

UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR

**PROTEGER A IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA NO
HOSPITAL
UM DESAFIO AO CUIDADO DE ENFERMAGEM**

MARIA DOS ANJOS PEREIRA LOPES FERNANDES VEIGA

Dissertação de Doutoramento em Ciências da Enfermagem

2007

NOME DO ALUNO:

MARIA DOS ANJOS PEREIRA LOPES FERNANDES VEIGA

TÍTULO DA TESE:

**PROTEGER A IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA NO HOSPITAL: UM DESAFIO AO
CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências
de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências
Biomédicas de Abel Salazar

Doutora Carmen de la Cuesta Benjumea Professora Doutora
Visitante na Universidade de Alicante (Orientadora).

Doutor Nuno Lídio Pinto Rodrigues Grande, Professor
Catedrático/Emérito, do Instituto de Ciências Biomédicas de
Abel Salazar da Universidade do Porto (Co-orientador).



Este estudo teve o apoio financeiro do Programa de
Desenvolvimento Educativo para Portugal (PRODEP 5)



Nº. do projecto: 05.03/LVT/00287.005/03

À Carmen, ao Manel, aos meus Pais e à
Avó Augusta.

A todos aqueles que cuidam de pessoas
idosas.

AGRADECIMENTOS

- À Senhora Professora Doutora Carmen de La Cuesta, pela disponibilidade, paciência e Saber, na condução deste percurso de aprendizagem. Ao longo dos anos, foi uma presença amiga, que soube usar o rigor e a proximidade.
- Ao Senhor Professor Catedrático/Emérito, Nuno Grande pela sabedoria e presença serena. Sabe estar à frente dos tempos, ultrapassar os problemas e usar de flexibilidade nos momentos próprios.
- Às enfermeiras que participaram no estudo, à sua disponibilidade em ouvir-me quando a acçãourgia.
- Às pessoas idosas e famílias que indirectamente foram participantes deste estudo.
- À Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende (ESEMFR), na pessoa da Presidente do Conselho Directivo, Professora Gândara, que possibilitou a realização desta tese em condições de dispensa total.
- Ao grupo de docentes da UIDE e UI&DE, que me acompanharam desde os primeiros passos neste trajecto.
Ao corpo docente da ESEMFR, pelo carinho e apoio sempre manifestado
- A todo o pessoal administrativo, às funcionárias do centro de documentação, por toda a disponibilidade e apoio manifestado.
- A todos aqueles, que não cabem nesta página, com quem partilhei as minhas dúvidas e foram ouvintes atentos e interpelantes.

RESUMO

Este estudo de investigação, na área do saber de enfermagem utilizou uma metodologia qualitativa. Teve como linha de orientação responder à seguinte questão: compreender os modos usados pelos enfermeiros na interacção dos cuidados ao corpo da pessoa idosa em ambiente hospitalar.

Foram objectivos particulares:

Compreender a natureza da interacção no cuidado de enfermagem à pessoa idosa.

Compreender as condições de construção de significados atribuídos ao cuidado do self da pessoa idosa.

Analisar as estratégias usadas pelos enfermeiros nos cuidados realizados na proximidade corpo a corpo.

Explicitar os saberes revelados pelos enfermeiros na interacção dos cuidados que prestam.

Parti do pressuposto que enquanto fenómeno social e humano, o processo de cuidados de enfermagem a pessoas idosas no hospital, deve ser analisado sob a perspectiva dos participantes à luz dos desempenhos e da experiência subjectiva aí vividos. As estratégias para cuidar da pessoa idosa no hospital exigem uma compreensão da especificidade do processo de envelhecimento, uma explicitação do que é o cuidado de enfermagem e das condições da sua realização.

A metodologia usada foi a grounded theory (Strauss e Corbin, 1998). Durante o período de um ano e meio estive em trabalho de campo tendo usado a técnica da observação participante, numa unidade de traumatologia. Efectuei 130 registos de observação de interacção com pessoas idosas, sendo 30 com pessoas designadas pelos enfermeiros como tendo alterações dos processos cognitivos.

Também da recolha de dados (amostragem teórica) fez parte a realização de 15 entrevistas em profundidade a enfermeiros considerados peritos a cuidar de pessoa idosas em geral e de pessoas idosas com alterações cognitivas.

A análise dos dados foi efectuada usando o método das comparações constantes, preconizado pelos autores referidos.

Principais achados

O hospital foi percebido como um local desfavorável que pode agudizar problemas nas pessoas idosas.

Os imperativos do cuidado tornam-se um desafio face à exigência permanente de cuidar *se/ves* exigentes, com corpos frágeis e instáveis.

Através de estratégias de criar privacidade, promover uma imagem positiva, manter capacidades e proteger da dominação, a integridade do self da pessoa idosa é mantida.

Como consequência a pessoa idosa sente-se protegida por viver em ambiente familiar, por ter importância, por ter a autonomia possível e a sua dignidade ser preservada.

A maturidade profissional e pessoal dos enfermeiros peritos permite-lhes aceitar e não ter medo da fragilidade humana, ajustando o seu saber a essa fragilidade. Em qualquer circunstância, a pessoa idosa, foi percebida como uma unidade biológica e cultural, cujos direitos foram defendidos. A dimensão tempo é uma condição decisiva para atingir o objectivo profissional de manter a identidade da pessoa, nomeadamente se estiver com alterações cognitivas.

A interpretação dos dados

O corpo físico é percebido como uma dimensão do self da pessoa, através do qual a sua subjectividade se exprime. Assim os cuidados ao self corporalizado não são um fim em si mesmos, mas um meio que simultaneamente mantêm a vida, protegem a identidade e dignidade da pessoa idosa.

Uma vez que não há pessoa sem um corpo, a finalidade última do cuidado de enfermagem é cuidar da subjectividade do corpo.

ABSTRACT.

This is a qualitative research study in the area of nursing knowledge. As a guideline, I intend to answer the following question: which means do have the procedures used by nurses in their practices, when caring the bodies of elderly persons in a hospital internment unit.

To understand the nature of the interactions which occur during nursing care to elderly persons.

To understand the conditions which form the meaning of caring the elderly person as a self.

To analyse the strategy used by the nurses when the caring practice requires touching the elderly person's body.

To emphasise the knowledge shown by nurses when they interact with the patients during caring.

I started from the assumption that, as it is a social and human fact, the nursing care to elderly persons in hospital should be analysed under the sight of the concerned caregivers, having in mind their performances and their personal experiences. Establishing a strategy for caring an elderly person in hospital requires a broad understanding of the singularity of the ageing process, a clarification of what nursing care is and an understanding of the conditions under which it is performed.

I used the grounded theory method (Strauss and Corbin, 1998). For one and half-year I used the participant observation technique in a trauma internment unit, as fieldwork. I registered hundred and thirty observation moments of interaction with elderly persons, thirty of which were related to patients classified by the nurses as suffering from cognitive impairment.

The data collection (theoretical sampling) also included the performance of fifteen deep interviews to nurses known as experts in care giving to common elderly persons as well as to patients suffering from serious cognitive impairment. For data analysis, I used the constant comparison method technique that is recommended by the authors mentioned above.

Main findings

The hospital was understood as an adverse place that can worsen health problems in the elderly persons.

The caring obligations become a challenge when nurses have to deal with constant demand for care, coming from difficult selves in fragile and unstable bodies.

Through strategies aiming to create a feeling of privacy, to promote a positive self-image, to keep skills and to protect from domination, nurses help to maintain the integrity of the self of the elderly person.

As a consequence the elderly person feels a protection as if he or she was in a family environment. The elderly person is considered important there, keeps all skills that are possible to keep and the dignity of the self is preserved.

The nurses accept and do not fear the human fragility, because they are experts in their jobs, have high professional and personal qualifications, which allow them to adapt their performance to that fragility. The elderly person was seen, in any circumstance, as a biological and cultural being that had his rights preserved. The time spent when caring is an important dimension and a critical condition to achieve the professional goal of keeping the person's identity, especially in cases of cognitive impairment.

Data interpretation

The physical body is understood, as a dimension of the person's self, through which his uniqueness is expressed. Consequently the care to the embodied self

are not a final goal, but a mean to keep the life, survey the illness and protect the identity of the elderly person.

Once the person does not exist without a body, the ultimate purpose of nursing care is to care the uniqueness of the body.

RESUMÉ

Ce travail de recherche qui se situe dans le domaine de l'interaction des soins prodigués par les infirmiers à la personne âgée à l'hôpital, a utilisé une méthodologie qualitative.

Il se propose de répondre à la question suivante :

Comment se déroulent les procédés suivis par les infirmiers dans l'interaction des soins portés au corps de la personne âgée en le milieu hospitalier.

Objectifs :

Comprendre la nature de l'interaction des soins des infirmiers à la personne âgée.

Comprendre les conditions de construction des signifiés attribués au soin de la personne âgée.

Analyser les stratégies employées par les infirmiers au niveau des soins pratiqués dans la proximité «corps à corps».

Expliciter le savoir démontré par les infirmiers dans l'interaction des soins qu'ils pratiquent.

En temps que phénomène social et humain, la pratique des soins par les infirmiers aux personnes âgées à l'hôpital doit être analysée du point de vue des participants, face aux réalisations et à l'expérience subjective vécue. Les stratégies pour soigner la personne âgée à l'hôpital, exigent la compréhension et l'explication des conditions de réalisation de ce qu'il s'entend par «soins prodigués par les infirmiers», car la littérature situe cette matière dans un domaine complexe.

J'ai utilisé la perspective théorique de l'interactionnisme symbolique d'après Mead (1962) et Blumer (1986). La théorie consolidée (Strauss et Corbin, 1998, Charmaz, 2000 et 2005, et Carmen de la Cuesta, 2002, 2004) a été la méthodologie utilisée.

Pendant un an e demi qu´a duré mon travail de champ, j´ai employé la technique de l´observation participante dans une unité de traumatologie. J´ai effectué 130 relevés d´observation d´interaction avec des malades âgés, dont 30 avec des personnes désignées par les infirmiers comme souffrant d´altérations cognitives. De même, au niveau du relevé de données (échantillonnage théorique), 15 interviews en profondeur ont été réalisées avec des infirmiers tenus comme experts au niveau des soins dispensés aux personnes âgées en général et aux personnes âgées souffrant de troubles cognitifs.

L´analyse des éléments recueillis a été effectuée utilisant la théorie consolidée, préconisée par les auteurs cités.

Remarques notables

L´interaction avec la personne âgée à l´hôpital était entendue comme exigeante par les infirmiers abordés dans cette étude. L´hôpital était un local favorable à l´aggravement des problèmes de certaines personnes âgées.

Les interactions diverses, dont le processus de découverte leur attribue un caractère d´exigence et de défi permanent. Cette exigence découlait de la nécessité de découvrir les particularités de la personne âgée ; cette condition était en simultanée la garantie du succès et la difficulté de l´interaction.

Au moyen de stratégies tendant à promouvoir une image positive, protéger le « self » de la domination, entretenir les capacités, l´infirmier parvenait à sauvegarder l´intégrité de la personne âgée en temps qu´Être incorporé.

En conséquence de ces stratégies, la personne âgée sentait (re)connue sa dignité et son droit à vivre dans une ambiance accueillante.

Dans l´interprétation des données, je soutiens la thèse que les soins prodigués par les infirmiers en proximité de la personne, sont un moyen privilégié pour la connaître, sauvegardant e consolidant son intégrité et sa dignité de personne âgée temps que Être incorporé.

Índice de anexos

Anexo 1: Cronograma das Actividades.....	389
Anexo 2: Condições de aceitação de participação no estudo.....	390
Anexo 3: Aceitação por escrito de participação no estudo	391
Anexo 4: Autorização para ser fotografado.....	392
Anexo 5: Ficha de caracterização dos informantes	393
Anexo 6: Guião de observação não estruturada e focalizada	394
Anexo 7: Guião de entrevista focalizada	395
Anexo 8: Exemplo de nota de campo.....	397
Anexo 9: Exemplo de codificação aberta linha a linha	398
Anexo 10: Exemplo de memo analítico	399

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama 1 – Condições, estratégias e consequências na interacção enfermeiro pessoa idosa 129

Diagrama 2 – Estratégias para manter a integridade do self da pessoa idosa..... 190

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	23
CAPÍTULO 1	29
INTRODUÇÃO TEÓRICA AO ESTUDO	29
1.1–O CORPO COMO SÍMBOLO SOCIAL.....	29
1.1.1–O conceito de corpo no hospital	35
1.1.2– Repercussões na filosofia de cuidados hospitalares	38
1.1.3– Repercussões do modelo médico na enfermagem	43
1.2 – EVOLUÇÃO DA NOÇÃO DE CORPO NA ENFERMAGEM	45
1.2.1 – A noção de incorporação.....	55
1.2.1.1– <i>O significado de self</i>	59
1.3 – O PROCESSO DE INTERACÇÃO ENFERMEIRO PESSOA IDOSA NO HOSPITAL..	62
1.3.1 – Do problema social ao cuidado individual	65
1.3.2 – O processo de cuidar a pessoa idosa no hospital	69
1.3.3 – Áreas problema nos cuidados à pessoa idosa.	71
1.4 – INVESTIGAÇÃO NA INTERACÇÃO COM O CORPO INCORPORADO	75
1.5 – JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO.....	80
1.6 – FINALIDADE DO ESTUDO	83
1.6.1 – Objectivos do estudo	83
CAPÍTULO 2	85
METODOLOGIA DO ESTUDO	85
2.1 – A ESCOLHA DO PARADIGMA CONSTRUTIVISTA	88
2.2–FUNDAMENTAÇÃO DA METODOLOGIA QUALITATIVA	90
2.2.1 – Pressupostos da teoria fundamentada.....	95
2.3 – DESENVOLVIMENTO DA INVESTIGAÇÃO	100
2.3.1 – Princípios éticos adoptados	101
2.3.2 – A entrada em trabalho de campo	104
2.3.3 – A escolha dos informantes.....	105
2.3.5 – Observação participante	109
2.3.5.1 – <i>Estratégias para ver</i>	111
2.3.5.2 – <i>Estratégias para ouvir</i>	114
2.3.5.3– <i>Estratégias para recordar</i>	116
2.3.6 – Estratégias para analisar os dados	119
2.4 – CRITÉRIOS DE RIGOR USADOS	123
ACHADOS DA INVESTIGAÇÃO	127
CAPÍTULO 3	131
CONTEXTO E CONDIÇÕES DA INTERACÇÃO– DESAFIO EXIGENTE AO CUIDADO	131
3.1– HOSPITAL, LOCAL QUE AGUDIZA PROBLEMAS.....	131
3.1.1 – O hospital como um local de passagem apressada.....	132

3.1.2 – O hospital como um local de agitação.....	136
3.1.3 – Políticas de organização que agudizam problemas	141
3.1.4 – O hospital, local reprodutor dos valores sociais	148
3.2 – CONDIÇÕES QUE DESAFIAM O CUIDADO.....	156
3.2.1 – Corpos percebidos.....	157
3.2.1.1 – Corpo habitual e suas características	157
3.2.1.2 – Características do corpo doente.....	160
3.2.2 – Selves percebidos	164
3.2.2.1 – <i>Self</i> percebido como <i>estimulante</i>	165
3.2.2.2 – <i>Self</i> percebido como <i>difícil</i>	167
3.2.2.3 – <i>Self</i> percebido como <i>complexo</i>	169
3.2.3 – Trabalho exigente	171
3.2.3.1 – <i>Situação de dependência</i>	171
3.2.3.2 – <i>Situação de dependência e risco de vulnerabilidade</i>	172
3.2.3.3 – <i>Situação de dependência e o lidar com a nudez</i>	179
3.2.3.4 – <i>Trabalhar com o cuidado sujo</i>	181
CAPÍTULO 4	189
MANTER A INTEGRIDADE DO SELF: ESTRATÉGIAS NO VIVER QUOTIDIANO	189
4.1 – PROMOVER UMA IMAGEM POSITIVA DE SI	190
4.1.1 – Promover a boa aparência.....	191
4.1.2 – Preservar o pudor	198
4.1.3 – Proteger o self da humilhação do corpo sujo.....	211
4.2 – PROTEGER O SELF DA DOMINAÇÃO	218
4.2.1 – Prevenir o uso da força	218
4.2.1.1 – <i>Dar voto de confiança</i>	218
4.2.1.2 – <i>Ganhar confiança</i>	222
4.2.2 – Entrar no mundo da pessoa	228
4.2.2.1 – <i>Assumir um compromisso</i>	229
4.2.2.2 – <i>Simular uma identidade</i>	230
4.2.2.3 – <i>Criar mundos de ficção</i>	232
4.2.3 – Proteger o self de ser dominado.....	236
4.2.3.1 – <i>Fazer o menor mal</i>	236
4.2.3.2 – Proteger o self de agressões verbais	243
4.3 – MANTER CAPACIDADES.....	249
4.3.1 – Avaliar capacidades	249
4.3.2 – Não substituir	254
4.3.3 – Estimular capacidades.....	263
4.3.4 – Personalizar o cuidado.....	267
4.3.4.1 – <i>Inserir a pessoa num contexto</i>	268
4.3.4.2 – <i>Formular perguntas</i>	271
4.3.4.3 – <i>Realizar cuidados personalizados</i>	273

4.3.4.4 – <i>Quebrar rotinas</i>	277
CAPÍTULO 5	285
PRESERVAR A IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA: CONSEQUÊNCIAS DO CUIDADO	285
5.1 – RECONHECIMENTO DA PESSOA IDOSA	285
5.1.1 – Ter uma identidade pessoal	286
5.1.1.1 – <i>Ser conhecido pelo nome</i>	286
5.1.1.2 – <i>Recrutar a identidade</i>	290
5.1.1.3 – <i>Reavivar a identidade</i>	293
5.2 – VIVER NUM AMBIENTE SEGURANÇA	298
5.2.1 – Ser compreendida na dependência	298
5.2.2 – Viver com dignidade na dependência	302
5.3 – VIVER NUM AMBIENTE DE ACEITAÇÃO	306
5.3.1 – Compreender o que a pessoa idosa está a viver	306
5.3.2 – Aceitar comportamentos disruptivos	309
5.3.3 – Viver num ambiente de vínculo afectivo	314
5.3.3.1 – <i>O enfermeiro com identidade própria</i>	316
5.4 – SÍNTESE DOS ACHADOS	318
CAPÍTULO 6	323
DISCUSSÃO DOS ACHADOS	323
6.1 – CONHECER A PESSOA IDOSA, O MAIOR DESAFIO	324
6.2 – OS CUIDADOS COMO MEDIADORES NO PRESERVAR DA IDENTIDADE	330
6.3 – O DESAFIO DE PRESERVAR A IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA NO HOSPITAL	344
CAPÍTULO 7	351
REPERCUSSÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES	351
CAPÍTULO 8	357
LIMITAÇÕES E SIGNIFICADO DO ESTUDO	357
CAPÍTULO 9	360
CONCLUSÃO	360
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	366
ANEXOS	388

INTRODUÇÃO

Em qualquer situação de doença, mas nomeadamente quando esta se associa ao envelhecimento, a redução progressiva das capacidades faz atribuir elevada importância àquilo que em outras etapas da vida é tido como garantido no funcionamento do corpo.

Na situação de doença com internamento hospitalar a fragilidade da pessoa idosa agrava-se, fazendo com que a vulnerabilidade humana se manifeste e a susceptibilidade ao sofrimento e ao desconforto aumente.

Para alguns teóricos o envelhecimento transformou-se num fenómeno em que cuidar de pessoas idosas no hospital é referido como um desafio que põe à prova as melhores características de ser enfermeiro (Wells, apud Nolan, 1994). Para outros as unidades de internamento hospitalar onde predominam pessoas idosas são locais de passagem no percurso profissional (Costa, 2002; Rebelo, 1996), sendo áreas percebidas pelos enfermeiros como de baixo estatuto profissional (McLafferty e Morrison, 2004).

Algo acontece no cuidado à pessoa idosa que importa compreender, pois se «a doença por si só não coloca a pessoa numa situação em que a dignidade é diminuída, mas muda o carácter dessa dignidade» (Kottow, 2004, p. 284).

As condições de dependência muito frequentes no hospital fazem com que ocorram interações em que o encontro de enfermagem com a pessoa idosa seja de elevada proximidade e intimidade forçada. O estatuto socialmente reconhecido aos enfermeiros torna legítima a entrada nessa intimidade com o corpo com uma pessoa desconhecida, porém se tal autorização social simplifica o encontro, será que lhe retira a complexidade?

Como é vivida essa complexidade? Advirá ela somente da necessidade de sensibilidade, paciência e atitude calorosa? Que possui de diferente a prestação

de cuidados à pessoa idosa para desencadear reacções de desejo de afastamento por parte da generalidade dos enfermeiros?

Os cuidados ao corpo da pessoa idosa dependente são elementos centrais da vida humana e do cuidado de enfermagem. É ao corpo encarnado, pertença única de cada pessoa e fazendo parte da sua identidade, que os enfermeiros têm como alvo dos cuidados (Benner, 2001; Lawler, 2002). Através dele, os enfermeiros colmatam as necessidades para sobreviver e, ao mesmo tempo, preservam a sua dignidade de pessoa.

Todavia a qualidade do projecto de vida da pessoa idosa pode aumentar, ou diminuir, consoante através dos cuidados estes acentuem os estigmas que pesam sobre ela, ou, pelo contrário, os diminuam e realçem a sua humanidade de ser único (Le Breton, 2001). Ora o poder dos estereótipos existentes sobre a pessoa idosa podem agravar-se na interacção dos cuidados uma vez que no contexto hospital, continua a reproduzir uma cultura que reflecte o pouco valor da pessoa em favor do elevado valor da doença (Honoré, 2002).

Os cuidados oferecidos à pessoa idosa doente no hospital e a sua adequação ou desadequação, dependem essencialmente da visão do que significa ser pessoa (Kottow, 2004). Ser pessoa implica que cada um de nós, em termos concretos vive e tem um corpo que, no caso da pessoa idosa doente e hospitalizada, é um corpo vulnerável.

O lugar de destaque e quase objecto de culto que o corpo hoje tem, é um dado afirmado por vários autores como Le Breton, (2001), Crespo (1990) e Lipovetsky, (1989). Quando o corpo se torna mais velho, a sua natureza biológica e física manifesta-se mais ostensivamente e Henderson (1994) salienta ser usual tornarmo-nos «propensos a horrorizarmo-nos perante o pensamento e a visão da velhice e da morte. De facto exaltamos a juventude, escondendo-nos dos sinais da passagem do tempo tanto quanto podemos» (p. 25). O corpo impõe-se

e a necessidade de valorização através da aparência faz com que haja dificuldade de identificação e o desejo de fuga se instale mesmo que de modo inconsciente. Perante os valores atribuídos à beleza e à juventude, à agilidade, à vida plena, a pessoa idosa pode estar numa posição desfavorável em relação à compreensão das suas características actuais e o respeito pela sua dignidade pode ser posto em risco.

O modelo de cuidados reflecte a concepção de corpo da pessoa, pelo que se impõe explicitar desde já, de que se fala neste estudo, quando se fala de corpo. Se cada pessoa é uma singularidade e se cada pessoa possui um corpo único, os modos como os cuidados forem prestados revelarão a importância que o corpo tem na interacção. Se a compreensão de corpo da pessoa envolve em simultâneo as dimensões, cultural, social e espiritual, não se limitando à sua dimensão física, então o valor atribuído à pessoa idosa, revelar-se-á nos modos de interacção dos cuidados mediados no corpo a corpo.

Se socialmente a presença da pessoa idosa habitualmente se esbate, já a realidade corpórea emerge, sobressai e impõe-se sobretudo pela doença, pela imobilidade forçada e pela dor. Os factores envelhecimento e doença podem provocar na pessoa um desajustamento, que faz com que o corpo apareça como um «não Eu». Todavia como é o próprio corpo que está doente, a pessoa pode sentir-se estrangeira dentro de si, pode como que *dissociar-se* e num primeiro momento distanciar-se da sua identidade e posteriormente do próprio *self* (Kelly e Field, 1996; Lopes, 2003). Neste contexto teórico as situações de cuidados envolvem um dado significado atribuído ao corpo que importa compreender, uma vez que «as concepções de corpo são tributárias das concepções de pessoa» (Le Breton, 2001, p. 8).

Todavia na enfermagem «o problema do corpo» (Lawler, 2002, p. 246) faz com que, se por um lado ele é alvo e mediador central da intervenção do enfermeiro,

por outro lado, também tem sido o seu problema. Do ponto de vista epistemológico a fragilidade da disciplina resulta de, além de ter estado a viver reduzida a fragmentos de saber, pertença de outras áreas disciplinares, ter também estado sujeita a um controle e «policiamento», motivado pela sua natureza íntima. Como os enfermeiros se ocupam daquilo que as pessoas em geral querem ignorar, o seu saber é julgado não «apropriado» e, sobre o corpo criou-se um «silêncio epistemológico» que Lawler, apud Van Manen (1999, p. 104), descreve como o tipo de silêncio com o qual nos confrontamos quando falamos do que é dificilmente descritível.

Na situação de doença com internamento hospitalar a fragilidade humana da pessoa idosa agrava-se podendo acentuar-se a sua vulnerabilidade. Perante o sentimento de ameaça que a doença provoca e o internamento acentua, a pessoa idosa reage e procura preservar-se da insegurança global que a atinge. A vontade de preservar tudo o que era seu, especialmente a sua identidade é uma característica que na doença se pode agudizar. As dores, as perturbações das funções corporais, a perda de faculdades, fazem do corpo um alvo de apreço e preocupação (Guardini, 2000).

A importância do corpo exerce-se sobretudo no início da interacção e reage-se a essa primeira leitura, a maior parte das vezes, sem disso existir consciência. Porém em todos os povos a importância do corpo nas relações interpessoais existiu e foi provada pelos estudos de Hall (1986), Goffman (1999). Em todas as culturas se aprende através do corpo a ler expressões, sentimentos, tipo de personalidade, que emanam da pessoa, embora não se reflecta sobre como essas leituras influenciam os juízos que se fazem sobre ela, nem como são decisivas no início da interacção.

Neste início de século XXI os problemas de «uma população em envelhecimento levantarão questões cada vez mais complexas acerca dos cuidados adequados

para os idosos» (Kennedy, 1995, p. 111). Compreender a natureza da interacção desenvolvida pelos enfermeiros na intimidade dos cuidados corpo a corpo, será uma condição para melhorar o entendimento de experiências humanas ainda pouco compreendidas por o envelhecimento ser um fenómeno social ainda recente com as características de que hoje se reveste.

Numa fase em que também a enfermagem tem procurado novas abordagens epistemológicas que revelem novos «jogos de verdade» e dêem substância à unidade de corpo e mente da pessoa, os conceitos de corpo e pessoa idosa, designados na literatura por incorporação, podem ser marcos norteadores na evolução de novas práticas nos cuidados de enfermagem, (Wilde, 1999; Sandelowski, 2002).

O estudo está organizado em partes:

Na primeira parte faço a introdução teórica, onde procedo à revisão da literatura de modo a permitir inserir o leitor no contexto teórico do objecto de estudo. Nele realço a investigação sobre o tema que justificará o estudo empírico que desenvolvi.

Este primeiro capítulo está organizado à volta dos seguintes eixos:

O corpo como símbolo social.

O modelo de cuidados no hospital.

A evolução do conceito de corpo na disciplina de enfermagem.

Os cuidados ao corpo da pessoa idosa.

Na segunda parte apresento a metodologia, onde enquadro o paradigma qualitativo do estudo e as decisões tomadas.

Na terceira parte apresento os achados da investigação em três capítulos:

1. Pluralidades no envelhecer: um desafio no cuidado de enfermagem hospitalar: condições e contexto.

2. Manter a integridade do *self*: estratégias no viver quotidiano.
3. Assegurar a dignidade da pessoa: consequências do cuidado.

Na quarta parte apresento a discussão dos dados e sua relevância teórica.

Na quinta parte procedo à conclusão do trabalho.

Na sexta parte apresento as referências bibliográficas e anexos.

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO TEÓRICA AO ESTUDO

As questões epistemológicas que aqui apresento visam a problematização do corpo. Parto de pressupostos que «o corpo e o vivido do corpo são as preocupações centrais no domínio dos cuidados de enfermagem» (Lawler, 1999, p. 85).

Esta preocupação deriva dos cuidados de enfermagem necessitarem aceder a todas as partes do corpo da pessoa e na tradição da sociedade ocidental existirem regras para este poder ser tocado, havendo mesmo zonas proibidas de o serem. Esta compreensão torna-se num imperativo no processo formativo dos enfermeiros para ultrapassar os próprios quadros de referência de modo a «adaptar-se a uma sub-cultura profissional» particularmente nos métodos que permitem interferir com o corpo de outro» (Lawler, 2001, p. 38).

Porém as dificuldades nesta área são somente o reflexo de um processo civilizacional, que foi moldando o corpo de uma maneira considerada civilizada, ou incivilizada e desde a antiguidade clássica foi tornando o corpo num objecto e sublimando a pessoa que o habita.

Em meados do século XX o corpo impõe-se em termos conceptuais em várias disciplinas (Almeida, 1996; Crespo, 1990) e na enfermagem este conceito começa também a ser relevante.

1.1 – O CORPO COMO SÍMBOLO SOCIAL

No âmbito deste enquadramento teórico importa salientar as interconexões de corpo e pessoa em algumas áreas disciplinares.

Uma vez que a pessoa não existe sem um corpo e cada um vive de um dado modo a ligação com o seu corpo, a diferença está entre este ser compreendido como elemento integrante da pessoa, como um modo de estar no mundo, um ser

que se auto-interpreta, ou uma entidade meramente biológica. Estes dois modos situam-nos em paradigmas opostos.

A ideia de pessoa ser unidade de corpo e mente, surge-nos hoje tão banal e tão verdadeira, que pode parecer que esteve sempre presente na nossa consciência (Kelly e Field, 1996). A noção de pessoa é porém uma noção recente, não existiu sempre no espírito humano com todos os elementos morais que hoje lhe reconhecemos. Nas sociedades tradicionais o corpo não se distinguia das pessoas, e a ligação do homem ao mundo e ao universo, por cujas leis se regia era bem diferente da concepção actual de corpo e de pessoa (Le Breton, 2001; Collière, 1989).

Mauss (1999), afirma que a relação de Pessoa e do «Eu» sofreu uma lenta evolução, pois «não há nenhum ser humano que não só não tenha sentido o seu corpo, mas também não tenha sentido ao mesmo tempo a sua individualidade espiritual e corporal» (p. 335) Fomos educados no paradigma em que o corpo era considerado uma entidade anatómica, corpo físico e sensorial; hoje começa a reconhecer-se que o corpo é algo mais, embora predomine ainda a noção de corpo como entidade anatómica, como mostra o estudo de Teixeira e Lopes (2002).¹

Numa perspectiva filosófica e fenomenológica, Merleau-Ponty (1996) salienta uma concepção de corpo como espaço expressivo por excelência entre todos os outros corpos. Como ideia chave do seu pensamento, Merleau-Ponty (1996) reflecte no sentido da unidade corpo-pessoa. O corpo estar atado a um certo mundo, é expresso pelo autor assim: «eu não estou diante do meu corpo, estou em meu corpo, ou antes sou meu corpo» (p. 208). Corpo e consciência são uma unidade mediada pela experiência no sentido de uma «totalidade aberta cuja

¹ Teixeira e Lopes (2002), usaram a técnica da associação livre de palavras a 98 e chegaram às seguintes conclusões: «o corpo em primeiro lugar é representado como entidade física (corpo anatómico), em 2º lugar o corpo é visto como instrumento de acção, e por último surge como um corpo discursivo, ou um corpo que fala» (p. 16).

síntese não pode ser acabada. Temos a experiência de um Eu, não no sentido de uma subjectividade absoluta, mas indivisivelmente desfeito e refeito pelo curso do tempo», afirma Merleau-Ponty (1996, p. 296). É pela experiência perceptiva que a pessoa entra na espessura do mundo e é no contacto com o corpo e com o mundo que cada um se encontra. Este filósofo salienta «já que se percebemos com o nosso corpo, o corpo é um eu natural é como que o sujeito da percepção» (p. 278).

Velez (2002) analisando a noção de corpo e apoiando-se em Merleau-Ponty afirma que a unidade e o entrelaçado do ser procura ultrapassar os dualismo consciência-corpo e homem-mundo, revelando ser o homem «indivisivelmente consciência e corpo- existência incarnada» (p85)

Numa perspectiva antropológica Mauss (1999) afirma que as questões epistemológicas actuais sobre a noção de personagem, pessoa, nome, indivíduo, consciência, valor metafísico, consciência moral, ser sagrado, «pessoa», «eu», não são noções inatas, cresceram e evoluíram lentamente ao longo de séculos. Mauss (1999) designa por técnicas do corpo, os comportamentos e gestos aprendidos desde a infância através dessa «imitação prestigiosa» (p. 369). Existe uma série de gestos convencionais, que as crianças fazem ao imitar os comportamentos das pessoas em quem têm confiança e que têm autoridade sobre elas. Assim no processo de aprendizagem o gesto aprendido é reproduzido ao longo da vida, não é reflexo de um mero acto fisiológico, mas contem nas mais ínfimas e privadas actividades da vida diária, as dimensões, biológica, psicológica, cultural e sociológica.

Morin (1999) salienta algo que se tornará significativo nesta tese. O autor afirma que na realização de qualquer actividade, as dimensões fisiológicas e culturais estão unificadas, afirmando essa ligação assim: «estritamente ligadas a normas, interditos, valores, símbolos, mitos, rituais, o que quer dizer ao que há de mais

cultural; as nossas actividades mais culturais como falar, cantar, dançar, amar, meditar colocam em movimento o nosso corpo e os nossos órgãos, através do cérebro» (p. 43). Também Almeida (1996) referindo-se ao pensamento de Mauss afirma que as «técnicas do corpo correspondem a mapeamentos socioculturais do tempo e espaço» (p. 4), pelo que o corpo nunca se encontra num «estado natural», mas é antes a matéria-prima que a cultura molda e onde as diferenças sociais se inscrevem.

A subjectividade de cada pessoa está assim localizada no corpo e a cultura *transpira* em todos os actos que cada pessoa realiza, desde o acordar ao deitar. Até no simples gesto de bocejar, enquanto gesto fisiológico, o modo como é vivido está impregnado de cultura. O comportamento humano tem assim uma raiz fisiológica, que está sempre mais ou menos presente consoante a força da cultura, como Morris (1997) reconhece e a investigação de Hall (1986) mostra.

Nesta aprendizagem incorporada, Bourdieu (1998) desenvolve um conceito iniciado por Mauss, o conceito de *habitus*, significando com ele que pelas experiências vividas o corpo tem inscrito um conjunto de esquemas de percepção, apreciação e acção, que lhe permite agir de modo não pensado. Para Bourdieu (1998) cada pessoa «faz o que está no seu poder para tornar possível a actualização das potencialidades inscritas no seu corpo sob a forma de capacidades e de disposições moldadas por condições de existência» (p. 132).

Por existir esta forte ligação da cultura incorporada em toda a evolução social. Certos valores mantêm-se constantes e vão reproduzindo modos de agir ao longo das várias épocas de evolução da humanidade, fazendo com que a autoridade social se revele nos comportamentos adoptados pelo corpo. Turner (1992) reflectindo sobre o pensamento de Bourdieu (1988), sobre a noção de *habitus* afirma que este engendra todos os pensamentos, todas as percepções e todas as acções e salienta o pouco espaço dado ao corpo como portador de

código culturais, «existe pouco espaço para uma compreensão fenomenológica do *corpo vivido* como um aspecto essencial da acção, intenção e disposição» (Turner 1992 p. 91)

Numa compreensão do corpo vivido na sua dimensão simbólica Douglas (1996) identificou através da análise de textos das várias religiões do mundo, quatro modos da humanidade conceber o corpo – corpo veículo de comunicação, corpo veículo de vida/vulnerabilidade, corpo pragmático e corpo milenarista. Na perspectiva dos que vêem o corpo como veículo de comunicação, possuem maiores preocupações com o seu funcionamento efectivo. Os que concebem o corpo como veículo de vida/vulnerabilidade têm grandes preocupações com a qualidade dos produtos ingeridos e com os produtos de excreção pelos orifícios naturais. Pelo contrário os pragmáticos têm uma visão utilitária sobre o corpo e sobre os produtos de eliminação não se interessando pela distinção entre a vida dentro do corpo e a vida que ele transporta. Por último e em oposição à visão pragmática o corpo milenarista, em que o corpo «não é o veículo primário da vida, pois a vida é percebida como puramente espiritual e o corpo é matéria irrelevante» (Douglas, 1996, p. XXXVIII). Quanto maior valor for atribuído aos símbolos do controlo sobre o corpo, mais dificuldade existe em aceitar os seus constrangimentos e maior dominação exercem sobre o seu funcionamento (Douglas, 1966). Esta disciplina imposta ao corpo é, na opinião de vários autores, um dos modos da sociedade exercer o controlo social (Gil, 1980; Crespo 1990), Twigg, 2004; Lawler, 1999, 2001, 2002).

A liberdade de falar sobre certos fenómenos corporais tem sido progressivamente reduzida e sobre alguns deles, existem mesmo interditos. Morte, sofrimento, sexualidade e sujo, não são temas discutidos com naturalidade, embora sejam fenómenos intrinsecamente ligados ao viver de cada pessoa.

Paradoxalmente numa época de liberdade, o corpo civilizado é um corpo que socialmente deve saber conter-se, saber comportar-se, significando com isso ser silencioso, quer em termos de controlo fisiológico, quer em termos de controlo de emoções (Elias, 1975). Ao mesmo tempo que se procura que ele quase não se manifeste e esconda a sua existência, tudo é feito para o realçar, tornando-se assim num verdadeiro tirano de comportamentos (Lipovetsky, 1997). Este controlo é particularmente gravoso quando a doença, a incapacidade ou o processo de envelhecimento impedem desempenhos em conformidade com a norma social vigente.

Só a literatura tem tido a liberdade de falar do corpo de modo mais natural e de acordo com a sua natureza material. Também os diários de Miguel Torga (1987), Saramago (2004, 2005), Garcia Márquez, (2005), revelam como o corpo envelhecido e doente pode atrapalhar a vida da pessoa, mas tanto pode escravizar como libertar. O «Elogio de velhice» de Hesse revela a aliança da natureza humana na sua transcendência de algo que vive, morre e permanece. A ode ao meu corpo de Virgílio Ferreira (1994, cap. XVI) é exemplo de como o corpo é um objecto especial para a pessoa, alvo de mil cuidados e desassossegos, como refere Crespo (1990).

Apresentado o corpo como símbolo social, a florado em algumas áreas disciplinares, importa compreender o seu significado em ambiente hospitalar. A pertinência da reflexão justifica-se porque nas próximas décadas, se prevê que o recurso a instituições de saúde fará parte da experiência de vida de muitas pessoas idosas. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2005) o número previsível de pessoas idosas faz pensar que cada vez mais pessoas vão necessitar de ter internamento em camas hospitalares. Ora o modelo de cuidados que ainda predomina no hospital exige mudança de paradigma nas práticas de cuidados de enfermagem para que nos momentos de crise também os enfermeiros

contribuam activamente para uma politica de Terceira Idade, digna de um país civilizado e aderente a valores de solidariedade, como lembra Nuno Grande (1994).

O capítulo a seguir procura reflectir o paradigma vigente que predomina no hospital.

1.1.1–O conceito de corpo no hospital

No Ocidente tem prevalecido o paradigma racionalista, que desde Platão institui a primazia da mente sobre o corpo. Platão (1969) dizia que a alma é a melhor das coisas, sendo invisível, participa da razão e da harmonia. Afirmava que a alma existia antes do corpo e era superior a este, estando a alma destinada a «dominar e comandar, e o corpo a obedecer» (p. 264). Esta necessidade do corpo obedecer era tanto mais necessária quanto era percebido como causador das dificuldades e do mal entre os homens.

Platão (1999) afirmava que o corpo absorvia as capacidades e impedia de discernir a verdade, só causando confusão e paralisando a pessoa. Pela observação enganosa e pela sua frivolidade, entravava a possibilidade de alcançar o belo e o bom. Pelo uso dos sentidos o corpo atrapalha, engana, impede o raciocínio, afasta do conhecimento, da verdade, da sabedoria, ou seja, afasta do bem, do belo e justo! Por isso Platão (1999) afirmava que «durante a vida não manteve com o corpo nenhuma comunicação voluntária, antes o evitou e se recolheu em si mesmo» (p. 118). Só depois da morte, quando alma e o corpo se separarem, terá possibilidades de conhecer alguma coisa pura, se a alma não se tiver deixado contaminar pelo corpo.

Na continuidade do pensamento platónico, Descartes (1993) desenvolve a importância da mente e a anulação do corpo, afirmando categoricamente: «não apreendo a minha própria existência senão no acto do meu pensamento; não

tenho pois o direito de atribuir a mim, seja o que for além do pensamento; o que equivale a dizer que sou uma natureza unicamente pensante, ou alma» (p. 16). Sendo a alma a sede do pensamento, a ligação da alma com o corpo é virtual e o corpo é valorizado enquanto máquina que transporta uma mente pensante. Descartes (1990) reafirmava a primazia da mente repetindo que «depois de ter assim considerado as funções que pertencem exclusivamente ao corpo, é fácil ver que não resta nada em nós que se deva atribuir à alma, a não ser os nossos pensamentos» (p. 76).

