-admitidos.

Esta prática, de acordo com Ferreira e Valério (2003, p.12), não só ajudará o enfermeiro na prestação de informações correctas, de forma sintetizada, como também permitirá que o utente obtenha informações mais específicas, relacionadas com aspectos importantes que não devem ser esquecidos.

A título de exemplo, entre os participantes neste estudo, embora com algum grau de iliteracia, todos dominavam, minimamente a leitura e, em nenhum dos casos, foi mencionada esta prática que, a efectuar-se, poderia, certamente, ter obviado os sentimentos negativos verificados e promovido a acepção positivamente valorizada do enfermeiro que o acolheu ter possibilitado informação, no decorrer do acolhimento.

É ao nível da formação que são transmitidos valores basilares e princípios que se traduzem no desempenho profissional do futuro enfermeiro. Pelo que, nessa fase de aprendizagem é, particularmente, necessário valorizar aspectos como o acolhimento de enfermagem.

Não será de mais enfatizar a necessidade de, continuamente, ser transmitida aos alunos em formação a noção de que o acolhimento é um momento de importância inquestionável, no decorrer do internamento. Pelo que este estudo pôde demonstrar, o acolhimento efectuado ao doente idoso tem, necessariamente, de ser realizado de modo diferenciado. Só assim se espera que sejam, devidamente, atendidas as necessidades desta população que, pelo que demograficamente se pode verificar, continuará a ser a população predominantemente internada nos centros de saúde portugueses, europeus e mundiais.

Como sugestões orientadas para a vertente da investigação, e ciente das limitações deste estudo, proponho o aprofundamento do conhecimento acerca da temática do acolhimento ao idoso. Este estudo poderá, por exemplo, ter continuidade noutro que pondere a adopção de uma metodologia de investigação diferente permissiva, por exemplo, à observação da prática do acolhimento a idosos internados pela primeira vez.

O estudo da temática do acolhimento poderia ter lugar, igualmente, com o cruzamento de dados provenientes de entrevistas a enfermeiros, de modo a reconhecer convergências/divergências e complementaridades entre as duas partes implicadas no mesmo processo - o de acolhimento do idoso a um serviço de internamento.

Uma vez que a realidade de hospitalização de idosos, e dada a tendência demográfica apresentada, tender a aumentar progressivamente, como já amplamente referido, seria, também, importante extrapolar estudos desta índole a outras instituições

onde os idosos permanecem internados, nomeadamente lares de idosos, instituições e residências geriátricas, serviços de internamento hospitalares, entre outras. Porque cada contexto traduz condicionantes próprios que inibem à generalização de resultados entre eles, é necessário estudar individualmente cada um para, em cada qual, conhecer a sua realidade particular.

Ao nível da investigação é, pois, importante dar continuidade a estudos que explorem as problemáticas suscitadas por pesquisas anteriores. Digamos que da identificação das limitações de um estudo podem surgir outros que permitem, em consequência, conhecer o tema na sua amplitude e na sua abrangência global.

Uma vez que o acolhimento foi identificado como momento promotor de sentimentos de abandono e de isolamento, outra sugestão, a nível da gestão do serviço, seria garantir que o idoso fosse acompanhado por um familiar no momento do seu acolhimento. Considerando, como mencionam Cardoso e Pinto (2002, p.12), que o doente vem ao hospital, na maioria das vezes, acompanhado por um familiar ou outra pessoa significativa, essa situação deve ser rentabilizada, sempre, em favorecimento do idoso. Inclusivamente, numa das entrevistas realizadas neste estudo, um dos idosos, mencionando ter lhe sido cedida essa oportunidade, enalteceu-a fortemente.

Outra sugestão que apresento, ainda enquadrada na área da gestão, seria permitir a permanência de visitas ao serviço, num horário mais alargado do que aquele que actualmente se verifica. Inúmeros estudos têm vindo a confirmar as vantagens que esta medida traz para o doente e esta constatação, salientada pelos idosos na presente investigação, afigura-se como apenas mais uma confirmação deste facto.

Considerando que, de há um tempo a esta parte, na maior unidade hospitalar da Região Autónoma dos Açores, o Hospital do Divino Espírito Santo, esta medida foi desenvolvida com sucesso, o exemplo da mesma poderá ser tido em consideração como orientação favorável a ser seguida por outros serviços de saúde, onde as implicações da alteração dos horários de visita, terão, com certeza proporções mais controláveis mas que competem ser geridas pelos respectivos gestores.

Fica, assim, manifesta a relevância, o interesse e a importância de se encontrar continuidade neste trabalho que, não sendo um fim em si mesmo, transporta a missão de conduzir ao início de um novo conhecimento. Pois, é na busca incessante da perfeição que o Homem é impelido ao progresso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGE – Towards a European Society of all ages (disponível para consulta em http://www.age-platform.org/EN/IMG/Brochure_Society_EN_final.pdf) (10/12/2007)

AGREDA, José Javier Soldevilla – *Passado, Presente e Futuro da Enfermagem Gerontológica*. In COSTA, Maria Arminda et al. – O Idoso: Problemas e Realidades. Coimbra: Formasau, 1999. p. 23-40 ISBN: 972-8485-07-7

AGUIAR, Cristóvão de – *Passageiro em trânsito*. Lisboa: Edições Salamandra, Lda., 1994. 172p. ISBN 972-689-065-9

ALMEIDA, Maria de Lurdes F. – *Cuidar o Idoso: Revelações da prática de Enfermagem*. In COSTA, Maria Arminda et al. – O Idoso: Problemas e Realidades. Coimbra: Formasau, 1999. p. 63-91. ISBN: 972-8485-07-7

ARCHER, Luís, coord.; BISCAIA, Jorge, coord.; OSSWALD, Walter, coord. – *Bioética*. Lisboa: Editorial Verbo, 1996. 406p. ISBN 972-22-1719-4

BARDIN, Laurence – *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1995. 225p. ISBN 972-44-0898-1

BEE, Helen – *O Ciclo Vital*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 656 p. ISBN 85-7307.181-8

BERGER, Luise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle - *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta, 1995. 594 p. ISBN 972-95399-8-7

BOGDAN, Roberto; BIKLEN, Sari Knopp - *Investigação qualitativa em educação: uma introdução às teorias e aos métodos*. Porto: Porto Editora, 2003. 336p. ISBN 972-0-34112-2

BRUM, Ana Karine Ramos; TOCANTINS, Florence Romijn; SILVA, Teresinha de Jesus do Espírito Santo da - O enfermeiro como instrumento de acção no cuidar do idoso. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 13:6 (Novembro/Dezembro 2005). p.1-8

BURGESS, Robert G. – *A Pesquisa de Terreno: Uma Introdução*. Oeiras: Celta Editora, 2001. 262p. ISBN 972-8027-43-5

CABETE, Dulce – *O Idoso, a Doença e o Hospital – O Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas*. Loures: Lusociência, 2005. 200p. ISBN 972-8383-89-4