A premissa cartesiana de que os pensamentos eram algo de sublime, pré-existente à pessoa foi sendo refutada ao longo do tempo, mas o paradigma cartesiano impôs-se. Segundo Touraine (1994) já Locke no século XXVII tinha rejeitado a separação cartesiana da mente e corpo, bem como a concepção das ideias inatas e formulou claramente a concepção da união do ser humano possuidor de alma e corpo. O homem era alma e corpo e ambos se traduziam na experiência e na identidade da pessoa na sua articulação com a natureza.

É já só no século XX, que Merleau-Ponty (1996) clarifica algo, que mesmo aqueles que aderindo à unidade entre corpo e mente têm dificuldade em explicar, o que é o acto de pensar. Este filósofo afirma que «o que nos faz acreditar num pensamento que existiria para si antes da sua expressão, são os pensamentos já constituídos e já expressos, dos quais podemos lembrar-nos silenciosamente e através dos quais nos damos a ilusão de uma vida interior» (p. 249).

Segundo Damásio (1995) a importância do corpo é sobreponível e interdependente com a da mente. Afirma que o grande equívoco de Descartes, foi pensar que o pensamento precedia a existência. Em oposição Damásio (1995) afirma «existimos e depois pensamos e só pensamos na medida em que existimos» (p. 254). Damásio (1995) diz que o erro de Descartes se situa na «separação abissal entre o corpo e a mente, entre a substância corporal,

infinitamente divisível, com volume, com dimensões e com um funcionamento mecânico, por um lado e a substância mental, indivisível, sem volume, sem dimensões e intangível» (p. 255).

Segundo o autor, aceitar a unidade corpo-mente faz da natureza humana uma subjectividade de elevada complexidade. Por um lado somos vulneráveis devido à dimensão corporal, por outro lado e ao mesmo tempo, possuímos um espírito que nos anima e exorta e embora se lhe reconheça falibilidade não podemos deixar de recorrer a ele e seguir a sua orientação e conselho. Não é fácil aceitar ao ser humano assumir ser um ente complexo, na sua singularidade, fragilidade e finitude (Damásio, 1995). Daí que para muitas pessoas o pensamento de Descartes seja ainda considerado como verdades evidentes por si mesmas, não necessitando ser reavaliadas, como afirma Damásio (1995).

O acesso ao conhecimento que o modelo biomédico proporcionou trouxe grande desenvolvimento científico e tecnológico. Essa evolução fez com que a humanidade tivesse grandes benefícios e muitas doenças foram debeladas e a qualidade de vida das pessoas melhorasse significativamente.

Estranhamente a utilização do mesmo conhecimento é reconhecida hoje como o maior causador de problemas de saúde no século XXI. Os efeitos da poluição são considerados como sendo dos maiores problemas a enfrentar no século XXI (Kennedy, 1995) e em grande parte devem-se ao uso desmedido da energia proveniente de fontes fósseis na produção de bens que o desenvolvimento científico e tecnológico possibilitou.

O impacto do modelo cartesiano atingiu todo o pensamento ocidental e na medicina, a sua força traduziu-se no modelo médico. As suas repercussões ao nível da organização hospitalar fazem sentir-se fortemente.

1.1.2– Repercussões na filosofia de cuidados hospitalares

No modelo cartesiano só a realidade concreta, materializada é que é considerada verdadeira. Foi aliás o uso da objectividade e a mensuração dos fenómenos que fizeram com que o desenvolvimento da prática médica tivesse acontecido, como descreve Foucault (1977) no nascimento da clínica da prática médica. Realça a importância da observação de sinais através do olhar objectivo, visível, enunciável, sendo esses dados submetidos de seguida a uma análise norteadada pela lógica e pelo recurso à estatística. É o elencar de sinais e sintomas objectivos que faz com que Foucault (1977) afirme que «só existe doença no elemento visível e, consequentemente, enunciável» (p. 108). Daí que aos fenómenos subjectivos que acompanham o viver da doença, como sejam o sofrimento e o stress, seja dada pouca importância, pois à luz deste modelo esses problemas não são considerados verdadeiramente reais, por não possuírem objectividade.

Segundo Burry (1997) a natureza da pessoa é percebida como dualista. O corpo está sujeito às mesmas leis naturais dos animais, sendo percebido como uma máquina que pode estar em bom ou mau estado de funcionamento e as perturbações da mente têm difícil intervenção no hospital de cuidados agudos, onde predominam os problemas físicos.

Segundo Burry (1997) o objectivo principal do modelo médico é a doença, sendo que a saúde é vista como a ausência desta. Esta visão reducionista faz com que «este modelo assuma que a doença pode ser explicada em termos de causas determinantes que operam no corpo, o qual é conceptualizado como uma máquina» (Turner, 1999 p. 24). Como máquina o corpo avaria, sendo a doença interpretada como uma anomalia, ou um inimigo impessoal. Nas sociedades desenvolvidas consegue-se combater e gerir esse problema de modo tão mais

eficaz, quanto maiores forem o desenvolvimento do conhecimento científico e a disponibilidade de recursos (Taylor e Field 1996).

É um modelo que exclui os elementos simbólicos e os valores tradicionais da saúde, pelo que as preocupações psicológicas, económicas, culturais e ecológicas não são consideradas no tratamento da doença. Quando a doença acontece, a totalidade da pessoa é ignorada (Honoré 2002).

Pode argumentar-se que quando a doença ocorre ela é sem dúvida o foco da atenção e como tal este modelo responde eficazmente aos dois primeiros «imperativos universais» definidos pela OMS (Organização Mundial de Saúde) (1987).

Os cinco imperativos universais apresentados pela Organização Mundial de Saúde foram:

- Contribuir para a sobrevivência do utente.
- Contribuir para controlar e prevenir a morbilidade e complicações.
- Permitir aos utentes escolherem por si próprios.
- Contribuir para o pleno funcionamento do utente.
- Implementar medidas, para a consecução de objectivos, com o mínimo dispêndio de energia e de recursos para as pessoas implicadas.

Estes imperativos universais discutidos há vinte anos, continuam a ter a mesma actualidade e a mesma dificuldade de implementação na sua totalidade. Se o modelo médico responde eficazmente aos dois primeiros imperativos os três últimos são muitas vezes ignorados. Como a pessoa não é um corpo estritamente anatómico, este modelo é vivido com desconforto pelos actores directamente envolvidos nele, em primeiro lugar os doentes e famílias e em segundo lugar os enfermeiros.

A força do modelo biomédico assenta em quatro pressupostos, que Coe (1979) enuncia assim:

O primeiro é que as pessoas acreditam que o processo de doença é curável, caso haja um diagnóstico e intervenção técnica adequada.

O segundo é que a condição do doente favorece o viver de um processo agudo cujo papel é limitado no tempo.

O terceiro é que os doentes são percebidos como seres obedientes e passivos; «como casos e objectos de tratamento, quer dizer, gente a quem, e para quem, se fazem coisas» (Coe, 1979 p. 336).

Por fim, o quarto pressuposto é esperar-se que os doentes cumpram as ordens do médico e as normas hospitalares, pois essa é a condição para recuperar e regressar à vida normal.

Perante estes objectivos aceita-se a manipulação e obediência a regras que despersonalizam a pessoa, pois ela é em última análise uma máquina que precisa reparação. A aceitação das repercussões deste modelo deve-se ao facto do hospital ser o local social estruturado para a vigilância e tratamento da doença. Ao propiciar a classificação das pessoas doentes por áreas de agrupamentos específicos de doenças, fomentou-se uma hiper especialização das várias áreas de conhecimento científico no funcionamento do corpo humano. O conhecimento produzido tem tido valor incalculável na realização de descobertas científicas, mas ele fez-se à custa da visão fragmentada da atenção dada às várias partes do corpo doente, produzindo-se uma compreensão reducionista da pessoa que vive a doença (Pearson, 1992).

Para melhor responder ao tratamento das doenças, o conhecimento tem sido sujeito à hiper especialização de cada um dos grupos de doenças. Cada técnico sabe da sua área de conhecimento e os doentes quando internados são confinados a espaços geográficos onde «cada um encontra o que convém ao seu estado, sem agravar por sua vizinhança, o mal do outro» (Foucault, 1977, p. 46). Assim os doentes são tratados segundo o diagnóstico que motivou o

internamento, sendo dada a esse problema prioridade, e tudo o resto é colocado entre parentesis. O líder incontestado da equipa é o médico, pois o primeiro objectivo é o tratamento da doença através do cumprimento de protocolos de intervenção terapêutica devidamente testados, quando a cura não acontece e aparece a morte esta é considerada um insucesso. (Pearson, 1992; Coe, 1979).

O doente é percebido como um ser dependente, enquanto que o profissional é a autoridade. O objectivo do tratamento é eliminar sintomas, caso a cura não seja possível (Burry, 1997).

A organização dos serviços também reflecte os valores da dicotomia e fragmentação em que assenta o modelo do tratamento Pearson (1992). Este modelo se por um lado tem as vantagens inerentes à operacionalização dos valores ligados à medicina convencional moderna, por outro lado gerou uma desordem de interesses e uma inversão de valores na prática dos enfermeiros (Collière, 2003). «A prioridade dos cuidados baseados sobre o modelo biomédico é sempre dada à excelência dos cuidados físicos, e os outros componentes dos cuidados não chegam a ser reconhecidos ou não se lhes é dada importância» (Pearson, 1992, p. 19).

Também nos doentes, famílias e enfermeiros, o impacto deste modelo é ainda dúbio, pois se por um lado desvaloriza a subjectividade da pessoa, por outro as decisões dos protocolos instituídos inspiram segurança e anulam a ambiguidade no tratamento das situações agudas (Pearson, 1992). Face à longevidade, à qual este modelo deu grandes contributos, faz com que cada vez haja mais grupos de pessoas que sofrem de múltiplas doenças crónicas. Nestas o tratamento reduz-se ao controlo de sintomas recorrentes e este facto frustra as expectativas da pessoa. Ao não ser dada atenção às múltiplas dimensões que integram a pessoa, a adesão a este modelo começa a ser contestado e a perder o prestígio que já teve (Pearson, 1986).

O ambiente cultural que tenho vindo a referir faz com que se desvalorize e ignore a subjectividade da pessoa, não se respeite a privacidade, as necessidades de informação, a segurança, a auto-estima. Também o cumprimento de princípios de educação básica socialmente em uso, não é muitas vezes posto em prática (Henderson, 2000; Peplau 1992). Face à minimização sofrida, a pessoa sente-se com medo, vergonha, despersonalizada e transformada em objecto. Essa condição representa «uma grave ameaça para a integridade sócio-psicológica (e mesmo corporal) do doente» (Coe, 1979, p. 347). As pessoas doentes vêem-se obrigadas a aceitar modos de agir que as fazem sentir diminuídas na sua dignidade de pessoa (Charmaz, 1983; Benner, 1994). A falta de informação sobre o que se passa com a pessoa é das lacunas mais verbalizadas (Johnston, 1997; Lauri, 1997).

Ainda fruto de um modelo de saúde assente nas premissas do modelo racionalista é, segundo Benner (1994), fazer com que a pessoa quando adoece se sinta culpada, envergonhada, responsabilizada e com a sua autonomia ameaçada, uma vez que a doença é socialmente rejeitada e percebida como minimizadora. Um dos modos de ajustamento de algumas pessoas à situação de doença é segundo Benner (1994) pela não-aceitação, pois a doença representa uma falha do Eu. Ora os problemas de saúde ao serem colocados sob a exclusiva responsabilidade e domínio da subjectividade de cada pessoa, acredita-se que eles acontecem porque a pessoa não tem capacidade e força suficiente para se controlar. Esta mensagem social, faz sentir a pessoa duplamente penalizada, pois não só sofre a doença e teme pela sua vida, como é responsabilizada e culpabilizada por a doença acontecer. Segundo Charmaz, (1983) o sentimento de culpabilização e perda do self, é sobretudo vivido pelas pessoas com doença crónica que restringem a vida, se isolam, e se sentem desacreditadas quando percebem ser um estorvo para os outros.

Finalmente uma outra faceta que revela como este modelo é pouco favorável à vida das pessoas doentes é que a compreensão que faz do corpo e da pessoa é concebida como sendo entidades não integradas. Marques (2000) afirma a sua preocupação e refere-a como a crise da medicina ocidental. Não associar a pessoa ao seu corpo e de esta ser mais do que o seu corpo faz com que este médico faça a seguinte constatação: «tendo sido feitos para lidar manualmente com o corpo do doente, para palpar e, apesar disso perdemos a noção da unidade do corpo... Perdemos a noção de que a pessoa não é só corpo como tem um corpo e essa é uma das crises que a medicina ocidental está atravessar» (p. 85).

1.1.3– Repercussões do modelo médico na enfermagem

Apresento o modelo de cuidados centrado na doença, modo do corpo da pessoa ser percebido.

Neste modelo existe a expectativa de serem os enfermeiros a colmatar as necessidades psico-sociais dos doentes, o que causa elevados níveis de desconforto e frustração em todos, por tais objectivos não serem atingidos. (Pearson, 1992). Tal situação é referida como uma expectativa grosseira sobretudo porque as prioridades de trabalho já estão pré-definidas. Com o acréscimo progressivo de cuidados e de cuidados delegados, esse papel de um grupo profissional colmatar necessidades emocionais é enganador, inoperante e sem sentido (Flanagan, 1994; Cullen, 1995; Bonvin, 1993).

Segundo Taylor e Field (1996) existe dificuldade dos enfermeiros exercerem a defesa dos interesses dos doentes. Como as instituições não valorizam na prática os cuidados personalizados, não fazendo parte de uma cultura, não são uma prática sistemática, acontecendo e sendo perspectivados como actos heróicos esporádicos. Quando se olha porém para as dificuldades vividas pelos clientes os

enfermeiros são considerados culpados do actual sistema de funcionamento (Cooper 2005).

O actual funcionamento das instituições de saúde faz compreender como os valores da profissão da enfermagem são menosprezados e as condições de trabalho desajustadas ao seu desempenho (Pursey e Luker, 1995).

Os cuidados ao corpo são percebidos como «um conjunto de actividades humildes e escondidas exigidas pelos cuidados com o corpo doente (...) consideradas tarefas de baixo nível que exigem poucas capacidades» (Collière, 1989 p. 92). O pouco valor deste tipo de cuidados tem origem longínqua. Desde a civilização clássica o esforço do trabalho que se consumia no próprio acto da realização e não deixava vestígios de si era considerado insignificante e indigno. Essa desvalorização era ainda reforçada porque «tudo o que os homens tinham de semelhante com as outras formas de vida animal era considerado inumano» Arendt (2001, p. 95)

Coabitando com uma concepção herdada de corpo sofredor, o desenvolvimento do conhecimento médico, faz com que o corpo exerça uma mudança na prática profissional dos enfermeiros, passando a ser alvo de tratamento, aplicação de técnicas e conhecimentos médicos (Almeida e Rocha, 1989). Aliás o aparecimento dos manuais de técnicas e os conhecimentos das ciências físicas, bioquímicas e sociais permitem ao enfermeiro vigiar o evoluir da doença e o tratamento do corpo doente. Os enfermeiros reforçam e proporcionam à medicina o prestígio da própria medicina, mas conseguem ocupar um espaço de intervenção que não possuíam até aí (Collière, 1989).

O modelo biomédico exerceu no evoluir do exercício da profissão, um poder de duas faces antagónicas. Por um lado «as técnicas foram os primeiros instrumentos que a enfermagem utilizou para manipular o seu objecto de trabalho, o cuidado de enfermagem» (Almeida e Rocha, 1989, p. 36). Por outro

lado a partir do momento em que as mãos do enfermeiro se tornam *instrumentos* da técnica, ao cumprir gestos ensinados, acontece progressivamente um distanciamento do enfermeiro face ao corpo da pessoa que sofre.

A investigação de Prévost (1988, 1992), revela como através da técnica asséptica esse processo favoreceu o afastamento do doente e do seu sofrimento. O corpo torna-se em objecto que deve ser «colocado à distância» (Prévost, 1992, p. 56), para não ser agredido nem contaminado. O uso da técnica asséptica simbolicamente favoreceu a colocação de uma barreira protectora nos enfermeiros. Defende das emoções que o doente está a viver e coloca entre parentesis as inibições sociais de tocar um corpo. Sandelowski (2002) salienta o impacto das várias intervenções de natureza técnica que propiciam o «cientificar e desinfectar» (p. 62) da enfermagem, na medida em que substituem, ou pelo menos mitigam, a intensa intimidade corporal, que é substituída pela intimidade e domínio do uso da técnica.

A invasão da técnica introduziu-se mesmo nos cuidados mais básicos inerentes ao viver, afirmando Lawler (2002) que «o respeito pelo doente parece estar inerente à maneira pela qual o enfermeiro se liga com a técnica» (p. 136). A partir da década de cinquenta, do século passado o pensamento teórico da Enfermagem vai procurar opor-se a este predomínio do saber.

O capítulo a seguir desenvolve a evolução da construção do conhecimento em enfermagem, fruto das repercussões do modelo centrado na doença e na técnica, tendo como referente o constructo corpo.

1.2 – EVOLUÇÃO DA NOÇÃO DE CORPO NA ENFERMAGEM

Neste capítulo recorro à classificação de Meleis (1991) e de Kérrouac (1994), para apresentar a evolução da noção de corpo segundo as várias escolas de pensamento de Enfermagem.

Na sociedade ocidental a pobreza epistemológica e a dimensão íntima atribuída ao corpo, fazem com que quando se fala dele, se instale a ambiguidade e a complexidade. Lawler (1992) refere que o tema corpo não foi alvo de análise e discussão nem na sociedade, nem em nenhuma disciplina, nem na enfermagem. De tal modo é assim que quando se fala de corpo fora do modelo médico não se sabe de que se fala (Almeida, 1996). Essa obscuridade conceptual faz com que Gil (1980) afirme mesmo que há tal docilidade e plasticidade no termo corpo que essa linguagem «equivale a uma violência real exercida sobre o corpo: quanto mais sobre ele se fala, menos ele existe por si próprio. É de tal modo complexo que quanto mais dele se fala menos se conhece» (p. 7).

A partir da década de sessenta com a reivindicação do uso livre do corpo, alterou-se o modo de viver o corpo e alterou-se também a sua compreensão teórica, nomeadamente na consciência de que o corpo não é somente a face visível da pessoa. Segundo Ribeiro (2003) a subjectividade da pessoa faz emergir uma outra perspectiva do conceito de corpo, que procura não só romper com a dicotomia corpo mente, como com a questão subjectivo-objectivo.

Escolho para explicitação do pensamento de cada uma das escolas as autoras que me pareceram mais relevantes e apropriadas ao tema deste estudo.

Apresento duas autoras que não insiro em nenhuma escola de pensamento, considerando-as antes autoras de transição. Nightingale por ter sido uma visionária que a sua elevada formação permitiu que se antecipasse ao pensamento mais avançado na sua época. Hall refiro-a porque faz a transição do modelo centrado na doença para escolas de pensamento que procuram delimitar-se do domínio e poder médico.

O corpo perspectivado por Nightingale (1946) é um corpo global, que sofre a influência do ambiente e interfere nele, vivendo subordinado às leis da Natureza. Nightingale (1946) salienta a influência da mente sobre o corpo, mas chama a

atenção para o inverso afirmando: «muito se tem escrito e falado sobre o efeito da mente sobre o corpo. Grande parte é verdade. Desejaria porém, que se pensasse um pouco mais sobre o efeito do corpo sobre a mente» (p. 34). Assim além da união de corpo e mente, Nightingale (1946) acentua a interdependência da pessoa com o ambiente e as leis da Natureza que regem o homem. Enuncia como elementos promotores de saúde, luz, higiene, ar puro, limpeza, alimentação, silêncio, distração que, se forem bem geridos por todas enfermeiras proporcionarão boa assistência de enfermagem. Afirma a dimensão corpo como unidade total, sofre positiva ou negativamente os efeitos do ambiente, mas a própria doença é referida como um processo reparador do processo total de cura. Realçava como elemento importante no tratamento da doença, esta não estar subjugada ao domínio medicamentoso como modo de tratamento preferencial e exclusivo, defendendo antes o uso dos elementos promotores de saúde já assinalados.

Hall, apud Dunlop, (1994), é a autora que pela primeira vez, em 1959 nomeia a noção de corpo. Segundo George (1995) Hall apresenta três dimensões na concepção do cuidado à pessoa: a pessoa, que designa de *core* (núcleo); a doença, que designa por *cure* e o *care* que articula com o corpo. Nenhum destes três conceitos funciona independentemente, mas antes de modo interrelacionado, podendo existir maior predominância de uns sobre outro. Refere a interacção dos vários círculos mas o espaço estanque de cada um deles situa-a num modelo de grande aproximação ao modelo médico. O domínio do corpo, o cuidado íntimo, nas funções básicas diárias (comer, tomar banho, eliminar e vestir), que visam dar conforto ao doente, refere-o como área exclusiva da enfermagem. Os cuidados proporcionados ao corpo visam dar conforto e servem de meio de expressar proximidade e sentimentos permitindo dar orientações aos clientes. Separa explicitamente o corpo da pessoa e define a pessoa como o círculo central

(core). É nesta área da pessoa que envolve o uso terapêutico do self em que a pessoa é única, ganha auto-identidade, maturidade e consciência. O círculo da doença (cure) a enfermeira ajuda o doente e família na interpretação da prescrição médica. Assim, em Hall, a diferença e subordinação do corpo e mente são manifestas e próximas do modelo biomédico.

O desenvolvimento do conhecimento em enfermagem a seguir a Nightingale (1946), não foi progressivo e até à década de cinquenta esteve como que suspenso, colado e oculto pelo saber que emanava das ordens religiosas e algum saber médico. Segundo Meleis (1991) os seguidores de Nightingale falharam na continuação da diferenciação do foco e objectivos da enfermagem face ao domínio médico da medicina. Este último como era mais «desenvolvido e mais poderoso substituiu o que estava a começar a ser o domínio da enfermagem (saúde: higiene, ambiente e cuidado)» (p. 156).

Com o desenvolvimento do conhecimento científico e das ciências sociais entre 1950 e a década de 1980 emergem várias escolas de pensamento na construção do conhecimento disciplinar. Estas escolas foram designadas como escolas das necessidades, da interacção, dos resultados (Meleis 1991), que procuravam responder respectivamente ao «quê», dos cuidados, ao «como» e ao «porquê» dos resultados dos cuidados (Meleis 1991). Kérouac, (1994) discípula de Meleis, faz uma outra classificação e acrescenta a escola do ser unitário e a escola do cuidar.

Henderson (1994) situa-se na escola das necessidades humanas básicas. Enfatiza a não separação de corpo e mente e a interligação das duas dimensões da pessoa. Afirmava essa unidade da pessoa, salientando como «óbvio que o equilíbrio emocional é inseparável do equilíbrio fisiológico» (p. 16).

Henderson (1994; 2004) afirma explicitamente a não separação dos problemas físicos e mentais, assegurando que os cuidados básicos são iguais nas duas situações. «Os dois aspectos não podem ser separados, pois as emoções têm um efeito físico e as mudanças físicas afectam o estado de espírito» (Henderson, 2004, p. XV). Vinte e cinco anos depois de ter apresentado a definição de enfermagem, conhecida e aceite a nível mundial, Henderson (1994) realça a importância do corpo no cuidado de enfermagem e salienta que se fizesse uma segunda definição de enfermagem, «deveria incluir uma apreciação do equilíbrio fisiológico» (p. 16). Realça assim a importância da estabilidade do equilíbrio fisiológico e químico, da linfa à volta da célula, em detrimento de outros elementos que interferem na saúde.

A concepção de cuidado de enfermagem estruturado e estratificado à volta das catorze necessidades humanas básicas faz da pessoa um somatório de necessidades cuja satisfação visa torná-la independente, mas estabelece fraca interligação conceptual entre as mesmas. A clareza conceptual da relação corpo – mente é um avanço significativo no pensamento do cuidado de enfermagem, bem como também o é ao situar o espaço de intervenção do enfermeiro em qualquer contexto de vida da pessoa e não somente no hospital.

Na década de 1960 e 1970 desenvolve-se a escola da teoria da interacção.

Orlando (1961) é uma representante desta escola de pensamento.

Nesta escola a pessoa é apresentada como um ser desincorporado, onde as actividades funcionais ligadas ao viver pleno não são descritas. A dimensão corpo é mais implícita que explícita, sendo o espaço de intervenção de enfermagem vagamente expresso em, «garantir o seu conforto físico e mental, tanto quanto possível, enquanto estiver submetido a algum tipo de tratamento e controle médico» (Orlando, 1961, p. 7).

Assim ao contrário da escola das necessidades em que a dimensão física estava bem presente, na escola da interacção a ênfase é colocada na relação interpessoal, especialmente na dimensão promover apoio psicológico e dar orientação. Os exemplos que Orlando (1961) apresenta na sua obra são significativos do enfoque das acções de enfermagem: orientação e relação. Afirma como preocupações centrais do enfermeiro «instruir, sugerir, dirigir, explicar, informar, requerer, questionar, tomar decisões pelo doente, lidar com o seu corpo, administrar medicamentos e tratamentos, ou mudar o ambiente imediato do doente» (Orlando, 1961 p. 60). A importância da dimensão fisiológica é diluída. A pessoa é uma entidade, que pensa e sente; sendo a vontade, o conflito situacional e o carácter dinâmico do relacionamento, conceitos que fazem da pessoa um ser relacional, que necessita de ajuda para encontrar significado nas situações que vive.

Meleis (1991) analisando o pensamento de Orlando refere que o corpo é como que um mapa onde a pessoa espelha as suas necessidades e desconfortos, sendo estas referentes à situação de doença. Portanto a par de uma evolução da compreensão da interacção há ao mesmo tempo uma redução desta, por excluir e não integrar a dimensão física, entre outras dimensões que emergem em outras escolas, como mostro a seguir.

De 1965 a 1970 aparece a escola dos resultados, sendo Roy (Andrews e Roy 1986) a representante que aqui apresento.

Andrews e Roy (1986) definem a pessoa como um ser biopsicossocial que se adapta e desenvolve num ambiente em mudança. A pessoa é um sistema que através de mecanismos de adaptação responde aos estímulos do ambiente através de comportamentos, que revelam os mecanismos de adaptação da pessoa

que Roy classificou em quatro categorias: «modo fisiológico, modo de auto-conceito, modo de desempenho do papel e modo de interdependência» (p. 7).

Andrews e Roy, (1986), ao definir a pessoa como um sistema, engloba o conceito de corpo no funcionamento da totalidade da pessoa. Usou o termo holístico para descrever a pessoa como um sistema, cuja totalidade é maior que a soma das partes, afirmando que «vários aspectos da pessoa estão interligados e nada acontece num aspecto sem afectar os outros» (p. 22). Parece haver um hiato entre uma intenção de aceitar a unidade da pessoa e as dificuldades na sua concretização.

A autora ao ser analisada por Meleis (1991) é descrita como revelando uma visão humanística ao dar valor às opiniões das pessoas e salientando uma perspectiva de transcendência da existência humana. O objectivo último da enfermagem é atingir a dignidade da pessoa. A inter relação permanente dos quatro domínios da pessoa: modo fisiológico, modo de auto-conceito, modo de desempenho do papel e modo de interdependência, parece ser uma intenção, mais do que uma assumpção. A autora assinala a apresentação de cada um dos quatro modos adaptativos como inerentes às finalidades de ensino e à apreciação necessária na utilização da metodologia do processo de enfermagem. Porém os exemplos que apresenta na sua obra são pouco reveladores da dimensão holística que preconiza.

Na década de setenta e oitenta na continuidade do processo de desenvolvimento do pensamento de enfermagem emerge a escola do homem unitário, sendo Rogers uma das suas representantes relevantes.

A noção de corpo da pessoa nesta teoria do ser unitário está em interligação com o ambiente num processo dinâmico e contínuo. A aspiração de unificar faz com que Rogers (1987) se posicione num pensamento transcendental, em que a

materialidade física é ultrapassada. Afirma que as pessoas e os ambientes em que vivem, são percebidos como campos de energia integralmente unidos, que evoluem de modo contínuo e forma criativa. São totalidades específicas e irreduzíveis, isto é, o todo quando é decomposto deixa de poder ser compreendido quando é reduzido a partes. Daí a autora rejeitar o termo holismo, afirmando que geralmente significa a soma das partes. A ciência do homem unitário apoia-se num esquema conceptual com quatro conceitos chave: campos de energia, universo de sistema abertos, padrões, e universo a quatro dimensões. Apresenta dois campos de energia: campo humano e campo do ambiente. Estes campos não são biológicos, físicos, sociais, ou psicológicos, uma vez que são irreduzíveis. O conhecimento parcial de cada um deles não se aplica per si à compreensão do ser humano unitário². Esta teoria exige compreender o mundo com novas atitudes e valores, com possibilidades de investigação para fenómenos actualmente ainda não explicados. A autora aplica a sua teoria a várias situações de saúde e do mundo de hoje, especificamente reflecte a sua teoria na compreensão dos modos de viver o processo de envelhecimento.³.

Como representante da escola do cuidar apresento Watson (1988), autora que em Portugal teve alguma influência, nomeadamente no processo de formação e na organização curricular ao nível da formação de especialistas (Megre, 2000)

Watson (1988) assume que as pessoas são «seres no mundo» que possuem três esferas que apresenta pela sequência de: mente, corpo e alma. Enfatiza e realça a

² Rogers (1987) definiu os princípios 1-ressonância, 2-helicidade e 3-integralidade. Cita os fenómenos de uma teoria de evolução em aceleração que põe numa perspectiva diferente as rápidas mudanças das normas nos níveis de pressão sanguínea, comportamento infantil, nos longos períodos acordados e outros acontecimentos para-anormais, bem como compreende a complexidade atmosférica e cósmica. (Rogers, 1987).

³ Para Rogers (1987) o envelhecimento é um processo de desenvolvimento, numa continuidade da concepção à morte. Está em oposição à visão estática gerada pelos sistemas fechados do universo que postulam o envelhecimento como declínio «os idosos necessitam de dormir menos e as

mente como modo de acesso ao mundo e ao conhecimento: «a mente e as emoções são o ponto de partida, o ponto principal e o ponto de acesso ao corpo e à alma» (p. 54). A dimensão espiritual, e os conceitos de harmonia–desarmonia, transcendência, cuidar transpessoal, estimulam uma compreensão de pessoa como uma entidade abstracta e metafísica. Para Watson (1988 e 2002) o corpo parece assumir um papel intermediário e discreto, quase um espaço virtual, como se não existisse por si mesmo. A compreensão da dimensão corpo da pessoa está diluída e apagada na dimensão de alma e espírito, afirmando que «em toda a condição física, existe um espelho metafísico» (p. 256). O uso de uma linguagem espiritual, de defesa do intemporal e eterno parecem tornar o corpo em algo quase prescindível.

Dez anos mais tarde, Watson (2002) reconhece que os conceitos mente e espírito não foram plenamente integrados no trabalho da enfermagem. Subjacente ao seu modelo ontológico preconiza a integração dos elementos físicos, metafísicos, míticos, metafóricos, simbólicos para criar bem-estar mental e espiritual. Watson (2002) recorre ao pensamento de Nightingale e defende uma abordagem de cuidar que interfere num ambiente de harmonia. Através de processos de permuta de energia entre as pessoas e o ambiente, através do conhecimento e cuidado para consigo e para com o outro, é possível conduzir ao processo de auto-cura.

Em síntese, as várias escolas de pensamento de enfermagem até agora apresentadas delimitam-se claramente do modelo médico centrado na entidade doença. As dimensões da pessoa, e especificamente a sua dimensão corporal, oscilam entre dois pólos: uma maior objectivação corporal e uma quase total descorporalização.

frequências de adormecer/acordar tornam-se mais variadas. Os padrões de mais altas-frequências dão sentido a múltiplos relatos do tempo ser sentido como correndo» (p. 144).

Todavia o uso dado às várias teorias não foi o mais apropriado e há autores que referem mesmo ter-se agravado a dicotomia nos cuidados ligados aos conceitos curar e cuidar (Dunlop, 1994). Há autores como Phillips, (1993) que afirma mesmo que essa dicotomia faz com que os «cuidados emocionais sejam abordados e desenvolvidos de modos específicos e não inerentes a todos os procedimentos e acções dos cuidados de enfermagem» (p. 1557), situação que empobrece e retira sentido aos cuidados da prática.

As dimensões de pessoa e corpo coexistem, conduzindo a vários modos de conceber os cuidados de enfermagem (Leonard, 1994). Também Morse (2006) afirma existir muita informação sobre o modo de realização dos procedimentos e muita literatura preocupada com a relação de cuidar, «mas estas duas áreas de ensinar e cuidar estão separadas. Vangloriamo-nos de sermos uma profissão humanística, mas não temos estas duas áreas de procedimento e de cuidar ligadas» (p. 592).

A falta de consenso sobre uma concepção de corpo integrante da pessoa não existe conceptualmente explicitada actualmente e a variedade de significados e atributos justifica as múltiplas designações com que aparece na literatura ao querer nomear-se a consciência da unidade total da pessoa em interacção com o outro. Assim a noção de sensibilidade, (Collière, 1989, p. 264), corpo encarnado, incorporação e corporalidade (Almeida) corporeidade (Lopes, 2006), somologia, corpo vivido (Lawler, 2002, p. 192), são algumas das designações que revelam as dificuldades conceptuais para integrar as várias dimensões da pessoa.

No capítulo a seguir descrevo como esta concepção de pessoa incorporada é concebida na literatura através do conceito de incorporação (embodiment).

1.2.1 – A noção de incorporação

Optei pela designação de incorporação, por ser na língua portuguesa a tradução utilizada na Wikipedia para o termo «embodiment». Esta noção é definida em termos filosóficos cujo significado revela a união de dois mundos: o da substância e o do espírito, em que existe consciência da unidade total da pessoa. «A mente e o espírito não são uma sublimação do biológico, mas a maneira como este trabalha» (p1)

Wilde (1999), na revisão da literatura de enfermagem acerca do conceito de «incorporação» afirma que esta noção é ainda conceptualmente uma noção difusa. Assinala ainda que para uns autores o conceito revela um posicionamento ético no qual o enfermeiro faz uma escolha lúcida de estar completamente ciente do seu próprio corpo e de estar consciente junto do doente. Para outros a noção de incorporação também pode ser uma representação dos valores da sociedade e como esses valores moldam o pensamento sobre o corpo. Para outros ainda, e continuando a citar Wilde (1999) a noção de incorporação é uma compreensão holística da vida, sendo cada vez mais adoptada uma concepção integrada e menos fragmentada do corpo. Um dos pressupostos de maior consenso é que todas as partes do corpo são integrais do ser humano, nenhuma podendo ser separada do todo da pessoa, ou olhada como um objecto, mas onde essas concepções vão além de meras asserções.

Importa compreender que o que está subjacente a este conceito é o modo de compreender o mundo. Enquanto no pensamento cartesiano se acredita que só há uma realidade objectiva, em que o mundo já está construído e a pessoa tem acesso ao conhecimento desse mundo através de uma *visão recebida*, há outras perspectivas de compreensão do modo de aceder ao mundo e onde a noção de incorporação se insere.

O mundo é construído por cada pessoa de um modo particular, face ao significado que dá às coisas e à construção que faz com o que percebe, acredita, pensa e percebe, numa interactividade da pessoa com essa verdade (Benner, 1989; Leonard, 1994).

É «através dos corpos que se cria a possibilidade para acção concreta do *self* no mundo. É o corpo que primeiramente capta o mundo e move-se intencionalmente para um mundo significativo» (Leonard, 1994 p. 52). O que se procura e deseja compreender é a integração da natureza multifacetada da pessoa na vida social, e nos vários modos de viver. O corpo tem um papel decisivo nessa apreensão integradora das dimensões, física, social, material, cultural, experiencial e representacional.

Duas autoras salientam-se nesta compreensão do mundo, Collière (2003) que adopta uma abordagem antropológica e Benner que adopta os princípios da fenomenologia interpretativa. Passo a apresentar a compreensão do cuidado ao corpo da pessoa, segundo cada uma delas.

Para Collière (1989 e 2003) tal como o antropólogo em campo, só consegue aceder ao que ali se passa, através da aproximação aos modos de viver dos informantes, o mesmo acontece com o enfermeiro na interacção do cuidado. Compreende a pessoa como um ser social, cuja identidade se caracteriza pelo conjunto de pertenças a esse meio. Os elementos essenciais constituintes da identidade da pessoa como sejam, a idade, o sexo e as ligações ao ambiente social e familiar, são consideradas de modo integrado e influenciando-se mutuamente. De tal forma a identidade do indivíduo se articula com a identidade social que Collière (1989) defende e afirma que «os homens têm a saúde e a doença conforme a vida que levam» (p. 245).

Para Collière (2003) o corpo é a primeira fonte de conhecimento que o enfermeiro mobiliza, sendo a idade e o género as duas marcas culturais básicas inscritas na

pessoa que norteiam os cuidados. Quer o corpo do enfermeiro, como o seu primeiro instrumento terapêutico para prestar cuidados, quer o corpo da pessoa que recebe os cuidados são o veículo mediador da interacção. Na interacção dos cuidados, os dois corpos em presença, formam uma unidade, sem dicotomias, nem preponderâncias e é nesta simultaneidade de agir, que a personalização do cuidado acontece. Realça o carácter cuidados de manutenção da vida como essenciais no processo de recuperação e contesta veementemente o carácter acessório, com que são muitas vezes apresentados.

Também os cuidados técnicos e relacionais não são dicotomizados. «Cuidar não pode ter sentido se a utilização das técnicas se não mantiver integrada no processo relacional» (Collière, 1989, p. 269). Todavia se intelectualmente há adesão a essa integração, nos curricula de enfermagem tal ainda não foi conseguido (Morse, 2006).

Benner (1989) define a pessoa como um ser que se auto-interpreta no decurso do viver a vida, através da interligação de mente e corpo, numa influência mútua e sinérgica, pois nem corpo, nem mente exercem supremacia um sobre o outro. Benner (1989) recorrendo a Heidegger afirma que: «a pessoa agarra directamente o significado da situação para o seu self. A pessoa não lhe atribui significados porque o próprio acto da apreensão baseia-se em significados já tidos como seguros, impregnados nas habilidades, nas práticas e na linguagem» (p. 42). Captar compreensão é possível porque quer o corpo, quer a mente têm o que Benner designa (1989) por inteligência incorporada, que permite dar significado de modo rápido e não reflectido ao que vive. Benner, (1989) apoiada em Merleau-Ponty, afirma que o corpo em si próprio é um conhecedor e um intérprete, que tem capacidades que se estendem desde a faceta inata, ao corpo habitual, ao conhecimento cultural e a competências mais complexas. Enquanto inteligências incorporadas as pessoas são capazes de «viver num mundo e reconhecê-lo como

o seu mundo, um mundo de significados» afirma Benner (1989, p. 44) onde vivem confortável e facilmente.

Esta inteligência incorporada significa ser capaz de responder a situações globais, de modo seguro e funcional, mesmo que em circunstâncias ambíguas ou confusas. Benner (1989) lembra que o saber incorporado deve ajudar a pensar nos modos como o corpo é tratado quando está doente, ou quando são impostas restrições físicas, uma vez que o conhecimento do corpo está integrado na mente porque o «corpo não é nunca um objecto, o corpo é a continuidade com a pessoa» (p. 53).

Apresentei neste capítulo o pensamento de algumas das autoras que considere representativas das várias escolas de pensamento de enfermagem, tendo focalizado a compreensão do cuidado de enfermagem e a noção de corpo subjacente. Importa realçar a importância e o esforço que as líderes da profissão fizeram para desenhar um espaço de conhecimento disciplinar que terá de ter reflexos na prática de cuidados.

Na procura de uma maior compreensão da unidade da pessoa enquanto corpo incorporado, recorro ao conceito de self, segundo George Mead (1962), que apresento a seguir. A explicitação deste conceito justifica-se porque uma das características chave da interacção do cuidado de enfermagem, que tem consenso disciplinar, (Henderson, 1994) é a capacidade de adoptar a perspectiva da singularidade da pessoa, para poder ajudá-la, ou fazer por ela o que faria a si mesma caso tivesse força, vontade ou conhecimentos para o fazer. O conceito usado tem sido o de empatia, que a autora descreveu metaforicamente como a necessidade do enfermeiro «meter-se na pele» (Henderson, 1994, p. 22) de cada um dos doentes para poder saber o que necessita. É no assumir deste conceito que reside a complexidade da função de enfermagem.

1.2.1.1– *O significado de self*

Após ter apresentado a noção de incorporação apresento nesta secção os conceitos de self e identidade, segundo Mead (1962).

O conceito de self que vou apresentar diferencia-se do que é adoptado na disciplina da psicologia, cujos pressupostos estão em oposição à perspectiva do interaccionismo simbólico. A noção de self que aqui apresento é a de George Mead (1962).

«O *self* tem a característica de ser um objecto para si próprio e essa característica distingue-o de outros objectos e do corpo» (Mead 1962, p. 136). Para o autor, existe uma ligação intrínseca entre corpo, self e identidade, mas não são processos iguais, embora não existam de modo independente. A noção de self é a de que este é um objecto social público e partilhado, que existe somente na interacção social. O self tem a capacidade de se sentir a si próprio com um todo, enquanto o corpo não tem essa capacidade. Mead (1962) realça a diferença do self e do corpo, embora a experiência do corpo também possa pertencer ao self e estar organizada à volta deste. Existe antes uma ligação de construção e reconstrução mútua do self em articulação com o mundo social. Um exemplo significativo de como o corpo existe de modo diferente do *self* é na situação de doença e de velhice.⁴

O self segundo Mead (1962) não é inato, desenvolve-se no processo de socialização do indivíduo e através da participação nesse processo da linguagem

⁴ O corpo habitualmente existe como algo garantido, sem ser notado, nem alvo de consciência. Só na doença e particularmente na dor, o corpo faz sentir a dualidade que opõe o sujeito ao seu corpo. É uma dualidade provisória, porém no processo de envelhecimento, essa dualidade passa a ser definitiva. O corpo recua e as funções e órgãos dos sentidos vão-se fechando progressivamente. A pessoa não deixa de viver, mas sente uma dissonância entre si e o seu corpo, até ao momento da vida em que pela fraqueza e falta de força, é alvo de reformulação de significados até a morte acontecer.

A dissonância corpo-pessoa evidencia como o *self* é distinto do corpo, embora faça parte dessa unidade total que é a pessoa.

e comunicação no relacionamento humano. Todas as experiências do self são conscientes. Assim o self só se desenvolve quando a pessoa consegue entrar no jogo social e aceita as regras que a norteiam. Esta característica da comunicação ser em simultâneo para os outros e para o próprio, resulta do *self* ser reflexivo.

Mas o self é uma estrutura evolutiva, podendo um indivíduo perder uma parte do seu self e ganhar outras, consoante o conjunto de relações sociais que vai desenvolvendo. O indivíduo divide-se em todos os possíveis tipos de selves, consoante o relacionamento social em que está envolvido. Os vários selves estão organizados como um todo relativamente à comunidade em que vive e exerce a sua actividade. A identidade é a parte do self que é pública (Kelly e Field, 1996).

O sentido do self desenvolve-se na medida em que cada um se imagina em vários papéis, antecipa as respostas dos outros e age de acordo com o significado que as coisas têm para ele, escolhendo os vários actores os comportamentos mais convenientes ao momento (Stryker e Statham, 1985; Goffman, 1993).

Para Mead (1962) «apenas na medida em que a pessoa toma as atitudes do grupo social organizado ao qual pertence» (p. 155) é que possui um self. Quando a pessoa nasce e nos primeiros anos de vida, não possui sentido do seu self, é antes um objecto social investido de significado por aqueles que o rodeiam. A capacidade de trocar de papéis, revelar ser capaz de sentir o papel do outro, mostra um self desenvolvido. É esta capacidade que possibilita a uma pessoa ser empática. Isso significa ter capacidade de trocar de papéis com os outros intervenientes no jogo da interacção, de ter a atitude de qualquer dos membros da sua equipa e de a sua própria atitude ser controlada pelas atitudes organizadas dos outros. Estas atitudes são o que designa por outro generalizado (Mead, 1962, p. 154). É esta a característica que excede o conceito de empatia. O

self é algo dinâmico que obriga o enfermeiro a um ajuste continuado face à resposta que obtém do outro.

Importa realçar a grande característica de diferença da noção de self na perspectiva psicológica do eu e o self do interaccionismo simbólico. Na perspectiva psicológica do eu a identidade pessoal está organizada, distinguida e centrada na pessoa, sendo distinta do ambiente e dos outros e tem a capacidade de ser a mesma ao longo de sucessivas mudanças da vida. (Grinberg e Grinberg, 1998).

O self do interaccionismo simbólico definido por Mead (1962) afirma exactamente o oposto, realçando o carácter dinâmico do self ao longo da vida e a existência de vários selves, consoantes os papéis em que a pessoa é investida.

Apresentei neste capítulo a concepção de corpo no modelo biomédico e de seguida as várias escolas da evolução do pensamento de enfermagem, tendo como enfoque a noção de corpo.

A seguir no poema, Miguel Torga do seu diário XVI, parece exemplifica a noção de self, segundo o pensamento de Mead.

O corpo. As obrigações que lhe devo.
Exigi-lhe sempre o irrazoável, sem o
poupar em nenhum momento.
Mesmo a dormir o desgraçado tinha que
arcar com pesadelos que não sobravam
nas horas acordadas (...)
E resta-me homenageá-lo assim.
Reconhecer que foi o maior amigo o que
tive, o mais leal e o mais complacente com os meus defeitos

Apresentei até agora na introdução teórica o corpo concebido em algumas áreas disciplinares. Salientei algumas correntes de pensamento de enfermagem onde se revela ainda existir uma separação entre a comunicação estabelecida com a pessoa e a acção concreta que acompanha o cuidado. Segundo Meleis, (1991) o cliente de enfermagem é provavelmente um conjunto de todas as concepções

fornecido por estas teóricas, e talvez o contexto determine qual a imagem que é mais central naquele momento» (p.102)

No desenvolvimento da disciplina, o processo de cuidados às pessoas idosas pode constituir-se num motor para ultrapassar essa dicotomia da acção e da *relação*, uma vez que o fenómeno do envelhecimento é um dos cinco desafios do novo século, definido pela Comissão das Comunidades Europeias (2000) que vai exigir uma resposta da sociedade e particularmente dos serviços de saúde

Descrevo a seguir o que a literatura revela sobre a especificidade do cuidado à pessoa idosa em ambiente hospitalar.

1.3 – O PROCESSO DE INTERACÇÃO ENFERMEIRO PESSOA IDOSA NO HOSPITAL

Apresento neste capítulo alguns factores que a literatura e a investigação apontam como elementos que perturbam o cuidado de enfermagem à pessoa idosa. Apresento como os problemas sociais se repercutem na pessoa e no cuidado de enfermagem em ambiente hospitalar, especificamente na interacção enfermeiro pessoa idosa.

Vários estudos de Sundin et al (2000) Madjar (1997) (Lopes, 2005) salientam a importância da interacção. Porém este conceito tem sido vivido de modo desvirtuado, face à apropriação dada ao pensamento da escola da interacção. Neste estudo entende-se por interacção uma concepção da sua vertente operativa, isto é, o cuidado de enfermagem é mediado em larga percentagem através de acções e é nesse processo de agir e reagir que a interacção dos enfermeiros prestadores de cuidados acontece.

Daí adoptar a definição de interacção descrita por Savage (1995), «é o comportamento presente no cuidado, por oposição a atitudes e definições de papel; refere-se ao que as pessoas fazem, mais do que ao que gostariam de fazer, ou o que pensam que fazem» (p. 15).

O processo de cuidar da pessoa idosa exige, à semelhança de outros processos de cuidados, que o enfermeiro perspetive uma «construção específica de cada situação, elaborada entre quem presta e quem recebe cuidados (...) A partir daquilo que descobre, maneja as informações provenientes da situação, descodificando-as com a ajuda de conhecimentos para compreender o seu significado e utilizar na acção de cuidar» (Colière, 1989 p. 293).

Segundo Barker (2005) perante a fragilidade da pessoa idosa, esta exige modos de interacção muito particulares, em que a compreensão que o enfermeiro constrói da pessoa e do seu corpo dependente faz decidir do *que* ali acontece e de *como* acontece. Nesse encontro, o comportamento do doente, as reacções do enfermeiro, as acções de enfermagem apropriadas ao doente, fazem da interacção e de cada um destes elementos, o processo dinâmico do cuidado de em enfermagem (Orlando, 1961). Pessoa idosa e enfermeiro têm o poder de se influenciar mutuamente, alterando os modos de cuidar mesmo que disso não tenham consciência (Gomes, 2002).

Os modos de viver o relacionamento interpessoal acontecem e são vividos habitualmente de modo impensado. O saber incorporado (*habitus*)⁵ facilita o modo de agir, sem que seja dada atenção, ou se faça uma reflexão especial sobre o comportamento. Esse conhecimento produz comportamentos espontaneamente orquestrados e ajustados entre si por antecipação às situações de modo a responder aos interesses dos agentes implicados. Os comportamentos regulamentados condicionam a acção e são fruto de um dado local social e histórico. Assim perante alguém procura-se a sua «identidade social», tentando identificar na pessoa certos atributos, como sejam a honestidade, ocupação, nível

⁵ Segundo Bourdieu, (1998) cada pessoa é um «agente que faz o que está no seu poder para tornar possível a sua actualização das potencialidades inscritas no seu corpo, sob a forma de capacidades e de disposições moldadas por condições de existência (p. 132).

social, grau de sociabilidade. Dessa leitura constroem-se expectativas normativas, cujo rigor de exigências se espera que seja cumprido.

O processo de interação enfermeiro pessoa idosa é assim um encontro exigente, pois estão em presença pelo menos duas pessoas desconhecidas, que em tempo muito escasso precisam encontrar uma complementaridade, relativamente a necessidades em cuidados de saúde.

Neste encontro as representações sociais fazem com que a pessoa idosa, à partida, seja percebida como uma pessoa estigmatizada. Quando as pessoas são percebidas como estigmatizadas assumem os comportamentos esperados do estigmatizado, ou seja, a «consciência da inferioridade que sente, o medo de que os outros possam desrespeitá-la por algo que ela exiba. Significa que se sente sempre intranquila nos seus contactos com os outros» (Goffman, 1980, p. 22).

Pelo contrário, quando é apreciada e as suas competências de pessoa idosa são reconhecidas, ela própria tem a preocupação de as repetir. É o que afixam Field e Gueldner, (2001): «se como sociedade, esperamos que os mais velhos se comportem de modo desagradável, será isso que acontecerá» (p. 25). Um dos estigmas mais devastadores ligados ao envelhecimento é o que faz acreditar que o declínio da saúde mental é inevitável (Edwards, 2004).

A falta de investimento de modo sistemático, em investigação, em formação e na prática clínica de cuidados faz com que os estereótipos sobre as pessoas idosas se vão alimentando e reproduzindo, dificultando o encontro do cuidado de enfermagem. A investigação porém mostra como os preconceitos estão eivados de falta de rigor e falta de informação. Num estudo longitudinal de Field e Gueldner (2001), desenvolvido numa amostra representativa de 142 jovens idosos, seleccionados a partir de um grupo de 470, foram entrevistados. Passados catorze anos, 94 tinham sobrevivido e foram novamente entrevistados. Os autores concluem que, nos grandes idosos, a maior parte das pessoas

mantinha ligações com os membros importantes da família e amigos. Ao nível de inteligência verbal não houve declínio em mais de metade dos mais idosos. O traço de personalidade «energia» diminuiu, sendo reflexo provável de variações na saúde física e de factores externos. Os autores Field e Gueldner (2001) concluem que os «achados resultantes deste estudo contradizem os rótulos estereotipados de declínio associado ao avanço da idade» (p. 27).

1.3.1 – Do problema social ao cuidado individual

O estatuto da pessoa idosa ao longo da história nunca foi uniforme, mas foi sempre complexo.

Hoje o fenómeno do envelhecimento transformou-se de problema privado e familiar, num fenómeno social. A pessoa idosa «deixou de ser um marginal para se tornar na espécie mais comum de cidadão» (Minois, 1999, p. 13; Paúl, 2005).

O envelhecimento foi sempre um problema vivido de modo diferente ao longo da história da humanidade, mas nunca foi um problema banal. As condições sócio-demográficas actuais colocam desafios sociais, políticos e pessoais sobre os quais existe dificuldade em falar de uma forma integrada. Começa cada área disciplinar a esclarecer a pouco e pouco o seu ponto de vista mas a conjugação de olhares ainda é pouco efectiva!

A obra «Da velhice», de Cícero, obra clássica reflecte a intemporalidade dos problemas ligados ao envelhecer, mantendo a mesma actualidade de há dois mil anos atrás. Cícero alerta para algo que hoje ainda é motivo de tumulto, que é confundir o processo de envelhecer com os defeitos de carácter. Tal mistura faz agravar os preconceitos sobre o viver da pessoa idosa.

Aliás uma área significativa da repercussão do processo de envelhecimento é referida por Erikson. Erikson (1976) dividiu o desenvolvimento humano em oito estádios e teorizou sobre as características de personalidade segundo dois

vectores: integridade do ego e desespero do ego. Segundo Erikson (1976) o grupo das pessoas com integridade do ego, é capaz de assumir desafios, envolver-se com a sociedade, aceitar a transitoriedade da condição humana. Consegue aceitar a imperfeição de si mesmo e da vida, conviver com triunfos e desilusões. Procuram ver o lado positivo das coisas e ser úteis aos outros, vivendo a vida até ao fim.

Erikson (1976) descreve como desespero do ego, a pessoa que se desvia dos problemas, sem os enfrentar, sentindo o tempo que tem como escasso para encontrar novos caminhos. Faz de pequenas perdas grandes tragédias, vive mais no passado que no presente. O temor da morte revela um fraco desenvolvimento dos atributos do ego ao nível da confiança, autonomia, iniciativa, adequada capacitação, identidade, intimidade. Mecanismos de adesão ou rejeição, a cada uma destas características de personalidade vão facultar ao enfermeiro estar mais ou menos próximo de um certo tipo de pessoas e de personalidade do que de outras. Também a investigação mostra que os modos dos enfermeiros terem prazer em cuidar de pessoas idosas, são fruto de histórias de vida e de experiências positivas vividas na proximidade de pessoas idosas, (Costa, 2002; Moniz, 2003). As reacções primárias que decorrem na interacção podem acontecer num sentido inapropriado às necessidades de quem tem direito de ser apoiado na sua vulnerabilidade. O que faz questionar o papel do corpo na interacção.⁶

Os factores de personalidade de cada pessoa idosa influenciam os diversos modos de encarar a sua aceitação nesta etapa da vida e Erikson (2002), reconhece ser necessária uma preparação precoce ao longo da vida,

⁶ «Quando sentimos aversão para com uma pessoa, será que esta aversão brota do corpo, ou pelo contrário, o afecta a partir daquilo que sabemos da pessoa? Será que o corpo dos outros pode ser neutro do ponto de vista da atracção ou da repulsa espontânea que exerce sobre nós?» (Renaud 2004, p. 219). Salienta que processo educativo da vida em sociedade não ensina a vencer essas

preconizando a necessidade de acrescentar aos estádios de desenvolvimento um 9º estágio. Erikson (2002) justifica a necessidade deste novo estágio afirmando que esta etapa será cada vez mais longa e que o seu carácter previsível é hoje mais verdadeiro do que em tempos remotos. Exige uma revisão da conceptualização que se fez sobre o ciclo da vida humana e reafirma que todas as etapas devem ser expressas em função do desenvolvimento biológico e evolutivo, numa matriz psicossocial e histórica.

Actualmente as dificuldades nos cuidados às pessoas idosas, para gerir os problemas sociais e humanos agravam-se devido à representação social que ainda existe sobre elas. Existe ainda uma atitude de descuido social, perante as fragilidades da pessoa idosa, embora as medidas políticas se façam sentir diariamente em novas leis, recomendações e projectos.

Existem factores que explicam esse afastamento, ou mesmo enclausuramento da pessoa idosa em relação à vida social e mesmo familiar. As características biológicas do desenvolvimento humano fazem com que a pessoa fique mais lenta, cansada e menos ágil. Estes traços frequentes e quase obrigatórios no processo de envelhecimento, condicionam de modo consciente ou inconsciente processos de não identificação (Elias, 2001; Le Breton, 2001).

Como na percepção do cidadão comum a pessoa idosa é reduzida ao seu corpo pelas suas características de aparência física, ela torna-se em algo desconfortável, ou mesmo intolerável quando este se transforma, desfigura e torna dependente. A investigação confirma também que as representações dos enfermeiros face às pessoas idosas têm a capacidade de afectar a qualidade dos cuidados que estas recebem (Wells, 2004; Sheffer, 1995 p. 316).

No encontro de enfermagem estão presentes três elementos básicos da situação, o comportamento do doente, as reacções do enfermeiro e as acções de

impressões sensíveis, pelo que existe a necessidade de em termos profissionais neutralizar as reacções espontâneas à «presença física» da outra pessoa, sejam estas de atracção, ou de repulsa.

enfermagem apropriadas. Orlando (1961) designa a interacção destes elementos por processo de cuidados em enfermagem. A reacção do enfermeiro dependerá em muito de como antecipadamente concebe o tipo de envelhecimento que irá adoptar, que deseja, ou recusa. A literatura e a investigação repudiam os preconceitos vigentes. Fontaine (1999) afirma por exemplo que as pessoas idosas mantêm a maior parte das ligações afectivas, as quais são do mesmo género das que sempre tinham vivido e muitos aumentam as capacidades de argúcia e sensatez. Outro preconceito é a redução da actividade e as doenças associadas, que a teoria da falta de uso de Bortz apud Paúl (1997) contesta.

Assim os que aderem à teoria do desinvestimento aceitarão comportamentos mais passivos nas pessoas idosas, pois concebem a velhice como um desapego de tudo o que teve sentido ao longo da vida. Em oposição os defensores da teoria da actividade que preconizam o máximo de independência e autonomia aderirão mais facilmente a pessoas física e mentalmente activas. A par destes dois pólos a teoria da continuidade preconiza a estabilidade de características adquiridas ao longo da vida, ou com mudanças graduais e imperceptíveis (Bearon, 1996; Moody, 2002; Swanson, e Nies 1997).

Assim o que favorece ou dificulta a aproximação do enfermeiro aos vários tipos de doentes, será o que pensa sobre o seu próprio modo de envelhecer e como projecta isso face ao envelhecer de cada pessoa idosa.

Mas segundo Bearon (1996) o conceito de envelhecimento de sucesso, que todos aspiram deve ser relativizado e não ser considerado como a possibilidade de atingir a máxima independência e autonomia. Haverá cada vez maior número de anos de vida e a longevidade trará inexoravelmente situações de dependência. Será a perspectiva individual que permitirá dizer do grau de satisfação e o significado com que a situação está a ser vivida mesmo nos estados de elevada dependência.

A mensagem de Kudzus apud Kotttow (2004) é significativa ao afirmar «não é importante se vivemos de um modo doente ou saudável; o que conta é ser doente de um modo saudável e não saudável de um modo doentio» (p. 285). Tal filosofia de viver exige novos investimentos nos outros e desinvestimento de si, aceitar a fragilidade e a dependência na satisfação de necessidades humanas mais elementares.

Para tal processo de evolução acontecer é necessário que passe de um processo de sistema do colapso social actual para um processo de reconstrução social, em que se efective a conjunção favorável de factores sociais, de factores de personalidade e de factores de falta de saúde (Kuypers e Bengston, 2003).

Em função do modo como o enfermeiro percepciona o processo de envelhecimento, assim se criam expectativas que podem não estar sintonizadas com o modo como a pessoa idosa interpreta e situa o momento do cuidado.

1.3.2 – O processo de cuidar a pessoa idosa no hospital

A investigação mostra os enfermeiros como possuindo maiores níveis de ansiedade face à velhice que o comum das pessoas (Wells et al, 2004).

A formação é um factor ambíguo pois os resultados dos estudos de Wells (2004) mudam consoante a entidade empregadora e o contexto de trabalho, os quais têm a capacidade de afectar a qualidade dos cuidados prestados (Wells, 2004; Sheffer, 1995 p. 316). Também a formação é referida como não tendo proporcionado diminuição dos preconceitos para com as pessoas idosas (Groki, 2004; Pursey, Luker, 1995). Grande parte dos preconceitos reflecte falta de conhecimentos básicos e actualizados na área do envelhecimento⁷ (Nolan, J. 2002).

⁷ A formação é referida como não tendo proporcionado diminuição dos preconceitos para com as pessoas idosas (Groki, 2004; Pursey, LuKer, 1995). Como a formação dos estudantes em ensino clínico se faz por modelagem, os modelos de cuidados observados sobrepõem-se negativamente

Os preconceitos que existem nos enfermeiros, mais acentuados que em outros grupos profissionais, são explicados por Moody (2002) como sendo devidos à frequência com que os enfermeiros convivem com as pessoas idosas não saudáveis. Diariamente quando internadas observam níveis de desconforto elevado e lidam com as pessoas em momentos de crise. O risco dos preconceitos interferirem com a interação tem significado e se a teoria de Bandura apud Edwards e Chapman (2004), tiver sustentação empírica, o autor afirma que o modo como as pessoas pensam, acreditam e sentem afecta o modo como se comportam.

Ao mesmo tempo que existem as dificuldades até agora referidas nos cuidados às pessoas idosas, a investigação começa a iluminar e a desmistificar facetas do problema. Pursey e Luker (1995) afirmam que a investigação tem induzido em erro e acentuado os preconceitos quando na colheita e análise dos dados são misturadas as questões do fenómeno do envelhecimento e as atitudes específicas para com as pessoas idosas concretas. Assim afirmam que pode haver respostas contraditórias, pois se o envelhecimento pode ser interpretado como algo desconfortável, cuidar de pessoas idosas é vivido como algo que pode ser agradável.

Há elevado número de estudos que realçam o desconforto que afasta muitos enfermeiros dos locais onde permanecem as pessoas idosas, atribuindo a responsabilidade desse desconforto à estrutura e organização dos cuidados. Assim o trabalho rotinizado e em série realizado no dia a dia da enfermaria, o ritmo acelerado vivido, faz das enfermarias mini unidades de cuidados intensivos. (Pursey; Luker 1995) Outros estudos confirmam o desconforto que causa aos

aos modelos conceptuais aprendidos na escola, que por sua vez são referidos como inadequados (Sheffer, 1995; Grocki et al 2004). Mesmo alterando o processo de formação, a socialização no trabalho faz os enfermeiros adoptar os modelos em uso e não as práticas aprendidas (Basto, 1995). Ora os modelos de cuidados observados sobrepõem-se negativamente aos modelos conceptuais

enfermeiros o tipo de cuidados que estão condicionados a prestar às pessoas idosas (Nolan J., 2002; Williams, 1998; Koch, 1994; Flannagan, 1994; Cullen, 1995). Particularmente a falta de uma filosofia de cuidados comum a toda a equipa e a falta de apoio recebido pelos enfermeiros, são referidos como factores de desconforto e motivo de afastamento das unidades de cuidados a pessoas idosas (Savage, 1995; Nolan, 2004).

Face a estes pressupostos as repercussões do internamento na vida e estado emocional das pessoas idosas, torna o hospital um local arriscado e impróprio para pessoas neste grupo etário. A fragilidade é acentuada pela situação de dependência e de doença, o que faz a pessoa viver de um dado modo o internamento. Neste tipo de ambiente hospitalar a anulação da pessoa é favorecida e em vez de se dar atenção à pessoa que possui uma determinada patologia, se olha antes e prioritariamente para a patologia da pessoa (Cabete, 2004; Mártires, 1998). Como refere Foucault (1977) «a doença aí encontra o seu elevado lugar e como que a residência forçada da sua verdade» (p. 46).

1.3.3 – Áreas problema nos cuidados à pessoa idosa.

O processo de cuidados de enfermagem da pessoa idosa internada no hospital e dependente dos cuidados de outrem para satisfação de necessidades é uma *transição da vida*⁸ que pode trazer mudanças na definição de self da pessoa idosa (Meleis, 1991).

aprendidos na escola, que por sua vez são referidos como inadequados (Sheffer, 1995; Grocki et al 2004).

⁸ As *transições de vida* entram dentro do domínio de intervenção da enfermagem, quando se relacionam com a saúde ou com a doença, ou quando as respostas às transições se manifestam em comportamentos relacionados com a saúde. A saúde-doença funciona como se fosse a variável independente e a transição a variável dependente. Os elementos definidores de uma transição: *processo, perda de ligações, percepção e padrão de resposta*. A *perda de ligações* e quebra de laços, será provavelmente a característica mais aguda, associada à transição, que faz com que haja rotura e afecte os sentimentos de pertença e segurança, pois ser-se humano é estar em relação com um ser, estar em relação com. São padrões de resposta a acontecimentos de transição desorientação,

A incapacidade de tomar conta de si faz com que o internamento potencialmente crie desequilíbrios que se podem manifestar por respostas não adaptativas. Estas respostas não adaptativas devem-se prioritariamente à doença e às sequelas que esta possa deixar de modo definitivo ou temporário, gerando níveis de incerteza elevados. Johnston, (1997) alerta para os problemas psicossociais derivados do internamento nos adultos, sendo em primeiro lugar concebido como fonte de stress, não só o facto de permanecer internado como também o regresso a casa. O ambiente de não familiaridade e a falta de privacidade geram desconfortos. Especificamente as repercussões do internamento na pessoa idosa são identificadas por Olenek et al (2003). Menciona os riscos para a integridade física e psíquica da pessoa, como o risco de queda, incontinência, confusão, doença iatrogénica e alterações homeostáticas. Quando as capacidades cognitivas estão alteradas, os perigos que enfrenta tornam-se em verdadeiras ameaças (Borbasi et al, 2005).

Estes factos provocam graves problemas sociais, humanos e económicos pois aumentam significativamente o tempo médio de internamento. Segundo Chang et al (2003) a média geral é de 4,5 dias, enquanto que a média no grupo dos mais idosos é de 7,3 dias. Este número é 10 vezes superior à média de estadia dos grupos mais jovens. A duração ainda aumenta mais nos doentes com idade superior a 75 anos, que têm uma taxa de recuperação mais lenta e um grau de dependência mais elevado.

Os problemas vividos pela pessoa idosa na situação de dependência e doença, e cujas repercussões se reflectem directamente na sua totalidade de pessoa exigem uma compreensão e um saber que têm sido descurados. Particularmente o problema da dor tem sido negligenciado (Closs, 1994, 1996; Feldt e Finch, 2002).

stress, irritabilidade, ansiedade, depressão, mudanças no auto-conceito, mudanças no desempenho de papéis e mudanças na auto-estima (Chick; Meleis 1986, p. 238).

A avaliação e registo da dor entre pessoas idosas com e sem limitações cognitivas, mostra não haver diferenças em relação a outros grupos de doentes. A dor é vivida e não controlada e é mesmo sub-valorizada. 40% dos doentes referiam dor severa e moderada e não recebiam terapêutica analgésica, sendo também raramente avaliada e registada a sua intensidade. O posicionamento foi a medida mais citada como tratamento não farmacológico, sendo os cuidados realizados por enfermeiros assistentes e não por enfermeiros profissionais (Feldt e Finch 2002).

Também a área da necessidade da alimentação revela baixos resultados, sendo os aportes calórico e proteico insuficientes, o que tem repercussões graves na recuperação e na taxa de mortalidade (Tierney, 1996; Direcção Geral de Saúde 2003).

Mesmo quando os cuidados à pessoa idosa são enquadrados em protocolos de intervenção para a melhoria dos mesmos, verificaram-se algumas melhorias nos resultados, mas estatisticamente não são significativas (Miller e Campbell, 2004). Quando a pessoa idosa é internada em unidades de cuidados agudos e sofre de alterações cognitivas prévias ao internamento as dificuldades acentuam-se (Bates et al, 2004). O conhecimento dos modos da pessoa viver a sua vida e a informação sobre os ajustamentos que faz é muito escassa. O estudo de Park (2004) mostra que o actual investimento no sistema de registo de informação através dos novos sistemas de informatização, por si só não favorecem os resultados nos cuidados, mas o facilitar a recolha de dados e sua análise permite compreender os problemas vividos pelas pessoas idosas, bem como os valores e prioridades dos enfermeiros.

Nas pessoas idosas com alterações das faculdades cognitivas e/ou sensoriais, os cuidados em ambiente hospitalar agravam-se. Socialmente evita-se qualquer situação que ameace o auto-controlo. Quem não revela capacidades de reprimir

os seus impulsos e paixões espontâneos sofre as consequências dos seus actos, enquanto que quem domina as suas emoções beneficia desse controlo (Elias, 1975, p. 189). Como no hospital o controlo sobre si próprio se perde muitas vezes, bem como as próprias funções fisiológicas deixam de poder ser exercidas pela pessoa nos moldes habituais e socialmente aceites como dignos (Lupton, 1994), a dependência do corpo é factor profundamente perturbador (Nadot (2003). Para Yardley (1997), essa dificuldade é acentuada numa sociedade imbuída do ideal de autonomia, em que a capacidade de dominar a natureza humana faz com que seja mal tolerada não só a doença, mas sobretudo a falta de controlo do corpo. Para Kelly e Field (1996 e 1997), a perda de controlo do corpo pode levar mesmo à falta de controlo do self.

A investigação mostra que os cuidados às pessoas idosas no hospital apresentam inconsistências com os valores de respeito entre seres humanos, coexistindo modos diversos de funcionar e comunicar com a pessoa idosa, que tanto podem ser de dominação como de respeito. Gomes (2002) num estudo de abordagem etnográfica com pessoas idosas numa unidade de internamento de medicina identificou que o conceito de parceria não é entendido e utilizado por todos os enfermeiros e doentes. Porém quando existe uma acção conjunta negociada, o enfermeiro tem em conta a singularidade da pessoa, os doentes querem ser parceiros, os objectivos são pensados com o doente e estes são incluídos na acção a desenvolver. Nesta perspectiva a relação de cuidados é um verdadeiro encontro com a pessoa que vive a doença, capaz de romper com a sua solidão. Aliás a comunicação com pessoas idosas que acompanha toda a interacção é referida como problemática, situando as dificuldades nas pessoas idosas e não nos dois actores em presença.⁹ Também os três modelos de comunicação

⁹ McIntosh, (1996) situa as dificuldades na comunicação a três níveis: 1 – na pessoa idosa devido às alterações sensoriais e cognitivas; 2 – nos profissionais (atitudes negativas/preconceitos, conceber a velhice como processo de declínio desconhecer o processo de envelhecimento, ter falta de

identificados por Le Sommer-Pére (2000), o contratual, o pedagógico e o paternalista, em que este último predomina, parecendo indiciar uma concepção de pessoa idosa percebida como possuindo limitações de capacidades e responsabilidade, aproximando-se do modo de lidar com uma criança.

Resumindo, a investigação no cuidado à pessoa idosa no hospital, ou instituições, revela algumas inconsistências, sendo os estereótipos abundantes nos problemas relacionados com a dor, a falta de controlo de si e a comunicação.

Existe um outro tipo de investigação que percepção a interacção do cuidado à pessoa idosa com uma outra abordagem reveladora de um outro paradigma. Revela o corpo como instrumento integrante dos cuidados e da pessoa, simultaneamente alvo e mediador dos cuidados da pessoa idosa incorporada.

1.4 – INVESTIGAÇÃO NA INTERACÇÃO COM O CORPO INCORPORADO

Benner (2001) identificou os vários domínios de intervenção de enfermagem e neles revela que é a resposta global da pessoa à situação que está a viver, que exige a mobilização de competências elevadas. É a totalidade da pessoa doente que reage aos estímulos e é também a totalidade do enfermeiro que se mobiliza na interacção. Benner (2001) descreve modos do corpo do enfermeiro favorecer a identidade do doente. Através do saber derivado da experiência, da inteligência corporal e emocional, unem-se para tomar a melhor decisão em prol do doente. Uma enfermeira no estudo de Benner (2001) conta a repercussão no seu corpo de uma interacção assim: «eu sentia com as tripas», os meus medos a respeito da sua cura, e negociar uma trégua a fim de tentar resolver esse problema» (p.79). É esta ressonância profunda que faz com que na base da confiança mútua e no saber acumulado, sejam tomadas as melhores decisões para o doente.

competências); 3 – nas práticas organizacionais. A dificuldade de comunicação quando centrada na pessoa idosa faz com que a informação e negociação dos cuidados seja considerada uma área de difícil abordagem.

Também Costa (2002), num estudo de abordagem etnográfica em hospital, que tinha como objectivo compreender o processo de competências geriátricas dos enfermeiros num contexto de trabalho de um serviço de medicina, revelou a unidade da pessoa do enfermeiro no mobilizar de competências. Os resultados revelaram a unidade indissociável entre a importância da biografia do enfermeiro no cuidar de pessoas idosas e o processo cognitivo derivado da formação. A construção do saber geriátrico pelo enfermeiro situa-se na convergência entre as competências técnicas, a resolução de problemas práticos no decurso da acção e a dimensão clínica da resolução de problemas, tudo englobado num processo reflexivo, reflexão na acção, sobre a acção e durante a acção. Através da compreensão integral da pessoa, mobilizada nos actos de cuidados, a construção dos cuidados geriátricos acontecia. A autora define-os em dois eixos. No primeiro a área implicativa agrega a actividade do enfermeiro com novas formas de cuidar no quotidiano, numa aliança entre a sua trajectória biográfica com idosos no processo de socialização e o processo de formação. Na segunda, a área explicativa, o perfil de competências interactua e permite um agir integrador nos cuidados geriátricos. Costa (2002) conclui que os modelos organizacionais, as estratégias de acção local, os processos de negociação inerentes, bem como a trajectória do doente e da doença, conduzem a dinâmicas de eficácia terapêutica. No estudo de Dominicé et al (2000) o corpo da pessoa é descrito como fazendo parte de comportamentos aparentemente anódinos mas significativos, intervindo na relação interpessoal onde gestos e pequenos detalhes vão para além do efeito do tocar. Há, segundo Dominicé (2000), «certas situações em que a relação terapêutica se torna um meio de restaurar a imagem do corpo» (p. 146). Nessa relação terapêutica Dominicé et al (2000) salientam uma maneira de estar com o doente, como sendo de dois tipos: modo natural e modo reflectido. No primeiro há um modo não calculado, espontâneo, em que o corpo toma a iniciativa de se

expressar pela linguagem corporal, enquanto que no segundo modo há a utilização corporal intencional e consciente, na procura de uma relação de confiança, cujas potencialidades são salientadas nas situações onde existe forte comprometimento de comunicação com o mundo exterior.

Lawler (2001) estuda as primeiras experiências de vida profissional, ouvindo enfermeiros experientes. Estas revelam quanto o corpo está dominado por convencionalismos sociais, que o obrigam a um controlo emocional, inerente e esperado numa abordagem «profissional». Traduzia-se por esconder e controlar emoções através do rigor de postura, dignidade, que só ao longo da vida profissional se ia alterando. Lawler (2001) designou esse modo de usar o corpo, o conceito de somologia, como sendo «uma prática de cuidados que integra como um todo o corpo objecto e o corpo vivido» (p. 62). A autora conta como na experiência de doença os enfermeiros usavam estratégias que passavam por criar um ambiente permissivo, uma desvalorização carinhosa que designa por minimização, explicitação e cooperação.

O estudo de Kralik et al (2003) inclui mulheres com esclerose múltipla, revela a influência do corpo na construção e reforço da identidade, desde que seja dado tempo para o corpo se adaptar, interiorizar as mensagens sociais dentro do seu Eu, compreender as respostas dadas face às exigências da doença. Os modos como os enfermeiros podem participar no esforço de efectivar a identidade é omitido.

Os estudos sobre idosos que mostram a integração nos cuidados das várias dimensões da pessoa são escassos. O estudo de Sundin et al (2001) mostra que os enfermeiros peritos a cuidarem de pessoas com dificuldades na comunicação verbal após uma trombose cerebral identificaram três modos de revelar o sentido da interacção nos cuidados: perceber a vulnerabilidade do doente devida à fragilidade fazendo apelo à responsabilidade, restaurar a dignidade do doente

(actuar com humildade e consolar), estar num estado de compreensão (sentir a pessoa igual e digna, tratar dela como ela deseja no sentido de sentir confiança e segurança). Sundin et al (2001) reflectem no risco que a perda das capacidades para comunicar oralmente como sendo um factor que ameaça o *self* da pessoa. Os doentes foram percebidos como dependentes da benevolência dos cuidadores. Sentir os doentes inseguros e vulneráveis fazia com que os enfermeiros se sentissem obrigados a proporcionar os melhores cuidados.

Madjar (1997) usa a palavra corpo referindo-a como uma totalidade integral da pessoa. A doença atinge o corpo anatómico, porém é a pessoa que vive e sofre a doença cujo corpo incorporado é afectado pelas mudanças corporais, excedendo estas, o nível orgânico. Segundo Madjar, (1997) a noção de corpo habitual, faz com que a pessoa perceba quando algo vai mal, face a si e ao mundo. Lutar para ultrapassar a situação de doença e (re)ganhar o corpo habitual, tornar-se novamente no self que era, exige projectar-se no futuro, assumir papel activo para não se sentir sitiado. A pessoa pode ter de criar uma nova identidade, quando precisa ganhar um novo sentido para o seu corpo habitual. Madjar (1997) salienta o acto do enfermeiro infligir dor como uma área de cuidados onde o self do enfermeiro e o corpo doente entram em conflito, por não desejar usar mecanismos de distanciamento, nem tornar a pessoa objecto. Daí usar Madjar (1997) definir para estas circunstâncias o conceito de parceria terapêutica, em que é um modo próprio da enfermeira se relacionar com o «corpo vivido» da pessoa, mantendo-a atento à sua experiência. Refere-o como um «projecto partilhado; de partilha de percepções individuais, de marcar o ritmo do procedimento, de ceder o controlo, sobre quanta dor deveria ser suportada pelo doente, mais do que uma construção abstracta da situação para justificar a dor infligida» (p.71).

No seu estudo, Doolittle (1994) constatou que o corpo, após uma lesão cerebral, retoma de modo surpreendente capacidades perdidas, agindo, ou movendo-se por si próprio, de modo espontâneo, como actos pré-reflexivos, nomeadamente em contextos e gestos conhecidos. O corpo revelou ser possuidor de saberes provenientes da inteligência corporal, que lhe confere capacidades para interferir na sua recuperação.

Num estudo etnográfico, Savage (1995) procurou compreender em duas enfermarias hospitalares como a noção de «proximidade» era vivida pelas enfermeiras e quais as competências necessárias. No estudo a autora (Savage, 1995) revelou o potencial terapêutico do enfermeiro que através do seu saber incorporado vê como entidade única o corpo e o corpo vivido do doente. Cuidar de pessoas num espaço simbólico e respeitar o corpo em proximidade traduz-se no respeito pelo espaço pessoal do doente, pelo uso do toque com parcimónia, humor, uso da postura do próprio corpo do enfermeiro. A quebra de regras de comportamentos profissionais foi referida como modo de aproximação às pessoas doentes, como próxima do ambiente de casa. A integração do corpo e do corpo vivido durante os cuidados íntimos exigia uma gestão apropriada da proximidade emocional e da proximidade física, que foi referida como complexa. A revisão da literatura sobre os cuidados às pessoas idosas de que os enfermeiros se ocupam está mal documentada e grande parte da investigação realizada adoptou modelos reducionistas nos seus quadros teóricos (McCormack, 2004). Assim foram estudadas características particulares, comportamentos, respostas e emoções, que depois foram relacionadas com os desempenhos gerais do processo de envelhecimento, ou com a competência funcional.

1.5 – JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Esta revisão da literatura suscita uma série de questões que não estão bem esclarecidas nos cuidados à pessoa idosa, sendo uma área de investigação pobremente desenvolvida.

A importância da relação designada como a essência da enfermagem, precisa ser realçada e integrada na prática directa de cuidados. Este conceito de incorporação é particularmente significativo na compreensão do cuidado de enfermagem devido à elevada «concentração nos cuidados físicos na prática de enfermagem» (Dunlop, 1994, p. 33) e estes terem sido relegados pela literatura como algo empobrecido e separado da pessoa que o vive.

Sendo os cuidados ao corpo das pessoas idosas uma parte importante e dominante da prática de enfermagem, como pode o enfermeiro ajudar a pessoa idosa quando existe tão escasso conhecimento sobre os modos como as situações de cuidados em situação de doença aguda, são vividas? (Morse, 1997)

Aliás a aproximação à pessoa como entidade total não tem sido investigada. A experiência subjectiva do cuidado de enfermagem tem sido estudada em perspectivas parcelares, seja do esforço emocional dos enfermeiros, seja das práticas de cuidados relativos a uma das várias dimensões da pessoa idosa doente. São preocupações parcelares onde a compreensão do todo se tem diluído na sua fragmentação, sem esta ser articulada de modo indissociável com o todo.

Segundo Morse (1997) numa perspectiva de compreensão e desenvolvimento da teoria de enfermagem a compreensão dos fenómenos humanos são dificultados e mal entendidos quando não se questiona a adopção dos modelos que definem a sua prática. A disciplina de enfermagem precisa promover consistentemente o seu desenvolvimento e deixar de aceitar a dicotomia dos problemas da mente, separados do corpo e do espírito; os problemas da pessoa em foro médico,

cirúrgico, separar o normal do patológico, a saúde da doença. Há que dar consistência ao discurso sobre a compreensão holística da pessoa.

Se são as respostas humanas da pessoa às experiências de saúde/doença, que são o alvo de intervenção específico da enfermagem (Newman, 1991; Morse, 1997), o cuidado à pessoa idosa no hospital exige uma compreensão que ajude no entendimento das dificuldades vividas pelos enfermeiros, que faz com que se afastem dos serviços onde permanece predominantemente pessoas idosas. Sobre o modo de cuidar da subjectividade da pessoa idosa nas suas várias dimensões existem poucos estudos e McCormack, (2004) afirma mesmo que «na realidade há poucos estudos que identificam os benefícios desta maneira de trabalhar» (p. 31)

No caso das pessoas idosas a investigação tem estado focalizada nas residências institucionalizadas. Ora os problemas que o internamento causa quanto à incerteza do tratamento e prognóstico, faz com que a estadia da pessoa idosa no hospital possa afectar a sua identidade, perante o embaraço das situações e acentuar a sua vulnerabilidade (Jonhston, 1997). A compreensão sobre os cuidados que os enfermeiros prestam a pessoas idosas em ambiente hospitalar, tendo como referente teórico a compreensão da noção de incorporação, não tem sido alvo de estudo.

A ênfase na relação interpessoal como algo passível de ser separado da acção do cuidado à pessoa incorporada tem empobrecido a prática directa do cuidado de enfermagem, pelo que a desmistificação dos mitos e absurdos sociais, sobre a subjectividade da pessoa idosa, se impõe por necessidades éticas, sociais e demográficas.

Revelar as possibilidades práticas que asseguram a dignidade do doente, através daquilo que os enfermeiros fazem em ambiente hospitalar pode contribuir para clarificar o cuidado de enfermagem à pessoa idosa (Price, 2004).