CABRAL, Manuel Villaverde (coord.); SILVA, Pedro Alcântara; MENDES, Hugo – *Saúde e Doença em Portugal*. Imprensa de Ciências Sociais, 2002. 298p. ISBN 972.671-084-7

CARDOSO, Ana Bela; PINTO, Paulo – Acolhimento do doente no hospital – um cuidado de enfermagem. *Revista Nursing: Revista de Formação Contínua em Enfermagem*. N.º 170 (2002) p. 11-14

CARPENTER, Dona R. – *Método Fenomenológico*. In STREUBERT, Helen, coord; CARPENTER, Dona – *Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o Imperativo Humanista*. Loures: Lusociência, 2003. p. 2-14. ISBN 972-8383-29-0

CARTA DOS DIREITOS DO DOENTE INTERNADO - (disponível para consulta em <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>) (consultado a 30/03/2009)

CARVALHAIS, Maribel; SOUSA, Liliana – Comportamentos dos enfermeiros e impacto em doentes idosos em situação de internamento hospitalar. *Revista Electrónica de Enfermagem*. Goiás. ISSN 1518-1944. n.º 9:3 (2007). p.596-616

CARVALHO, António de Carlos – Como chegar lá? Embrião de um modelo de enfermagem co-activo. *Enfermagem em foco*. Lisboa. ISSN 0871-8008. n.º VI:23 (1996). p. 36-40

CASIDA, Jessie – The Lived Experience of Spouses of Patients With A Left Ventricular Assist Device Before Heart Transplantation. *American Journal of Critical Care*. n.º 2 (2005) p. 145-151

COIMBRA, Joaquim Luís; CASTRO, Maria Guilhermina – *Psicologia*. Porto: Edições Asa, 2001. 191p. ISBN 972-41-2523-8

COLLIÈRE, Marie-Françoise – *Promover a Vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. 385p. ISBN 272 96-0009-4

CORDEIRO, Maria Paula – *Avaliação da Saúde em Gerontologia*. In COSTA, Maria Arminda et al. – O Idoso: Problemas e Realidades. Coimbra: Formasau, 1999. p. 23-40 ISBN: 972-8485-07-7

COSTA, Maria Arminda – *Cuidar Idosos: Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros*. Coimbra: Redhorse – Indústria Gráfica, Lda., 2006. 301p. ISBN 972-8485-7-3

COSTA, Maria Arminda – *Questões Demográficas: Repercussões nos Cuidados de Saúde e na Formação dos Enfermeiros*. In COSTA, Maria Arminda et al. – O Idoso: Problemas e Realidades. Coimbra: Formasau, 1999. p. 7-22. ISBN: 972-8485-07-7

COSTA, Maria Arminda – *Relação Enfermeiro-Doente*. In NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana – Para uma Ética da Enfermagem: Desafios. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. p. 63-80. ISBN 972-603-326-8

DECRETO-LEI n.º 104/98 DR I Série-A, de 21 de Abril, (1998-04-21), 1739-1757.

DECRETO-LEI n.º 161/96 DR I Série-A, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril (1996-09-04), 2959-2962.

Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea I Volume. Verbo: Lisboa, 2001. 1846 p. ISBN 161 290/01

DIOGO, Paula – Necessidades de apoio aos familiares que acompanham a criança com doença oncológica no internamento. *Pensar Enfermagem*. Lisboa. ISSN 0873-89-041. n.º1 (2000) p.12-13

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Um Envelhecimento Activo: dos 65 anos em diante* (disponível para consulta em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_435.html) (09/04/2009)

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas - *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. - Lisboa: DGS, 2006. 24p. ISBN 972-675-155-1

DOMINGUES, Fr. Bernardo – *A Pessoa e a vida saudável a promover*. In NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana – *Para uma Ética da Enfermagem: Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra. 2004. ISBN 972-603-326-8. p. 187-202.

DUARTE, Susana – *Saberes de Saúde e de Doença: Porque vão as pessoas ao médico?* Coimbra: Quarteto, 2006. 130p. ISBN 9728717180 / 972-8717-18-0

ERMIDA, José G. In COSTA, Maria Arminda *et al.* – *O Idoso: Problemas e Realidades*. Coimbra: Formasau, 1999. p. 41-50 ISBN: 972-8485-07-7

EUROSTAT – Population (disponível para consulta em <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>) (10/03/2009)

FERNANDES, Manuel Agostinho M. – Introdução à Fenomenografia: Potencialidades de aplicação à investigação em saúde e enfermagem: *Revista Investigação em Enfermagem*. n.º 12 (2005) p. 3-10

FERREIRA, Carla; VALÉRIO, Ana – Acolhimento do doente num serviço de internamento. *Revista Informar: Revista de Formação Contínua em Enfermagem*. 30 (2003). p.10 -13.

FODDY, William- *Como Perguntar: Teoria e Prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta Editora, 1999. 228p. ISBN 972-8027-0

FORTIN, Marie-Fabienne – *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999. 388p. ISBN 972-8383-10-X

FORTIN, Marie-Fabienne; VISSANDJÉE, Bilkis; CÔTÉ, José - *A investigação científica*. In FORTIN, Marie-Fabienne – *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999. p. 15-24. ISBN 972-8383-10-X.

FORTIN, Marie-Fabienne; VISSANDJÉE, Bilkis; CÔTÉ, José- *Escolher um problema de investigação*. In FORTIN, Marie-Fabienne – *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999. p. 47-60 ISBN 972-8383-10-X.

FREITAS, Genival Fernandes de – Uma Contribuição Acerca Da Fenomenologia e dos Cuidados de Enfermagem. *Cultura de los Cuidados*. n.º 21 (2007) p.5-7.

FRIAS, Cidália – *A aprendizagem do cuidar e a morte: desígnio de enfermagem em formação*. Loures: Lusociência, 2003. 210p. ISBN 972-8383-50-9

GAMEIRO, Manuel Henriques - *Sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto Editora, 1999. 194p. ISBN 972-8535-06-6

GIL, António Carlos – *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Editora Atlas, 1999. 206p. ISBN 85-224-2270-2

GROVE, Susan K.; BURNS, Nancy - *The practice of nursing research: conduct, critique & utilization*. Philadelphia: Saunders Company, 1997. 828p. ISBN 0-7216-3054-5

HESBEEN, Walter – *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência, 1997. 201p. ISBN 972-8383-11-8

HOWK, Chérie – *Enfermagem Psicodinâmica*. In TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – *Teóricas de Enfermagem e sua obra*. Loures: Lusociência, 2004. p. 423 - 444. ISBN 972-8383-74-6

HUBERMAN, A. Michael; MILES Matthew B. – *Analyse des données qualitative: Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles: Édition du Renouveau Pédagogique : De Boeck Université, 1991. 480 p. ISBN 2-8041-1486-4

HUBERMAN, A. Michael; MILES, Matthew B. - *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Sage: Thousand Oaks, 1994. 333p. ISBN 0-8039-5540-5