No presente estudo questiono-me particularmente sobre os modos como os enfermeiros vivem os cuidados que prestam na proximidade com as pessoas idosas. Se existem orientações teóricas sobre o que os enfermeiros devem fazer para respeitar os direitos dos doentes, todavia essas orientações provêm sobretudo de ideologias e características morais esperadas numa cultura em que o estatuto da mulher e da enfermeira andam a par e passo (Turner, 1999). Mostrei no quadro teórico como a desvalorização da dimensão física da pessoa, é contestada actualmente na literatura. Essa dimensão integrada na dimensão viva da pessoa pode gerar novas práticas de cuidados? Com a permanência cada vez mais curta das pessoas em ambiente hospitalar como é manter ou restaurar as alterações e invasão da intimidade da sua vida e do seu corpo incorporado, quando sobre o corpo existem tantos tabus, tanta ocultação de algo culturalmente indizível?

Em termos epistemológicos, a formulação de teorias que expliquem os cuidados de enfermagem face a contextos específicos, que dêem bases mais sólidas e clarifiquem conceitos significativos para os enfermeiros, são exigências do desenvolvimento disciplinar da enfermagem. O saber teórico de enfermagem necessita de teorias que descrevam, interpretem e expliquem, «não uma enfermagem ideal imaginada, mas a enfermagem especializada corrente tal como é praticada no dia a dia» (Benner 1989, p. 5). À doença e ao seu desconforto aliam-se dificuldades que assentam estruturalmente na relação da pessoa com vivências de intimidade forçada. Gerir tais sentimentos, quer nos doentes, quer nos enfermeiros faz do cuidado de enfermagem na situação de dependência uma área de intervenção disciplinar cuja exigência só agora começa a ser reconhecida como requerendo formação de nível superior e em muitas áreas cuidados especializados. A sociedade espera dos enfermeiros um modo de comunicar e

desenvolver os cuidados, que revele respeito pela dignidade inerente a cada pessoa, seja qual for a circunstância de dependência em que se encontre.

Neste estudo procuro identificar e compreender os modos usados pelos enfermeiros prestadores de cuidados às pessoas idosas na fase mais avançada da vida, quando internadas em hospitais de cuidados agudos.

Várias questões se me foram colocando ao longo da introdução teórica a que procedi.

Como é que em ambiente hospitalar de cuidados agudos os enfermeiros compreendem os cuidados centrados na proximidade do corpo incorporado da pessoa idosa?

Especificamente durante a interacção dos cuidados corpo a corpo,

-Como acede o enfermeiro ao corpo da pessoa idosa?

-Que estratégias usa para satisfazer as necessidades básicas das pessoas idosas?

-Que exigências se colocam no cuidado à pessoa idosa?

1.6 – FINALIDADE DO ESTUDO

Compreender os significados dos cuidados oferecidos pelos enfermeiros à pessoa idosa dependente no hospital.

1.6.1 – Objectivos do estudo

Compreender o papel que o corpo do enfermeiro e o corpo da pessoa idosa têm na interacção dos cuidados.

Identificar os significados que os enfermeiros atribuem ao corpo da pessoa idosa nos cuidados realizados na proximidade corpo a corpo.

Analisar as estratégias que os enfermeiros usam para cuidar das pessoas idosas nos cuidados realizados na proximidade corpo a corpo.

Para atingir esses objectivos a metodologia qualitativa é apropriada para a construção do saber profissional numa área em que ele não está formalizado.

A literatura mostra que grande parte do cuidado de enfermagem é um trabalho invisível, consome tempo, é desconhecido, só os próprios que o vivem o podem descrever (Dominicé, 2000; Cármen de la Cuesta 1997; Lopes, 2006; Costa 2002).

Ao não ser formalizado perde-se a riqueza de nomear um conhecimento não descrito e como tal não ensinável, correndo-se o risco de manter modos de trabalho menos eficazes.

Como as pessoas não podem agir senão em situações que lhes sejam inteligíveis, para poderem dar sentido às acções que desempenham num contexto específico, com vista a atingir fins próprios, os enfermeiros da prática escolhem e intervêm eficazmente, sem muitas vezes saberem nomear o saber que mobilizam (Benner, 2001; Collière, 2003; Martin 1991).

Aprender o que os prestadores de cuidados dizem deles, «mesmo quando são incapazes de o exprimir bem...» (Collière, 2003, p. 12), vai exigir estar próximo daqueles que mobilizam esse saber. Através das técnicas associadas ao trabalho de campo, em local *natural*, poderei observar como as pessoas vivem e trabalham, pensam e resolvem os problemas, realçando a descoberta do que pode estar invisível (Wolcott, 2003).

No capítulo a seguir aprofundo e explico as decisões metodológicas que tomei.

CAPÍTULO 2

METODOLOGIA DO ESTUDO

Existem estilos diversos para aceder ao conhecimento, cada um deles baseado em pressupostos teóricos, técnicas e linguagens específicas. Estes estilos são paradigmas que Guba e Lincoln (2000) definem «como um sistema básico de crenças e visão do mundo que guia o investigador não só no escolher dos métodos, mas sobretudo nas formas ontológica e epistemologicamente fundamentais» (p. 113).

O método científico tem sido o modo de aceder ao conhecimento, com efeitos muito positivos no desenvolvimento tecnológico e nas ciências naturais. Todavia quando o investigador estuda problemas de índole social e humana a «perspectiva herdada», (Guba e Lincoln, 2000) obriga a pensar qual o paradigma em que o investigador se perfila, antes de colocar dúvidas sobre o método.

Ou seja ao questionar-se o tipo de paradigma procura-se responder a perguntas do tipo das que se seguem. Qual a natureza da realidade? Qual a relação entre o investigador e o conhecimento? Que falta conhecer ou é passível de ser conhecido? Como faz o investigador falar o que falta conhecer? (Lincoln, 1997, p. 60).

A resposta a estas questões varia consoante o paradigma em que o investigador se coloca. Nas ciências sociais existem quatro paradigmas: positivismo, pós-positivismo, teoria crítica, e construtivismo, que passo a caracterizar.

O paradigma positivista em termos ontológicos afirma que há uma realidade «real», «está ali», é única, dirigida por leis e mecanismos imutáveis (Newman, 1992). Em termos epistemológicos a natureza do conhecimento consiste em hipóteses verificadas que podem ser aceites como factos. Investigador e objecto de investigação são entidades independentes. Estuda-se o objecto sem o influenciar ou ser influenciado por ele, numa aproximação racional, com

hipóteses explicitamente formuladas. Em termos metodológicos há um controlar e testar de hipóteses. O conhecimento visa explicar, predizer e controlar os fenómenos, sejam estes físicos ou humanos (Meleis, 1991, Charmaz 2006). Segundo Guba e Lincoln (2000) o termo positivismo revela a perspectiva de conhecimento herdada das ciências físicas e sociais dos últimos 400 anos, enquanto o pós-positivismo representa o esforço para responder às críticas feitas ao positivismo, mantendo basicamente as mesmas crenças fundamentais.

O paradigma do pós-positivismo tem uma postura realista crítica, isto é, para esta corrente em termos ontológicos o que acontece é que o que não se conhece deve-se à falta de capacidade para ser conhecido. Assim a objectividade em termos epistemológicos é um ideal ao qual se podem só fazer aproximações. (Newman, 1992). Em termos metodológicos alia a experimentação modificada, enfatizando o recurso à triangulação.

Já a teoria crítica revela segundo Guba e Lincoln (2000), um termo amplo que inclui paradigmas alternativos como o neomarxismo, o feminismo, o materialismo e a investigação participativa. A teoria crítica pode subdividir-se em outras três: pós-estruturalismo, pós-modernismo e uma combinação de ambos. Independentemente das suas diferenças tem uma inovação epistemológica relevante, que é a de a «natureza da investigação ser regida por valores» (p. 122). Nesta teoria a realidade é compreendida como sendo mentalmente construída, baseada na sociedade e na experiência. O conhecimento é subjectivo, o que significa que a investigação, sendo mediada por valores, deve procurar uma libertação de ideologias. Assim em termos metodológicos procuram-se eliminar elementos falseadores da consciência (Guba e Lincoln, 2000; Newman, 1992).

Por fim, no paradigma construtivista é, em termos, ontológicos concebido pelo relativismo. A realidade social é uma construção mental, sujeita a múltiplas interpretações. A subjectividade é assumida e os achados de investigação são um

processo de criação entre o investigador e os sujeitos respondentes (Newman, 1992).

Nestes vários paradigmas são os referentes teóricos que levam ao tipo de perguntas que o investigador faz sobre o mundo e os conceitos em que se sustenta. São eles que decidem da validade do conhecimento científico. Não são as técnicas de recolha e análise de dados que os diferenciam, mas sim a concepção da realidade e a concepção ontológica (De la Cuesta, 1997; Spink, 1999).

Segundo Guba e Lincoln, 2000) os proponentes do positivismo e pós-positivismo obtiveram a supremacia nos últimos séculos, tendendo a controlar as fontes de poder e influência. Porém, também na última década, aumentou a aceitação e o número de aderentes à teoria crítica e ao construtivismo, notando-se essa aceitação na «inclusão de guias qualitativos por parte de algumas agências e programas de financiamento» (p. 141).

Situo o presente estudo no paradigma construtivista, que passo a justificar. Hoje toda a literatura afirma uma característica intrínseca ao cuidado de enfermagem que é, ser uma experiência vivida entre seres humanos, cujo carácter é eminentemente social, significando que essa condição se realiza de modo dialógico, numa situação inter subjectiva. É «uma forma particular de diálogo humano», em que o significativo não é o que é feito na situação, mas o que acontece entre os dois actores» (Paterson e Zderad 1988, p. 22).

A opção pelo paradigma construtivista deveu-se ao facto de procurar compreender, na perspectiva dos enfermeiros, a experiência de cuidar pessoas idosas, na situação particular da interacção corpo a corpo em situações de internamento hospitalar.

Vou dar realce ao paradigma para se poderem compreender as questões dos métodos, que são secundárias aos paradigmas.

2.1 – A ESCOLHA DO PARADIGMA CONSTRUTIVISTA

O paradigma construtivista tem sido usado predominantemente na Educação e também na Sociologia sobretudo através da perspectiva teórica do interaccionismo simbólico. Compreende-se a adesão a este paradigma, pois as áreas de trabalho social, com grupos e indivíduos, fazem com que nas múltiplas realidades baseadas na experiência social, nos indivíduos e grupos de pertença, a procura do conhecimento visa não o quantificar dos fenómenos, mas antes a sua compreensão.

A realidade não é objectiva, nem existe independentemente do modo como se acede a ela. É antes uma entidade construída de modo local, específico e contextual, face às perguntas que o investigador coloca sobre o que sabe. As múltiplas realidades conduzem a múltiplas interpretações e segundo Spink (1999) «os termos em que o mundo é compreendido, constituem artefactos sociais, produto de trocas, que ocorrem historicamente entre as pessoas» (p. 39). Em termos epistemológicos as construções mentais mudam, uma vez que as pessoas são o resultado de uma dada época e do contexto social em que vivem, não conseguindo escapar a convenções socialmente instituídas. Investigador e achados estão ligados interactivamente, pelo que os processos de construção «são literalmente criados com o avançar da investigação» (Guba e Lincoln, 2000, p. 128).

Assim investigador e sujeitos respondentes estão fundidos numa entidade única. Há uma adaptação de uma posição reflexiva nos modos de conhecer e representar a vida e conhecer o mundo. O que o investigador vê e ouve depende do seu quadro de referência interpretativo, da sua biografia e interesses, em articulação com o contexto da pesquisa, relação com os participantes, experiências concretas em campo e modos de gerar e registar os dados empíricos.

Para Guba e Lincoln (2000) as construções mentais não são mais ou menos «verdadeiras», em nenhum sentido absoluto, simplesmente são mais ou menos informadas e/ou sofisticadas» (p. 128). O investigador dá assim visibilidade a processos e perspectivas nos modos das pessoas pensarem, agirem e compreenderem, embora os dados não estejam só disponíveis à espera para ser descobertos através de metodologias apropriadas (Charmaz (2005). Os achados são assim uma criação de processos entre investigadores e respondentes, para identificar a variedade de construções da realidade que existem e, através dos quais, procuram encontrar o máximo consenso possível. As construções são alteráveis tal como são as realidades, embora Guba e Lincoln (2000) alertem para a diferenciação de conceitos de idealismo¹⁰ e nominalismo¹¹.

Na área da saúde, o paradigma construtivista é relevante, porque as condutas humanas em termos de estilos de vida, bem-estar e promoção da saúde são realidades em que existe falta de conhecimentos sobre as relações claras e directas entre a doença e a saúde, bem como sobre a relação entre corpo e mente e a relação dos profissionais de saúde com a comunidade.

¹⁰ O idealismo aparece no século XVII por oposição ao materialismo, tendo adoptado uma multiplicidade de sentidos. Em metafísica o idealismo consiste em afirmar que as ideias tanto têm em comum um modo de ser superior ao mundo sensível, como são simplesmente uma ideia verdadeira que participa do ser. Já o idealismo transcendental na doutrina de Kant era concebido como a dimensão do espaço e tempo não pertencendo ao mundo exterior, sendo antes condições subjectivas da intuição sensível da realidade, sendo esta apreendida segundo representações. Também Husserl apud Clement et al (1994) retoma o idealismo transcendental e afirma que a consciência ingénua do mundo deve «pôr entre parentesis» a falsa evidência da existência exterior e da natureza dos seus objectos. A consciência descobre, no interior de si mesma, as essências, dando sentido ao mundo exterior.

¹¹ O nominalismo, segundo Hobbes, apud Clement et al (1994) é a teoria segundo a qual «nada há de universal no mundo para além das denominações, porque as coisas nomeadas são todas individuais e singulares (p. 276). O nominalismo é uma resposta ao problema dos universais que questiona, «haverá realidades universais que correspondem às palavras gerais das quais nos servimos (homem, beleza, cão.)? Uns autores afirmam que sim o que leva Platão a afirmar a existência de um mundo inteligível. Os aderentes ao nominalismo dão resposta inversa afirmando que os nomes são etiquetas que permitem representar as classes de indivíduos. «As ideias gerais não têm um objectivo geral: são abstracções obtidas por intermédio da linguagem» (p. 276).

É na base dessa compreensão que a investigação ajuda a evoluir, particularmente em temas complexos, ao permitir influenciar os modos de pensar os problemas e dar as bases para a acção, tornando os próprios sujeitos do estudo mais reflexivos, (De la Cuesta, 1997).

Na enfermagem na sua evolução epistemológica impõe a necessidade de compreender melhor os fenómenos humanos de saúde/doença para ajudar as pessoas a encontrarem melhores níveis de saúde.

2.2-FUNDAMENTAÇÃO DA METODOLOGIA QUALITATIVA

Mostrei como no paradigma construtivista a realidade é construída na acção e os fenómenos são captados numa visão ampla e profunda. Passo a fundamentar porque a metodologia qualitativa é apropriada neste estudo.

Lincoln (1997), define os métodos qualitativos como sendo aqueles que procuram capturar o fenómeno de uma maneira holística e compreendê-lo dentro do local onde as pessoas vivem, ou enfatizam a imersão e compreensão do significado humano ligado a um grupo de circunstância ou fenómeno, ou as três coisas.

Para Strauss e Corbin (1998) a metodologia qualitativa, tanto pode ser usada para estudar áreas pouco conhecidas, como áreas conhecidas, mas «sobre as quais embora se saiba muito, deseja-se todavia ganhar uma nova compreensão» (p. 11). Neste estudo procura-se ganhar uma nova compreensão dos cuidados oferecidos à pessoa idosa, tendo como referente uma compreensão não fragmentada da pessoa.

Os métodos qualitativos visam compreender o fenómeno em estudo e não predizer um comportamento. Para Lincoln, apud De la Cuesta (1997) a compreensão do fenómeno é uma forma de empatia, pois ao procurar compreender a intencionalidade das acções dos informantes, procura-se ver o

mundo numa perspectiva *emic*, isto é, ver as coisas por dentro, segundo o modo como aqueles que as vivem as entendem e lhes dão significado.

O mundo social não é palpável, nem fisicamente real pelo que a investigação não produz generalizações livres do tempo e do contexto em que são vividas. Também para Guba e Lincoln (2000) o comportamento humano só pode entender-se em relação ao significado e intenção que os actores dão às suas actividades, porque simplesmente são diferentes dos objectos físicos. Por isso é na proximidade com os informantes que se pode aceder ao que aqueles que vivem os fenómenos pensam e sentem sobre eles. Os métodos qualitativos permitem compreender e aceder a uma percepção fina dos comportamentos humanos. Segundo De la Cuesta (2004) a metodologia qualitativa «ênfatisa a imersão e compreensão do significado humano atribuído a circunstâncias e fenómenos» (p. 35) Porque os informantes e investigadores estão numa interacção profunda, existe espaço para dizer o que é importante para a sua vida e saúde (Lincoln, 1997). Daí, o conhecimento proporcionado pelos estudos qualitativos ter o potencial de iluminar a prática e suscitar novas respostas aos problemas dados como adquiridos de um dado modo (De la Cuesta, 1997).

Neste estudo procuro responder à natureza dos cuidados que os enfermeiros prestam às pessoas idosas quando estão dependentes e necessitam de cuidados que decorrem numa intimidade de corpo a corpo. Esta constitui-se uma área de intervenção da disciplina de enfermagem que precisa de ser compreendida, por várias razões. Não só os cuidados ao corpo pertencem ao domínio do privado e como tal são desconhecidos, como os muitos estudos sobre os cuidados às pessoas idosas dão deles uma imagem penalizante e quiçá enganosa. É um fenómeno socialmente relevante quer pelos dados demográficos, quer pelos problemas sociais e humanos que afectam as pessoas idosas quando internadas.

Para estudar este fenómeno exige-se do investigador uma explicitação dos seus referentes teóricos, porque, por sermos seres humanos, somos subjectividades pensantes com características próprias.¹²

Esta concepção aproxima-nos da corrente teórica do interaccionismo simbólico, que surge nos anos trinta do século passado na Universidade de Chicago, tendo como principal objecto de estudo os processos de interacção. Os autores que lhe deram corpo foram George Mead (1962) e Blumer (1986). Baseiam a sua teoria na premissa que as pessoas são actores sociais que actuam no meio social, enquanto que o Estruturalismo afirma que as acções e as pessoas são em grande medida estruturadas pelo meio social. Nesta perspectiva e ainda segundo De la Cuesta (2004) «o mundo social não actua sobre a pessoa, mas é ela que actua no mundo social (p. 14).

Os conceitos de interacção nesta perspectiva teórica têm carácter simbólico mediado pela linguagem e pelos símbolos. Também a acção é vista na unidade corpo-mente, superando o dualismo cartesiano (De la Cuesta, 2004). Explicito um pouco mais as premissas desta corrente de pensamento.

Para Blumer (1986) a vida humana em grupo consiste num ajustamento de linhas de acção de cada um dos membros do grupo. Na acção conjunta, muitas vezes a partilha de significados comuns atribuídos faz saber antecipadamente as acções dos participantes, uma vez que eles se guiam pelo comportamento dos sentidos comuns atribuídos, face à aderência a valores, regras, normas e sanções.

¹² ZuKav (fonte não localizada), caracteriza a subjectividade do ser humano de um modo particularmente claro que se enquadra no paradigma construtivista que adoptei.

A realidade é o que tomamos como sendo verdade.

O que tomamos como verdade é aquilo em que acreditamos.

O que acreditamos é baseado nas nossas percepções.

O que percebemos depende do que procuramos.

O que procuramos depende do que pensamos.

O que pensamos depende do que percebemos.

O que percebemos determina o que tomamos como sendo verdade.

Porém estas premissas exigem ser analisadas em três pontos.

Primeiro, na acção social estão sempre a aparecer novas situações dentro do âmbito da vida do grupo e perante as quais as regras existentes são inadequadas, havendo discussões para resolver com novos modos de acção. Estas condutas não prescritas são tão frequentes que têm de se construir linhas de acção através de processos duais de designação, interpretação. «É o processo social na vida do grupo que cria e sustenta as regras e não as regras que criam e sustentam a vida em grupo» (Blumer, 1986, p. 19).

O segundo ponto a considerar na acção conjunta, é o facto de nas redes sociais alargadas de trabalho, os papéis que as pessoas vivem serem vistos pelos analistas sociais como identidades autónomas, seguindo uma dinâmica própria e não requerendo que os que nela participam lhe dêem atenção. Isto é um erro porque os diversos grupos de participantes empenham-se nas suas acções, com base no uso de um conjunto de sentidos determinados. Não há um funcionamento automático por causa de uma qualquer dinâmica interna, ou sistema de requisitos, mas «porque as pessoas em diferentes pontos fazem alguma coisa e o que elas fazem é um resultado de como definem a situação na qual são chamadas a intervir» (Blumer, 1986 p. 19).

Na terceira regra de acção conjunta, Blumer (1986) afirma que ela provém sempre de um processo pré-existente em que os participantes trazem para a situação o mundo de objectos, significados e esquemas de interpretação que já possuem. Assim a nova forma de acção conjunta emerge sempre e está ligada a um conjunto de acções prévias e nada pode ser percebido fora desse contexto. Mesmo em situações novas, radicalmente diferentes e perturbadoras os participantes vão sempre buscar o conhecimento no qual estavam previamente envolvidos. O mundo é percebido por imagens ou concepções

independentemente do mundo empírico. A realidade do «aqui e agora» está continuamente a ser aferida com o atingir de novas descobertas.

Em síntese as quatro concepções centrais do interaccionismo simbólico segundo Blumer (1986) são:

1. As pessoas, individual ou colectivamente, estão preparadas para agir na base do sentido dos objectos que incluem o seu mundo.
2. A associação das pessoas é necessariamente na forma de um processo, no qual dão indicações uns aos outros e interpretam essas indicações.
3. Os actos sociais sejam individuais ou colectivos, são construídos através de processos, nos quais os actores notam, interpretam e avaliam as situações confrontando-as.
4. As interligações complexas dos actos que envolvem as organizações, instituições, divisão do trabalho e redes de trabalho interdependente estão em movimento e não são assuntos estáticos (Blumer, 1986).

Assim na linha do interaccionismo simbólico, nos anos sessenta, emerge a teoria fundamentada, que «é mais um estilo de análise etnográfica que um método diferente e identifica os processos básicos da interacção» (Carmen de la Cuesta 1997, p. 14).

Uma vez que as minhas preocupações se centravam na experiência de cuidar pessoa idosas no hospital, num processo de interacção de grande proximidade a decisão pela teoria fundamentada adveio da literatura que deu orientação nesta escolha. Morse, (1994) afirma «se a pergunta se refere à experiência e se o fenómeno em estudo é um processo, o método de escolha para responder à questão é a teoria fundamentada» (p. 223). Apresento alguns dos pressupostos da teoria fundamentada.

2.2.1 – Pressupostos da teoria fundamentada

A teoria fundamentada tem repercussões metodológicas que foram sintetizadas por Strauss e Corbin (1998) nos seguintes princípios:

«a) a necessidade de entrar em campo para se perceber o que realmente ali se passa; b) a relevância da teoria, proveniente dos dados para o desenvolvimento da disciplina e as bases da acção social; c) a complexidade e variabilidade dos fenómenos e da acção humana; d) a crença de que as pessoas são actores que tomam um papel activo na resposta a situações problemáticas; e) a compreensão de que as pessoas agem na base do significado; f) a compreensão de que esse sentido é definido e redefinido através da interacção; g) a sensibilidade para elaborar e explicar a natureza dos acontecimentos (processo); h) a consciência das inter relações entre condições (estrutura), acção (processo) e consequências» (p. 9, 10).

O marco teórico do interaccionismo simbólico, cuja perspectiva teórica sustenta a teoria fundamentada e consequentemente este estudo, seguiu a linha de Strauss e Corbin (1994). Mas também me apoiei em Charmaz (1983,1997, 2000, 2005) e Carmen de la Cuesta, (2002 e 2004) que desenvolveram estudos segundo algumas das premissas da teoria fundamentada.

Segundo Charmaz (2005) a teoria fundamentada tanto se refere ao método como ao produto de pesquisa. Frequentemente usa-se o termo como um modo específico de análise.

Como método de pesquisa qualitativa, uso que lhe dou nesta tese, a teoria fundamentada caracteriza-se por ser um método que consiste simultaneamente na colheita e análise sistemáticas dos dados. A teoria evolui no decorrer da pesquisa, num arranjo contínuo entre a análise e a colheita de dados. É uma metodologia que permite fornecer um caminho que se desenha face ao que se vai descobrindo.

Nesta metodologia, ainda segundo Charmaz (2005) o investigador, excepto quando pretende confirmar alguma já existente, não começa com uma teoria preconcebida em mente. Em vez disso começa com uma área de estudo e permite que a teoria emerja dos dados. É um método que obriga a olhar os dados e o mundo em que se vive, a projectar-se para um nível de pensamento abstracto e de novo voltar aos dados. A teoria evolui durante o processo de pesquisa e esse jogo dinâmico entre dados colhidos e análise, dá-lhe um carácter indutivo e não dedutivo. Todavia Charmaz (2005) alerta para que nenhum método qualitativo provém de pura indução, uma vez que as perguntas colocadas ao mundo empírico derivam do que sabemos sobre ele.

Um aspecto central da teoria fundamentada é a abordagem analítica, é caracterizar-se por ser um método geral de análise comparativa constante, em que a teoria é gerada inicialmente através dos dados. O desenvolvimento da teoria decorre ao longo do próprio processo de pesquisa. Isto significa que a densidade conceptual se refere à riqueza de desenvolvimento de conceitos e suas relações e à verificação sistemática dos dados. Charmaz apud Glaser (2005) afirma que a análise teórica traduz uma interpretação da realidade em que «as categorias conceptuais nascem através da própria interpretação dos achados mais do que emanam deles ou das práticas metodológicas» (p. 509). Quer dizer, há um pensar comparativamente, em termos de propriedades e dimensões das categorias, de modo a perceber o que é igual e o que é diferente.

Para além das comparações constantes, as perguntas sistemáticas com os conceitos, a amostragem teórica, os procedimentos de codificação sistemática, são modos de atingir a densidade conceptual, e não somente a descrição, a variação e a integração conceptual. O procedimento básico para este processo é a codificação. «A codificação teórica conceptualiza os códigos substantivos podendo estes, relacionar-se uns com os outros como hipóteses para serem

integrados numa teoria» (Strauss e Corbin, 1994, p. 277). Existem três tipos de codificação a aberta, a axial e a selectiva. Na codificação aberta qualquer conceito existente deve merecer e ganhar o seu espaço na análise e desenvolver as categorias em termos de propriedades e dimensões construídas à volta de perguntas estruturantes «quando, como, em que medida e sob que condições estes conceitos se tornam relevantes no estudo» (Charmaz 2005 p. 512). A codificação aberta usa a análise linha a linha, análise de frase e há uma pergunta recomenda pelos autores que é colocar frequentemente a questão aos dados «o que se passa aqui?» (Strauss e Corbin, 1994, p. 114).

Uma vez iniciada a análise do texto, as categorias são conceitos que emergem dos dados e à medida que se vão acumulando o analista começa a agrupá-los ou categorizá-los em termos cada vez mais abstractos. É a codificação axial. Os conceitos ao serem nomeados permitem que uma grande quantidade de dados se transforme num fenómeno com padrões repetidos de acontecimentos que permitem diferenciar as categorias umas das outras. A densidade *conceptual* é uma característica específica que mostra o desenvolvimento da riqueza dos conceitos e das suas relações, que vão sendo identificados num processo de influência mútua, procurando ver para além do que é óbvio (Strauss e Corbin, 1994).

Responder às questões de quem, quando, onde, porquê, como e com que consequências, permite ao investigador contextualizar o fenómeno, ou seja, relacionar a estrutura com o processo, permitindo perceber a complexidade do fenómeno. Strauss e Corbin, (1998) designam por condições ou estrutura «o conjunto de acontecimentos, planeados ou casuais, que criam as situações, questões e problemas relacionadas com o fenómeno e em certa medida explicam o porquê e como, pessoas ou grupos respondem num certo sentido. As condições deverão surgir do tempo, do lugar, das culturas, das regras, dos

regulamentos, das crenças, da economia, do poder ou dos factores de género, bem como dos mundos sociais, das organizações e instituições nas quais sentimos acompanhar as nossas motivações pessoais e biográficas» (p. 130).

Segundo Strauss e Corbin, (1998) as estratégias são definidas como o processo que revela a acção/interacção que descreve as tácticas de rotina, ou seja, o como das pessoas gerirem as situações ou problemas que encontram. Estes acontecimentos evoluem ao longo do tempo à medida que as pessoas definem ou dão significado às situações.

As consequências explicam como as estratégias alteram a situação e afectam o fenómeno em questão, fornecendo explicações mais completas sobre ele (Strauss e Corbin, 1998, p. 134).

Neste percurso contínuo de amostragem teórica os conceitos que o investigador vai fazer emergir através do processo de análise, exigem rigor, uniformização, criatividade, mas não dogmatismo (Strauss e Corbin, 1994). Planear e ser flexível é aliás a característica essencial, pois o desenho do estudo é muitas vezes construído e aferido após a análise preliminar e são os próprios dados que conduzem o investigador na selecção de novos contextos (Valles, 1997).

A codificação selectiva é o processo de integrar e refinar a teoria (Strauss e Corbin, 1998, p. 143). A integração começa no início do processo de análise e evolui ao longo do tempo e só termina no final da escrita. A categoria central representa o tema principal da pesquisa e em poucas palavras condensa o seu resultado numa frase «simples em que afirma «esta pesquisa é sobre...»» (p. 146). Strauss e Corbin, (1998), definem os critérios da categoria central, todas as categorias estão relacionadas com ela, aparece frequentemente nos dados apontando para esse conceito. A explicação que deriva da evolução das categorias é lógica e consistente, não sendo os dados forçados. Deve ser suficientemente abstracta para ser usada noutra área permitindo o

desenvolvimento de uma teoria mais geral. «À medida que o conceito é refinado analiticamente através da integração com outros conceitos, a teoria cresce em profundidade e poder explicativo» (p. 147) Por fim o conceito deve explicar a variação, mesmo quando as condições mudam, a explicação permanece plausível e é capaz de explicar dados contraditórios.

O uso de memos analíticos de carácter cada vez mais abstracto permite integrar as categorias emergentes e gerir o acumular de conceitos até à saturação de cada uma delas e da categoria central acontecer.

Os critérios de avaliação da teoria fundamentada são, credibilidade, originalidade, ressonância e utilidade (Charmaz, 2005).

A credibilidade revela-se na forte fundamentação empírica, ou seja, na amplitude e profundidade de dados, na cobertura de um campo alargado de observações empíricas (Charmaz, 2005). Outro critério de credibilidade é a familiaridade do investigador com o tema, nas ligações fortes que estabelece entre os dados, nas comparações constantes entre as observações e as categorias, nos argumentos e na análise que faz.

A credibilidade exige ainda que o investigador dê evidência suficiente ao leitor para através das suas afirmações, permitir que este forme uma opinião independente para concordar ou não com as suas opiniões. Os dados só por si são insuficientes, pois devem responder às questões teóricas minuciosas, sob pena de serem descrições mundanas e superficiais.

No critério originalidade, os elementos de análise referem-se a categorias frescas, que oferecem novas inspirações e interpretações dos dados, cujo valor social e significação teórica desafiam o trabalho, alargam ou refinam ideias feitas, conceitos e práticas.

No critério ressonância as categorias retratam a totalidade da experiência estudada, o investigador dá significados seguros, faz ligações e interpretações

analíticas que aprofundam a perspicácia e a compreensão intelectual sobre a vida e o mundo.

No critério utilidade, a análise oferece interpretações que as pessoas podem usar no seu dia a dia e onde as categorias analíticas falam de processos genéricos, que podem iluminar mais áreas substantivas de pesquisa e contribuir para uma sociedade melhor.

Como critério de validade Strauss e Corbin (1998), os informantes devem rever-se na história narrada e perceber como razoável a explicação dada, mesmo que alguns detalhes não sejam reconhecidos.

Apresentada a teoria fundamentada segundo (Strauss e Corbin, 1994) nas suas linhas essenciais passo a descrever o modo como a utilizei neste estudo.

2.3 – DESENVOLVIMENTO DA INVESTIGAÇÃO

Apresentadas as razões da escolha do método, prossigo na descrição das decisões que tomei em termos de preparação para entrar em campo e dos modos de colher dados e analisá-los.

Descrever um processo que é caracterizado por etapas vividas em simultaneidade, pode parecer difícil de fazer etapa a etapa, correndo o risco de me repetir ou dar uma imagem imprópria do processo. Daí relembrar uma característica da teoria fundamentada, as orientações de natureza empírica, em que a teoria se firma, faz levantar questões emergentes designadas por amostragem teórica. Significa que o vaivém entre a colheita de dados, análise, teoria, comparação de dados, faz parte de um processo contínuo que encaminha o investigador no próprio processo de pesquisa, na escolha de informantes, e de contextos, sendo neste processo guiado por conceitos e comparação constante entre eles.

O cronograma das actividades que foram desenvolvidas mostra o carácter dinâmico, gradual e interactivo das diversas etapas do estudo. (Ver anexo 1).

Antes de descrever a entrada em campo descrevo os princípios éticos, que passo a apresentar e a justificar.

2.3.1 – Princípios éticos adoptados

Hesitei se este não deveria ser o primeiro elemento da metodologia a ser descrito, mas como ele atravessa todo o processo descrevê-lo no fim da metodologia parecia não realçar um elemento decisivo da investigação e da validade do estudo. Como referem Lessard-Hébert et al (1994) existe relação entre a validade da investigação qualitativa e o respeito pelos princípios éticos. Procurei que em todas as etapas do trabalho a ética estivesse ao serviço da investigação.

A Comissão de Ética da instituição, após analisar o projecto, deu parecer favorável à realização do estudo nas unidades solicitadas. Num segundo momento pronunciou-se novamente de modo favorável ao meu pedido para poder fotografar algumas interacções, razões que justificarei mais à frente.

Dentro do período de preparação formulei o pedido de consentimento por escrito a todos os enfermeiros informantes do estudo conforme anexo 2.

Cada enfermeiro participante fez a sua aceitação por escrito e cada um recebeu também o documento do pedido e condições de aceitação (Ver anexo3). Essas condições foram explicitadas em reuniões de passagem de turno e individualmente, sendo explicado os objectivos do estudo, a metodologia, a participação solicitada a cada enfermeiro e os princípios éticos a que eu ficaria sujeita. Cada enfermeiro sabia ter a liberdade de alterar o seu consentimento em qualquer fase do processo. Salvaguardei o direito de cada enfermeiro rescindir a sua aceitação em participar no estudo. Spink (1999) alerta para o processo de investigação criar novas possibilidades de interpretação sobre a realidade sendo o cancelamento do acordo elemento fundamental do consentimento informado.

Embora estivesse avisada e a literatura alertasse nesse sentido, assumir o papel de «incompetente aceitável», como referem Lofland e Lofland apud De la Cuesta (2003), foi uma dificuldade que vivi. A minha «hereditariedade profissional» (Bourdieu, 1998) traiu-me algumas vezes.

Nenhum enfermeiro usou do direito de alterar o seu consentimento, mas nos momentos em que pressenti a minha presença como incómoda, afastei-me discretamente.

Quando foi necessário refinar a descrição dos dados observados para ver como a postura corporal se expressava na interacção pedi novamente autorização para tirar fotografias a alguns enfermeiros durante a interacção dos cuidados. Mais uma vez os enfermeiros fotografados deram por escrito o seu consentimento por escrito, conforme anexo 4. Nenhum enfermeiro recusou participar.

Quer no decorrer da técnica da observação participante, quer na técnica da entrevista, procurei ter uma atitude de máximo respeito para com pessoas que me aceitaram no seu espaço de trabalho, sem colocarem reservas.

Uma outra preocupação ética foi a de garantir o anonimato dos participantes, bem como a confidencialidade dos dados. Nesse sentido usei as seguintes estratégias. Da ficha de caracterização dos informantes retirei os dados referentes a formação académica, local de trabalho, anos de experiência profissional, estatuto de perito. No anexo 5, apresento os informantes agrupando os dados de caracterização em classes, bem como uso nomes fictícios de modo a evitar o risco de poderem ser identificados pelos próprios colegas da unidade de internamento.

Outros princípios éticos foram salvaguardados, no que se refere ao consentimento informado das pessoas idosas. Sendo os enfermeiros o meu enfoque de estudo, a observação do seu desempenho decorria no seio da interacção com as pessoas idosas durante o próprio processo de cuidados e em

situações de elevada privacidade. Daí no meu primeiro contacto com a pessoa idosa, ter pedido autorização verbal a cada uma delas para aí poder permanecer. Este pedido tanto era formulado por mim, como pelo enfermeiro, dependia do facto do enfermeiro já conhecer ou não a pessoa que ia cuidar. Nenhuma pessoa idosa recusou a minha presença.¹³ A partir de dois incidentes vividos passei a entrar na interacção a par com o enfermeiro e a apresentação e pedido passou a ser formulado preferencialmente pelo enfermeiro, evitando-me a construção de uma interacção que não era oportuno eu estabelecer naquele momento.

Nas observações das interacções com pessoas idosas com alterações dos processos cognitivos, o pedido de autorização e a obtenção de consentimento foi mais complexa. Foram poucas as pessoas idosas com alterações cognitivas que tiveram capacidade de expressar a sua autorização, de dar o seu consentimento informado. Recorri à família a quem formulava o pedido e todas aceitaram a minha presença.

Houve pessoas idosas que pela irregularidade da assiduidade das famílias não foi possível obter essa autorização. Houve interacções em que não deixei de estar presente, dando as mesmas explicações que daria se a pessoa estivesse lúcida. Senti as dificuldades referidas por Mulhall (2003), pois não obstante os meus esforços não tive a garantia que este consentimento fosse assegurado.

Um outro cuidado que tive foi usar do princípio da não maleficência. Embora assumindo que fazia parte daquele grupo e inevitavelmente interferia na interacção, evitei que esta fosse prejudicada pela minha presença. Descrevo mais em pormenor o meu papel na secção a seguir sobre a observação participante.

¹³ Aliás houve dois incidentes significativos e reveladores de quanto o ambiente hospitalar é percebido pelas pessoas idosas como local de pertença dos que aí trabalham e não dos doentes. Quando um dia formulo o pedido de autorização ao Sr Joaquim F. Ele olha-me verdadeiramente surpreendido e diz-me num tom de quem responde a alguém que está perdido e fora do contexto «não é a mim que tem de pedir autorização, mas ao senhor enfermeiro, ora essa!» (Ob 19). Numa outra situação um outro doente responde «ora essa porque razão não havia de poder estar aí!» (Ob 55).

Também evitei que o meu papel de investigador ocupasse os enfermeiros no tempo em que necessitavam estar presentes e a prestar cuidados junto dos doentes. Este foi um dos motivos porque estive presente num maior número de vezes durante o período nocturno do que tinha inicialmente previsto, pela maior disponibilidade dos enfermeiros.

2.3.2 – A entrada em trabalho de campo

Escolhi uma instituição hospitalar que já conhecia, por razões ligadas ao meu papel de docente, ao nível da formação inicial e pós-graduada.

A escolha do contexto para local a observar foi uma das primeiras decisões a tomar. O pedido a três unidades foi intencionalmente formulado para poder ter acesso a locais diversos onde existiam pessoas idosas, tendo sido autorizado o pedido para fazer observação participante em três unidades de internamento, a saber, medicina, cirurgia e traumatologia.

Optei por começar a fazer observação participante na unidade de internamento de traumatologia, por reunir uma série de características que passo a explicitar.

–Nos contactos prévios, ainda antes da autorização institucional, tive a aceitação para o meu papel quer pela da chefe de enfermagem, quer pelo director clínico.

–Existiam nessa unidade pessoas idosas com grau elevado de dependência, devido a fractura da anca. Analisei os dados fornecidos pelo serviço de estatística do hospital e constatei que em 2003, 46% dos doentes internados na unidade seleccionada, eram pessoas acima dos 65 anos; destes, 30% situavam-se no grupo etário dos 75 aos 84 anos e 11% tinham acima dos 85 anos. Tinha a vantagem de ter pessoas de todos os grupos etários, o que poderia favorecer fazer comparações pelos enfermeiros. Face à opção pela teoria fundamentada esta era uma vantagem em relação a um serviço de medicina.

-Também o grau de relacionamento com aquele grupo de enfermeiros, comparado com outras unidades de internamento da instituição, situava-se num ponto intermédio de facilitação da minha entrada em campo. Nem era demasiado conhecida, nem totalmente desconhecida. Assim o acesso de entrada em campo estaria facilitado, pois não necessitaria usar tempo excessivo para ganhar a confiança dos informantes, mas também não tinha intimidade excessiva. Numa das unidades eu era praticamente desconhecida e numa outra era muito conhecida.

Assim para a construção da minha nova identidade de investigadora esta última unidade de internamento poderia dificultar o assumir desse meu papel, face ao sentimento de pertença que sentia existir pela minha parte e da parte de alguns enfermeiros. A opção pela unidade de internamento de traumatologia também me era favorável por ser uma área de cuidados que eu desconhecia, o que facilitava assumir o papel de poder fazer perguntas ingénuas.

2.3.3 – A escolha dos informantes

Em vez de amostra, na teoria fundamentada a selecção dos informantes designa-se por amostragem teórica. É um processo de colheita de dados para gerar teoria. A recolha de dados, a codificação e a análise acontecem de modo simultâneo. Os dados a colher são guiados por conceitos, derivados da evolução da própria teoria que vai emergindo, baseada no conceito de «fazer comparações constantes». Permite «maximizar as oportunidades para comparar acontecimentos ou incidentes para determinar como uma categoria varia em termos das suas propriedades e dimensões» (Strauss e Corbin, 1998 p. 202).

O número total de informantes foi de 32, sendo 12 considerados peritos.

A selecção foi efectuada de três modos, tal como a amostragem teórica preconiza na teoria fundamentada.

No primeiro modo de selecção, situei-me na unidade que escolhi como local da observação participante. Aí, foram informantes a totalidade dos 17 enfermeiros. Como já referi todos aceitaram por escrito participar no estudo. Nesta unidade também escolhi a dada fase do desenvolvimento do projecto informantes considerados peritos.

Um outro modo de seleccionar os enfermeiros informantes foi o recurso a peritos das unidades de cirurgia e medicina. Os informantes foram indicados pelo enfermeiro chefe e a estes realizei entrevistas em profundidade. Já na unidade da observação participante a escolha dos peritos foi realizada por mim face ao que me era dado ver, mas também devido aos comentários que os enfermeiros faziam sobre esses colegas.

Um terceiro modo de selecção de informantes aconteceu fora da instituição. Eram enfermeiros a fazer formação pós-graduada e foram convidados a participar por sugestão de docentes que os conheciam nos seus contextos de trabalho. Eram considerados experientes a trabalhar em unidades de internamento de pediatria e neurocirurgia. Este foi um modo de abreviar pedidos de autorização e novas justificações à Comissão de Ética. Necessitava comparar as categorias encontradas com contextos diferentes dos serviços habitualmente destinados a pessoas idosas.

Na decisão de entrevistar peritos segui o pensamento de Pursey e Luker, (1995) e Savage (1995). Segundo o conceito de Benner (2001) o perito é capaz de relatar experiências ricas, e embora também tenha dúvidas, sabe ultrapassar incertezas e dizer quando age pelo bem do doente. As escolhas quotidianas são difíceis mas sabe estabelecer prioridades e ultrapassa a adesão aos modelos formais, tendo construído já as suas próprias teorias. Como eu procurava responder a perguntas sobre a compreensão do cuidado de enfermagem a pessoas idosas que a

literatura apontava como área complexa, a opção por enfermeiros considerados peritos foi uma decisão lógica.

À medida que os dados iam sendo analisados e novas formulações teóricas iam sendo construídas, conforme a categoria em apreço assim focalizava a entrevista e recorri a alguns dos informantes já previamente seleccionados. Esta decisão permitiu-me validar e aprofundar dados da primeira entrevista, além de ter obtido um ambiente de confiança mais facilitador para o desenvolvimento de entrevistas posteriores.

Os locais de observação participante também excederam o espaço estrito da unidade de internamento que inicialmente tinha seleccionado e para a qual tinha pedido autorização. Pude sair dela e acompanhar os enfermeiros nos diversos locais em que se prestavam cuidados a pessoas idosas, como acontecia sempre que saíam da unidade para realização de tratamentos, exames complementares de diagnóstico, bloco operatório. Nesses locais fui sempre apresentada como investigadora pelos próprios enfermeiros que acompanhava e solicitada autorização para a minha presença. Em nenhum local houve impedimento à minha presença.

Estes constrangimentos poderiam ter sido evitados se eu tivesse formulado o pedido de modo diferente, todavia no início do projecto não conseguia prever onde os dados me encaminhariam, além de ter sido aconselhada a formular o pedido definindo unidades específicas para que fosse mais facilmente aceite.

2.3.4 – Técnicas de recolha de dados

As técnicas de recolha de dados usadas foram numa primeira etapa, o predomínio da observação participante e entrevistas informais. Numa segunda etapa predominou como recolha de dados as entrevistas em profundidade. Como

relatarei mais adiante, nunca abandonei o local da observação participante mantendo-me sempre ligada a ele.

Através da observação participante efectuei 137 registos de observação de interacção com pessoas idosas, sendo 30 a pessoas designadas pelos enfermeiros como tendo alterações dos processos cognitivos. O tempo de cada observação variou entre 1 minuto e duas horas.

A par destes registos de observação realizei 63 entrevistas informais aos 32 informantes participantes do estudo.

Realizei ainda 15 entrevistas em profundidade a 10 enfermeiros considerados peritos em áreas específicas consoante as categorias a aprofundar.

A complementaridade de fontes de dados, observação, entrevistas formais e informais, possibilitou riqueza de dados e pude compreender como a percepção da realidade é um processo único e como perante realidades semelhantes os comportamentos e as interacções eram tão díspares.

Através da técnica da observação pude analisar como os enfermeiros agiam em situações reais, ao nível da comunicação verbal e não verbal, bem como identificar os diferentes modos de as pessoas interferirem e agirem sobre a realidade. Assim, como instrumento ao serviço da investigação, procurei ter um comportamento socialmente hábil: saber ouvir, saber estar, mostrar os sinais de comportamento que se espera de alguém suficientemente próximo sem, contudo estar numa relação íntima. Procurei ter arte no relacionamento humano, sabendo estabelecer relações humanas de cortesia e simpatia social, tal como alerta Jackson (1996). Estas características sendo um pré-requisito para ganhar a confiança e ter acesso aos informantes, não são suficientes ao papel de investigador, como afirmam Schatzman e Strauss (1973). Como referi na introdução deste capítulo os achados não emanam dos contextos, mas são uma interpretação do investigador fundamentada em dados do terreno e daí poder

dizer que a interpretação é um processo de co-construção, mas em que o investigador detém a primazia da condução do processo.

A observação participante também permitiu ver e perceber a trama de relações, o trabalho emocional e invisível dos vários actores, como o contexto influencia os cuidados e como o ambiente é manipulado, consoante as dinâmicas dos vários participantes (Mulhall, 2003).

Nos parágrafos que se seguem descrevo o modo como realizei a observação participante.

2.3.5 – Observação participante

A observação participante iniciou-se em Setembro de 2003 e numa primeira etapa decorreu durante nove meses com carácter de permanência regular. A assiduidade da presença era intercalada somente com períodos de ausência para análise de dados e pesquisa bibliográfica. Em Maio de 2004 quando pareciam não emergir novos dados, e tendo realizado já duas entrevistas em profundidade suspendi a observação participante. O «estudo exploratório» desta primeira fase tinha-me permitido desenvolver um leque de categorias que necessitavam ser validadas e refinadas.

Todavia a unidade da observação participante representou ao longo do estudo o «local de permanência», regressando aí, sempre que necessitava validar categorias que ia formulando e refinava dados de observação que me tinham passado despercebidos num primeiro momento. A minha presença alongou-se assim durante todo o período de recolha de dados, sendo as incursões a campo mais esporádicas e com observações, ou entrevistas informais mais focalizadas.

O largo tempo atribuído à observação participante permitiu ultrapassar um dos receios que existem sobre alterações de comportamento, quando a pessoa se sente observada. Parahoo (1997) afirma poder haver melhores desempenhos

numa fase inicial da observação, todavia não é possível sustentar esse comportamento por longos períodos. Neste estudo não notei diferença nos desempenhos dos enfermeiros entre o início e os restantes, mas houve informações e justificações de comportamentos que só foram relatadas em fases avançadas de trabalho de campo.

Na modalidade de observação participante usei um modo que oscilou entre o modelo de participante-observador e o de observador-participante. Com esta designação uso o conceito definido por Gold apud Parahoo (1997) que define quatro modalidades «participante completo, participante-observador, observador-participante e unicamente observador» (p. 327).

O meu papel oscilou entre o de participante-observador e o de observador-participante, modalidade bem diferente da definida por Savage no seu estudo (1995) em que usou a observação participante. Passo a descrever o modo que eu a utilizei.

Na etapa da entrada em campo, tinha negociado com a equipa de enfermeiros o meu papel de realizar somente os cuidados que um familiar usualmente ali realizaria. Esse papel de dar ajuda a um doente foi usado selectivamente e foi útil porque facilitou a minha adaptação e aceitação no grupo. O momento do cuidado onde a minha participação mais se manifestou foi no ajudar a amparar/segurar o doente no cuidado de posicionamento, somente no caso do enfermeiro estar sozinho e necessitar ajuda. Nessas circunstâncias procurava ser invisível e evitava falar de modo a interferir o mínimo possível na interacção.

Esta modalidade de participação permitiu-me uma proximidade com os enfermeiros similar à que ele próprio tinha com as pessoas idosas e isso facilitava falar naturalmente sobre o que ali tínhamos vivido, como se eu fosse um par. Também foi devido a essa proximidade corpo a corpo com o enfermeiro, que as ocorrências de incidentes críticos puderam ser exploradas porque também eu os

tinha vivido física e sensorialmente. Estar dispensada de ajudar, sempre que o enfermeiro tinha alguém a ajudar também me permitiu estar centrada no desenrolar da interação entre enfermeiro e pessoa idosa.

Após cada momento de observação é que, por princípio, aconteciam as entrevistas informais, que me permitiram clarificar intenções sobre os modos como cada enfermeiro tinha vivido, compreendia e dava sentido à interação. Compreendi o que afirma (Parahoo, 1997), sobre o comportamento dos enfermeiros não poder ser plenamente compreendido sem se conhecerem as suas perspectivas e sentimentos, bem como a ligação nem sempre coerente entre conhecimentos, teorias e prática. Estas entrevistas informais fazem parte do trabalho de campo e permitiram compreender muitas das intenções dos enfermeiros, nomeadamente a complexidade de ter de fazer opções para causar o menor mal.

Os momentos de observação foram distribuídos pelos três turnos. Permanecia em campo por períodos contínuos, sem horário rígido, mas com duração nunca inferior a quatro horas, tendo havido dias em que permaneci 12 horas. Esta continuidade de tempo, visava estar presente nas duas passagens de turno o que me permitia validar e compreender dados observados e me alertava para novas observações.

2.3.5.1 – Estratégias para ver

No início do trabalho de campo optei por fazer um tipo de observação não estruturada. Esse modo de colher dados é apropriado aos casos em que pouco se conhece sobre um fenómeno, ou quando o conhecimento que existe não é válido. (Parahoo, 1997).

Deste modo de observação não estruturada rapidamente pude identificar os momentos dos cuidados que proporcionavam maior riqueza de informação para

responder ao objectivo do estudo, bem como as horas do dia em que tal era favorável. Nos turnos da manhã foram os momentos do banho, do levantar e do deitar o doente, enquanto nos turnos da tarde foram os momentos dos cuidados ligados à mudança de posição.

Foi também através da observação participante que pude reaver o tipo de pessoas idosas que passaram a ser alvo da minha observação. Se de início me guiei pelo critério cronológico dos 65 anos definido pela Organização Mundial de Saúde e por autores consultados (Field e Gueldner, 2001), rapidamente tive que desistir deste critério demográfico. Para os enfermeiros participantes do estudo esse critério não era válido, provavelmente por não ser um grupo jovem, como se pode ver pela ficha de caracterização. A média de idades dos enfermeiros participantes era de 42 anos e a moda 45. Reconheci nesta apreciação o que Proust apud Le Breton (2001) referia sobre o carácter abstracto e subjectivo do fenómeno do envelhecimento. Consoante a idade do sujeito que o vive assim a relativização do mesmo, o que não deixa de ser estranho, ser-se cada dia mais velho e continuar a sentir-se jovem!

Assim em cada turno, ao(s) enfermeiro(s) que pretendia observar perguntava intencionalmente quais as pessoas idosas que tinha para cuidar e pedia que me chamasse nesses momentos. Percebi que para aquele grupo de enfermeiros as pessoas idosas tinham todas idade acima de 70. A aparência e a vitalidade é que faziam com que as pessoas fossem categorizadas nas seguintes classes: «ainda é nova», «idosa», ou «mesmo muito velha».

Da etapa de observação não estruturada passei progressivamente à observação focalizada e mais tarde à observação selectiva, seguindo um guião que permitiu focalizar-me no alvo específico (Ver anexo 6).

A observação participante prolongou-se no tempo até ter obtido saturação teórica, como preconizam Adler e Adler (1994)

As entrevistas informais aconteceram após os momentos da observação, sempre que a disponibilidade do enfermeiro o permitiu. A possibilidade de formular perguntas concretas baseadas no que tinha observado permitiu ultrapassar uma das dificuldades na investigação sobre a prática que é falar dela enquanto experiência comunicável, ou seja o modo como o próprio a experimenta e pensa. Um problema com que me deparei foi o da indisponibilidade dos enfermeiros para poderem parar entre cada interação de cuidados. Quer nos turnos da manhã, quer nos turnos da tarde, o ritmo de trabalho era de tal modo intenso e agitado que era insensato da minha parte pretender interromper o ritmo dos enfermeiros. O tempo de pausa em alguns turnos era inexistente, principalmente no turno da tarde, acontecendo mesmo não permitir aos enfermeiros deslocarem-se ao refeitório. O respeito pelos informantes impedia-me de os perturbar no tempo mínimo de repouso em que afirmavam «vou parar cinco minutos», quando esse *tempo de relógio* era muitas vezes ainda mais curto. Assim tive necessidade de sistematizar algumas dúvidas derivadas da observação e acompanhar os enfermeiros no turno da noite, razão pela qual realizei maior número de noites, do que inicialmente tinha previsto.

Com a observação participante procurei captar os múltiplos significados que cada enfermeiro atribuía aos actos de cuidar, perceber as conexões e causas até ter obtido um leque de categorias que permitiu estabelecer e refinar características e relações entre os diversos elementos referentes ao estudo. A saturação teórica foi obtida quando as propriedades/características de cada categoria e as relações entre elas não acrescentavam nada de novo ao fenómeno (Strauss e Corbin, 1998; Adler, e Adler, 1994).

2.3.5.2 – *Estratégias para ouvir*

Em dada fase do processo da análise dos dados apercebi-me que os enfermeiros considerados peritos perante as dificuldades de contexto seleccionavam para cuidar os doentes mais complexos, usando tácticas mais ou menos claras. Face ao que tinha observado em campo na primeira fase sobre a dificuldade dos enfermeiros gerirem os cuidados às pessoas com alterações cognitivas, a análise dos dados focalizou-me neste grupo de doentes. Assim foi a análise dos dados que me encaminhou para a categoria de como proteger o self da dominação e para o refinar de categorias anteriormente identificadas. Prosseguia assim os passos preconizados pela teoria fundamenta em que a literatura ajudava a formular novas perguntas e comparações, sem forçar interpretações.

Como neste estudo procurei saber como os enfermeiros definiam a situação de cuidar uma pessoa idosa, qual o significado que lhe atribuíam e quais os modos de actuar, em cada entrevista as perguntas procuraram responder à questão geral: «diga-me por favor como é o cuidar de uma pessoa idosa». O desenvolvimento da entrevista decorria na sequência da mesma e dos conceitos que procurava aprofundar ou refinar. As questões focalizadas em cada entrevista procuravam estar sintonizadas com o sentido em que os dados me encaminhavam, permitindo novas formulações teóricas que relacionavam conceitos e levavam à exploração de outros conceitos menos desenvolvidos, tal como preconizam Strauss e Corbin (1998). Direcção assim para a questão que procurava aprofundar «diga-me por favor como é o cuidar de uma pessoa idosa com este problema (específico)» Pode situar-se num caso concreto recentemente vivido?». Ver anexo 7.

As entrevistas em profundidade foram iniciadas na unidade de internamento de traumatologia, orientadas para categorias emergentes da observação participante. As categorias das análises dos dados fizeram com que estes necessitassem ser

comparados e daí que a amostragem teórica me tivesse encaminhado, como já referi, para unidades de internamento de serviços de medicina, cirurgia, neurocirurgia e pediatria.

Com alguns dos informantes as entrevistas em profundidade foram realizadas em dois momentos diferentes. Esta decisão foi apoiada no pensamento de Morse (2000) quanto refere que quanto maior o número de dados úteis obtidos de cada informante, menor número de participantes é necessário. No estudo o número de peritos por exemplo a cuidar de pessoas com alterações cognitivas não era muito alargado.

Recorri a informantes na unidade de neurocirurgia, por exemplo, pois a teoria fundamentada preconiza a comparação de dados. Ora a literatura salientava que as manifestações de agitação e alterações de comportamento tinham nesta unidades causas diferentes dos serviços de medicina, pelo que me interessou comparar como o fenómeno era gerido pelos enfermeiros.

Com cada um dos informantes, de entrevista para entrevista, validava os achados até aí encontrados com os novos informantes. Utilizei assim um plano semelhante ao de Jacelon (2004) que ao usar a técnica do *focus* grupo validava as respostas dos primeiros grupos com os sujeitos dos grupos seguintes. Este foi um dos modos de validar as categorias identificadas que justificarei mais adiante. No decurso das entrevistas os informantes privilegiados verbalizavam muitos dados não como seus, mas como sendo frequentemente praticados. Estes dados, davam-me uma visão alargada do fenómeno em estudo, o que permitiu fazer avançar mais rapidamente a amostragem teórica. Estes dados são designados por Morse (2000), como *dados sombra*. Utilizei-os porque forneciam riqueza de informação e permitiam comparar categorias.

Como princípio evitei sempre fazer perguntas e comentários directos, *como é* recomendado em qualquer entrevista, pois a opinião do informante é que é

significativa, todavia utilizei por vezes uma estratégia específica da teoria fundamentada que era trocar ideias com os informantes, ao contrário do que se passa por exemplo na entrevista da fenomenologia. Como lembram Wimpenny e Gass (2000), «não tentava reduzir a teorização pessoal, ao contrário de outras abordagens» (p. 1489), o que proporcionou momentos de reflexão importantes. Todas as entrevistas audiogravadas foram transcritas, algumas por mim, outras por uma pessoa treinada neste tipo de trabalho. A realização destas entrevistas foi espaçada no tempo à medida que o processo de análise se desenvolvia e, com alguns informantes realizei mais do que uma entrevista.

As entrevistas em profundidade foram audiogravadas, realizadas com data, hora e local marcados. O tempo de cada entrevista em profundidade variou entre 1 e 2 horas. Era o enfermeiro que decidia do momento, local e hora. Os locais tanto aconteceram dentro e fora do hospital, como na casa dos enfermeiros. Foi possível encontrar espaços onde a privacidade foi assegurada.

2.3.5.3– Estratégias para recordar

Todo o trabalho de campo exige registo diário e sistemático dos dados emanados da observação e das entrevistas informais. Assim em campo, registava no próprio local e de modo discreto, breves, tópicos, notas sintetizadas, usando palavras-chave, que tinham a função de ser auxiliar de memória em casa. No mesmo dia, registava as notas de observação, onde descrevia com o máximo pormenor, o que tinha visto, ouvido, cheirado e sentido, com o mínimo de interpretação possível. Ver anexo 8.

A memória retrospectiva foi incrementada e desenvolvida tendo como balizas as perguntas norteadoras preconizadas por Strauss e Corbin (1998) «Quem? Quando? Porquê? Onde? O quê? Como? Quanto? Com que resultados?» (pp. 89, 90).

Fiquei surpreendida com a minha capacidade de memória em lembrar factos observados à medida que os descrevia, recordando dados no momento da escrita, factos que parecia não ter dado atenção no decurso da própria observação.

Todavia para aprimorar a capacidade de descrição do observado a dado momento da análise dos dados percebi que tinha de ter dados mais objectivos, pois a memória não conseguia captar a riqueza de um encontro nos modos como enfermeiro e doentes se colocavam. Para auxiliar a memória e controlar a minha subjectividade formulei pedido à Comissão de Ética pedindo autorização para tirar fotografias, que me foi concedida. Descrevi também o cuidado ético que tive no tirar das fotografias, em que não só os enfermeiros, mas também todos os doentes expressaram a sua vontade, pelo que fotografei somente pessoas idosas lúcidas. Realço aqui o rigor da resposta da Comissão e as condicionantes que me impôs. As fotografias só foram autorizadas para uso exclusivo de descrição das notas de campo, pelo que nunca poderei fazer uso delas para outros fins.

Sem o uso de fotografia digital não poderia ter compreendido quanto a comunicação pela postura corporal do enfermeiro consegue revelar do tipo de interacção em curso. O grau de curvatura sobre o doente, o modo como os braços, ou as mãos estão coladas ou distanciadas da pessoa idosa, o fâcies, foram de enorme riqueza na compreensão do fenómeno em estudo.

No capítulo das estratégias para analisar os dados descrevo mais em pormenor a função e importância dos registos. Para além de descrever o observado escrevia notas teóricas, que começaram por ser anotações onde descrevia a minha percepção, reflexão, interpretação, *hipóteses* e conjecturas na procura de através de vários registos encontrar significado. Numa fase mais avançada de análise a escrita de memos permitiu fazer emergir e ligar novos conceitos que ia ligando aos já existentes.

Era nas notas metodológicas que tomava consciência do que havia de repetir, modificar, pois como referem Shatzman e Strauss (1973) «era o local de crítica às próprias tácticas» (p. 101). Registava os lapsos cometidos e os dados a observar mais atentamente. As notas de campo e os memorandos analíticos reflectiam os meus pressupostos ontológicos e epistemológicos, «pois nem o investigador faz simplesmente perguntas, nem os informantes respondem simplesmente, pois perguntas e respostas estão ligadas aos seus mundos sociais» (De la Cuesta, 2003, p. 2).

Através das notas de observação, das notas teóricas e das notas metodológicas, fui construindo um processo de compreensão sobre a experiência de cuidar pessoas idosas numa interacção de corpo a corpo, que diariamente clarificava, refinava e aprofundava (Schatzman e Strauss, 1973). Os registos das notas de campo, permitiram-me aprimorar a descrição de dados separada da sua interpretação. Procurei que fossem registos verosímeis, ou seja que dessem um retrato do observado, de modo que com o passar do tempo esse relato reflectisse quase ao vivo, o que eu tinha observado na interacção, como sugerem Adler e Adler (1994).

A etapa da observação participante com a análise de dados que ia sendo feita ajudou-me a focalizar num grupo particular de problemas que existia nas pessoas idosas e começasse a identificar categorias provisórias. Desta etapa elaborei um artigo, um poster e fiz uma conferência de investigação¹⁴.

Este exercício de sistematização da análise de dados permitiu focalizar-me em alguns temas, sentindo-me pressionada a progredir na colheita de dados, o que

¹⁴ *The elderly body in nursing care*. Comunicação apresentada na 12th Biennial Conference of Workgroup of European Researchers. Lisboa, Out. 2004 (consta do livro de resumos).

– Poster «*O corpo da pessoa idosa no cuidado de enfermagem: um encontro de risco*». Encontro Regional «Competências em Enfermagem». Ordem dos Enfermeiros Secção Regional do Sul, Setúbal, 11 e 12 de Março, 2005.

levou a uma segunda ronda de recolha em que usei a entrevista em profundidade como método privilegiado de colheita de dados.

Passo a explicitar as estratégias que usei referentes às entrevistas em profundidade.

2.3.6 – Estratégias para analisar os dados

Strauss e Corbin (1998) alertam para o facto de a análise dos dados segundo a teoria fundamentada não ser um processo estático ou rígido, mas antes instrumento de um processo criativo, que exige disciplina e método. «Aprender a ouvir e deixar falar os dados por eles, aprender a relaxar, adoptar uma abordagem flexível, menos pré-planeada e menos controlada» (Strauss, e Corbin, 1998, p. 59). Passo a descrever os passos que desenvolvidos.

A primeira fase na análise dos dados decorreu conforme a técnica descrita por Sandelowski (1995), como um marco significativo da investigação qualitativa. Após a escrita ou transcrição dos dados, estes foram sujeitos a uma leitura geral para captar o sentido do todo, que permitiu associar ideias, estimular a criatividade e a imaginação, através da primeira compreensão global. É um tipo de codificação aberta que efectuei numa fase inicial em que estava disponível para todas as possibilidades. Dando um título a cada texto, permitiu fazer uma primeira impressão global cuja síntese deu origem aos primeiros resumos, cujo produto da análise permitiu ir agrupando e comparando os primeiros esboços de categorias. Este modo foi particularmente útil para as notas de campo como participante-observador e observador-participante.

Na análise das entrevistas usei a mesma metodologia de captar a compreensão global que para os registos de observação. Isso ajudou-me a confirmar e identificar posteriormente categorias que vim a refinar e aprofundar. Registei as primeiras intuições cuidadosamente, pois sabia da sua importância em fases mais

avanzadas do processo, pois estava teoricamente aberta para todas as possibilidades do fenómeno. Houve dados significativos desta primeira fase que só numa etapa mais avançada, quando estava mais sensível para o fenómeno, me foi possível explicar de modo mais significativo que aquele que tinha acontecido inicialmente.

Depois da leitura e registo destas primeiras impressões as primeiras entrevistas foram submetidas a uma micro-análise, referida como análise linha-a-linha (Strauss, e Corbin, 1998, p. 57). Foi um tipo de análise morosa e detalhada que gerou categorias com as respectivas propriedades e dimensões que proporcionaram a identificação dos primeiros temas que comparei com as leituras iniciais. Fosse uma linha, um parágrafo ou mesmo uma palavra, fiz a pergunta norteadora aos dados e sugerida por Strauss e Corbin (1998), «face ao que procuro compreender neste estudo que parece querer significar esta palavra, esta frase, ou parágrafo?» (p. 60).

Esta pergunta colocada ao texto, obrigava-me a centrar nos dados e a pensar no significado exacto do que ali estava inscrito e obrigava-me a focalizar no objecto de estudo. Na micro-análise os dados foram partidos em pequenas fracções, examinados de forma próxima e comparadas as semelhanças e diferenças. Ver exemplo de codificação aberta linha a linha no anexo 9.

Este método obrigou-me a centrar nos dados e a evitar interpretações pessoais precoces baseadas em falsos pressupostos. Permitiu-me descobrir novos conceitos, novas relações e comparações, de modo a desenvolver categorias com as suas propriedades e dimensões.

À volta de cada categoria identifiquei as propriedades e dimensões que emergiam dos novos dados. Comecei a vislumbrar as possibilidades de explicar o que ali se passava, através da codificação axial. Relacionar categorias com a suas subcategorias, à volta do eixo da categoria, permitiu responder a questões sobre

particularidades do fenómeno, nomeadamente, quando, onde, porquê, quem, como e que consequências tal categoria permitia.

Desde o início os memos permitiram evitar o problema de ficar paralisada com a acumulação e vastidão de material observado e tiveram o poder de dirigir a colheita de dados e a codificação. Inicialmente a conceptualização era ainda muito fraca, muito próxima dos dados, mas foram um tipo de registo que reflectiam o progressivo modo de análise e possibilitaram ao longo do tempo desenvolver a capacidade de conceptualização em profundidade e qualidade. Os memos ao serem ordenados permitiram organizar o meu pensamento, através do progresso de ideias e a direccionar o percurso da pesquisa. Facultaram explorar novas áreas, obrigando a formular e explorar novas ideias, mantiveram a flexibilidade e articulação com outras categorias. O anexo 10 é o exemplo de um memo analítico. A par deste memos também elaborei memos teóricos que me permitiram evoluir no nível de abstração do fenómeno

A par dos memos, também os diagramas delineados desde o início do processo de recolha e análise dos dados foram esquemas que serviam de meios auxiliares preciosos para dar distância analítica aos achados que ia construindo. A ordenação quer de memos, quer de diagramas permitiu perceber as articulações entre categorias e quando uma categoria estava saturada, ou quando os conceitos eram comparados e se tornavam refinadas e autónomas, ou eram absorvidas por categorias semelhantes. Ajudou a evoluir no processo de análise. Na codificação axial quando as categorias emergentes estavam descritas de modo denso, comecei a identificar e relacionar os achados segundo os componentes básicos do paradigma: condições, estratégias (acções/interacções) e consequências.

Identificar a categoria central foi um processo lento e complexo um tactear de principiante nesta metodologia estimuladora. O retorno a campo com a análise

aqui apresentada, para refinar e consolidar as categorias foi efectuado somente com dois informantes significativos.

A comparação da teoria emergente com a literatura e investigação existente permitiram aumentar a validade do estudo. O capítulo da discussão dos dados realça o trabalho dessa etapa.

Foram momentos decisivos neste processo, as entrevistas de orientação com a orientadora do projecto. A apresentação em eventos de carácter científico,¹⁵ de *posters*, conferências e a escrita de artigos, foram momentos de síntese que facilitavam e revelavam a evolução morosa do processo de análise dos dados.

Poder falar dos dados encontrados com outros investigadores, as perguntas que colocavam, o assumir do papel de «advogado do diabo» (Gough, 2003), foram ajudas neste processo.

Na análise e ordenação dos dados usei o método manual de fichas onde inseria em cada uma o excerto do texto, a codificação substantiva e por sua vez arrumava-as num arquivo de fichas de codificação por categorias mais amplas. Este meio permitiu ter acesso palpável e contínuo ao texto inicial, à categoria e à subcategoria.

O uso de software seria uma ferramenta facilitadora, como refere a experiência de Carmen de la Cuesta (2004) mas era um competência que no início do processo não dominava e foi uma competência que não desenvolvi.

¹⁵ – *The body of the elderly person as focus of nursing care in hospital*. II Congreso Iberoamericano de Investigación cualitativa en salud. Instituto de Salud Carlos III, Madrid 22–25 Jun. 2005. (poster) –Network of European Doctoral Programmes (EANS), 2º ano, Manchester (Junho 2005) e no 3º ano (2006) em Maastricht. (Apresentação de poster).

–The body as focus of care in nursing. To care the body of a confused elderly person, a mean or a goal? 7th International Interdisciplinary Conference Advances in Qualitative Methods. Gold Coast, Australia, July, (2006) (Conferência).

2.4 – CRITÉRIOS DE RIGOR USADOS

A par dos princípios éticos referidos no início deste capítulo, os critérios de credibilidade, transferibilidade, segurança/confiança e confirmabilidade foram tomados em consideração ao longo do processo de pesquisa. Descrevo os critérios de rigor de avaliação da teoria fundamentada preconizados por Charmaz (2005).

A credibilidade neste estudo está assente nas interpretações serem fundamentadas nos dados empíricos. Tive sempre a preocupação que os dados analisados fossem provenientes dos informantes e não de interpretações feitas por mim ainda em fases demasiado precoces. O tempo de permanência em campo e a validação com os informantes sobre o material observado e sujeito a reflexão foi uma preocupação constante para evitar deduzir o observado e dito. Os excertos ao longo do texto no capítulo dos achados têm a intenção de dar ao leitor «material de prova» das categorias que apresento.

As correcções iniciais da orientadora às notas de campo, em termos de separar os dados da interpretação, bem como o treino progressivo de pensar em termos de conceitos, favoreceram o processo de análise e evitaram fazer deduções precoces e abusivas. Os seus comentários permitiram identificar categorias menos sólidas, de modo a aprofundar a colheita de dados e a abandoná-las.

A transferibilidade é a característica de o leitor perante os resultados, ser capaz de os «transferir» como válidos para contextos similares. Ao longo do processo de pesquisa, tal como relatei no modo de realização das entrevistas, validada os achados com os enfermeiros informantes e esse processo enriquecia, validava e saturava as categorias identificadas. Também «testei» este critério de transferibilidade em todos os contactos informais que tive oportunidade de ter com todos os enfermeiros que tinham experiência de cuidar pessoas idosas. Ao falar dos achados recebia feedback e surpreendia-me sempre a necessidade que

manifestavam de ilustrar e partilhar a sua experiência, realçando muitos dos dados que eu tinha ouvido aos meus informantes.

A adequação dos dados é outro critério que dá consistência ao permitir ao leitor seguir o mesmo percurso que o investigador seguiu. Foi minha preocupação relatar neste capítulo o modo como decorreu todo o processo de pesquisa construído passo a passo. Koch, (1994) afirma que neste refazer de caminho outro investigador pode não chegar a dados comparáveis, mas não pode chegar a conclusões opostas.

No critério originalidade, os elementos de análise apresentados, permitem que outros, que não o investigador, ajuízem deste critério. Um modo de revelar rigor e confiança nos dados na metodologia qualitativa e também na teoria fundamentada é revelar essa evidência ao longo do texto, «tornando os procedimentos explícitos do mesmo modo que para uma audiência que pode ter a expectativa de que os seus procedimentos sejam similares aos usados pelos analistas quantitativos» (Schatzman e Strauss, 1973, p. 133; Morse, 2002). Assim o leitor pode ajuizar dos argumentos e da coerência do processo (Spink, 1999; Morse, 2002; Strauss e Corbin, 1998).

As categorias identificadas e apresentadas no capítulo da discussão de dados, ofereceram-me novas inspirações e interpretações dos dados. A significação teórica do trabalho alargou a minha compreensão teórica para o tema.

A auditoria de pares é outra medida de rigor frequentemente citada, todavia, Morse (2002) discorda como sendo um risco face aos vários quadros teóricos com que os fenómenos são olhados. Refere que a sensibilidade teórica do investigador é que norteia a interpretação dos dados colhidos, afirmando que a auditoria pode ajudar pouco sobre a qualidade e raciocínio das decisões. Podem avaliar do critério de rigor, mas não asseguram que ele possa ter existido. Conteí como no decurso das observações validava os dados com os enfermeiros

observados e nas entrevistas validei as categorias identificadas com os novos informantes.

Um outro modo frequentemente usado de validação de dados em investigação qualitativa é devolver a informação aos sujeitos informantes. Neste estudo devolver a cada um dos sujeitos participantes a análise efectuada pareceu-me pouco consistente com a teoria fundamentada. O processo de análise pertence ao investigador baseado no seu referente teórico e aceitei como pertinente o alerta de Morse (2002) e Morse apud Charmaz (2005), onde afirma que envolver os participantes comprometeria e baixaria o nível de análise, podendo fazer emergir paradoxos dos quais os participantes não estão conscientes. Daí ter optado por dar a ler os achados a dois informantes significativos. Os comentários recebidos garantiram-me o critério de credibilidade e aceitei algumas sugestões de tornar a escrita menos provocadora e mais subtil.

Cumpri o critério de ter um forte fundamento empírico para descobrir a categoria central em vez de apressar a análise dos dados antes de chegar à teorização. As várias etapas do processo da amostragem teórica foram vividas de forma não linear, onde o balanço dos primeiros dados, a interpretação analítica, gerava hesitações, num processo de descoberta que articulava com a literatura, numa busca de coerência metodológica, coerência na análise das observações e nas reflexões efectuadas (Charmaz, 2005; Morse, 2002).

O elemento decisivo de rigor neste paradigma é ser capaz de *pensar teoricamente*. Este é o critério que diferencia a investigação pois «a investigação é somente tão boa quanto é o investigador» (Morse, 2002, p. 10). Esta competência de pensar teoricamente foi difícil de adquirir. Ao desejar manter-me próxima dos dados e afastada da teorização já existente, parecia ficar num espaço conceptual vazio, tendo demorado a encontrar a nomeação de conceitos que iluminassem o fenómeno numa linguagem de expressão aceitável. Manter-me próxima do

verbatim e dos dados de observação e colocar a questão sistematicamente «o que se passa aqui?» foi uma baliza norteadora, que me ajudou a afastar da realidade empírica (Schatzman e Strauss, 1973). Processo difícil de ultrapassar, que sem a ajuda da orientadora teria sido difícil de ultrapassar.

Neste estudo os dados observados e os dados provenientes das entrevistas, aliados à reflexão simultânea constituíram-se num processo de retro-alimentação contínuo. Estas técnicas permitiram validar e avançar no processo de pesquisa, pois confirmei o que Kvale, apud Morse (2002) anuncia, «validar é questionar, verificar, questionar e teorizar» (p.14). Todas estas técnicas são componentes integrais da pesquisa qualitativa para assegurar rigor.

Em síntese, tive a preocupação em evitar os principais erros cometidos no uso da teoria fundamentada apontados por Wilson e Hutchinson (1996): confusão e mistura de estratégias de recolha de dados, uso rígido ou demasiado flexível das regras na sua utilização, propriedades das categorias mínimas e pobremente integradas, fechamento precoce na descoberta teórica por insuficiente análise e reflexão sobre os dados, abertura genérica, «descoberta» de processos conceptuais não específicos, importação de conceitos por não pôr entre parêntesis preconceitos e perspectivas disciplinares, falta de sensibilidade teórica. Descrevi neste capítulo da metodologia os passos e opções tomadas ao longo do processo de pesquisa no que se refere a princípios epistemológicos propostos pelo paradigma construtivista no que diz respeito à investigação qualitativa e à perspectiva teórica do interaccionismo simbólico.

ACHADOS DA INVESTIGAÇÃO

Apresento os resultados dos achados deste estudo, «proteger a identidade da pessoa idosa no hospital».

O quadro a seguir, mostra como, à volta de uma categoria central, «proteger a identidade da pessoa idosa no hospital», que derivou das categorias e subcategorias identificadas. Organizadas segundo os conceitos de Strauss e Corbin, (1998) de contexto e condições, estratégias e consequências,

No capítulo contexto e condições «desafio exigente ao cuidado» apresento as questões e problemas relacionados com o fenómeno e que em certa medida explicam porquê e como os enfermeiros respondem num certo sentido. Consta de duas secções. A primeira refere o contexto designado por «hospital, local que agudiza problemas», a segunda narra as condições e é denominada «condições que desafiam o cuidado»

No capítulo seguinte «manter a integridade do self, estratégias no viver quotidiano», descrevo as interacções e acções deliberadas dos enfermeiros para resolver os problemas que percepcionam no cuidado à pessoa idosa. Os conceitos que emergiram dos dados foram: promover uma imagem positiva de si, proteger o self da dominação e manter capacidades.

O terceiro capítulo «preservar a identidade da pessoa idosa», descreve as consequências que são o resultado das estratégias adoptadas, ou seja as acções /interacções. Os conceitos que emergiram foram «reconhecimento da pessoa» e viver num ambiente de segurança e viver num ambiente de aceitação

PROTEGER A IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA NO HOSPITAL

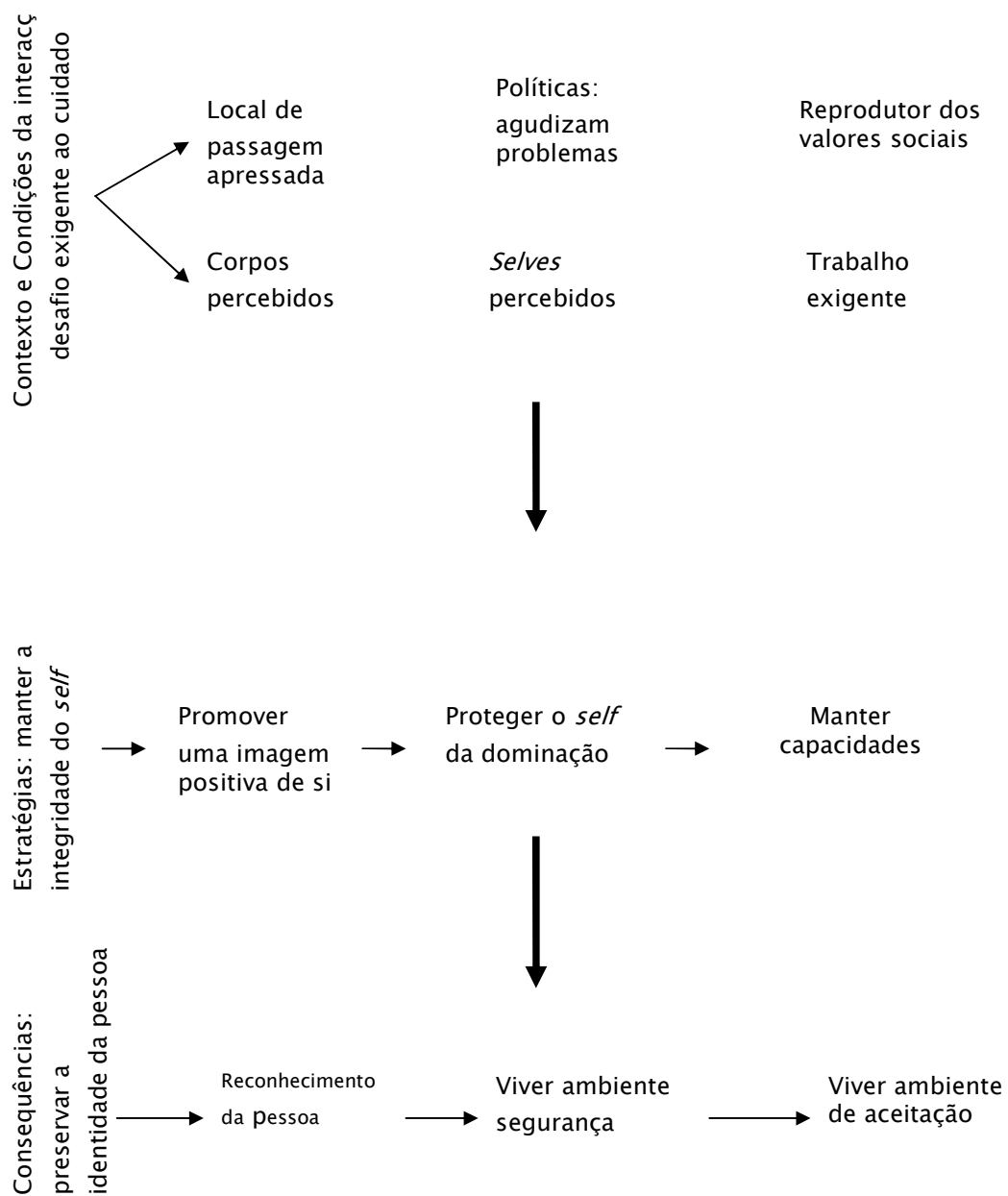


Diagrama 1 - Condições, estratégias e consequências na interação enfermeiro pessoa idosa

CAPÍTULO 3

CONTEXTO E CONDIÇÕES DA INTERACÇÃO– DESAFIO EXIGENTE AO CUIDADO

Este capítulo consta de duas secções. Nele apresento o contexto e as condições em que decorreram os cuidados às pessoas idosas quando internadas no hospital de cuidados agudos.