Instituto Nacional de Estatística – *População* (disponível para consulta em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&Contexto=ut&selTab=tab3) (12/12/2007)

JORGE; Ana Maria – *Família e Hospitalização da Criança: (Re)Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência, 2004. Páginas. ISBN 978-972-8383-79-4

KANT, Imanuelle- *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Porto: Porto Editora, 1995.125p. ISBN 972-0-41077-9

KETELE, Jean-Marie de; ROEGIERS, Xavier – *Metodologia da Recolha de Dados: Fundamentos dos Métodos de Observações, de Questionários, de Entrevistas e de Estudo de Documentos*. Lisboa: Instituto Piaget, 1993. 258p. ISBN 972-771-074-3

KLEIMAN, Susan – *Josephine Paterson and Loretta Zderad Humanistic Nursing Theory with Clinical Applications*. In PARKER, Marilyn – *Nursing Theories and Nursing Practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2001. p. 151-168 ISBN 0-8036-0604-4

LAZURE, Hélène - *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta, 1994. 214p. ISBN 972-95399-5-2

Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto. Lei de Bases da Saúde

LENARDT, Maria Helena *et al.* – Os Idosos e os constrangimentos nos eventos de internação cirúrgica. *Texto e Contexto-Enfermagem*. Florianópolis. 16:4 (2007) p. 737-745. ISSN 01040707

LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith - *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 330p. ISBN 85-277-0659-8

LOUREIRO, Luís Manuel de Jesus – Orientações Teórico-Metodológicas Para Aplicação do Método Fenomenológico na Investigação Em Enfermagem. *Referência*. Coimbra. Nº8 (2002) p. 5-16.

MELO, Maria da Luz – *Comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência, 2005. 167p. ISBN 972-8383-86-X

MONIZ, José Manuel Nunes – *A Enfermagem e a Pessoa Idosa: A prática de Cuidados como experiência Formativa*. Loures: Lusociência 2003. 133 p. ISBN 972-8383-49-5

MORRIS, Diana L. – *A Prática de Enfermagem Junto de Idosos*. In PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K. e MAREK, Jane F. – *Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Loures: Lusociência, 2003. p.81-106. ISBN 972-8383-65-7

NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana – *Para uma Ética da Enfermagem: Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. p. 363-374. ISBN 972-603-326-8.

NUNES, Berta – *O Saber médico do povo*. Lisboa: Fim de Século, 1997. 217p. ISBN 972-754-100-3

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. 456p. ISBN: 972-99646-0-2.

OLIVEIRA, José Carlos da Silva e SISTO, Fermino Fernandes - Construção de uma escala de ansiedade para pacientes de ambulatório: um estudo exploratório. *Psicologia: Teoria e Prática*. São Paulo. ISSN 1516-3687. N.º 6:1 (2004) p. 45-57

OMS – Active Ageing: A Policy Framework. Geneva, 2002 (disponível para consulta em http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf) (10/12/2007)

OMS - Age-friendly PHC Centres Toolkit. Geneva, 2008. 115 p. ISBN 978 92 4 159648 0

OSSWALD, Walter – *Entre o “Curar” e o “Cuidar”: A humanização dos serviços de saúde*. In NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana – *Para uma Ética da Enfermagem: Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. p. 363-374. ISBN 972-603-326-8.

PARKER, Marilyn – *Nursing Theories and Nursing Practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2001. 478 p. ISBN 0-8036-0604-4

PHANEUF, Margot – *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência, 2005. 633p. ISBN 972-8383-84-3.

PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K. e MAREK, Jane F. – *Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Loures: Lusociência, 2003. 2670p. ISBN 972-8383-65-7

PINA, Juliana Coelho – *Acolhimento às crianças menores de cinco anos de idade em uma unidade de saúde da família: contribuições da estratégia atenção integrada às doenças prevalentes na infância*. Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto para o cumprimento dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. 2006

POLIT, Denise; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487p. ISBN 85-7307-984-3

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernardette P. – *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artmed, 1995. 391p. ISBN 85-7307-101-X

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van – *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva, 1998. 282p. ISBN 972-662-275-1

RIBEIRO, Agostinho - *O Corpo que Somos: Aparência, Sensualidade, Comunicação*. Lisboa: Editorial Notícias, 2003. 304p. ISBN 972-46-1434-4.

RODRIGUES, Vítor – *A Complexidade dos problemas humanos no Hospital*. Vila Real: Edições do Norte, Lda., 1999. 93p. ISBN 972-8546-00-9

SERRA, Miguel Nunes – *Aprender a ser doente – Processos de Aprendizagem de Doentes em Internamento Hospitalar*. Loures: Lusociência, 2005. 86p. ISBN 972-8383-93-2

SERRÃO, Daniel – *Saúde e Doença*. In NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana – *Para uma Ética da Enfermagem: Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra. 2004. p. 337-351. ISBN 972-603-326-8.

SERRÃO, Daniel – *Consentimento Informado*. In ARCHER, Luís, coord.; BISCAIA, Jorge, coord.; OSSWALD, Walter, coord. – *Bioética*. Lisboa: Editorial Verbo, 1996. 406p. ISBN 972-22-1719-4

SERVIÇO REGIONAL DE ESTATÍSTICA DOS AÇORES – *Demografia* (disponível para consulta em http://estatistica.azores.gov.pt/conteudos/Relatorios/lista_relatorios.aspx?idc=29&idsc=1140) (12/12/2007)

SGRECCIA, Elio – *Manual de Bioética. I Fundamentos e ética biomédica*. São Paulo: Edições Loyola, 1996. 686p. ISBN 85-15-01285-5

SILVA, João F. – *Quando a vida chegar ao fim: Expectativas do Idoso Hospitalizado e Família*. Loures: Lusociência, 2006. 332p. ISBN 972-8930-25-9

SIQUEIRA, Ana Barros *et al.* – Impacto Funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Revista Saúde Pública*. Santa Cecília. ISSN 0034-8910. n.º 5:8 (2004) p. 687-694

SPIRDUSO, Waneen W. – *Dimensões Físicas do Envelhecimento*. São Paulo: Manole, 2005. 482 p. ISBN 85-204-1341-2

SPRINTHALL, Norman A.; SPRINTHALL, Richard C. – *Psicologia Educacional: Uma Abordagem Desenvolvimentista*. Lisboa: Editora McGraw-Hill, 1993. 636p. ISBN 972-9241-37-6

STREUBERT, Helen J. – *Filosofia e Teoria: Fundamentos da Investigação Qualitativa*. In STREUBERT, Helen, coord; CARPENTER, Dona – *Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o Imperativo Humanista*. Loures: Lusociência, 2003. p. 2-14. ISBN 972-8383-29-0

TEIXEIRA, Elisabeth- *As Três Metodologias: académica, da ciência e da pesquisa*. Belém: UNAMA, 2002.186p. s/ ISBN