A primeira secção diz respeito ao contexto dos cuidados, a que dei o título «contexto: hospital local que pode agudizar problemas».

A segunda secção apresenta as condições de realização do cuidado designadas por «condições da interacção desafiadoras do cuidado».

Para ser percebido o fenómeno em estudo exige resposta às questões básicas da teoria fundamentada: porquê, onde, como e quando acontece o cuidado à pessoa idosa. Para apreendê-lo, uso os conceitos de condições e contexto já definidos no capítulo das opções metodológicas. Recordo aqui o conceito de condições contextuais: «conjunto específico de condições (padrões de condições) que se intersectam no tempo e no espaço para criar um conjunto de circunstâncias ou problemas a que as pessoas respondem através de acções e interacções» (Strauss e Corbin, 1998, p. 132).

3.1– HOSPITAL, LOCAL QUE AGUDIZA PROBLEMAS

Esta secção diz respeito ao contexto em que ocorre o fenómeno da experiência de cuidar a pessoa idosa doente no hospital. Mostro como o internamento em ambiente hospitalar é propício ao agudizar dos seus problemas, quando é internada por uma situação de doença aguda ou acidente.

O hospital é apreendido pelos enfermeiros do estudo como local de passagem de doentes, onde a permanência é cada vez mais curta e onde a pressa e a agitação favorecem sobretudo o estabelecer de contactos superficiais e interacções rápidas. Os enfermeiros do estudo reconhecem a fragilidade e a dependência da

pessoa idosa, a necessidade de ser protegida para que a integridade do seu *self* seja assegurada.

Os enfermeiros afirmam a sua preocupação acerca das orientações emanadas da gestão actual que não respondem adequadamente aos cuidados que as pessoas idosas necessitam, seja durante o internamento, seja após a alta. Por isso os enfermeiros precisam de protegê-las para evitar o desencadear de problemas, ou a agudização de outros já existentes.

3.1.1 – O hospital como um local de passagem apressada

O hospital foi percebido pelos enfermeiros do estudo como um local de passagem, onde sintomas, tratamento e prognóstico da doença ocupam as preocupações dos que aí trabalham. Como local de passagem, a resolução de problemas agudos era a preocupação prioritária. A Enfermeira Rute afirmava assim a sua inquietação: «A gente aqui sabe que é temporário e a nossa ansiedade é resolver problemas».

A resolução de problemas agudos que tinham sido a causa de internamento, absorvia a maior parte do tempo dos enfermeiros. Esse tempo era ocupado em cuidados ligados ao tratamento da doença, forçando-os a agir sob pressão, descurando o cuidado e atenções à pessoa idosa. Afirmavam que o que preocupava os doentes eram os modos de serem cuidados atenciosamente, enquanto eles muitas vezes se viam pressionados a responder em tempo útil a problemas que sabiam ser do apreço da pessoa.

Uma enfermeira afirmava essa discrepância de interesses:

Porque aí, nós na confusão ligamos a outras coisas que realmente são prioritárias (ao tratamento da doença) e aos doentes o que sai é a falta dos pormenores. (Ei. 7).

Estes dados, por um lado, confirmam o que a bibliografia aponta (Pearson, 1992; Taylor e Field, (1993) ao situar o hospital no tratamento da doença e na solução

dos problemas médicos agudos, como sua suprema incumbência, mas, por outro lado, mostram que os enfermeiros estão descontentes com esse modelo. Os dados deste estudo são confirmados pelos de Lopes (2001), em que, numa abordagem sociológica, a autora revela que em ambiente hospitalar não são apenas as actividades básicas que provocam menor satisfação nos enfermeiros, mas também actividades da administração de terapêutica.

O hospital, como um local de passagem de doentes, fazia com que os problemas de carácter crónico, vividos pelas pessoas, fossem colocados entre parêntesis, desde que não interferissem directamente com o tratamento daqueles que motivaram o internamento. Daí haver enfermeiros que lamentavam ter de adiar a resolução de queixas com que as pessoas idosas viviam, transferindo a sua resolução e encaminhando-a para o centro de saúde. «Pois mas isso não é para aqui, agora», ou «isso fica para depois». Estas eram respostas ouvidas frequentemente.

Porém a ambiguidade existia no seio do grupo dos enfermeiros do estudo, ao separar de modo bem estanque os objectivos do hospital, ligados ao tratamento da doença, dos objectivos de locais teoricamente mais ligados à promoção da saúde. Um incidente que observei foi revelador dessa separação e ocorreu perante o pedido de alguém, que visitava um familiar, para lhe medirem a pressão arterial, porque se tinha sentido estonteado em casa. Embora o pedido tivesse sido satisfeito, foi considerado bizarro pelo enfermeiro e pelos outros visitantes!

A ambiguidade da adesão ao modelo de organização que pretendia preservar uma boa imagem da instituição hospitalar era patente na preocupação dos enfermeiros. Uns mostravam-se mais dependentes da instituição, procurando explicar e justificar às famílias e pessoas idosas a finalidade e complexidade do seu funcionamento. Outros, perante as queixas dos familiares, orientavam-nos e

estimulavam no sentido de exercerem o seu direito de cidadania, assumindo em primeiro lugar a defesa dos direitos das pessoas a cuidados de saúde.

Os enfermeiros do estudo lamentavam e referiam particular incómodo perante as pessoas idosas socialmente mais desfavorecidas, que tinham dificuldade em compreender que o hospital como local privilegiado de disponibilidade de recursos não respondesse às suas necessidades.

O hospital, como um local de passagem de doentes, significava um tempo de internamento cada vez mais curto. A política de altas precoces era referida como sendo uma medida injusta para as famílias que tinham de cuidar familiares com elevado grau de dependência. Afirmavam que o problema se situava na escassez de estruturas de cuidados que ajudassem na transição da saída da pessoa idosa do hospital para a sua casa. Não acreditavam existirem a curto prazo possibilidades dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários responderem às necessidades das famílias.

A solução encontrada por algumas famílias de recorrer a lares, era referida como uma má solução, pois a maioria das vezes embora fosse pensada como sendo uma estadia passageira para o regresso a casa, transformava-se muitas vezes em situação definitiva.

Mesmo para as famílias que optavam por cuidar dos familiares em casa, a alta precoce fazia com que a curta estadia de internamento trouxesse dificuldades na aprendizagem dos cuidados que teriam que vir a prestar.

Também a adaptação da pessoa idosa à nova situação exigia muitas vezes um prazo que não podia ser respeitado. As dificuldades referidas eram sobretudo vividas nas situações cuja recuperação e adaptação exigia tempo alargado, devido às novas limitações na realização das actividades de vida. A Enfermeira Edite contava como vivia esse problema diariamente:

Porque a própria família dizia que não se sentia preparada... e a doente acabou por ter alta. Realmente ela precisava daquele tempo, mas nós também sabíamos que no dia “x” aquela doente ia sair. (...) E se calhar por isso, apesar de sabermos da pressão da alta, às vezes nós não damos esse tempo à família.

Como local de passagem, toda a acção do enfermeiro se centrava na resolução dos problemas da doença aguda, enquanto as repercussões da doença na vida futura da pessoa ficavam ao encargo e aos cuidados da família. Esta transferência de responsabilidades causava elevada perturbação a doentes, famílias e enfermeiros. Estes tinham uma clara percepção de que muitas pessoas idosas entravam em processos de alteração cognitiva face à consciência que tinham deste problema. Os enfermeiros eram muito sensíveis ao esforço exigido às famílias, sobretudo perante situações de doença que se manteriam e agravariam com o tempo. Uma enfermeira referia essa preocupação:

Claro que aqui a gente tenta resolver, mas há coisas que não resolve, o Alzheimer a gente não resolve, não lhes vai tirar a confusão e vai continuar...a trombose...então! Não estamos a tentar resolver as mazelas e as famílias vão continuar com eles. (Ent.6).

O enfoque no tratamento da doença fazia com que a atenção dada à pessoa e à família por vezes fosse colocada entre parentesis, de forma institucionalmente legitimada. Porém o incómodo vivido pelos enfermeiros permanecia neles, sendo fonte desgaste e sentimentos de impotência.

O desconforto das medidas designadas por altas precoces era vivido no interior de cada enfermeiro, sendo muitas vezes partilhado no seio da equipa. Esta partilha era referida como momento de equilíbrio emocional do grupo dos enfermeiros, onde a verbalização era referida como libertadora, uma espécie de catarse de problemas. Outras vezes a discussão dos problemas na passagem de turno propiciava a tomada de medidas para adiar o momento do regresso a casa,

protelando-se por algum tempo a decisão da alta médica. Estas iniciativas partiam dos enfermeiros e não eram resposta a pedidos formulados pelas famílias.

Para além do hospital ser um local de passagem de doentes, percebido como tendo reflexos negativos na vida das pessoas idosas e famílias, também esse local e o tempo da estadia eram percebidos como de agitação e pressa, como a seguir caracterizo.

3.1.2 – O hospital como um local de agitação.

Responder em tempo útil às necessidades de um conjunto de doentes fazia com que não houvesse disponibilidade para o desenvolvimento das interações serenas, em que o enfermeiro tivesse a sensação de estar centrado na pessoa idosa. A rapidez do encontro gerava superficialidade como uma característica frequente. «Não parar ao pé deles», era o modo frequentemente referido pelos enfermeiros, como caracterizando a exiguidade do tipo de encontro nos cuidados. Perante o elevado número de pessoas a cuidar, a calma necessária escasseava, o que fazia com que algumas necessidades não fossem satisfeitas. A Enfermeira Graça descrevia o ambiente de trabalho e o seu efeito nas pessoas idosas.

Acho que encher as enfermarias não resulta nada. São doentes idosos que exigem ser levados com muita calma, precisam que a parte afectiva seja preenchida, precisam do nosso carinho e nós não paramos ao pé deles para terem um bocadinho de atenção.

Os enfermeiros do estudo percebiam que os contactos eram aproximações rápidas e superficiais deixando a pessoa idosa desacompanhada a maior parte do tempo. Esta superficialidade de contacto provocava sentimentos de isolamento na pessoa idosa, que faziam acentuar e avolumar o desconforto das preocupações que perspectivava sozinha para a sua vida futura. A solidão dos «tempos mortos», era uma das causas referidas pelos enfermeiros como indutora de problemas na pessoa idosa, pois o tempo em que era possível estar ocupada era inexistente. Na

opinião da Enfermeira Joaquina, os efeitos nefastos da solidão eram perigosos, «*porque elas estão sempre a matutar*, parecem dormir, mas estão a pensar na desgraça que lhes caiu em cima» (Ênfase minha).

As pessoas idosas, quando estão muito preocupadas falam sozinhas, por vezes nem se apercebem que estão a falar alto e quando interpeladas referem mesmo a expressão popular «estou a falar com os meus botões». Esta atitude foi identificada por Morse (1999) no seu estudo com pessoas a sofrerem de dor muito grave afirma que «no diálogo dentro das suas cabeças, tentam manter o sentido do *self*» (p. 396). É um dos significados dados ao conceito de self que Mead (1962) teorizou, em que a pessoa se tem a si própria como companhia. Os indivíduos, quando comunicam, para além de comunicarem com outros, falam consigo próprios, ouvem-se a si próprios, respondem a si próprios, tornando-se assim, objecto da sua própria comunicação. Só que neste caso o self da pessoa idosa é um tipo de companhia que a lesa ao trazer-lhe e ser motivo acrescido de preocupação.

Neste ambiente de agitação aconteciam interrupções consecutivas durante a interacção entre o enfermeiro e a pessoa idosa e existindo pouca atenção ao facto do enfermeiro estar ocupado e ser interrompido por motivos passíveis de serem adiados. A Enfermeira Paula descrevia assim esse ambiente de trabalho:

Muitas vezes irrita-me um bocado quando nós estamos a falar com o doente, e estão sempre: "Paula! Paula!" Irrita-me um bocado. Essas coisas desconcentram-me das conversas com as pessoas.

Estas interrupções frequentes eram provocadas pela inevitabilidade de responder a muitas outras solicitações, que se geriam em simultâneo. Para os enfermeiros era uma actividade anómala percebida como falta de respeito para com a pessoa idosa e para com o seu próprio trabalho. Esse ambiente impedia a formulação de dúvidas e o verbalizar de preocupações, pois face à azáfama que observava a

pessoa idosa, pedia muitas vezes desculpa pela interrupção a que forçava o enfermeiro. Esta dificuldade é referida por vários autores e o estudo de Sundin (2001) afirma mesmo que quanto mais serenidade e segurança o doente precisa mais vezes os enfermeiros são perturbados para tratar de outros assuntos urgentes.

A agitação fazia com que o cumprimento obrigatório e em tempo útil de certos cuidados como por exemplo terapêutica, refeições, exames, chamadas para o bloco operatório, tornasse inevitável a necessidade de delegar certos cuidados. Esta delegação recaía nos auxiliares de acção médica. Consoante havia mais ou menos trabalho estendia-se o seu âmbito com acordos implícitos ou explícitos dos enfermeiros.

Os doentes não diferenciavam os papéis nem as categorias profissionais e seguiam obedientemente as orientações dadas por todos, mesmo que estas fossem contraditórias. Para uns enfermeiros, o espaço de poder dos auxiliares de acção médica na prática diária era uma fonte de problemas, pois umas vezes excediam a sua área de intervenção, outras vezes davam resposta deficitária às funções que lhes estavam atribuídas. A qualidade dos cuidados baixava naturalmente. Comentavam que cuidar e falar com uma pessoa idosa com alterações sensoriais e/ou cognitivas exigia competências elevadas, que perante abordagens inadequadas provocava reacções negativas nas pessoas idosas. Uma enfermeira contava assim a reacção de agitação de uma doente com alterações sensoriais ao falarem-lhe aos gritos:

Vê-se que é uma pessoa sensível que está habituada a um ambiente especial de carinho e bom trato e de repente começam a gritar para ela ouvir e cooperar em coisas que ela não compreende...Claro «passou-se». Agora só quando voltar a casa é que talvez recupere. (Ob. 31).

No ambiente de agitação os enfermeiros referiam fazer um esforço acrescido para se concentrarem nas pessoas e não esquecer cuidados que fugissem aos cuidados

instituídos. Os enfermeiros afirmavam que o ritmo de realização dos cuidados se tinha alterado de tal modo que, o que antigamente era feito com tempo de preparação suficiente exigia agora resposta imediata. A qualidade era afectada e a Enfermeira Graça comparava a diferença no tempo usado face à chamada do doente para o bloco operatório.

Houve aí uma altura em que diziam “O doente tem que lá estar às 14h”, (bloco operatório), mas diziam-nos isso às 13h. Era diferente, íamos lá com calma, falávamos com eles, dávamos-lhe atenção, íamos dizendo, com um mínimo de calma. Agora, com aquela agitação toda é “Temos que ir já! Temos que ir já!”.

Descrevi os reflexos das manifestações da pressa e agitação na interacção com a pessoa idosa. Quando a pessoa idosa manifestava alterações cognitivas os enfermeiros consideravam que esta tinha grande influência na sua instalação, ou no seu agravamento. As manifestações de alteração do comportamento, fosse de forma continuada, ou de modo intermitente, eram de tal modo frequentes, que causavam grande estranheza nos enfermeiros participantes do estudo. Uma enfermeira afirmava a sua estupefacção nesta matéria assim: «Entrar orientado e sair orientado é uma minoria. Se a gente for a ver, há uma grande percentagem que fica desorientada!» (Ei. 22)

Também a rapidez do desencadear dos problemas cognitivos em pessoas idosas, que até à data do internamento eram autónomas, era motivo de grande preocupação. Uma enfermeira manifestava a sua estranheza assim:

É muito estranho como é que uma pessoa que até fazia as coisinhas dela, em 48 horas ela está completamente desorientada, eu acho que isso é uma negação que eles têm a este ambiente. É estranho, porque é muito rápido! Eu acho que antigamente não era assim! (Ob. 45).

As causas explicativas da situação de desorganização mental variavam de enfermeiro para enfermeiro. Assim a condição fragilizada, a diminuição da

capacidade de adaptação, as características individuais, faziam com que a mudança de ambiente e toda a agitação de ruído e luzes se tornasse num ambiente explosivo, favorável à desorganização mental da pessoa idosa. Outros enfermeiros explicavam a desorganização mental como um somatório de factores. Salientavam também os efeitos da medicação, fossem sedativos, analgésicos, ou de outro tipo. Um enfermeiro justificava e sintetizava algumas das razões assim:

Não sendo uma situação que se possa dizer que é normal, (desorientação) pois não o é, não deixa de ser uma situação frequente, nomeadamente ao fim de um, dois dias, de aqui estar. É o ambiente diferente, é estarem ao pé de outras pessoas a dormir, ou um calmante que nunca tomaram» (Ob. 56).

A literatura confirma as múltiplas explicações dadas pelos enfermeiros do estudo. Miller et al, (2004), citam como factores que favorecem o aparecimento de delírio, a ansiedade causada pela perda de controlo, as alterações às rotinas no modo de viver, a separação da família e dos objectos conhecidos, a falta de confiança nos profissionais de saúde.

Para outros enfermeiros do estudo mais do que as alterações ao modo de viver a sua vida, era o ambiente da pressa e agitação que causava perturbação nas capacidades de adaptação das pessoas idosas. A Enfermeira Graça sintetizava esta ideia assim: «Pela maneira como a gente chega a eles».

O facto do hospital ser um local de agitação e pressa fazia com que as interacções fossem rápidas e as pessoas idosas com limitações auditivas e visuais fossem facilmente rotuladas de «confusas». O mesmo acontecia face à flutuação dos comportamentos, que fazia com que sinais de apatia, depressão, astenia fossem confundidos com desorganização mental. A Enfermeira Natália relatava assim o efeito dessa comunicação superficial:

A dada altura não sabem onde estão e dizem «cá em cima» referindo-se a serviços de rés-do-chão e nós dizemos «está confuso». Para uma pessoa nova é fácil explicar no piso em que está, o elevador que saiu e o outro

onde entrou, mas para os idosos não, e pensamos logo que é por estarem confusos.

O mundo de marginalização em que a pessoa idosa apelidada de desorientada era colocada não favorecia a adaptação ao ambiente hospitalar e aumentava o risco de despoletar ou acentuar a desorientação. Como segundo Moody (2002) a falta de audição ocupa a terceira condição de problema de saúde crónica, (sendo o primeiro a artrite e a segunda a hipertensão), as pessoas idosas estão em situação de serem duplamente lesadas, criando novos problemas e agudizando os existentes.

Os enfermeiros explicavam o ambiente de pressa e agitação, como reflexo de políticas de organização e funcionamento hospitalares, que passo a explicar.

3.1.3 – Políticas de organização que agudizam problemas

Mostro nesta secção como o hospital de cuidados agudos ainda manifesta algumas características de uma «instituição total», embora muitas vezes não sejam intencionalmente aplicadas (Henderson, 2000). Assim segundo Goffman (1974), a incompatibilidade da vida na instituição com a vida em família é dos elementos mais desagregadores do sentimento do Eu. Por isso actualmente a permanência da família nos hospitais por espaços de tempo mais longos que o estrito tempo da hora da visita, indicia uma evolução da compreensão dos direitos das pessoas doentes.

O hospital como «instituição total» manifestava-se também no retirar de bens pessoais, bens de primeira necessidade ao viver, como eram óculos, próteses dentárias e objectos de valor simbólico, fazendo com que o sentido de privação da propriedade penalizasse a identidade da pessoa idosa. Além da separação dos bens, a pessoa também modificava a sua aparência, passando a usar de dia e de noite o mesmo vestuário, sendo igual para todos os institucionalizados.

Outra característica de «instituição total» é a perda de privacidade. A pessoa passava a viver em grupo e isso podia fazê-la sentir-se minimizada por ser misturada com pessoas de outros níveis sociais. Ao perder o estatuto simbólico do seu lugar na estratificação social existente, a pessoa pode sentir-se como que «contaminada por contacto com companheiros indesejáveis» (Goffman, 1974, p. 35). A perda de privacidade é dos factores referenciados como mais desconfortáveis, pois os actos mais privados são muitas vezes realizados em público. Lupton (1995) sintetiza e é explícito no modo como a perda de privacidade se manifesta: «os fluidos corporais saem no tempo errado, no local errado e na presença das pessoa erradas» (p. 95).

No que se refere aos hospitais actuais existem muitos comportamentos instituídos que fazem com que o doente se sinta um cidadão de segunda classe, ou um estranho, pois sem conhecer as regras vigentes naquele contexto, tem de funcionar como se as conhecesse à priori (Henderson, 2000).

Segundo os enfermeiros do estudo as políticas de organização e funcionamento hospitalar e a cultura dominante sujeitavam a pessoa idosa a não exercer a sua vontade plena e a perder algum controlo sobre si. A pessoa por estar a viver num local desconhecido, mas com algumas características de instituição total é obrigada a fazer uma «redução do eu», afirma Goffman, (1974, p. 48).

Na óptica dos enfermeiros participantes para além do ambiente que se vivia no hospital, o desencadear de alguns problemas de saúde derivava dos modos de organização e funcionamento dos cuidados.

O tempo de espera para o acto cirúrgico era dos factores que, segundo os enfermeiros, mais contribuía para o desconforto. Enquanto o acto cirúrgico não acontecia, as dores que a pessoa idosa sofria no mais simples movimento do corpo faziam com que mantivesse uma atitude estática e receasse fazer qualquer movimento para mudar de posição. Aliás surpreendeu-me que a ida para o bloco

não se apresentasse com os sinais de ansiedade de outro tipo de intervenções cirúrgicas. Os enfermeiros e os doentes confirmaram ser um momento ansiado por todos, havendo mesmo por parte das famílias e pessoas idosas pedidos para antecipar o dia da intervenção cirúrgica. Havia mesmo doentes transferidos para outros subsistemas de saúde, para antecipação da cirurgia.

A razão deste adiamento do acto cirúrgico com as consequências de todos conhecidas devia-se a alguns factores que os enfermeiros referiam como «políticas e burocracias». Por a unidade de internamento onde decorreu a observação participante ser considerada uma valência do serviço de urgência, (embora em nada se diferenciasse de outras unidades de internamento) essa característica administrativa, fazia com que a marcação de actos cirúrgicos e consulta de anestesia fossem sujeitas aos imprevistos de um serviço de urgência. Assim o adiamento do acto cirúrgico era frequente, pois o doente estava suplente, e daí estar preparado para a possibilidade de ser intervencionado mas a probabilidade de o ser era imprevisível. O processo de adiamento já com o doente em bloco operatório por falta de condições fisiológicas era referido pelos enfermeiros como «doentes chumbados». A incompreensão deste modo de funcionamento por parte do doente acontecia e exigia sucessivas explicações por parte dos enfermeiros, às famílias que não compreendiam tão longos tempos de espera, nem os adiamentos consecutivos da cirurgia. Este adiamento da cirurgia causava desconfortos a vários níveis, sendo os mais significativos evitar a mobilização pela dor que causava, aumentar a ansiedade, frustrar expectativas e haver o risco de falta de aporte de líquidos devido aos tempos de jejum parcelares. A partir das dezanove horas o jejum tacitamente terminava, após todavia confirmação para o bloco operatório.

Uma enfermeira referia assim o desconforto e frustração pelos adiamentos vivido pelo doente:

As dores devem ser horríveis naquelas andanças de cama-transfer, tranfer-cama. Andar a carregar com os doentes e depois nada. (Ei. 20).

A comunicação da decisão de adiamento do acto cirúrgico entre o bloco operatório e a unidade de internamento era tardiamente feita e o estatuto de suplente fazia com que o jejum fosse um factor de risco que será explicado no capítulo das estratégias.

A articulação entre as várias unidades de internamento gerava tempos de espera no atendimento médico, sendo os pedidos de cooperação das várias áreas de especialidade satisfeitos com lentidão. As excepções aconteciam nas situações clínicas emergentes, ou mais raramente com recurso à influência e conhecimento pessoal.

Os enfermeiros estranhavam que a permuta de saberes entre sectores hospitalares não fosse algo desejado e facilmente utilizado. Eram recursos difíceis de solicitar e até mesmo evitados particularmente nos doentes com problemas de dor e desorganização mental. Uma enfermeira contava a sua surpresa assim: «já não é primeira vez que eu proponho que se chame a Unidade A ou o serviço X e me dizem «nem pensar» (Ent. 6).

As políticas de organização dos cuidados médicos sofreram uma mudança percebida como sendo de agravamento nos primeiros meses de trabalho de campo. Com a implementação de um novo modelo de gestão de entidade pública empresarial, passou a existir uma distribuição dos doentes não por especialidades clínicas, mas por ocupação de espaços de cama livre. Os doentes permaneciam aí até haver vaga no serviço destinatário onde iriam receber tratamento médico da respectiva especialidade. O problema deste novo modelo de gestão é que o atendimento médico se manteve inalterado, vindo por requisição, ou do serviço de urgência. A vinda do médico de urgência era uma solução de recurso, considerada

por vezes um desperdício, porque os resultados de exames não eram interpretados por quem os tinha requisitado, nem em tempo útil.

Como resultado desta política de gestão os enfermeiros sentiam-se isolados na responsabilidade de cuidar as pessoas idosas. Era verbalizado por todos como muito grave a sensação dos doentes não serem «pertença de ninguém» em concreto, excepto dos próprios enfermeiros da unidade. Referia o Enfermeiro Luís, «nossos são todos, mas só a nós é que eles pertencem, só a nós». Isto significava que os enfermeiros se sentiam responsáveis únicos e a tempo inteiro por aqueles doentes, uma vez que a vinda do médico também ocorria a seu pedido.

O desconhecimento das regras de distribuição dos doentes pelos médicos do serviço de pertença do doente fazia com que a Enfermeira Isaura referisse o impacto que isso tinha no seu trabalho:

Enf. – Para os médicos da unidade desde que o doente não seja da sua área dizem «este não é nosso, é da medicina, da nefro, da neuro», e passam à frente.

Inv. – E esse novo sistema como interfere nos seus cuidados?

Enf. – Ah, pois interfere e de que maneira. Olhe este doente já cá está desde ontem e não vem ninguém vê-lo e ele não está bem. Ninguém os chama, (da equipa médica). Está a ver, saíram daqui dois médicos do serviço X, mas não viram este, não era deles. Têm-nos distribuídos, mas nós não sabemos a quem. Deixa-se recado e até requisição e eles nada. Eles têm de cá vir vê-los. Eles às vezes vêm cá com má vontade, não os querem ver! Só nos pertencem a nós. Isto é demais!

Os enfermeiros referiam o elevado esforço para fazer o melhor cuidado possível em condições de trabalho que lhes pareciam incongruentes. Os enfermeiros mais experientes, conhecedores dos modos específicos de funcionamento de certas unidades de internamento onde já tinham trabalhado, conseguiam enfrentar estas anomalias, à custa de conhecimentos pessoais, mas com elevado dispêndio de energia. Um enfermeiro afirmava o seu sentido de responsabilidade com algum orgulho e com sofrimento simultâneo. Afirmava «faz-se o que se pode, para se

sair daqui de cabeça erguida» (Ei. 10). Já no fim do estudo os enfermeiros referiram que esta situação não tinha melhorado.

Também como reflexo deste modelo de gestão de entidade pública empresarial, as mudanças acabadas de referir vieram acentuar o problema das «altas precoces», fazendo com que os doentes permanecessem cada vez menos tempo internados. Para alguns enfermeiros, a pessoa idosa entrava em desorganização mental, quando imaginava os problemas que sabia ir provocar na família face ao grau de dependência em que se encontrava. A Enfermeira Carlota comentava assim a sua interpretação:

Vêm-se aqui connosco a fazer-lhes tudo o que não conseguem fazer. E depois pensam a seguir, «quando saio daqui para onde é que eu vou?» ...E depois na visita médica começam logo a dizer no dia a seguir a serem operados, «amanhã já vai para casa», «olhe que tem de ir para casa». Eu acredito que isto os desorienta e muito.

A actuação de estruturas de apoio de continuidade dos cuidados de saúde em casa era limitada a doentes que tinham elevados graus de dependência, mas que associavam procedimentos de índole técnica. A exclusão de muitas pessoas idosas de direito a cuidados, causava elevado desconforto, nos enfermeiros pois a experiência e a literatura confirmavam os efeitos da falta de cuidados como causa de morte com prazo de tempo anunciado. «Estudos revelam que a mortalidade e a morbilidade associadas a fracturas são elevadas: apenas 50% dos doentes retomam a sua função anterior e ao fim de 6 meses, 17 a 30% dos doentes vêm a falecer» (Direcção Geral da Saúde, 2003, p. 8).

Se as políticas de organização de cuidados médicos interferiam negativamente nos cuidados prestados, também os modos de planear o trabalho não reuniam consenso nos enfermeiros do estudo. Assim os métodos de distribuição de trabalho individual eram considerados inapropriados quando os enfermeiros eram jovens, ou inexperientes, pois tal método poderia prejudicar os doentes.

Nestes casos os enfermeiros mais experientes afirmavam ter à sua responsabilidade não metade dos doentes, mas a sua totalidade. Outros pelo contrário consideravam que o método misto e o trabalho por divisão de tarefas não responsabilizava, nem permitia conhecer os doentes, impedindo de dar uma resposta individualizada às necessidades de cada pessoa.

Havia mesmo algum atrito no modo como cada enfermeiro geria os cuidados, pois os que advogavam o método individual sentiam-se pressionados a trabalhar num ritmo acelerado, não respeitando a maior lentidão necessária à pessoa idosa. Esta era a opinião de uma enfermeira, que vivia incomodada entre ter uma imagem positiva de si, mostrando não ser vagarosa e o prestar cuidados segundo as capacidades das pessoas idosas:

Se calhar é essencial perder mais tempo com aquela pessoa. Porque é que eu tenho que fazer a higiene a despachar? Porque é que eu não posso perder ali mais tempo? E se os queremos respeitar no seu ritmo vem logo um colega e diz «então nunca mais te despachas? Não é por mal! Eu digo «não posso ir mais depressa. Parecia-me que devia ser óbvio para ele, eu não poder ir mais depressa. Eu não sou engonha! (Ei. 17).

Em paralelo com esta dupla preocupação, todos os enfermeiros respondiam a várias solicitações em simultâneo, nomeadamente facilitar a articulação do trabalho com outros técnicos, bem como atender em tempo útil à totalidade dos doentes. Esta necessidade de responder à totalidade dos doentes colidia com a necessidade de individualização dos cuidados a cada uma das pessoas idosas. Só os enfermeiros especialistas fugiam a esta dominação do tempo, pois tinham uma gestão de tempo autónoma, usando o tempo necessário a cada doente. Porém esta liberdade era devida ao facto de não terem a responsabilidade de prestar os cuidados totais, durante as oito horas a um número alargado de doentes.

Se os modelos de trabalho e as políticas de gestão dos serviços de cuidados médicos e de enfermagem eram desfavoráveis às pessoas idosas. Os enfermeiros

apontavam o hospital como sistema reprodutor dos valores sociais que acentuavam a minimização das pessoas idosas.

3.1.4 – O hospital, local reprodutor dos valores sociais

Mostro algumas diferenças evidenciadas pelos enfermeiros entre os tipos de unidades de tratamento: pediatria e medicina e cuidados intensivos. Na organização dos cuidados e na dotação de recursos, os enfermeiros referiam as diferenças dos serviços de pediatria e medicina, em que os primeiros só eram comparáveis em importância às unidades de cuidados intensivos.

Nas comparações que os enfermeiros faziam entre os serviços de pediatria e medicina, não punham em causa nada do que de melhor a sociedade hoje proporciona às crianças, mas salientavam as disparidades entre os recursos. Comparavam sobretudo a filosofia de cuidados oferecidos, referindo-os como reflexo das concepções e valor dados às pessoas situadas em pólos opostos do ciclo da vida.

Segundo os enfermeiros do estudo as estruturas hierárquicas de enfermagem, tinham uma gestão de recursos humanos e de cuidados que não favorecia as exigências de cuidar pessoas idosas. Afirmavam que os responsáveis de enfermagem estavam subordinados a decisões políticas, que os obrigavam a fazer opções, mas diariamente sentiam que as pessoas mais velhas eram preteridas e por inerência aqueles que trabalhavam com as pessoas deste grupo etário também eram desvalorizados.

A desvalorização que referiam sentir diariamente por trabalharem em unidades com pessoas idosas era percebida como ofensiva. O pior insulto derivava do facto do seu trabalho não ser reconhecido como exigente e significativo, sendo essa desconsideração manifestada de formas verbais e não verbais. A Enfermeira

Isaura contava com voz irritada o comentário que uma enfermeira chefe tinha feito sobre uma unidade de tratamento em que predominavam pessoas idosas.

«Veja bem, que ela, foi dizer para o bloco que no serviço X, era uma pasmaceira, que não se fazia nada». A enfermeira estava de face vermelha e a voz era de tom irritado. Acrescentou ainda: «É pasmaceira para quem não quer fazer nada, aí é pasmaceira, se ela visse o valor dos cuidados, havia muito que fazer» (Ob. 80)

Comparativamente a contextos de cuidados agudos ou reabilitação, a literatura tem sido persistente na afirmação do carácter não atractivo e baixo estatuto que é trabalhar com pessoas idosas (Nolan et al 2004).

O desequilíbrio na dotação de pessoal para as diversas unidades de internamento emanava das normas instituídas pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF). Mas a aceitação dessas regras por parte dos enfermeiros líderes da instituição revelava a adesão a valores que a sociedade privilegia. Assim o poder e saber médico, aliado ao valor da alta tecnologia impunham regras de funcionamento que faziam com que houvesse divergência acentuada de recursos humanos e materiais entre as unidades de internamento.

Uma enfermeira com vasta experiência comparava a subavaliação de recursos dos serviços de medicina comparando com as unidades de cuidados intensivos:

Não era igual aos cuidados intensivos, mas as horas de cuidados, seriam muito semelhantes, para se fazer aquilo que todos ambicionamos. Não é igual, mas não seria tão diferente. Nos cuidados intensivos, 14 e tal horas de cuidados mínimos e cirurgia é à volta de 4 horas e tal. É uma diferença muito grande, um ratio de 1/10 em cirurgia e 1/2 em cuidados intensivos! *Há muito desequilíbrio e mostra-se onde querem investir, vê-se onde se gasta dinheiro. Medicinas e cirurgias estão avaliadas muito para baixo.* (Ei. 45) (Ênfase minha).

Os enfermeiros do estudo referia ter cada vez piores condições de trabalho, existindo cada vez menos recursos humanos.

A menor atribuição de recursos humanos e materiais e o menor financiamento são apontados na literatura como factores negativos no desenvolvimento dos cuidados às pessoas idosas (Nolan J, 2002; Skewes, 1997; Evans 1990; Nordam, 2003). Gordon (2005) revela uma saída e decréscimo da prestação de cuidados dos enfermeiros melhor preparados para cuidar de pessoas idosas, sendo os cuidados realizados por pessoas com preparação exígua. Gordon (2005) revelava que baixou em 9% o número de enfermeiros diplomados, isto é, passou de 68% para 59% entre 1984 e 2000; cita outro estudo em que esta quebra foi de 7,3 % de enfermeiros entre 1981 e 1993, quando as necessidades em cuidados são cada vez mais elevadas face ao grau de dependência apresentado.

Existiam de modo encoberto no seio da equipa de saúde em geral e também no grupo dos enfermeiros, algumas ambiguidades e preconceitos sobre as pessoas idosas. Parecia que pessoas idosas não careciam das mesmas preocupações e compreensão que crianças e adolescentes. Os preconceitos dos enfermeiros emergiam subtilmente no meio do discurso como mostra a Enfermeira Marta:

Se os adolescentes e crianças crescidas não estiverem sempre a ser mexidas, e acompanhadas, eles perdem rapidamente capacidades e habilidades, mas perdem de uma maneira que se tornam irreversíveis! A pessoa fica logo com um ar caído e parecem velhos... Portanto, a luta aqui é não deixar perder capacidades, e portanto tudo serve para não perder capacidades.

O factor idade interferia manifestamente no empenho dos vários grupos da equipa de saúde, embora os discursos pudessem ser opostos à acção. Ao longo do texto das várias entrevistas e nas notas de campo os enfermeiros raramente verbalizaram o estatuto de minoridade que socialmente é associado aos idosos, porém o mesmo não acontecia no discurso informal. Era significativa a mobilização de recursos e ultrapassagem de obstáculos através de telefonemas e transferência de doentes para encontrar as melhores condições de tratamento em

doentes jovens! Uma médica preocupada em encontrar uma vaga para uma jovem adulta mostrava assim no seu discurso as contradições:

Há que não esquecer que é uma mulher de 35 anos! Mas de imediato acrescentava em voz mais baixa «bem a idade não quer dizer nada» (notas de campo nº 29).

A Enfermeira Marta falava das suas preocupações em proteger e preservar as capacidades em jovens adolescentes mentalmente perturbados, referindo ser o próprio ambiente hospitalar local gerador da instalação de valores dignos da pessoa. Referia existir nas unidades de pediatria uma vontade de construir um ambiente de cuidado atencioso, diferente de outros sectores do hospital e isso tinha reflexos nos cuidados:

Eu acho é que é o próprio ambiente do hospital que baralha também os profissionais...não sei explicar muito bem. Porque aqui (unidade de pediatria) no ambiente que se cria, até por outros doentes e com os enfermeiros, e outras pessoas que estão no serviço, e que *são muitas, que se vão centrando nessa fórmula de estar, de cuidar que é diferente das outras áreas do hospital*.(Ênfase minha).

Também nos serviços de cuidados a pessoas idosas, a insuficiência de material básico, ou a sua baixa qualidade, fazia com que os cuidados de manutenção da vida fossem realizados em condições precárias, minimizando a pessoa idosa. O recurso ao improvisado era frequente e os enfermeiros referiam-se como mestres nas adaptações face à falta de produtos básicos como pentes, chinelos, roupão, creme hidratante e outros materiais. Afirmavam sentir-se embaçados por oferecerem um serviço que atentava contra a dignidade das pessoas idosas e o seu brio profissional. Uma enfermeira contava como vivia a falta de toalhas:

Quando não há toalhas é chato, porque tenho vergonha de limpar o doente ao próprio lençol que o tapa, ou ter de lhe dizer que tem de ser assim. Felizmente que agora tem havido toalhas (Ei. 30).

Comparativamente a esta escassez de produtos numa unidade de pediatria de doentes com problemas cognitivos, os enfermeiros referiam os cuidados que tinham para manter a criança ou o jovem ligado à vida e conservar as suas capacidades de actor socialmente competente e evitar o aprofundar da alienação. Assim as actividades diárias reflectiam os padrões em uso na vida social: vestir roupas diferentes consoante fosse dia ou noite, manter os hábitos das refeições com os horários e rituais tradicionais, comer de garfo e faca e utilizar a sala de jantar.

Estes hábitos não os observei nas unidades de adultos e idosos, mesmo quando as condições físicas o permitiam, pois nem existia sala de jantar, ou sala de estar para os doentes poderem usar.

Também os instrumentos ligados à alimentação se assemelhavam aos das crianças pequenas, em que a papa de farinha láctea era menu frequente. Nos produtos de higiene e lazer existia o cuidado de levar para o hospital os objectos que usavam habitualmente em casa, enquanto os pertences das pessoas idosas eram-lhes retirados no serviço de urgência, para evitar o seu extravio.

Mas era no modo de realizar os cuidados de manter a vida, nomeadamente na necessidade da eliminação que maior diferença havia entre um e outro local. Assim as fraldas eram totalmente proibidas na unidade de pediatria, para garantir os hábitos sociais de eliminação. Para isso havia pessoas disponíveis para acompanhar à casa de banho as crianças e os adolescentes com crises de agressividade, já nas unidades de adultos existia aceitação e até abuso na utilização de fralda.

A Enfermeira Marta contava como aconteciam nas unidades de pediatria:

Portanto vão duas ou três pessoas com ele à casa de banho... não fazem chichi nem nada que se pareça na cama, nunca! (...) Se eles têm fralda, já não têm hipóteses, (de recuperar) vai tudo para trás... às vezes não tem solução. Nos idosos é muito complicado... é muito, muito pouco digno para as pessoas.

As diferenças eram inúmeras, nomeadamente quem pode cuidar/tocar no jovem ou criança e quem pode tocar na pessoa idosa. Enquanto que numa unidade de serviço geral de pediatria uma auxiliar de acção médica não tocava numa criança, numa unidade de medicina eram vários os cuidados realizados por este grupo profissional, de modo não delegado, mas sistematicamente. A alimentação era um desses cuidados e a investigação alerta para a importância da mesma. O estudo de Tierny, apud Friedman (1996) afirma que a taxa de mortalidade era de 50% em doentes mal nutridos, comparados com 16% em doentes bem nutridos.

Havia alguns enfermeiros que lamentavam existir a necessidade de recorrer aos serviços da auxiliar de acção médica em cuidados de tão elevada exigência como eram os cuidados íntimos. Referia assim a sua opinião «É uma pena nós termos de delegar, este tipo de cuidados» (cuidados que exigiam proximidade na intimidade do corpo).

Havia enfermeiros que referiam a incoerência do sistema de valores que se vivia no hospital. Enquanto que os auxiliares de acção médica não podiam tocar nos processos clínicos, mesmo que fosse para arquivar análises, podiam no entanto realizar os cuidados mais íntimos e sensíveis no corpo da pessoa. Comentava assim com ironia um enfermeiro «está provado que os papéis valem mais que as pessoas» (nota de campo nº 12).