TEIXEIRA, Isabel Maria – A importância da relação de ajuda no acolhimento e integração do utente na unidade hospitalar. *Revista Informar: Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, Porto N.º 28 (2002). P. 39-41

TERRA, Marlene Gomes *et al.* – Na Trilha da Fenomenologia: Um Caminho Para a Pesquisa em Enfermagem. *Revista Texto & Contexto em Enfermagem*. Florianópolis. n.º 4 (2006) p. 672 – 678

THOMPSON, Ian E.; MELIA, Kath M. ; BOYD, Kenneth M. - *Ética em enfermagem: Aplicações Práticas*. Loures: Lusociência. 2004. 445p. ISBN 972-8383-67-3

TIMBY, Barbara – *Conceitos e Habilidades Fundamentais no atendimento de enfermagem*. Portalegre: Artmed, 2001. 836p. ISBN 85-7303-696-8

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – *Teóricas de Enfermagem e sua obra*. Loures: Lusociência, 2004. 750p. ISBN 972-8383-74-6

VICENTE, J. Neves- *Razão e Diálogo: Introdução à Filosofia*. Porto: Porto Editora, 1997. 256p. ISBN 972-0-41010-8

WATSON, Jean - *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência, 2002. 182p. ISBN 972-8383-33-9

WHO – Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. (disponível para consulta em http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) (09/03/2009)

ANEXOS

ANEXO I – Pedido de autorização à DGS para contacto com o CSN para selecção de
participantes

Exma. Sra. Dra. Maria Teresa dos Reis Brito,
Directora Regional da Saúde
da Região Autónoma dos Açores
Rua/Edifício: Solar dos Remédios
9701-855 Angra do Heroísmo

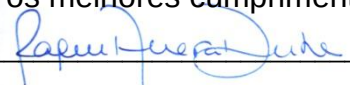
Raquel Amaral Dutra, enfermeira de nível I, a prestar cuidados no Centro de Saúde de Nordeste, encontrando-se a realizar o XIV Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, a decorrer na Escola superior de Enfermagem de Ponta Delgada, sob orientação da Professora Maria Ermelinda M. Ribeiro Jaques, e tendo como tema para o seu projecto de investigação **“Vivências do Doente Idoso no Acolhimento de Enfermagem a um Serviço de Internamento”**, vem, por este meio, solicitar a V. Ex.^a autorização para contacto com o Centro de Saúde de Nordeste a fim de proceder à selecção de participantes no referido estudo, com a finalidade de lhes serem realizadas entrevistas exploratórias.

Os participantes deverão, para o efeito, ser utentes e familiares dos mesmos que tenham vivido a experiência de internamento no referido serviço de Saúde.

Os critérios de selecção dos mesmos são os seguintes: residir na ilha de S. Miguel; aceitar participar no estudo e assinar o consentimento informado; ter sido internado decorrido um período de tempo de pelo menos um mês após o seu término; ter um prognóstico favorável. Os idosos deverão ter idade compreendida entre 65 e 80 anos, a idade do acompanhante não assume relevância preponderante, aceitando-se participantes maiores de 18 anos; qualquer dos participantes deverá ser capaz de se expressar verbalmente.

A colheita de dados ocorrerá de acordo com a disponibilidade e marcação prévia. Os dados colhidos serão apenas utilizados no trabalho acima referido. A identidade dos participantes será apenas conhecida pelos autores e, eventualmente, pela professora orientadora do trabalho.

Com os melhores cumprimentos


(Raquel Amaral Dutra)

Ponta Delgada, 06 Dezembro 2007

ANEXO II – Resposta da DRS ao pedido de contacto com CSN

Exmo(a). Senhor(a)
Enfermeira
Raquel Amaral Dutra
Rua do Barão das Laranjeiras, 79
9500-294 PONTA DELGADA

Vossa referência	Vossa comunicação de	Nossa referência	Angra do Heroísmo
N.º:		N.º: DRS-Sai/2007/5056	
Proc.:		N.º Proc.: DRS-DGAP/2007/864	28-12-2007

Assunto: Pedido de Informação - Enfermeira - Raquel Amaral Dutra.

Sobre o assunto mencionado em epígrafe e na sequência do Vosso requerimento datado de 6 de Dezembro de 2007, informa-se V. Exa. que o Vosso pedido deverá ser direccionado para o Conselho de Administração, que melhor avaliará o solicitado, em termos de disponibilização dos elementos em causa.

Mais se adianta que a Direcção Regional da Saúde dispõe de informação estatística da área da saúde, devendo para o efeito contactar com a Divisão de Planeamento, Estudos e Documentação.

Com os melhores cumprimentos,

 A Directora Regional

Maria Teresa Reis Brito


Sofia de Carvalho Duarte
Directora de Serviços de
Recursos Humanos

MP



ANEXO III – Pedido e Autorização do CSN para selecção de participantes

07.12.18
Autorizado
Amalinda
Dutra

070213 2010
070

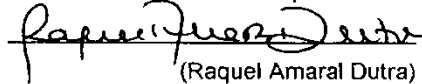
Ao Conselho de Administração do
Centro de Saúde de Nordeste
Rua Estrada Regional 7-F
9630-161 Vila do Nordeste

Raquel Amaral Dutra, enfermeira de nível I, a prestar cuidados no Centro de Saúde de Nordeste, encontrando-se a realizar o XIV Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, a decorrer na Escola superior de Enfermagem de Ponta Delgada, sob orientação da Professora Maria Ermelinda M. Ribeiro Jaques, e tendo como tema para o seu projecto de investigação **“Vivências do Doente Idoso no Acolhimento de Enfermagem a um Serviço de Internamento”**, vem, por este meio, solicitar a V. Ex.^a autorização para proceder à selecção dos participantes no trabalho de investigação que está a realizar.

Os participantes deverão, para o efeito, ser utentes e familiares dos mesmos que tenham vivido a experiência de internamento no serviço de Internamento do Centro de Saúde de Nordeste. Os critérios de selecção dos mesmos são os seguintes: residir na ilha de S. Miguel; aceitar participar no estudo e assinar o consentimento informado; ter sido internado decorrido um período de tempo de pelo menos um mês após o seu término; ter um prognóstico favorável. Os idosos deverão ter idade compreendida entre 65 e 80 anos, a idade do acompanhante não assume relevância preponderante, aceitando-se participantes maiores de 18 anos; qualquer dos participantes deverá ser capaz de se expressar verbalmente.

A colheita de dados ocorrerá de acordo com a disponibilidade e marcação prévia. Os dados colhidos serão apenas utilizados no trabalho acima referido. A identidade dos participantes será apenas conhecida pelos autores e, eventualmente, pela professora orientadora do trabalho.

Com os melhores cumprimentos


(Raquel Amaral Dutra)

Ponta Delgada, 06 Dezembro 2007

ANEXO IV – Consentimento Informado Livre e Esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo-assinado, declaro que aceito participar, como informante, num trabalho de investigação desenvolvido pela aluna do XIV Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Raquel Dutra, sob orientação da Professora Ermelinda Jaques, subordinado ao tema: “Vivências do Doente Idoso no Acolhimento de Enfermagem a um Serviço de Internamento”, tendo em conta os seguintes tópicos sobre os quais fui elucidado(a):

1. O objectivo do estudo é compreender as vivências de doentes idosos no acolhimento de enfermagem a um serviço de internamento decorrido um período de tempo superior a um mês após o seu término;
2. A informação recolhida é para uso exclusivo neste trabalho e será fornecido apenas a pessoas nele directamente implicadas;
3. A informação será obtida através de uma entrevista gravada em suporte áudio e conduzida por um entrevistador realizada em data, hora e local a combinar e de acordo com a sua disponibilidade;
4. A selecção dos participantes será estabelecida por conveniência atendendo aos critérios de elegibilidade previamente estabelecidos;
5. Não são previstos danos físicos ou potenciais efeitos colaterais, podendo, eventualmente, surgir algum mal-estar emocional secundário à evocação de memórias sensíveis. Caso tal aconteça, será respeitada a vontade do entrevistado(a). A entrevista poderá ser interrompida ou suspensa, poder-se-á dialogar sobre o assunto e marcar novo encontro, se para tal, o entrevistado se mostrar interessado;
6. A sua participação é voluntária, salvaguardando-se o direito à recusa, a qualquer momento, em participar no referido estudo, sem que daí advenha qualquer prejuízo para o participante;

7. A privacidade dos participantes será salvaguardada, sendo as suas identidades conhecidas apenas, exclusivamente, pelas pessoas directamente envolvidas no trabalho de investigação;
8. A aluna responsável pela elaboração do trabalho compromete-se a divulgar os resultados do mesmo, directamente, a todas as pessoas que colaboraram neste, através do fornecimento dos seus testemunhos;
9. Caso surja necessidade: de informação adicional, esclarecimento de dúvidas, reclamações acerca do trabalho, os participantes deverão contactar as pessoas responsáveis, cujos nomes e respectivos contactos, se encontram abaixo descritos.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante:

Assinatura do entrevistador:

AUTORA:

RAQUEL AMARAL DUTRA
Centro de Saúde de Nordeste
Contactos: 296480090
963585959

ORIENTADORA:

ERMELINDA JAQUES
Escola Superior de Enfermagem de Viana do Castelo
Contacto: 258 809 550

ANEXO V - Guião de Entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

QUESTÃO CENTRAL

1. *“Lembre-se da experiência de ser acolhido pelo enfermeiro, ao internamento. Como foi, para si, viver essa experiência?”*

QUESTÕES ORIENTADORAS

- O que sentiu?
- Que sentimentos/emoções essa situação provocou?
- O que lhe veio à mente?
- O que pensou?
- Como viveu essa situação?

ANEXO VI – Entrevista Transcrita

1	E – <i>Lembre-se da experiência de ser acolhido pelo enfermeiro, ao internamento. Como foi,</i>
2	<i>para si, viver essa experiência?</i>
3	Sra. – Eu fui... Já se sabe, eu não gostava de ir. Estava assustada. Mas depois eu concordei
4	e... e fui. E achei-me bem. Sim, fui muito bem tratada, não tive que dizer de ninguém. Só
5	bem. Da senhora doutora, enfermeiros, enfermeiras, tudo bem, graças a Deus.
6	E – Disse que estava assustada...
7	Sra. – Assustada porque eu nunca fiquei no hospital. Foi a primeira vez, mas depois...
8	E – Tinha receio?
9	Sra. – Tinha. Tinha receio. Receio de... sei lá, e ficar ali... depois, ... da minha irmã, aqui em
10	casa sozinha. Lembro-me, eu lembrava-me muita vez dela e chorava. Não tenho vergonha
11	de dizer que chorava com saudades dela. E ela, todos os dias ia me ver. Só se não podia.
12	Só se não podia é que não ia. Quando soube... Foi quando a senhora doutora... Eu fui à
13	consulta, não foi? Foi! Acho que foi. Foi. Depois da consulta, a senhora doutora disse, “A
14	senhora E vai ficar internada.”
15	E – E foi mesmo naquele dia que ficou?
16	Sra. – Foi. Foi mesmo naquele dia. Pensei que era preciso ir a casa para preparar as coisas
17	para vir, mas A (referindo-se à irmã) disse assim “Não, não é preciso. Eu venho trazer a
18	roupa.” (Suspira).
19	E – Lembre-se do momento em que chegou ao internamento. Como foi viver esse
20	momento?
21	Sra. – Foi, agora também não me lembra... foi uma enfermeira, foi uma enfermeira. Foi
22	para o quarto comigo, depois, foi o tratamento. Não sei qual foi o primeiro enfermeiro ou
23	enfermeira, quer dizer, não me lembro do nome.
24	E – Então a senhora chegou, levaram-na ao quarto...
25	Sra. – Cheguei lá acima e disse assim “Eu agora... agora vou estar aqui, ninguém sabe se
26	eu vou ficar mal ou bem” (com ar desanimado) Não, ninguém me ia tratar mal, mas... eu
27	estava assustada. Assustada, é verdade. É! Há pessoas que se admiram, mas eu estava
28	muito assustada.
29	E – Assustada...
30	Sra. – Mas, graças a Deus, melhorei. Ninguém sabe se eu vou piorar. Estou sempre a olhar
31	para as pernas. É o receio. Eu não era assim, mas agora...
32	E – Então, a senhora, chegou, levaram-na ao seu quarto, fez o tratamento... de que se
33	recorda mais? Naquela altura, o que lhe veio ao pensamento?
34	Sra. – “Daqui eu vou morrer. Com certeza que vou morrer. Daqui, é capaz de que eu
35	morra.” Não dizia á minha irmã, mas eu, pensava muito nisso. Pensava! E era chorar... Foi
36	muito difícil, mesmo. Muito difícil mesmo!
37	E – O que a fez sentir que estava a ser difícil?
38	Sra. – É que um enfermeiro, ou era enfermeira, ou foi... eu também não tenho a certeza.,
39	disse assim “Ai, ela está custando a melhorar” e eu, aquilo chocava-me. Eu dizia para mim
40	“Eu nunca mais melhoro, vou ficar sem a minha perna” eu pensava isso. Ah, naquela
41	situação, eu pensava era isso. Mas, graças a Deus, melhorei.

42 E – Como viveu o momento em que chegou ao internamento? Estava assustada...

43 Sra. – Estava assustada e bem assustada. Eu até, estava subindo as escadas com as pernas
44 a tremer, tão nervosa, que eu dizia “Ih, meu Deus, é agora. Agora é que eu vou ir, ficar
45 internada.” E fiquei, e fiquei! E foi bom. Logo, o enfermeiro, foi logo tratamentos. Ia
46 lavando a perna, depois a liga, e ele dizia “A menina não vai tirar essa liga!” Era duas ligas
47 em cada perna. E elas ficaram, credo... estão secas. Estão secas! E por isso, uma pessoa
48 está sempre com medo. Eu fio-me com essas madeiras aí... (apontando para tábuas de
49 obras). “A, eu não quero nada a tocar aí.” Não quero!