As diferenças entre as unidades de crianças e de idosos também se manifestavam no prolongamento da presença da família no hospital. Além da aproximação que fazia à vida quotidiana, a família era transportada para o hospital através da presença contínua dos pais. Já nos serviços de idosos havia somente um alargamento de horário de visita das famílias, cumprido em períodos descontínuos de tempo. A aceitação das famílias porém tinha subjacente a expectativa de ajuda em alguns cuidados, sob pena da sua presença ser vista como indesejada. Uma enfermeira exprimia essa reticência assim:

A gente vai dizendo, «não queremos cá visitas de hora a hora». Mas para compor o ramalhete, para não dizer que não os queremos cá, que não é bem essa a situação, que a gente deixa-os entrar não é? Só para dar um toquezinho para ver se eles também percebem, que isto não é só para visitar, queremos cá uma pessoa para ajudar a dar *aguinha* à senhora. Se não vêm também para dar uma ajudinha, também não nos interessa andarem sempre a entrar e a sair, só para eles (Ei. 21)

Parece que se presença dos pais era um direito, em que estar ali para cuidar do filho era um acto considerado actualmente natural, já numa unidade de adultos e pessoas idosas a presença da visita ou família era uma cedência que implicava troca de serviços, legitimada pela sobrecarga de trabalho que viviam.

A presença a tempo inteiro da família junto das pessoas idosas foi uma hipótese que coloquei e foi percebida com estranheza por uns enfermeiros, rejeitada por alguns e aceite por outros. Afirmavam alguns, ser ela até mesmo prejudicial nas pessoas com sinais de agitação, enquanto outros a consideravam como sendo de grande ajuda.

A presença de familiares durante a noite foi descrita como de carácter excepcional e somente em fases terminais. Era referida e existência em instituições em que a presença da família nesta transição a vida era já aceite com naturalidade.

Havia uma elevada preocupação dos enfermeiros em não fazer juízos de valor sobre as atitudes das famílias, que aparentemente se desligavam de cuidar dos membros. Principalmente aquelas que tinham experiências com familiares dependentes reconheciam a dificuldade de gerir a situação a contento. da pessoa idosa. Uma enfermeira contava a sua preocupação assim:

Antigamente os filhos eram criados quase para ficarem com os pais, toda a gente sabia que era assim. Portanto, ia-se envelhecendo, os filhos ficavam com os pais, mas agora tem sido ao contrário, não é? Os pais é que ajudam os filhos. E estes? Os pais nunca querem ser peso para os filhos. Será que é a mentalidade que está a mudar? É a cultura? Não sei, porque eu acho que agora é uma preocupação com isto!

Havia enfermeiros que reconheciam ser as famílias a ter essa função e não se podia ceder nesse papel, por isso as altas precoces eram referenciadas como acontecendo num tempo prematuro para as necessidades de adaptação à nova situação de dependência de doente e família. Apesar das pessoas idosas não constituírem um grupo homogêneo, ser idoso, e ser idoso doente no hospital situa-as no grupo das pessoas vulneráveis. São tão mais vulneráveis quanto o grau de fragilidade física e mental e o baixo nível social.

A investigação de Nordam et al (2003) na Escandinávia, cujos participantes são médicas gerontologistas que descrevem os dilemas éticos que vivem no seu quotidiano ao cuidarem pessoas idosas internadas. Afirmam ainda que os administradores têm uma visão fria e cínica pois os seus discursos estão em oposição às suas práticas. O problema das pessoas idosas é um problema em que a ética e a economia estão aliadas e a assimetria de recursos e investimento põe em causa os valores de uma sociedade que diz defender a igualdade. O menor valor social da pessoa idosa é uma constatação diária na diferença de investimento em cuidados de saúde (Kus, 1992). Quando se reconhece que as pessoas idosas necessitam de alargamento de tempo de cuidados de reabilitação face a outros grupos etários, o seu grau de vulnerabilidade acentua-se pela insuficiente distribuição de recursos humanos e omissão de cuidados.

Em síntese, o hospital era percebido pelos enfermeiros do estudo como local particularmente desfavorável às pessoas idosas, sobretudo grandes idosos. O ambiente de pressa e a agitação fomentavam interações exíguas, superficiais e gravosas nas pessoas idosas mais frágeis. Considerado como local de passagem, a pressa e a pouca coordenação, eram o reflexo de políticas de gestão e modos de organização dos cuidados que causavam instabilidade e podiam agudizar problemas. Os modos de funcionamento dos enfermeiros eram ajustados às

diversas solicitações impostas num esforço de equilíbrio contínuo, no sentido de proporcionar os melhores cuidados possíveis.

Os actuais sistemas de saúde estão numa transformação de paradigma, onde se confrontam o valor da subjectividade da pessoa e os constrangimentos económicos das organizações. A mudança estrutural é porém de ordem ontológica e reflecte as novas relações entre os seres humanos, a tecnologia e o universo. Para alguns há uma necessidade de se voltar às origens, pese embora o que cada um acredita estar nessa origem (Marques, 2000; Watson, 2002).

Mostro na segunda secção deste capítulo as condições do processo de envelhecimento que faziam com que cuidar de pessoas idosas fosse um grande desafio.

3.2 – CONDIÇÕES QUE DESAFIAM O CUIDADO

Cada «eu» é o seu corpo, porque o corpo não é um
«instrumento», mas ainda um modo subjectivo de o sermos
um modo ainda de sermos «nós».
(Virgílio Ferreira, 1994, p. 175)

Apresento nesta secção as condições que fazem do cuidado à pessoa idosa um desafio no hospital. Identifiquei como primeira condição a compreensão dos corpos percebidos e suas características: corpo habitual e corpo doente e como segunda condição os *se/ves* da pessoa idosa foram percebidos pelos enfermeiros como estimulantes, difíceis e complexos. Na terceira condição apresento o que defini como trabalho exigente caracterizado pela vulnerabilidade inerente à dependência física, ao cuidado relativo à nudez e ao cuidado sujo.

3.2.1 – Corpos percebidos

Segundo o interaccionismo simbólico, os fenómenos constituintes da acção humana pautam-se pela complexidade e pela variabilidade. É uma teoria que parte do princípio que as pessoas são intervenientes sociais que tomam um papel activo para responder a situações problemáticas. As pessoas respondem na base do significado que atribuem à situação, sendo a interpretação do actor elemento decisivo dessa compreensão. Essa compreensão não é efectuada como um estado definitivo, mas antes vai sendo redefinida no decurso da própria interacção. A pessoa age em função da escolha consciente que faz, face ao que vive na interacção, por isso sendo activa e livre é-o na interdependência da própria interacção (Blumer, 1986).¹⁶

3.2.1.1 – Corpo habitual e suas características

Apresento nesta secção as duas características identificadas, corpo habitual e corpo doente, que caracterizam a primeira condição.

Utilizo o conceito de corpo habitual criado por Madjar (1997, p. 57) Define-o como o corpo que nos habita, aquele em que confiamos, que nos identifica, que nos obedece, que nos move sem lhe darmos ordens conscientemente, comanda-nos e controla as nossas distrações mantendo-nos vivos. É o corpo, com o qual nos deitamos e acordamos. Revela a nossa identidade e personalidade. Simultaneamente é factor inevitável na comunicação entre as pessoas, podendo favorecê-la ou dificultá-la. É o corpo que conhecemos e nos faz dizer, «sou eu».

¹⁶ De acordo com Blumer (1986) segundo o interaccionismo simbólico, o processo de interpretação, é vivido em duas etapas. Na primeira etapa o actor identifica os factos que para ele fazem sentido. Esse sentido provém de um processo social interiorizado em que a pessoa interacciona consigo mesma, mas não numa perspectiva psicológica. Num segunda etapa, fruto da comunicação consigo mesmo a interpretação torna-se num processo de gerir significados. Segundo Blumer (1986) «o actor selecciona, verifica, suspende, reagrupa e transforma os significados à luz da situação na qual está colocado e (faz o mesmo em relação) à direcção da sua acção». (p. 5).

Como referi já no capítulo da metodologia no grupo de enfermeiros do estudo a designação de ser idoso foi situada acima dos setenta e cinco anos, tendo existido mesmo pessoas com 85 anos que foram consideradas jovens idosos. Sobretudo a aparência física, a jovialidade e capacidades mentais eram decisivas na atribuição da categoria de idoso.

O corpo percebido pelos enfermeiros do estudo está de acordo com a literatura, que afirma a pessoa idosa não ter uma, mas várias idades, a biológica, a social e a psicológica (Fontaine, 2000). Também podem «existir diferentes idades fisiológicas em indivíduos com a mesma idade cronológica» (Paúl, 2005, p. 26). A variabilidade é a característica que a autora salienta como ter de ser considerada ao estudar pessoas idosas, uma vez que essa variabilidade é superior à de outros grupos etários.

O corpo habitual da pessoa idosa foi percebido pelos enfermeiros do estudo como um «corpo danificado». Era assim entendido porque necessitava de meios auxiliares para viver no quotidiano. Os sinais externos eram revelados na necessidade de acessórios como bengalas, próteses dentárias ou auditivas e óculos. Estes auxiliares do corpo eram entendidos como sinais de maior ou menor dependência, aceites como recursos naturais, desde que a pessoa mantivesse grau suficiente de autonomia no seu manuseio. Ter auto-controlo, saber comportar-se socialmente diferenciava vários modos de envelhecer. Uma enfermeira contava com carinho como pessoas idosas suas amigas, se comportavam em público:

Têm próteses largas, comem rebuçados e fazem muito barulho a abrir os respectivos papéis, quando tudo está em silêncio, adormecem sentados sem mais nem menos. Pedem para repetir o que se disse algumas vezes. Demoram muito tempo a encontrar os óculos na mala, chegando à conclusão que os deixaram em casa, e acham que vêem bem com os óculos da pessoa do lado... (Ei. 40).

O corpo percebido «corpo danificado» também provocava fragilidade na pessoa idosa, que se manifestava sobretudo nas alterações sensoriais e de mobilidade. As causas imediatas da doença por acidente vascular cerebral, ou acidente, nomeadamente ao nível de fracturas e a agudização de doenças crónicas, vinham acentuar a debilidade. Também as dificuldades sensoriais, particularmente as auditivas faziam do corpo danificado um corpo mais difícil de cuidar, sendo as limitações à comunicação dos factores que mais agravavam a exigência da interacção.

Para uns enfermeiros a limitação era referida como perturbadora, mas para outros isso não constituía problema, encontrando formas de falar baixo ao ouvido, ou usar a comunicação gestual. Até mesmo as pessoas com alterações cognitivas eram para alguns enfermeiros referidas como sendo mais interessantes, embora gerassem interacções complexas e exigissem capacidades de maior receptividade e atenção a essas interacções.

Há um acréscimo de complexidade porque nos obriga a mais “truques” de comunicação, porque são mais receptivos a essa forma de estar, essa calma, essa segurança. Segurança no sentido de estar ali para eles. Eu acho que os idosos estão mais receptivos nesse sentido e é mais fácil comunicar com os doentes confusos e agitados. (Ent. 2).

A diluição ou o acentuar de sintomas era explicada como um reflexo do corpo danificado se comportar como uma máquina envelhecida. A Enfermeira Carlota referia que alguns dos preconceitos sobre as pessoas idosas eram devidos ao acreditar-se que os órgãos já estavam adormecidos: «se calhar os receptores devem estar muito mais fracos, as pilhas devem estar mais em baixo (ri)».

Outra característica do corpo habitual da pessoa idosa era a fragilidade, que a dependência devida à doença ou acidente agravava. A fragilidade era mais acentuada nos grandes idosos, ou quando apresentavam diminuição das capacidades cognitivas. A fragilidade fazia assemelhar alguns comportamentos

aos das crianças, embora fisicamente, fossem corpos pesados, dependentes e não inspirassem a mesma ternura de modo tão espontâneo. «Há muito que perdemos o cheirinho a bebé» (Ei. 42), era a frase referida por uma pessoa idosa que tinha alertado uma enfermeira do estudo para as diferenças de sentimentos, que o sofrimento do corpo da pessoa fragilizada inspirava.

A fragilidade do corpo manifestava-se em primeiro lugar na apreensão das manifestações da sua corporalidade. A transparência dos elementos corporais: as veias, os ossos, a palidez, a falta de massa muscular e de tecido adiposo, que lembravam aos enfermeiros serem corpos cuja precariedade os fazia referir como «corpos de porcelana», ou «pele de princesa». Esta característica fazia com que uma enfermeira afirmasse o seu receio de lesionar: «alguns, se lhes comprimirmos a pele (aperta a pele entre os dedos), vem tudo atrás, a pele toda, vem toda atrás (Ei. 4).

O corpo danificado e o corpo frágil faziam com que o corpo da pessoa idosa quando internada fosse um corpo doente com modos próprios de viver o internamento. As transformações a nível biológico, social e psicológico, faziam com que existissem vários modos de viver a velhice sendo esta percebida como processo profundamente individualizado. O corpo habitual da pessoa, reflectia-se no modo como o corpo doente se manifestava no hospital, que passo a descrever.

3.2.1.2– Características do corpo doente

Na literatura, Moody (2002) aponta como as 10 mais importantes condições crónicas de saúde para os americanos em 1992 por ordem decrescente de frequência: artrite, hipertensão, surdez, doença cardíaca, incapacidade ortopédica, catarata, diabetes, sinusite crónica, doença cérebro vascular, incapacidade visual.

O internamento respondia a uma manifestação da necessidade do corpo doente. Os problemas cardíacos e respiratórios, as doenças metabólicas e degenerativas faziam com que a dor, a dispneia, a ansiedade, justificassem idas frequentes ao serviço de urgência, sendo algumas vezes exigido internamento.

O corpo doente era um corpo consumidor de medicamentos, sendo comentado pelos enfermeiros como reflexo de uma filosofia de cuidados desequilibrada dos serviços de saúde. Os enfermeiros referiam que em termos de prevenção a realização de exames médicos não acontecia regularmente, enquanto que na situação de doença havia excesso dos mesmos.

Os corpos doentes faziam com que os problemas crónicos fizessem parte integrante da vida da pessoa. Assim para a Dona Matilde, ser doente e ter problemas respiratórios fazia parte da sua identidade, pois desde jovem que vivia com eles. Rindo, referia os seus problemas de saúde assim: «são mais velhos que eu».

O corpo doente ser consumidor de medicamentos era considerado como um processo normal num modelo de saúde que sobrevive à custa da hipermedicalização. Uma enfermeira referindo-se à avó comentava com ternura e humor o modo como a família brincava sobre este excesso de medicação ingerida «Quando morrer, nem os bichos vão querer nada com ela, só vai saber a medicamento, e remédios ...» (Ei. 22).

As queixas de dor e desconforto quando tinham carácter crónico faziam os enfermeiros considerar o corpo de dois modos, ou como corpo doente, ou como corpo saudável, consoante o comportamento da pessoa idosa fosse de verbalizar queixas ou não. O corpo desejado deve ser silencioso e os enfermeiros reconheciam que havia doentes que não se queixavam para não serem considerados maçadores. As principais queixas e reflexos da doença eram vividas sob a forma de limitação de mobilidade ou de dores. Ora como ambas as

situações faziam parte do processo de envelhecimento, quer as dores, quer as dificuldades de mobilidade eram consideradas normais e se a pessoa não se queixasse ficaria sem tratamento analgésico.

Os enfermeiros afirmavam que falar das doenças era um modo da pessoa aliviar o seu desconforto, ou dar-se importância. Mas para alguns, era também um modo de viver subordinado à doença, o que era referido como um reflexo de não saber viver. A Enfermeira Paula afirmava «parece que não sabem aproveitar a vida e mesmo durante a hora das visitas, o que é que se ouve falar?»

Os enfermeiros afirmavam que ser queixoso, ou seja poder falar do corpo doente e do seu funcionamento alterado era uma necessidade imprimida pela doença e pelas manifestações de dores e desconfortos. Quer a dor, quer a doença tinham o poder de fazer a pessoa encarar o mundo de modo diferente, podendo mesmo mudar a sua personalidade. O corpo doente causava desconfortos elevados e tanto acontecia existir da parte dos enfermeiros compreensão, como impaciência. Uma enfermeira afirmava a sua compreensão assim: «quando se está doente é só a doença que interessa, mais nada...» (Ei. 14).

Outra característica do corpo doente no hospital era a incerteza e o enigma, que face ao prognóstico lhe dava um carácter imprevisível. Estas características do corpo repercutiam-se no efeito esperado da terapêutica instituída. Nem a evolução da doença seguia os padrões convencionais, nem a medicação surtia o efeito usual. Nuns doentes uma dose mínima de sedativo ou analgésico fazia efeito surpreendente, noutros não havia fármacos que atingissem o efeito desejado. O seu carácter imprevisível, revelava-se também no conseguir viver com valores bioquímicos profundamente alterados, sem manifestar os sinais e sintomas correspondentes à instabilidade da doença. Também esse carácter imprevisível fazia com que sinais incipientes num dia, no dia seguinte tanto podiam ter desaparecido, como podiam ter tomado um carácter exuberante. Foi

o que aconteceu com o doente Sr. Reinaldo, que num dia tinha ligeiro prurido no escroto e no dia seguinte o edema era de tal modo volumoso que impediu a saída para casa.

O corpo doente da pessoa idosa era imprevisível e surpreendia os enfermeiros, ao conseguir viver e realizar actividades regulares adequadas ao quotidiano, com valores de hemoglobina muito baixos. Com valores que num adulto provocariam total incapacidade de se mover, algumas pessoas idosas mantinham autonomia e grau de actividade normal. Havia enfermeiros que atribuíam essa capacidade de viver com esses valores ao ritmo lento com que realizavam as actividades. Argumentavam o corpo «já estar habituado».

Mas onde os enfermeiros se surpreendiam com o carácter de imprevisibilidade era na imponderabilidade do morrer. Nuns a morte era inesperada, noutros era um processo que se arrastava no tempo. Uma enfermeira referia essa incerteza assim: «Ainda ontem no meu turno estava tão bem, falou, comeu, até se riu e tudo», (Ei. 23). Outro tipo de discurso ouvido, que se opunha ao tempo de espera arrastada vivido por outras pessoas idosas era, ao falar da doente D. Emelda a enfermeira referia assim o seu estado de ligação à vida «nem ata, nem desata. Foste e vieste (de férias) e ela está na mesma» (Ei. 10).

Aliás a saída do hospital e o regresso a casa, ou ao lar assumiam uma estranha ligação com a vida e a morte, acentuando contavam inúmeras histórias reveladoras desse carácter de incerteza e imprevisibilidade. Os enfermeiros relatavam existir com alguma frequência a percepção daquilo que designavam por comportamentos inexplicáveis. Parecia que as pessoas idosas tinham tomado a resolução de «decidir morrer» por não desejarem ir para casa, ou ir para um lar. Uma enfermeira recordava com incómodo uma experiência vivida que nunca mais esqueceu:

Tinham dado uma semana à família para ela poder tratar das coisas. A senhora apercebeu-se (que ia para um lar) ... Eu às vezes penso que a senhora deve ter ouvido alguma coisa, porque no outro dia calou-se, fez-se muda, não disse mais nada, «entregou-se à doença» e um ou dois dias depois morreu... As pessoas apercebem-se! (Ent. 13).

Os resultados do estudo das pessoas com doença crónica Charmaz (1983) identificou vários elementos que faziam com que as pessoas corressem o risco de perder o seu self. De modo semelhante, os enfermeiros percebiam existir pessoas idosas que não queriam viver numa sociedade que valoriza o que se faz e não o que se é, e que à semelhança dos doentes crónicos de Charmaz (1983) se sentiam isoladas, com perda de confiança e desvalorizadas por não conseguirem cumprir com as obrigações de ser social autónomo, sentindo-se um peso para a família.

Nesta secção descrevi a categoria de *corpo doente* e as suas características como sendo um corpo portador de doenças, consumidor de medicamentos, exigir internamento e alterar o modo de ser da pessoa. O processo biológico inerente ao processo de envelhecimento e as experiências diárias fazem com que os enfermeiros conceptualizem esta etapa da vida como uma etapa em que a doença é algo frequente. Muitas vezes o problema dos preconceitos sobre as pessoas idosas está em confundir a velhice como processo individual e o fenómeno social do envelhecimento.

3.2.2- Selves percebidos

Tal como referenciei na introdução teórica, também Boughton, (1997) menciona as pessoas como seres com uma corporeidade que as torna em indivíduos únicos. Simultaneamente são seres sociais, cujo sentido de incorporação está fortemente impregnado do contexto histórico, social e cultural a que a pessoa pertence. O corpo é a «terceira instância entre a cultura e a sua personalidade» (Goffman,

1999, p. 23), pelo que os vários modos de viver o internamento reflectiam também o processo de socialização dos grupos de pertença.

Na doença as alterações ao padrão de funcionamento normal, fazem com que as disfunções do corpo e as experiências individuais sejam perspectivadas e estejam parcialmente inseridas em conceitos como o de: self idealizado, individualidade incorporada e forma física. O conceito de self porém não está dependente da fisicalidade do corpo, como referi no quadro teórico. Enquanto seres humanos somos, em larga medida biologicamente determinados e constrangidos pelos corpos, assim também somos constrangidos por, ou capazes de transcender, os significados pessoais e socialmente construídos acerca do que o nosso corpo representa (Boughton, 1997).

Apresento na óptica dos enfermeiros do estudo os três modos referidos de ser velho e que designei de self estimulante, self difícil e self complexo.

3.2.2.1 – *Self* percebido como *estimulante*

O *self estimulante* era um modo de ser velho muito apreciado pelos enfermeiros. Eram pessoas optimistas, conversadoras, vivendo o momento presente, e aceitando as limitações e dificuldades do internamento. Mantinham-se activas, ajudavam a família em serviços vários, assumindo o papel de «chefe/matriarca da família», e mais frequentemente elemento agregador da mesma. Faziam uma apreciação positiva da vida que viveram e continuavam a ter projectos. Eram referidas como pessoas que tinham energia.

Esta era uma expressão usada pelos enfermeiros para designar um *self* que manifestava desejo de continuar a viver, ter projectos e assumir os seus direitos. Foi referido como sendo socialmente útil na família, tomando conta de si mesmo quando precisava de alguma ajuda. Conseguia manter-se útil dando o seu contributo em trabalhos domésticos, nomeadamente no tomar conta/entreter as

crianças e alguns cuidavam dos bebés. Terem projectos, assumirem direitos, não se lamentarem perante as alterações que o corpo sofria, exigindo antes os recursos que a ciência oferecia, eram os modos referidos pelos enfermeiros como inerentes ao self estimulante.

Na literatura, o self estimulante era designado como envelhecimento de sucesso (Bearon, 1996; Erikson et al 2002).

Era o exemplo da doente D. Antónia que após o levante comentava com a enfermeira «Estou muito manhosa. Ainda está tudo muito empenado». Todos riram da maneira como a doente falava de si e da sua perna (Ob. 32). Era a reacção do seu corpo e do seu self na procura e desejo de alguma cooperação consistente. Os enfermeiros referiam o efeito estimulante e relaxante que exerciam sobre eles, os selves estimulantes pois as interacções eram como que verdadeiras pausas no ritmo de trabalho diário. Eram selves que deixavam saudades no momento da alta, e continuavam a exercer após ela, efeito lenitivo nos momentos de trabalho mais exigentes. Uma dessas pessoas era uma doente a D. Irene que era recordada como uma pessoa expressiva, muito viva que dava bem-estar a quem a conhecia. Para os enfermeiros ela era referida como um bálsamo, na medida em que estar com ela fazia descansar do cuidado a outros doentes, percebidos como cansativos. O Enfermeiro Patrício afirmava o seu apreço pela pessoa assim: «era uma forma de descansar, digamos, era uma forma de descansar de outros doentes» (Ei.14).

Os enfermeiros apreciavam os selves estimulantes pois eram capazes de falar da sua morte como um fenómeno natural, sem se lamentarem. Surpreendia sobretudo a planificação dos assuntos administrativos referentes ao momento da morte para facilitarem a vida da família e ao mesmo tempo tudo ser realizado consoante a sua vontade. Falavam da morte, porém não era tema mórbido, nem depressivo.

A Enfermeira Helena referia essa harmonia entre viver e morrer como um continuum na frase «não morrem antes da morte chegar». Eram verdadeiros modelos para os enfermeiros que ansiavam um dia poder viver assim a própria velhice e verbalizavam mesmo esse sentimento aos doentes. Os enfermeiros comparavam estes modos de viver com os que se situavam no pólo oposto, que viviam tão obcecadas com as doenças e a morte, que parecia não conseguirem viver. Perante qualquer ameaça procuravam os serviços de saúde de modo intenso.

3.2.2.2 – *Self* percebido como *difícil*

Um modo oposto de viver do *self* estimulante era o *self* difícil.

Os *selves* difíceis eram pessoas que sofriam e faziam sofrer, ou pelo menos incomodavam quem convivia de perto com elas. Eram complicadas nos modos de viver a interacção com os enfermeiros. Identifiquei dois modos de viverem essa interacção, os *selves* apelativos e os *selves* rebeldes.

Os *selves* designados por «apelativos» sofriam e queixavam-se de modo continuado. Uns lamentavam-se por se sentirem atraídos pela sorte, pois tinham trabalhado toda a vida e a doença vinha impossibilitar a realização de sonhos sempre adiados. Outros, mesmo com doenças com prognóstico pouco grave pareciam não ter energia para aguentar pequenas frustrações, reagindo de modo exuberante aos desconfortos, não permitindo ser tocados.

Uma enfermeira descrevia o comportamento de um doente percebido como difícil assim:

Ainda não tinha tocado na perna, já ele estava aos gritos, aos gritos, e depois não ouvia o que a gente dizia. (Ei. 14).

Os enfermeiros referiam a comunicação com os doentes percebidos como apelativos como sendo menos fácil. Eram menos apreciados, por se lamentarem e fazerem pedidos frequentes. Assisti a discordâncias entre os enfermeiros neste

tipo de qualificação. Um enfermeiro respondia assim à pergunta do colega sobre o facto de D. Virgínia ter ou não estado «apelativa: «Não, não estive apelativa, se fizeres o que ela precisa. Ela só está habituada a mandar e aqui coitada, não pode ... nem tem em quem o fazer» (Ei. 22).

O self rebelde era outro modo do self ser percebido como exigente. Eram pessoas questionadoras, que não confiavam na equipa e precisavam de ter controle sobre o modo de funcionamento hospitalar, sempre que isso interferisse minimamente com o seu tratamento. Eram designados pelos enfermeiros como «pessoas complicadas». Por não confiarem nos enfermeiros nem na instituição não cooperavam nos cuidados sem previamente terem obtido todas as explicações, exigindo justificações plausíveis. Provocavam em alguns enfermeiros desejo de afastamento e os contactos eram reduzidos ao mínimo para que o conflito fosse evitado. O modo usual de agir era sintetizado por uma enfermeira assim: «O princípio é prestar um bom cuidado, mas é o que tem que ser e pouco mais» (Ent. 8).

Antes da interacção, alguns enfermeiros tinham mesmo necessidade de se preparar e escolher as melhores palavras para lhe darem início. Um desses doentes era definido do seguinte modo por uma enfermeira: «A mim transmite-me um bocadinho de agressividade. Se preciso de lá ir, é preciso respirar umas não sei quantas vezes» (Ent. 12).

Selves percebidos como difíceis, para outros enfermeiros porém, estes doentes constituíam-se num desafio a ultrapassar, para serem compreendidos e aceites no grupo dos enfermeiros, ou poderem mesmo reconciliar-se consigo próprios.

Goffman (1974), explica o significado e exigência do que acontece no hospital, em que o doente é obrigado a confiar e a «entregar» o seu corpo a uma equipa de saúde. Afirma que as pessoas doentes identificam-se com o seu corpo e dão-lhe grande valor na aparência e funcionamento, por isso existe a relutância nessa

entrega, sendo agravada quando a pessoa tem razões de desconfiança, ou dificuldade em confiar. Goffman (1974), acrescenta que as pessoas «não se sentem bem ao entregar os seus corpos às manipulações racionais e empíricas de outros, e por isso é preciso que a sua «confiança» no servidor seja continuamente mantida por estímulos de cabeceira» (p. 277). Ora o ambiente actual nos hospitais se em alguns casos é bem diferente do relatado à época em que escreveu a sua obra, continua a acontecer o que o autor descreve como «tratamento de não pessoa», «como se o paciente aí estivesse não como uma pessoa social, mas apenas como um bem que alguém deixou» (p. 278).

3.2.2.3 – *Self* percebido como *complexo*

Mais difícil de gerir era o *self* complexo. Viviam aparentemente desfasados do mundo, fechados sobre si. Tanto podiam ter manifestações de *apatia*, com alheamento e distanciamento do mundo, como terem comportamentos exuberantes, ou agressivos. A flutuação entre a serenidade e a agitação tornava-os exigentes, pelo carácter instável e imprevisível. Cuidar de selves agitados e agressivos, era exigente, nomeadamente pela dificuldade de imaginar e situar o mundo em que a pessoa se encontrava. Um enfermeiro descrevia esse mundo como sendo agressivo, pois «alguns gritam e tentam bater, portanto não deve ser um mundo muito pacífico, não é?» (Ei. 33).

Nos corpos apáticos o acesso ao seu mundo era mais difícil. Por vezes o enfermeiro apercebia-se de ser um mundo calmo em que a pessoa vivia, outras vezes era um mundo que não conseguia perceber e dar-lhe um significado. Era uma interacção considerada por alguns como frustrante. «Não dá, é conversa de mudos» dizia um enfermeiro (Ei 30).

Nem todos os doentes com alterações da consciência eram selves complexos, aqueles que mantinham a capacidade de comunicação oral tornavam as interacções mais fáceis de gerir, outros eram mesmo considerados divertidos nos

discursos desconexos que proferiam. Desde que a pessoa se fosse revelando ao enfermeiro a interação não era considerada complexa. Era complexa quando a pessoa era hermética na compreensão que o enfermeiro procurava fazer dela.

O corpo era a fonte primária de dados, mas uma fonte imperfeita, sendo apesar disso, percebido como factor decisivo e facilitador, porque permitia fazer leituras, interpretar características de humor, personalidade, nível social, cultural e tirar ilações rápidas sobre o self da pessoa. Pelo simples modo como a pessoa idosa se deitava, como olhava à sua volta, patenteava sentimentos, origens sociais e culturais. Uma enfermeira participante do estudo contava como esses elementos a ajudavam no conhecimento da pessoa:

Doentes muito encolhidinhos, os olhos muito fechados, a cabeça muito baixa, não dão um sorriso (...), porque há alguns que nunca saíram do seu buraquinho e isso vê-se. (Ei. 29).

A investigação (Coe, 1979) revela outro tipo de modos de adaptação ao internamento: a) o ensimesmamento, b) a agressão, c) a integração e d) a submissão. São modos da pessoa doente se adaptar a um estatuto censurado na sociedade, ser doente, embora tal estatuto esteja relacionado com a gravidade da doença e a etapa da mesma, a idade, o estatuto sócio-cultural e sócio-psicológico. Na fase de aceitação são selves mais submissos e na fase de recuperação estão mais agressivos, ou resistem mais.¹⁷

¹⁷ Os modelos de adaptação identificados por Coe para um hospital geral foram os seguintes (Coe, 1979)

a) O ensimesmamento é frequente em hospitais gerais, em que a severidade das regras totalitárias é mínima, ou nos doentes com doença crónica. Não responder aos estímulos e criar um mundo imaginário no qual não sente satisfação, pode fazer com que crie um mundo melhor e menos hostil, para sobreviver com menos sofrimento.

b) A agressão (Coe, 1979) pode manifestar-se desde a desobediência às ordens até à agressão. Tais intenções são fracassadas porque «todas as organizações sociais e sobretudo uma instituição total, tem mecanismos através dos quais mantêm a conformidade dos membros às normas de comportamento» (p. 350).

c) Na modalidade da integração é a maneira viável de se adaptar aos rigores da vida institucional. A adaptação é a maneira mais eficaz de diminuir a imagem negativa que a pessoa tem de si. Se o

Descrevi as características dos três tipos de selves: self estimulante, self difícil (apelativo e rebelde) e os selves complexos que oscilam entre a apatia e a agressividade. Os momentos dos cuidados eram por isso exigentes face às constantes diferenças de ajustamento na interacção. Por momentos dos cuidados adopto o conceito de Carmen de la Cuesta (2004, p. 70) que significa a variabilidade das interacções e não a dimensão da temporalidade em que ocorrem.

3.2.3 – Trabalho exigente

Nesta terceira condição de realização dos cuidados à pessoa idosa, descrevo as características de trabalho exigente. Ser considerado trabalho exigente deriva da condição de imobilidade que torna a dependência inevitável. A dificuldade da dependência é agravada pela necessidade da nudez e do trabalhar com o cuidado sujo.

3.2.3.1 – *Situação de dependência*

Ser dependente é a terceira condição no trabalho exigente no cuidado à pessoa idosa. Representa para a maioria das pessoas idosas uma das situações que mais as preocupam, segundo estudo de Smith e Freund (2002)¹⁸. Quando internado o

internamento é curto centram-se de modo mais egocêntrico na doença, enquanto que se o internamento se prolonga chega a participar na vida do grupo.

d) A submissão é o modo que a maioria dos doentes adopta «convertidos à submissão» (Coe, 1979, p. 354), pelo menos no início. As regras impostas não são valorizadas como negativas face à gravidade da doença e estes «sentem-se aliviados em depositar a responsabilidade da resolução dos seus problemas nas mãos de grupos profissionais apropriados» (p. 354). As ligações com o mundo através da rádio, telefone e Tv, mantêm-nas em contacto com pessoas saudáveis e faz delas um grupo de referência, justificando a submissão às regras hospitalares para a cura ser mais rápida e voltar ao estatuto de pessoa saudável. Aceitam os tratamentos e procedimentos difíceis, mesmo que não compreendam os seus objectivos, principalmente se a doença é aguda e tem tratamento.

¹⁸ Numa amostra de 206 pessoas, entre os 70 e os 100 anos, o envelhecimento é referido como um processo dinâmico e as mudanças no self vão acontecendo à medida que ele se desenvolve, acrescentado novas esperanças e medos. A percentagem de esperanças foi de 72% enquanto a dos

estar despido, a mobilidade reduzida, a dependência forçada e a falta de comunicação representam para uma pessoa doente um assalto ao conceito que cada um faz de si mesmo (Coe, 1979).

Os enfermeiros referiam existir muitos modos das pessoas idosas viverem a situação de dependência. Para a maioria dos doentes estar parado era o máximo problema, outros acentuavam o seu grau de dependência sem terem uma necessidade física a satisfazer, ou impeditiva de cooperar mais activamente, porém adoptavam uma atitude de passividade e desejavam ser substituídos. Uma enfermeira contava os vários modos de as pessoas idosas reagirem:

Há certas pessoas que estão habituadas, de tanto trabalhar, tanto trabalhar... que (para elas) parar é morrer. Há aqueles que não querem estar dependentes e dizem, “E agora o que vai ser de mim?!”. Outros querem ser dependentes, e desejam que tudo lhes seja feito, outros não aceitam a dependência. Uns não conseguem colaborar devido à doença, estão doentes e estão limitadas mas ainda se limitam mais, outros querem fazer apelos de atenção à família. Também depende muito da cultura em que viveram. (Ent. 13).

3.2.3.2 – *Situação de dependência e risco de vulnerabilidade*

A vulnerabilidade gerada pela dependência fazia com que os enfermeiros sentissem o peso desse facto como uma responsabilidade pessoal e profissional. «A missão da enfermagem é dar assistência àqueles que estão em sofrimento, é uma responsabilidade profissional proporcionar conforto». (Morse, 1997, p. 22).

Havia situações de cuidados de dependência que exigiam uma resposta a um chamamento humano de ordem natural e profissional, que era tanto mais exigente quanto mais silencioso esse apelo fosse. Os enfermeiros reconheciam na imobilidade física condições para a máxima vulnerabilidade.

receios foi de 53%. À imagem positiva de ser uma pessoa independente contrabalançava e opunha-se o receio de ficar dependente, situação em que não gostaria de se tornar. Os autores Smith e

A literatura alerta para a situação de que quanto mais vulneráveis as pessoas estão, mais a dignidade e a autonomia podem ser facilmente lesadas. Porque é nos cuidados mais básicos que a dignidade é frequentemente perdida (Coventry, 2006). Daí Gallagher, (2004) afirmar que salvaguardar a *dignidade básica* da pessoa, quando a *dignidade pessoal* não pode ser atendida era um reflexo da vulnerabilidade de algumas pessoas idosas.

Para os enfermeiros a dignidade da pessoa idosa era preservada quando recebia os cuidados de que necessitava para viver enquanto ser humano, mesmo que medicamente deixasse de existir investimento no tratamento da doença. Assim, sendo no que diz respeito à vulnerabilidade inerente à condição humana, há situações em que ela é mais elevada numas pessoas que noutras (Sellman, 2005).

Doentes em estado de coma, pessoas com limitações cognitivas, pessoas com incapacidades físicas, nomeadamente com dificuldades na comunicação, estavam em maior risco, pois exigiam maior disponibilidade para serem entendidas.

As mensagens comunicadas tinham de ser rapidamente decifradas e respondidas e isso era algo que nem sempre podia ser correspondido de modo que satisfizesse o doente e o enfermeiro. O enfermeiro Ildefonso respondia assim a uma doente: «Agora não posso estar a entender o que diz D. Josefa, tenho de ir para os outros doentes», e o enfermeiro dizia adeus à doente com as mãos que esta mantinha agarradas, mas dizendo «vá, vá lá à sua vida». Mais tarde dizia-me «ela adora conversar, mas nós estamos sempre de fugida». (Ob. 38).

Também os doentes em relação aos quais, a equipa tinha decidido deixar de investir no tratamento médico, eram pessoas que os enfermeiros assumiam como mais vulneráveis e que não podiam abandonar. Nesses casos continuar a receber os cuidados que uma pessoa necessita era referido por uma enfermeira assim:

Freund (2002) sugerem que ser preocupado com a saúde nesta etapa da vida pode ser mais prejudicial do que benéfico ao bem-estar (Smith e Freund (2002).

Quando se começa a tratar das pessoas, tem-se muito a fazer. Porque apesar de se dizer que «não há mais nada a fazer», mas *ainda há muita coisa*. Eu pelo menos não tenho a noção que «não é para se fazer nada», porque nós ainda *temos tanta coisa para fazer...*() e perdi muito tempo, com ela com estas coisas. (Ent.12). (Ênfase minha).

A dependência acarretava os problemas inerentes à imobilidade, sendo esta uma preocupação transversal a todos os enfermeiros. Prevenir o risco de perda da integridade da pele, era um desafio grande em algumas pessoas idosas face à deterioração física em que se encontravam¹⁹.

As características da pele de muitas pessoas idosas justificavam as preocupações dos enfermeiros no evitar os problemas inerentes à imobilidade. No depoimento a seguir, uma enfermeira descrevia essas características:

As feridas começam de dentro para fora e não de fora para dentro e quando a gente começa a sentir grânulos lá dentro é porque vai abrir. Não dá para ver por fora, quando está a circulação muito parada, meia morta. Se comprimirmos (aperta a pele entre os dedos), vem tudo atrás, a pele toda vem atrás (Ent. 9).

Para além do risco de perda de integridade cutânea, a dependência fazia com que a pessoa idosa passasse várias horas do dia sozinha e para alguns enfermeiros isso era motivo de preocupação. Alguns interpretavam, o silêncio dos doentes, não como momentos de repouso, mas de inquietação, afirmando estarem a pensar nos problemas que iriam ter no futuro. Afirmava uma enfermeira «o dia todo a olharem para a parede, mesmo quando têm uma televisão, acho que isso deve ser uma seca para eles. Deve ser horroroso» (Ent. 8). O estado de «matutar» como já referi era atribuído ao facto de estar sozinha a imaginar a dependência futura.

¹⁹ As alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, fazem com que a pessoa idosa se torne «mais susceptível às agressões intrínsecas e extrínsecas» (Filho, 1996, p. 60). Pensa-se, actualmente que estas alterações são devidas a modificações da síntese proteica. As proteínas constituem 15% dos componentes orgânicos e são responsáveis pela formação de estruturas nobres do organismo, sendo as repercussões destas alterações ao nível da célula e dos tecidos de todo o organismo, de modo não uniforme na própria pessoa e variando de pessoa para pessoa.

Essa situação poderia despoletar desorganização mental. Para alguns enfermeiros a passividade era percebida como resultante do facto de o doente estar bem, estar calmo, para outros estar sossegado não inspirava a mesma confiança. Sabiam que a pessoa poderia estar a precisar de algo e não solicitava. Isso tornava o trabalho exigente.

A pessoa com alterações cognitivas representava o estado de máxima dependência, colocando-a numa situação de total vulnerabilidade. Uma enfermeira referia esse grau elevado de dependência afirmando: «estão nas nossas mãos, estão à nossa mercê» (Ob. 82). Uma enfermeira sintetizava a situação de dependência e risco de vulnerabilidade como o de estar à mercê assim:

Se não se mexem escariam, se não se lhes dá de comer morrem à fome, se não se lhes dá água morrem à sede, se a gente não lhes dá analgésicos ficam cheios de dores... eles estão nas nossas mãos. Alguns até dizem isso. Estão indefesos, não refilam, mesmo que a gente ralhe, agradecem tudo. Um doente dizia-me mesmo «estamos aqui à mercê.» É verdade. (Ent. 7).