50 E – A senhora E disse que estava nervosa enquanto estava a subir as escadas...

51 Sra. – Estava, estava bem nervosa. Estava inquieta para voltar para trás. Mas pronto, “Isto
52 agora é para a frente!” Tinha de fazer tratamentos e correu tudo bem, graças a Deus. Mas
53 depois, fiquei calma. Eu não sei qual é a pessoa que estava no meu quarto, não me
54 lembra. Tinha uma senhora de idade é que estava no meu quarto e eu.. Ah, a senhora O.
55 Era uma senhora que estava ali “Ah, senhora E a gente está aqui, é tão bom, a gente vem
56 se tratar. Isto é gente boa.”

57 E – Isso foi a senhora que estava no seu quarto?

58 Sra. - Era a senhora que estava no meu quarto, é!

59 E – E como foi ser recebida, acolhida pelo enfermeiro, quando chegou ao internamento?

60 Sra. – Ah... Acho que o primeiro enfermeiro eu não sei qual foi. Não me recordo... O
61 primeiro enfermeiro não foi o enfermeiro P. Esse eu às vezes “Eu não te posso ver” mas é
62 porque, aquilo era para meu bem. É porque ele dizia assim “Tu tens que andar.” Eu queria
63 era, depois do tratamento, era sentar-me. E aquilo não era importante para mim. Era
64 andar! Para o sangue circular... É! Mas passei muito. E agora é as meias. Ai, o outro dia, de
65 nervos, eu vou contar à senhora. De nervos, eu... ela não estava (referindo-se à irmã), ela
66 “Não, porque eu vou te calçar as meias. Vou calçar as meias muito bem” depois de
67 lavadas e tudo, e eu “Olha, que beleza. Ela não se incomoda comigo” Mas eu estou
68 incomodando muito. Há de ser o que Deus quiser. Ah... A, a minha irmã, ela diz assim,
69 sabe o que é que ela diz? “Há outras coisas piores. Há outras coisas... ” e eu, aí, calo-me.
70 Eu até nem queria ter estes concertos (obras em casa), para quê? Vou morrer. Todos
71 vamos... todos vamos morrer. Mas eu lembro-me que eu lá, ria-me com elas! Eu ria-me,
72 hei de telefonar para a senhora da Pedreira, que é viúva. Que ela foi muito importante
73 para mim. Ela rezava o terço. As outras, não queriam rezar o terço “Eh, os padres que
74 rezem.” E eu dizia “Não. Eles rezam e a gente também reza.” E pronto. Elas começavam-
75 se a rir. “Eh, rezar o terço, então não! Eles que rezem” (risos). Mas era uma maneira de
76 passar o tempo. Então não era. E, às vezes, eu com a empregada, que é a A, na casa de
77 banho, dizia assim “Tu não hás de mandar minha irmã embora, porque ainda não era a
78 hora.” E ela dizia “Já era a hora, para A se ir embora” e eu dizia, “Eh mulher, eu queria
79 mais um bocadinho para estar com a minha irmã”. Eu não tenho mais ninguém vivo
80 agora. Eu falava com aquelas empregadas, tudo boas raparigas, tudo! As enfermeiras! A
81 enfermeira M, um dia eu estava a cortar as unhas, mas custava, com as luvas, e ela disse-
82 me “Eh menina, eu é que te vou cortar as unhas” Eu dizia “Eh, senhora enfermeira, tanto
83 incómodo” e ela é que me cortou, cortou-me as unhas. E é assim. Ah, é verdade, um dia
84 eu estava sentada, estava descansando, estava até rezando, no meu quarto, quando,
85 nisto, o enfermeiro “Eh menina, salta!” e eu pensei, estou como aquela senhora da
86 televisão que eles vão para ela fazer ginástica. “Ai, o que é que o enfermeiro vem fazer?”

87	E ele assim “Para tu andares comigo, tu queres te é sentar, vamos lá, virar” E aquilo, fez-
88	me bem. Porque uma pessoa, se não sabe, pensa que o melhor era sentar, era estar
89	descansando. Mas eu na cama, era raro, ir para a cama. Era á noite. À noite é que eu ia.
90	De dia, eu ia para a sala, comer qualquer coisa. A primeiro, muito acanhada, estou aqui
91	acostumada só com a minha irmã. Estava acanhada. Via tanta gente. Depois eu disse
92	assim, para a enfermeira, para a empregada “A senhora, por favor, venha me trazer a
93	comida ao quarto, eu acolá não como bem. A minha vontade é aqui. Não é porque eu
94	coma demais, é só o que está no prato.” E ela “Pois, sim” Então, muitas vezes eu comia
95	era ali (no seu quarto).
96	E – A senhora dizia que quando chegou ao internamento se sentia nervosa e assustada...
97	Sra. – Muito, muito. Nervosa, Pensava “Ah, não sei quanto tempo vou estar aqui, já estou
98	aqui para morrer. Vou estar aqui, agora hão de fazer o tratamento é aqui” E nessa altura o
99	enfermeiro P diz “Agora, banho.” Todos os dias (risos). Até mais em brincadeira, ele disse
100	assim “Eh mulher, tu agora banho de cima a baixo”. Eu dizia “Não, não, eu já tomei. Eu
101	não quero, quero é as pernas.”
102	E – Quando diz que não sabia quanto tempo ia ficar, tinha receio de ficar muito tempo?
103	Sra. – Exactamente, está dizendo certo! Eu estava assustada porque dizia assim “Ah, com
104	certeza que eu não melhora, eu não melhora!” Porque aquilo, a ferida era muito grande,
105	credo... E estava aumentando. E eu disse assim “Meu Deus, eu nunca mais melhora” Até,
106	depois, eu fui a consulta de um especialista lá em baixo (Hospital do Divino Espírito Santo,
107	em Ponta Delgada) e o médico disse “A senhora foi muito bem tratada”. Ai foi, estava
108	muito boa. Graças a Deus. O P, às vezes dizia, mas “Jesus, não me leve a mal, mas o
109	senhor quer é que eu tenha quatro ligas” ele dizia aquilo era para meu bem. Ele diz que
110	não era gordas, as pernas estavam inchadas. E as varizes estavam dilatadas. Agora não, eu
111	tiro as meias. Mas eu digo “Quando eu morrer, não quero ir de meias. É sem meias”
112	Minha irmã é que não quer que eu fale na morte, mas querida, é o que a gente tem de
113	mais certo. A gente todos, não é?
114	E – É verdade...
115	Sra. – Ah, e quando eu fazia a caminhada, quero dizer à senhora enfermeira, eu fazia a
116	caminhada à noite. De dia e à noite, e um dia, eu não sabia que ia passar um defunto ali.
117	Ai, quando eu vejo um defunto, eu pulei, e não dormi nada, eu rezei por alma daquela
118	pessoa. E eu disse assim “Isto é um mau lugar de a gente estar, mas é aqui que a gente
119	vem se tratar”. E uma senhora que estava lá, ela já morreu, mas ela chamou por mim, e
120	eu, coitada de mim, eu fui ao pé dela pensando que ela estava mal “Está doendo, o que
121	é?” E ela “E, deixa-te estar aqui, vais dormir aqui, no meu quarto.” E eu “Que eu morro,
122	eu toda ligada, com as pernas, com quatro ligas, ai, eu não posso. E mesmo, não tem
123	cama aqui.” “A senhora senta-se aqui, numa cadeira.” Mas ela, coitadinha, estava tão mal,
124	estava morrendo em pé, mas ela estava numa grande aflição, e eu fui a correr à sua
125	beirinha e ela “Ah, E, vai chamar a senhora enfermeira, para me acudir que eu não
126	evacuo” Lá eu tive de fazer, de caridade e rezar mas, quem foi que disse... “Rezar seca a
127	boca, eu não posso estar todo o dia a rezar.” Ai, muito passei e quem está lá é que sabe,
128	não é verdade? Aquela enfermeira, até um dia que ela veio aqui eu disse “Eu queria te dar
129	um abraço” E ela disse assim “Porque é?” e eu “Já melhorei, eu estou melhor” e depois
130	ela “Ai, bem bom, bem bom!” Muito passei, Nosso Senhor nos livre, a todos. Agora não,
131	graças a deus. Eu tomo, eu tenho de tomar um comprimido, não é Panasorbe®, é... É
132	Panasorbe®. Mas eu estes dias, graças a Deus, não tenho tomado e durmo bem. Às vezes

133	sinto dores, mas isto é reumatismo, da perna nunca mais tive dores. Bem bom, graças a
134	Deus. A senhora doutora também dizia, a senhora vai ver que vai melhorar. Mas eu
135	pensava “Ela está dizendo aquilo”, mas foi, credo... foi mesmo. Mas, eu, quando eu lavo,
136	nunca lavo ali. É só de roda. Com medo de abrir outra vez. Aquilo é uma pela muito fina,
137	muito fina. A minha pele, qualquer coisa, por exemplo, a primeiro, as ligas, mesmo aqui,
138	deixavam isto vermelho, nem sequer meias eu posso consentir. Mas tenho que usar, que
139	aquilo ajuda-me a circulação. É bom.
140	E – Lembra-se, senhora E, do dia em que chegou ao internamento, do enfermeiro a ter
141	recebido? Como foi esse momento?
142	Sra. – Foi diferente dos outros dias. Já se sabe que foi, foi difícil. Mas depois, eu fiquei
143	contente. Já se sabe eles diziam ou mesmo às enfermeiras, quando vinham fazer o
144	curativo, “A senhora vai melhorar “ E eu dizia “Ah, eu acho difícil, isto está aqui em carne
145	viva.” E doía-me muito, então com o enfermeiro P, que ele deitava aquela água toda, em
146	volta e na ferida, mas era com jeito, para não magoar. E dizia “Está boa, está ficando boa”.
147	Eu pensava, ir para ali era como embarcar... e foi uma boa solução. Foi muito bom, foi.

ANEXO VII – Matriz de Codificação Global

Dimensão	Categoria	Sub-categoria	Sub-categoria 1	Sub- categoria 2	Unidade de Registo
HETERO-CONSCIENCIALIZAÇÃO	Situações	Finalidades da acção do enfermeiro que acolheu	Intervenção Técnica	Avaliação de Sinais Vitais	(E3:L18); (E3:L22); (E3:L48-50); (E3:L54); (E9:L22-23); (E9:L43-44)
				Administração de Terapêutica	(E1: L61-62); (E2:L84-86); (E2: L106-107); (E3:L6); (E3:L48-49); (E5:L5-6); (E5:L7-8); (E7:L48-49); (E9:L17-18); (E9:L48-49)
				Realização de penso	(E4:L22); (E4:L45); (E8:L17-19)
				Exame Físico	(E3:L17-18); (E8:L60); (E9:L23); (E9:L43-44)
			Possibilitação de informação	Apresentação do serviço de internamento e sua estrutura/orgânica	(E1:L19); (E9:L34-42); (E9:L74-76)
				Acompanhamento ao quarto/unidade	(E1:L19); (E1:L34-35); (E1:L61); (E2:L170-172); (E3:L4-5); (E3:L46-47); (E4:L21-22); (E5:L6-7); (E6:L50-51); (E7:L15-16); (E8:L19-20); (E8:L26-27)
				Notificação da decisão clínica de internamento	(E6:L51)
			Relação estabelecida	Positiva	(E1:L44-46); (E8:L54-56); (E9:L32-33)
				Negativa	(E6:L5-6); (E6:L8); (E6:L10); (E6:L21); (E6:L54-55); (E6:L64-66)
			Comunicação/Relação concomitante à realização de técnicas		(E1:L48-49); (E8:L58-59)
		Efeito do Acolhimento no Idoso	Aspectos Positivos	Bom	(E1:L49-50); (E2:L32); (E4:L45); (E4:L52); (E4:L147); (E5:L3); (E5:L22-23); (E7:L60); (E7:L74)
				Sem críticas a apontar	(E1:L12-13); (E1:L15); (E1:L42); (E1:L52); (E4:L4); (E8:L57-58); (E9:L52)
				Gostar de ser recebido/Ser bem recebido	(E1:L42); (E5:L76-77); (E5:L85-86); (E5:L93-94); (E7:L38); (E7:L40); (E8:L6-8); (E8:L49)
			Aspectos Negativos	Difícil	(E1:L26); (E2:L120); (E2: L136-137); (E3:L35); (E4:L35-36); (E4:L142); (E6:L24-25)
				Mau /Correr mal	(E1:L23-25); (E2:L180)
				Não gostar	(E2:L63-64)
				Não se dar bem	(E1:L26-28)
				Internamento forçado	(E2:L119); (E2:L126); (E6:L40)
				Recusa	(E2:L22-25)
				Vingança	(E2:L97-99)
				Azar	(E6:L40)
				Custoso	(E6:L34); (E6:L36); (E6:L37)
			Momento excepcional		(E4:L142)

Dimensão	Categoria	Sub-categoria	Sub-categoria 1	Sub- categoria 2	Unidade de Registo
HETERO-CONSCIÊNCIALIZAÇÃO	Ambiente	Espaço físico onde se verificou o acolhimento	Aspectos Positivos	Local de tratamento/cura	(E4:L119); (E5:L64-65); (E5:L67-68); (E7:L45-46); (E9:L54-55); (E9:L57); (E9:L61-62); (E9:L63-65)
				Gostar de estar lá	(E7:L36-37); (E8:L28-29); (E8:L32); (E8:L34-35)
				Não recluir	(E7:L60); (E7:L63); (E8:L76); (E9:L52); (E9:L59-60)
				Sem críticas a apontar	(E8:L57-58)
			Aspectos Negativos	Não querer estar ali	(E1:L53-54)
				Não gostar de estar ali	(E1:L54); (E6:L9); (E6:L13); (E6:L24)
				Ser um mau sítio	(E4:L118-119)
				Local desagradável	(E5:L62)
				Inadaptação	(E1:L3)

Dimensão	Categoria	Sub-categoria	Sub-categoria 1	Unidade de Registo
HETERO-CONSCIÊNCIALIZAÇÃO	Espiritualidade	Relação com Deus	Esperar que Deus lhe desse cura	(E3:L32-33)

Dimensão	Categoria	Sub-categoria	Sub-categoria 1	Sub- categoria 2	Unidade de Registo
HETERO-CONSCIENCIALIZAÇÃO	Outras pessoas	Outros enfermeiros e auxiliares de acção médica	Considerações favoráveis	Agradáveis	(E2:L59-60)
				Meigos	(E8:L28); (E8:L36)
				Queridos	(E8:L48-49)
				Prestáveis	(E8:L36)
				Atenciosos	(E2:L110); (E7:L40)
				Pontuais	(E2:L111-113)
				Bondade	(E1:L42); (E4:L80); (E7:L35-37); (E8:L82-83); (E8:L89); (E9:L76); (E9:L79); (E2:L110-111); (E2:L185)
				Delicados	(E2:L185-186)
				Pessoas impecáveis	(E8:L83)
				Sem críticas a apontar	(E2:L60-62); (E4:L4); (E5:L38-39); (E8:L85); (E9:L3-4); (E9:L67-68); (E9:L76)
				Gostar do pessoal	(E2:L115); (E4:L4-5); (E4:L80); (E7:L37)
				Ser bem atendido	(E5:L77); (E8:L50)
		Médicos	Considerações Desfavoráveis	Intromissão	(E1:L13-14)
			Considerações favoráveis	Exigente	(E8:L46-48)
				Impecáveis	(E8:L84)
				Ser bem atendido	(E5:L77)
			Considerações Desfavoráveis	Sem críticas a apontar	(E9:L78-79)
				Malicioso	(E2:L90-99)
		Enfermeiro que acolheu	Qualidades	Célere	(E9:L47-48); (E9:L68-69)
				Disponível	(E9:L68-69)
				Cuidadoso	(E7:L39-41)
		Familiares	Fazer falta aos outros	Protector	(E5:L19-21); (E5: L40-41); (E5:L86-91)
				Filho	(E2:L121); (E2:L130-132)
				Marido	(E3:L33-34); (E3:L35-36); (E3:L42); (E8:L78-79)
				Irmã	(E4:L9-10)

Dimensão	Categoria	Sub- categoria	Sub- categoria 1	Unidade de Registo
AUTO-CONSCIENCIALIZAÇÃO	Sentimentos vividos no acolhimento	Sentimentos Positivos	Esperança	(E1:L31-32); (E1:L39-40); (E1:L64-65); (E2:L51-53); (E2:L75-78); (E2:L69-73); (E2: L64-65); (E2:L157-159); (E2:L174-178)
			Sentir-se bem	(E1:L49-50); (E4:L4); (E5:L43-44); (E5:L68); (E7:L26); (E7:L29-30); (E7:L35); (E7:L45); (E7:L52); (E7:L65); (E7:L66-68); (E7:L69-70); (E8:L56-57); (E9:L52)
			Ser bem tratado/a	(E4:L4); (E7:L38); (E9:L76-77)
			Calma	(E4:L52-53); (E8:L61)
			Não sentir saudades	(E7:L33)
			Não estranhar	(E7:L34)
			Não ficar transtornada	(E7:L33)
			Despreocupação	(E9:L59-60)
		Sentimentos Negativos	Insatisfação	(E3:L39-40)
			Abandono	(E1:L31); (E1:L34-35); (E1:L59); (E1:L63); (E2:L29-30); (E2:L64); (E5:L43-44); (E6:L10); (E6:L40-41); (E6:L44-45); (E6:L55-56); (E6:L59); (E6:L61-62)
			Solidão	(E6:L38-39); (E6:L55-56); (E6:L64)
			Recusa	(E6:L44); (E6:L25-26)
			“Desprezada”	(E6:L61); (E6:L64);
			Impotência	(E2:L75-76); (E6:L44-45)
			Não ficar contente/satisfeito	(E1:L59); (E5:L14)
			Desânimo/Desalento	(E1:L4-5); (E2:L72-73); (E4:L39-40); (E4:L103-104); (E4:L105);
			Inutilidade	(E1:L27-28); (E2:L78); (E2:L80-81)
			Raiva	(E6:L37-38)
			Nervosismo /Ansiedade	(E1:L3-4); (E1:L7-8); (E1:L25); (E2:L130); (E4:L43-45); (E4:L51); (E4:L97); (E8:L27-28); (E8:L31); (E8:L43-44); (E8:L58); (E8:L77-78); (E8:L82)
			Desconfiança	(E6:L47-48)
			Receio	(E4:L9)
			Pressão	(E8:L43)
			Assustada	(E4:L3); (E4:L7); (E4:L26-28); (E4:L43)
			Transtornado/contrariado	(E2:L117); (E2:L119); (E4:L3-4); (E4:L51); (E6:L17); (E6:L25-26)
			Sentir-se fisicamente mal	(E3:L24); (E3:L26)

Dimensão	Categoria	Sub-categoria	Sub- categoria 1	Unidade de Registo
AUTO-CONSCIÊNCIALIZAÇÃO	Sentimentos vividos no acolhimento	Outras percepções	Conformismo/Aceitação do Internamento	(E1: L53-56); (E4:L51-52); (E6:L14-15); (E6:L45); (E7:L64-65); (E8:L5-6); (E8:L31-32); (E9:L59)
			Sua situação de saúde	(E1:L7); (E1:L35); (E2:L16-17); (E3:L4); (E5:L8-9); (E5:L14); (E5:L46-47); (E8:L5-6); (E9:L31-32)
			Pensamento na morte	(E2:L32); (E4:L34-35); (E4:L97-98); (E5:L14); (E5:L48-50); (E7:L43-44)
			Incerteza relativa ao futuro	(E1:L36-37); (E1:L64); (E4:L25-26); (E4:L97); (E8:L39-40)
			Desconhecimento da decisão clínica de internamento	(E2: 26-29); (E2:L50); (E2:L81-83); (E2:L120); (E2:L12-14); (E3:L38-39); (E6:L16-17); (E6:L21-22)
			Co-responsabilização pela decisão de internamento	(E2:L125-126)
		Sentir a falta de	Todos	(E6:L40)
			Família	(E1:L35-36)
			Irmã	(E4:L9-11)
			Terra Natal	(E6:L30)
			Casa	(E3:L33); (E6:L30); (E6:L37)