O sofrimento « é um apelo ao outro, um apelo que exige uma resposta da sua parte e é por isso que els só pode ser aboraddao num aperspectiva inter-humana» afirma Levinas apud Velez (2002)

A situação de dependência era vivida pelos enfermeiros de modo ambíguo. Se tinham a solidariedade acima manifestada, quando se imaginavam em situação de dependência semelhante à manifestada pelos doentes comungavam dos mesmos receios pessoas idosas. As frases de lamento eram frequentes, deplorando a fragilidade da natureza humana. Estar dependente de outrem era referido sempre como algo desconfortável, mas que no ambiente hospitalar esse desconforto se acentuava, pois as particularidades individuais eram referidas como sendo pouco atendidas na generalidade das situações. Uma enfermeira imaginava-se na situação de dependência e temia pela falta de individualização de cuidados a que seria sujeita:

Se eu algum dia estiver internada mas precise que me façam, se eu for dependente ou semi-dependente, *vai ser muito complicado, porque tenho os meus hábitos e nós não atendemos muito a isso*, e usualmente vamos pela desculpa, de isso faz-se de manhã (Ent. 13) (Ênfase minha).

A investigação assinala o hospital como um local que apresenta características suavizadas das comuns às instituições totais. Aí acontece a perda de autonomia, em actividades básicas, a perda de privacidade, a perda de capacidades de controlo, sendo estas perdas, factores gravosos para a imagem de si, (Scott, 2003; Smith e Freund, 2002). Os modos de adaptação do doente no hospital descritos por Coe (1979) eram reacções que os vários selves adoptavam para ultrapassar a situação de dependência. Eram muito frequentemente observados nas pessoas idosas estes modos de comportamento. Devido aos longos períodos de dependência, a imobilidade gerava desconforto que agravava problemas articulares antigos e tudo era vivido como incómodo, de um modo global e específico. Esse desconforto era assim sintetizado na afirmação de uma enfermeira «tudo lhes dói, até os cabelos» (Ob. 71).

Segundo Benner, (2001) os peritos apercebem-se das situações de cuidados de um modo que considera o todo da pessoa, indo directamente ao assunto sem ter em conta considerações inúteis e utilizando como base de referência situações concretas. Porém os enfermeiros referiam que tais modos de actuar não podiam acontecer assim, em muitas circunstâncias dos cuidados às pessoas idosas. A severidade dos cuidados e a exigência dos mesmos, obrigavam a pensar nos cuidados previamente, necessitando apoiar-se num raciocínio consciente. Uma enfermeira muito experiente referia assim as suas preocupações antes de mobilizar algumas pessoas idosas para evitar causar-lhes dor:

Mas se dissermos isso e pensarmos que vai mesmo doer, isso...Nós os mais velhos dizem os doentes que sabemos mexer, às vezes nem é bem isso, acho que os mais velhos, *estamos mais a pensar naquilo que lhes vai*

fazer doer e vamos tentar fazer de maneira (a evitar causar dor) (Ent.7)
(Ênfase minha).

Referia que muitas pessoas mexiam nos doentes pensando que os corpos das pessoas idosas eram iguais a quaisquer outros e não pensavam na dor que causavam só de tocar na pele. E reafirmava a necessidade de pensar o cuidado previamente à acção. «Há que pensar que aquilo dói, porque muita gente pensa que aquilo não dói nada» (Ent. 8).

Este modo de agir dos enfermeiros, de verem o corpo da pessoa antecipadamente ao acto que vão realizar, e prevendo os passos que devem ser dados para não causar desconforto, dá corpo ao conceito de outro generalizado definido por Mead (1962).

Para alguns enfermeiros a vulnerabilidade dos doentes em si não era problema, aceitando-a como algo inerente à natureza humana. O que consideravam indigno era a falta de cuidado e protecção para evitar os perigos intrínsecos a essa vulnerabilidade. Por isso desde que o enfermeiro pudesse «*estar lá*» para colmatar as insuficiências e fragilidades da pessoa idosa, esta podia viver a situação de dependência como qualquer outro modo de vida. A presença do enfermeiro como meio para salvaguardar a vulnerabilidade da pessoa idosa era justificada assim pela Enfermeira Ilda.

Mas se calhar por isso é que eu *já não tenho medo* de dizer às pessoas que elas estão realmente frágeis, *porque posso estar lá* para colmatar essa fragilidade. (Ênfase minha).

O que fazia com que os enfermeiros vivessem desconfortados eram as condições do contexto que os levavam agir contra a sua vontade e algumas delas referidas no início deste primeiro capítulo, outras eram saber que a continuidade dos cuidados iria ser de muito baixa qualidade ou inexistentes para satisfazer os direitos da pessoa idosa e família.

A literatura afirma dever ser-se intransigente e não se permitir que em caso algum se possa insinuar que a doença lança a pessoa num estado de dignidade diminuída (Kottow, 2004), no entanto, ela é uma condição a agravar a complexidade do cuidado à pessoa idosa, a que se deve juntar a falta de oferta de recursos que os enfermeiros referiam. Os enfermeiros contavam com tristeza e irritação as muitas situações de cuidados em que as famílias estavam sem capacidade para cuidar dos familiares, fosse por motivos económicos, fosse por motivos emocionais. Viviam divididos entre os direitos do doente e os da família e a salvaguarda da boa imagem da instituição. A falta de recursos que satisfizessem as componentes envolvidas era motivo de irritação e sentimentos de impotência. A enfermeira Graça contava o seu desapontamento e punha em causa o sentido dos cuidados ao viver de modo tão sentido os problemas diariamente:

Inv. – Essas condições sociais dos doentes e famílias perturbam-na...

Enf. – Pois, porque é assim, esta gente anda uma vida inteira a trabalhar, e agora chegam a uma altura destas e não há nada para lhes oferecer também! *O que é que a gente lhes oferece? “Olhe, espere, mais um ano ou dois, pode ser que morra entretanto”... e eles sabem também.*

Inv. – Eu lembro-me que a Enfermeira Graça uma vez disse a um doente: “Você merece tudo, aqui é hotel de cinco estrelas, trabalhou a vida inteira. Mimou-o com tudo o que pode.

Enf. – Pois! É uma forma de compensar. *Trabalharam uma vida inteira e agora... a gente oferece o quê? Nada!* Primeiro, tratam-se, tratam-se, tratam-se e prolonga-se a vida, mas sem qualidade e depois não temos nada para lhes oferecer. Então *se calhar também não valia a pena fazermos isto tudo.* (Ênfase minha).

As pessoas que sofrem de uma doença, e perdem a firmeza de viver e a segurança que resulta do facto de estarem saudáveis, necessitam de outro tipo de dignidade, que assegurasse cuidados básicos que fossem consistentes. Garantir a integridade, a autonomia, a privacidade, a segurança são direitos a que os enfermeiros aspiram e a literatura preconiza (Fagermoen, 1995, Kottow,

2004). A vulnerabilidade do doente tornava o próprio enfermeiro também vulnerável e daí evitarem saber pormenores da vida dos doentes pois afirmavam que «saber e não poder fazer nada, era melhor não saber». Evitavam informar e confrontar a família sobre a alta a muito curto prazo, afirmando compreender as suas reacções e dificuldades. Afirmava uma enfermeira, «Quando elas chegam e me dizem: “Então já viu como ele vai para casa...?” Eu consigo perceber aquilo. Se ficam em casa perdem o emprego então e depois?» (Ent. 4).

3.2.3.3 – *Situação de dependência e o lidar com a nudez*

A dependência de estar acamado trazia associado outro problema que era lidar com a nudez. Os enfermeiros reconheciam que o facto de a pessoa idosa estar despida causava constrangimentos elevados, mesmo quando cumpriam os requisitos de respeito pelo pudor e usavam uma abordagem sensível. O processo educativo fazia com que «nada seja transmitido de modo mais profundo que o comportamento sexual e isso claro que está relacionado de modo muito próximo com a moralidade» (Douglas, apud Mauss, 1996, p. 72).

Sentirem-se tapados e cobertos era um modo dos doentes se verem dignificados (Price, 2004; Scott, 2003; Lopes, 1994), enquanto que o estar destapado era visto como falta de privacidade e factor de indignidade, que muitas vezes acontecia devido à falta de recursos humanos. O estudo de Turnock apud Birrel, refere que cerca de 40% das pessoas idosas estavam destapadas no peito e genitais durante os cuidados e isso acontecia tanto mais, quanto mais idosas eram as pessoas. Os enfermeiros reconheciam que as pessoas idosas viviam de modos diversos a situação de estarem destapadas e nuas. Umas pessoas sentiam-se perturbadas e outras a aceitavam mais passivamente o facto, sendo visto como algo inerente ao tratamento e, como tal, inevitável.

Os enfermeiros referiam que, se por vezes ocorriam descuidos em manter a pessoa coberta, também havia doentes que parecia oferecerem o seu corpo e o estar destapado parecia não ser perturbador. Uns enfermeiros interpretavam essa atitude como modos de facilitar o seu trabalho, havia no entanto outros que declaravam que o estar nu no contexto do cuidado no hospital, era algo que a pessoa idosa considerava natural. Havia ainda a opinião que quando a pessoa idosa aparentava descontração, esse disfarçar era menos perturbador porque desfocalizava o seu desconforto, facilitando a interacção com o enfermeiro. Uma enfermeira contava assim os modos de reacção das pessoas idosas:

Às vezes não se consegue (tapar) porque temos de fazer uns pensos enormes e têm de estar destapadas. Há doentes que não parecem incomodar-se muito, já não se incomodam e dizem «ah não se incomode com isso, não tape» e elas destapam-se, percebe? E é nós a tapar e elas a destaparem-se. Isso também acontece, mas há pessoas que ficam um bocadinho ou muito incomodadas, encolhem as pernas e tapam-se com as mãos! (Ent. 14).

Os próprios enfermeiros viviam o processo de lidar com a nudez com mais ou menos incómodo, consoante o grau de experiência na profissão e o desconforto revelado pelo doente. Alguns ficavam mais incomodados sobretudo quando identificavam e projectavam esse desconforto em familiares próximos. Para outros, o facto de serem pessoas idosas retirava a carga sexualizante atribuída à nudez e não os percebiam como seres sexuados. Para alguns enfermeiros os corpos e as imagens alteradas ao nível dos órgãos sexuais causavam incómodo e a realização de actos que estavam habituados a cumprir sem muitas vezes pensar neles, tornava-se por vezes muito inquietante.

A vergonha é explicada na literatura como sendo proveniente do conflito interior da pessoa consigo mesma e do valor social atribuído ao estar nua. O pudor que provoca o estar nu/destapado é segundo Elias, (1975) uma espécie de angústia que a pessoa vive, de uma maneira quase automática em circunstâncias precisas.

A afronta social faz temer qualquer gesto de superioridade da parte de outrem, face ao sentimento de inferioridade que a pessoa está a viver. Simbolicamente receia perder a estima daqueles que a educaram nesses valores. Assim, ao manifestar vergonha, a pessoa idosa revela estar lúcida e continuar a defender os valores dominantes do grupo de pertença. Revela que possui um self na medida em que adopta as atitudes do grupo social ao qual pertence (Mead, 1962, p. 155).

3.2.3.4 – *Trabalhar com o cuidado sujo*

O trabalho com o cuidado sujo é descrito na literatura das profissões como desagradável, que tem a tendência a ser realizado às escondidas das audiências (Douglas, 1996; Arendt, 2001; Gaignebet e Périer, 1998; Isaksen, 2000). Na sociedade em que vivemos os actos de eliminação são actividades consideradas inconsistentes com os critérios de asseio e pureza que envolvem muitos dos nossos actos (Douglas, 1996). Na fase de dependência há situações de decadência do corpo que exigem controlo das excreções corporais. Para manter a ordem social das regras em vigor, o estudo de Holroyd, (2003), cita as famílias chinesas que mantinham compromisso de cuidar dos familiares dependentes na limpeza de excreções para manterem a estabilidade das relações sociais, mesmo constituindo isso um peso para elas.

Lawler (2002) refere o estudo de Kubie, onde descreve os paradoxos e mitos ligados ao sujo. Particularmente as diferenças na percepção do sujo, entre homens e mulheres, entre jovens e pessoas idosas, entre zonas salientes do corpo e zonas de reentrância, tipo de textura, sólido ou viscoso. Isaksen (2000) refere as dificuldades de falta de controlo do corpo provocadas pela incontinência urinária e o receio simbólico da pessoa se tornar suja e intocável. Segundo Collière (1989) à medida que o homem se civiliza mais se afasta do corpo e dos cuidados que ele necessita. A literatura assinala que os que cuidam

das pessoas na fase da velhice e de doença são considerados cuidadores de segunda categoria, «um trabalho de Cinderela», que não exige perícia (Chang, 2003). Outros afirmam que essa desconsideração social se deve à falta de conhecimentos que manifestam (Nolan J., 2002; Nolan M. 1994).

Os cuidados são muito complexos de gerir, pelo facto de a pessoa que os recebe estar a viver das maiores crises de identidade, como são as falhas de continência e a perda de controlo do corpo. Por isso se forem cuidados ignorados e delegados porque socialmente desconsiderados, está a rejeitar-se a pessoa nos momentos em que mais frágil e em sofrimento ela está e ela própria se minimiza por apresentar comportamentos que socialmente só são aceitáveis nas crianças.

Os cuidados ao corpo e o cuidado ao sujo por serem percebidos como muito simples e pouco dignos, humilhantes para quem os realiza, são muitas vezes delegados.

A sociedade evoluiu e foi negando progressivamente facetas da natureza humana que foram sempre vividas como clandestinas. A sociedade intelectual esqueceu que tudo quanto fazemos e dizemos resulta do entrosamento inseparável da simultaneidade biológica e cultural do ser humano. Todos os actos e actividades humanas, do nascimento à morte estão imbuídos de cultura e «estão estreitamente ligadas a normas, interditos, valores, símbolos, mitos, ritos, ou seja a tudo o que é especificamente cultural» (Morin, 1999, p. 43). O autor acrescenta que as duas dimensões são uma dupla entrada no conceito de homem: a biofísica e a psico-socio-cultural, ambas reenviando uma para a outra. Os enfermeiros do estudo mencionaram todos os produtos de eliminação do corpo como sendo sujos e causadores de desconforto. Mesmo as lágrimas, que com o leite materno são os únicos produtos que saem do corpo considerados limpos, foram referidas como pertença do sujo, devido aos frequentes problemas

de conjuntivite e lacrimejo que afectam as pessoas idosas. Este dado não é referido na literatura como sendo produto sujo (Lawler, 2002).

Cada um dos enfermeiros do estudo possuía uma área dos cuidados ligada ao sujo que lhe era particularmente difícil de viver, nomeadamente secreções, vômito e os produtos de eliminação intestinal, que foram referidos como produtos que causavam maior repugnância. Aquilo que era considerado sujo e difícil de viver variava de enfermeiro para enfermeiro, que conseguia quase sempre evitar fazê-lo, no desenrolar desses cuidados. Havia troca e partilha dessas dificuldades uma vez que os enfermeiros nunca trabalhavam sozinhos. Também os acessórios do corpo, as unhas e os cabelos, foram referidos como pertença do sujo.

O sujo era um conceito relativizado e nem sempre era relacionado directamente com produtos socialmente designados como tal. Havia enfermeiros, para os quais o cuidado nesta área que consideravam mais difícil era manter limpa a boca de um doente em coma. Uma enfermeira fazia assim essa comparação:

Depende da colaboração que conseguimos do doente! Há bocas bem difíceis de lavar! Portanto, uma fralda suja é muito mais fácil de lavar (risos), em termos de técnica! (Ent. 6).

Os enfermeiros mais velhos mencionavam o desconforto dos mais jovens na profissão na realização dos cuidados ligados ao sujo. Referiam que a delegação dos cuidados nos auxiliares de acção médica, era cada vez mais ostensiva, como se esses cuidados não fizessem parte do seu papel profissional. Os enfermeiros mais velhos na profissão encaravam estes cuidados como inerentes ao seu papel profissional, sendo percebidos como desagradáveis, mas que se tinham habituado a cumprir. Era um dever moral. Uma enfermeira era bem explícita no carácter de dever:

Nós somos humanos e somos iguais (...) Aquilo que eu considero em relação a mim, é assim, não é das coisas que gosto. (limpar o corpo sujo de fezes) ... fazer ninguém gosta de fazer não é? Não somos diferentes, mas temos que o fazer. (Ent. 1).

O desconforto e a exigência do cuidado ao sujo não eram vividos de modo uniforme, dependendo o desconforto da sua natureza. Assim se o sujo estava ligado ao funcionamento fisiológico, lidar com os produtos sujos da eliminação era vivido como tarefa a evitar, desde que a mesma não decorresse na sequência de outros cuidados técnicos. Sendo por vezes actos delegados a supervisão não acontecia assumida como um dever do enfermeiro. «A dúvida é sempre se elas fazem, nós confiamos que está bem, mas não posso garantir se é feito mesmo». (Ent. 12).

Já quando os cuidados ao sujo eram manifestações de sinais de doença, eram descritos pelos enfermeiros, sem qualquer agastamento ou desconforto. Era o que acontecia por exemplo em relação aos doentes com colostomias. Face ao incómodo que o doente referia principalmente acerca do cheiro, os enfermeiros aceitavam-no como algo que pertencia ao seu papel profissional de vigilantes dos processos de doença. Era um cheiro considerado normal. Uma enfermeira descrevia assim essa característica:

Os doentes sentem-se muito incomodados com os cheiros das colostomias. É a primeira coisa que eles perguntam e pedem para os limparmos. E nós dizemos «ah mas não cheira nada». Claro, aquilo cheira, mas para nós não cheira, cheira mas é normal, entra assim no que é normal. (Ent. 12).

Também os pormenores com que eram descritos por exemplo os sinais e cheiros de uma ferida operatória, mostravam orgulho nessa competência e o desconforto do sujo não se detectava no discurso.

A Enfermeira Sara afirmava as suas preocupações nesta área dos cuidados que ela considerava como exigente e só delegava de modo pensado e intencional assim:

Enf. – Como é que as pessoas vêem a diferença entre *ser um enfermeiro e fazer e estar lá com a pessoa* e ser outra pessoa... Se nós tivéssemos esse feedback e essa noção, da valorização disso, se calhar pensávamos duas vezes em termos de classe, o que estamos a perder....

Inv. – Vê essa perda como e em quem?

Enf. – O espaço que estamos a dar às auxiliares e o que estamos a perder, mas acho que, em termos de classe, de pensar, estamos a afastar-nos cada vez mais (das pessoas) e não sei se vamos conseguir ver isso, tão depressa. (riso nervoso) E se calhar nem vamos ver, porque quando dermos conta já outras pessoas tomaram esse lugar e depois não podemos voltar atrás. *Não é congruente, não é, mas eu acho que essa incongruência está no porquê de ainda não termos percebido o quão importante isso é...* (Ênfase minha).

Nos cuidados do sujo, acontecia com os enfermeiros o que é frequente acontecer em muitos desempenhos sociais e que Goffman (1993) descreve como inerente à actividade social. A discrepância entre a aparência e a realidade, faz com que haja a tendência para esconder e desprezar as actividades consideradas incompatíveis com uma versão idealizada que os actores fazem de si e do seu trabalho. Gostar de mostrar um trabalho já concluído e esconder todos os «indícios de *trabalho sujo*» (p. 59) são elementos da versão idealizada da identidade profissional.

Dentro das características do trabalho exigente e dentro da área do cuidado ao sujo, os enfermeiros do estudo ainda referiram como complexo o tema dos odores, particularmente o «cheirar a velho». Por uns era considerado um preconceito, enquanto para outros um facto real. Os que referiam não existir «cheiro a velho» e isso era mais um preconceito a acrescentar a muitos outros, afirmavam que o que estava em jogo era a aceitação ou não aceitação da pessoa idosa. A ambiguidade porém era descrita pelos mesmos enfermeiros que faziam afirmações opostas ao discurso anterior. Os que referiam existir «cheiro a velho» asseguravam existir um odor característico mas que era devido a factores de

origem social, que provocavam que a roupa e/ou higiene estivessem menos cuidadas. Havia outros que referiam o cheiro a velho, como estando dentro da pessoa idosa e que impregnava a pele e se manifestava até na respiração. Afirmavam categoricamente: «há um cheiro muito diferente dos velhos» (Ei. 25).

A ambiguidade de alguns enfermeiros situava-se em reconhecer a característica humana do cheiro, como sendo transversal à humanidade, mas encapsulavam o cheiro dos idosos num grupo específico. Parecia negar-se o direito de cada pessoa idosa ter uma identidade, manifestada também no cheiro específico que cada pessoa possui. Este tema era referido como motivo de conversa muito esporádica entre os enfermeiros. Para alguns enfermeiros a especificidade de possuir um cheiro próprio, era uma marca pessoal, um sinal da sua identidade.

O incómodo de lidar com o sujo justificava o uso de luvas para se preservarem de o tocar, mas também argumentavam ser um modo do doente ser resguardado de ser tocado directamente por eles. Referiam não gostar de ser tocados e atribuíam aos doentes idosos os mesmos gostos.

Outros enfermeiros não compreendiam as barreiras colocadas entre si e o doente, que máscara, bata e luvas poderiam constituir obstáculos à comunicação, nos casos em que não existia uma necessidade a justificar o seu uso.

Para outros enfermeiros era algo perturbador serem tocados pela pessoa idosa. «É que é assim, eu sei se calhar se os lavar sem luvas não havia problema nenhum, mas faz-me um bocado de impressão» (Ei. 40). Para outros desde que a pessoa idosa estivesse lavada, as luvas eram retiradas para haver contacto directo de pele do enfermeiro com a do doente, nomeadamente na realização de cuidados como era a massagem com creme e no levante.

O corpo da pessoa idosa ser percebido como algo sujo foi referido como causa e desejo de afastamento. Daí os cuidados designados como «as higiènes» terem um significado elevado para os enfermeiros. Estes cuidados faziam com que a

pessoa idosa pudesse ser novamente considerada limpa e tocável. O excerto a seguir mostra a diferença que uma enfermeira sente existir na interacção por a pessoa estar ou não limpa.

Quando temos um doente arranjadinho, todo lavadinho ao fim, no fim, está tão limpinho, fomos nós a fazer-lhe tudo, temos a certeza que ele está limpo, não é? Não vejo onde é que está problema de tocar... aí eu deixo mexer, não tenho problema. (Ent. 4).

A reserva de estar suja significa ter o sentimento de ser «intocável», face aos medos que evocam nas pessoas a saída dos fluidos corporais (Isaksen, 2000).

Descrevi na categoria trabalho exigente as características de que se reveste a situação de dependência e a vulnerabilidade resultante também pela nudez associada, assim como trabalhar com o cuidado sujo. Lidar com o trabalho sujo era um assunto inexistente no discurso habitual entre os enfermeiros, excepto quando ligado a manifestações da doença.

Neste primeiro capítulo mostrei o contexto e as condições em que o cuidado de enfermagem à pessoa idosa decorre. Como o hospital é um local que pode agudizar problemas e como as condições revelam que cuidar das pessoas idosa é um trabalho exigente.

Ser um local de passagem de agitação e pressa, onde as políticas de organização e funcionamento acentuam os preconceitos sociais, fazia com que as pluralidades do envelhecer tornassem o cuidado às pessoas idosas um desafio.

Num local onde os objectivos estavam focalizados no tratamento rápido e eficiente da doença, as pessoas idosas podiam facilmente ser subtraídas dos seus direitos de pessoas. Reconheciam na presença atenta do enfermeiro um meio de assegurar a protecção do seu self. Os enfermeiros do estudo sentiam o peso de tomar conta e interessar-se pelas pessoas idosas como uma grande responsabilidade. Nem sempre essa responsabilidade era partilhada por toda a equipa. Era um trabalho percebido como exigente, contínuo, pouco reconhecido pelos próprios pares.

O trabalho exigente era a condição que provinha da elevada dependência, que obrigava a proteger o corpo parado da pessoa idosa dos problemas da imobilidade e da vulnerabilidade que a doença e o internamento acrescentavam. A nudez da pessoa e o trabalho sujo eram características a acumular à exigência resultante da dependência.

No capítulo a seguir mostro como os enfermeiros ultrapassavam os constrangimentos descritos e procuravam através das estratégias «manter a integridade do *self* da pessoa idosa».

CAPÍTULO 4

MANTER A INTEGRIDADE DO SELF: ESTRATÉGIAS NO VIVER QUOTIDIANO

Nesse mundo nu e indiferente, é somente dos homens que os homens podem esperar dedicação, calor de sentimentos e ajuda nas dificuldades da vida. (Elias, 1991 p. 18).

Neste capítulo das estratégias mostro como os enfermeiros conseguem nas suas práticas quotidianas proteger as pessoas idosas do contexto e das condições desfavoráveis em que estão situadas no hospital.

Descrevo os modos como os cuidados ao corpo doente e à diversidade de selves, faz com que cuidados aparentemente simples, diariamente realizados por cada um enquanto autónomo, se transformem em actos complexos, para cumprirem o papel protector de estimular e preservar a vida. São cuidados reveladores de actos de vida capitais, irrepetíveis, que mobilizam de modo integrado o empenho do enfermeiro. Os saberes teóricos em aliança com as vivências do seu próprio corpo, inteligência, interesse, maturidade e disponibilidade, fazem do cuidado um desafio constante.

O diagrama 2 a seguir mostra as acções/interacções «promover uma imagem positiva de si», «proteger o self da dominação», «manter de capacidades da pessoa idosa», são estratégias que de modo integrado visam permitir a manutenção da integridade do self da pessoa idosa.

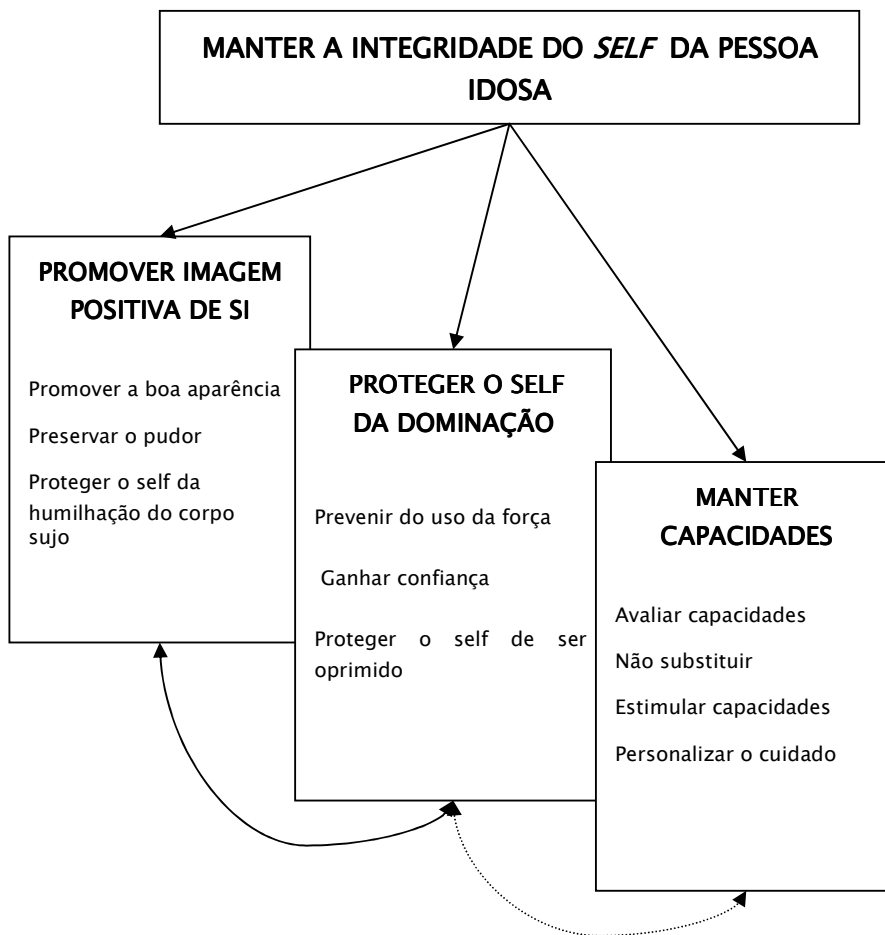


Diagrama 2 – Estratégias para manter a integridade do self da pessoa idosa.

4.1 – PROMOVER UMA IMAGEM POSITIVA DE SI

Nesta estratégia apresento os modos como os enfermeiros usavam a variabilidade dos momentos dos cuidados para promoverem na pessoa idosa uma imagem positiva de si. As acções usadas pelos enfermeiros participantes foram promover uma boa aparência, através das estratégias preservar o pudor, proteger o self da humilhação do corpo sujo. Descrevo cada uma delas pela sequência de complexidade.

4.1.1 – Promover a boa aparência

Promover a boa aparência, significava *estar limpo* e *estar apresentável*.

A par da limpeza corporal, a aparência do self corporalizado era outro predicado necessário para a pessoa poder ser considerada como digna de confiança. A importância da aparência do corpo influenciava a vida social, também nas relações estabelecidas no ambiente hospitalar, mobilizando a identidade social. Como Kelly e Field (1996) afirmam «o corpo é central na experiência e sentimentos associados com a doença (self) no envolvimento do processo social e na sua gestão (identidade)» (p. 251).

A limpeza pessoal traduzia-se em actos designados usualmente por «higienes», que mantinham a pessoa com aspecto asseado, através dos cuidados de limpeza do corpo. Ao contrário de outras épocas (Vigarello, 1985), actualmente a limpeza do corpo com água abundante e várias vezes ao dia, corresponde para muitas pessoas de um dado nível social médio e alto a das uma exigências impostas pela sociedade sobre o que se considera uma pessoa com higiene corporal apropriada. Os actos de limpeza eram praticados no hospital com os mesmos rituais e sequência da vida quotidiana. Assim tal como na vida social se evitam contactos enquanto a pessoa não está lavada e não se torna apresentável, acontecia o mesmo no hospital. Assim quando os doentes acordavam, a interacção era de perguntas e respostas breves. Os enfermeiros justificavam esta atitude de modo simples, referindo o facto dos doentes estarem ainda sonolentos e puderem continuar a dormir. Porém se a interacção era mais demorada, havia pessoas idosas que pediam desculpa pelo facto de não «falarem bem» e protegiam a boca com a mão. Habitualmente aguardavam pelo banho matinal para proceder à higiene da boca. Só nos doentes muito dependentes e considerados em estado grave, existia a preocupação nos próprios enfermeiros do estudo em manterem a boca limpa, usando maior regularidade nos cuidados, à semelhança do quê se

passa nos cuidados às pessoas nas unidades de cuidados intensivos. Manifestações de boca limpa e sem sinais de halitose eram reveladores de níveis de cuidados de alta qualidade pois exigiam uma repetição sistemática ao longo do próprio turno. A Enfermeira Natália referia essa preocupação assim:

Temos cuidado com a higiene oral, nos doentes mais problemáticos, doentes completamente dependentes. Claro que exigia que se molhasse a boca mais vezes. Por exemplo esta senhora tinha a boca cheia de ... e um cheiro fecaloide, porque as mucosas secam mais e exigem que se molhe e lave mais vezes a boca.

Manter a pessoa idosa dependente e sem capacidade de cooperar em boas condições de limpeza e apresentação ocupava tempo dos enfermeiros e eram cuidados de realização exigente.

O simples acto de lavar os dentes e deixar a boca limpa num doente em coma, é algo que só aparentemente é simples, mas a sua complexidade está ainda no domínio do obscuro. Daí Henderson (1994) afirmar, sobre este cuidado específico, existir incerteza e dificuldades, «haver poucas artes tão difíceis como esta» (p. 24). Era um cuidado tão complicado que poucos enfermeiros conseguiam realizá-lo tendo a plena consciência de não estar a agredir a pessoa. Era referido como muito difícil de obter adesão, sobretudo nas pessoas distanciadas do mundo e com manifestações de comportamentos de agitação.

Por isso era motivo de orgulho para os enfermeiros conseguirem ter a adesão da pessoa idosa com alterações cognitivas a um cuidado habitualmente repudiado. Conseguir obter a adesão da pessoa idosa a este tipo de cuidado de limpeza da boca era entendido como sinal de confiança na pessoa do enfermeiro. O conforto que imaginava proporcionar ao manter a boca limpa e íntegra era assim referido:

Ai gosto de lhe lavar a boca, não gosto de ver aquelas crostas não gosto de sair de ao pé de um doente, sem lavar a boca, gosto de deixar tudo limpinho. Sim, nem consigo imaginar. Isso deve fazer-lhes aflição. (Ent. 9).

A entrada de objectos estranhos nos orifícios do corpo, fazia a pessoa sentir-se vulnerável e era percebida como um acto agressivo. A literatura ajuda a esclarecer a reacção. Segundo investigação de Douglas (2004) ao longo da história da humanidade, sempre existiu a ameaça potencial resultante do facto de o corpo como veículo de vida, ser vulnerável. Essa vulnerabilidade podia concretizar-se de vários modos, mas sobretudo pela invasão das suas margens, através dos orifícios naturais particularmente. Os perigos segundo Douglas (2004) provinham da falta de controlo da qualidade do que se absorvia por esses orifícios, do medo de ser envenenado, dos tratamentos médicos que impunham purgantes e a aversão aos produtos sujos que saindo do corpo nunca deveriam voltar a entrar (p. xxxvii).

Deixar a pessoa limpa significava para o enfermeiro realizar os cuidados referentes à higiene do corpo segundo os modos habituais da pessoa idosa. Se o banho diário era considerado excessivo para uns, para outros um banho diário era sentido com saudade. Assim se o banho era um ritual diário para todos, consoante os hábitos das pessoas idosas assim o enfermeiro conseguia reduzir ou aumentar o seu efeito e fazer alguma individualização. Se numas pessoas o banho tinha carácter sumário, noutros havia elevada abundância de água.

Estar limpo parece ser um estado banal de manter quando a pessoa está independente, todavia o simples acto de lavar as mãos ao longo do dia fora do momento do banho, era algo invulgar ser realizado segundo o modo habitual de meter as mãos dentro de água. A maioria das vezes acontecia na base do improvisado. Para alguns enfermeiros era natural que fossem usados toalhetes de papel molhados, ou um desinfectante, para outros a falta de água e a adaptação sistemática era algo pouco digno para as pessoas idosas.

Estar apresentável era outra acção que visava obter uma boa aparência no doente. Conseguir que tivesse a barba feita, os cabelos lavados e penteados, eram os

cuidados mais usuais desenvolvidos pelos enfermeiros que faziam a pessoa estar apresentável. Também estar apresentável no levante era facilitado quando a família tinha trazido objectos pessoais. Quando tal não acontecia, o uso de roupa do hospital era alvo também do improvisado. Este procurava que a pessoa idosa tivesse uma aparência mais graciosa e um pequeno toque de arranjo conseguia retirar a diminuição manifestada pela pessoa idosa. Um corte ou uma dobra nas mangas das camisas descartáveis, o uso de botas disposable usadas no bloco, camisa de dupla entrada para fazer de roupão em que uma camisa tapava pela frente, outra tapava as costas, eram modos trivialmente usados, mas que conseguiam dar à pessoa uma imagem positiva como ser social.

Estar limpa e apresentável assegurava a boa aparência. A importância destas acções era tal que no caso de não estarem concluídas, eram motivo de impedimento na entrada de pessoas estranhas à unidade de internamento. Frases do tipo «ainda não está arranjada» ou «não está em condições», eram argumentos usados de modo convincente e facilmente aceites o que revelava o valor da boa aparência. Aliás a aproximação de alguns profissionais à pessoa idosa só se efectuava quando esta evidenciava sinais de estar limpa e apresentável.

O cumprimento das actividades de estar limpa e apresentável servia para manter a organização do dia segundo os costumes da vida em sociedade, revigorando a imagem positiva que a pessoa tinha de si. A estruturação e o respeito pelas actividades de manter a vida, eram cumpridos, segundo os padrões sociais em uso em muitas pessoas. Era frequente ouvir-se o enfermeiro dizer: «agora já está lavadinha, já pode comer, depois lava os dentes a seguir» (Ob. 102).

Outras acções que valorizavam a aparência passavam pela utilização de produtos de beleza, cremes, por vezes pinturas. Estes eram cuidados somente

assegurados quando as pessoas os solicitavam e era a própria pessoa que tinha autonomia e os realizava, ou era a família a proporcioná-los.

Os enfermeiros eram sensíveis aos sinais revelados por esses modos de agir. A Enfermeira Ilda contava a interpretação que fazia ao ver uma pessoa idosa pintada:

Se é uma pessoa que chega, que vem com as unhas arranjadas, que ainda vem com restos de maquilhagem, à partida sei que é uma pessoa que tinha essa preocupação, de se maquilhar. Aquelas senhoras que arranjam as sobrancelhas que tem só uma risquinha, é evidente que aquela pessoa tem uma preocupação com a parte estética mais acentuada se calhar, do que outras pessoas. Fazemos mais.

Os cuidados de investimento na aparência por parte da família em algumas pessoas idosa, eram por vezes secundados pelos enfermeiros. Não deixava de causar estranheza positiva nos enfermeiros o uso de cremes e água de colónia que algumas famílias proporcionavam às pessoas idosas e que os enfermeiros continuavam a utilizar na ausência da família. Também havia enfermeiros que solicitavam à família o uso de materiais de beleza, nas pessoas idosas mais distanciadas do mundo. A razão dada nestes casos era para a maioria dos enfermeiros o de manter hábitos, mas também havia enfermeiros que tinham a intenção de obter outros efeitos, como fosse reavivar memórias e projectar a pessoa para um mundo familiar.

Logo que a situação clínica melhorava e não vivia outros desconfortos a pessoa idosa parecia voltar a ser ela mesma e a tomar conta de si naqueles cuidados que faziam parte da sua identidade. Para a D. Dora, de 78 anos, estes cuidados ligados com a aparência só depois dos cinquenta anos é que tinham começado a ser importantes. Justificava a importância de cuidar da aparência para se sentir bem consigo e ser aceite pelos outros: «Até aos cinquenta somos novas, não

precisamos de cremes de beleza, depois disso é que é preciso parecer bem e para gostarmos de nós e não fugirem de nós» (Ob. 76).

Para os enfermeiros do estudo a possibilidade de promover a boa aparência nas pessoas idosas era momentos gratificantes. Nos dias em que os enfermeiros tinham tempo para realizar os cuidados com serenidade e comunicando com os doentes, associando a limpeza, aparência, estética a sua satisfação era assim verbalizada pela enfermeira Ricardina:

No outro dia brincávamos, quando pusemos a fitinha a esta senhora. Fizemos montes de coisas aí, estava cá eu mais o Ildefonso que a gente disse «isto *hoje deu tempo para tudo*, que a gente destapámos tudo quanto é placa, pusemos a fita, pusemos não sei o quê, foi daqueles dias que deu para fazer tudo, pentear o cabelo..., brincar com eles. Que a gente disse «*assim é que devia ser*» (Ênfase minha).

A possibilidade de poder realizar os cuidados de limpeza e aparência segundo as regras em uso na sociedade actual, não era fácil de conseguir face aos constrangimentos organizacionais.

Para além dessa limitação havia cuidados difíceis de realizar uma vez que exigiam tempo e habilidade que alguns enfermeiros não possuíam. A barba era referida aliás como um cuidado problemático, pois dentro da organização do trabalho não era habitualmente considerado prioritário, sendo realizado se houvesse tempo. Poucos enfermeiros também gostavam de o realizar. Davam como razões não só à fraca qualidade do material, como a sua realização obrigava à cooperação da pessoa idosa, o que nem sempre era possível. Aguardavam por isso a perícia de um elemento da equipa o que fazia com que aparência das pessoas idosas se fosse degradando. Sendo um cuidado frequentemente adiado, tornava a sua realização progressivamente mais difícil.

Sinais opostos ao investimento no promover a aparência revelavam as pluralidades de envelhecer. Eram modos menos estimulantes para os enfermeiros,

quando as pessoas idosas não mostravam ter preocupações com aparência (Skewes, 1997). Havia mesmo pessoas idosas que não traziam para o hospital os objectos de uso pessoal, nomeadamente próteses dentárias. Nestes casos os enfermeiros referiam não interferir, excepto quando a sua falta tornava a pessoa mais dependente, nomeadamente no tipo de dieta. Uma enfermeira explicava o seu modo de agir assim:

Algumas pessoas que não têm dentes e se os usam, ou que pelo menos não usam habitualmente, ou quando vêm para o hospital não se preocupam mesmo e depois é um problema por causa das dietas também, porque podem comer dietas de diabéticos e nós temos de estar a mudar para mole, porque não têm dentes.

Nos estudos de Woolhead et al (2004) manter a dignidade passava por realçar a importância dada a uma aparência respeitável fosse qual fosse a idade, doença ou estatuto económico. As pessoas idosas consideravam como comportamentos indignos o uso de vestuário pouco cuidado, a roupa desabotoada, a roupa aligeirada, o uso de roupa com aspecto demasiado moderno. O modo minucioso na oferta dos cuidados ao corpo da pessoa no estudo de Lomborg (2005) revelava quanto os modos de realização dos cuidados ao corpo eram significativos para os doentes. Assim o uso de muita água no banho, lavar o corpo por inteiro, lavar os dentes, mãos, pentear o cabelo, fazer a barba, eram modos que revelavam os hábitos sociais em uso nestes cuidados. O grau de dependência é que fazia os doentes optar por tomar duche, ou ser lavado na cama.

Manter a dignidade está tão profundamente ligado à questão da limpeza e aparência corporal, é um valor de tal modo elevado na sociedade actual, que segundo Woolhead et al (2004), as pessoas idosas para o verem garantido preferem perder alguma autonomia, optando por viver precocemente em residências de idosos, sujeitos ao cumprimento de horários e rotinas. Esta

cedência de autonomia era também um sinal de adaptação à diminuição de capacidades físicas (Woolhead et al 2004).

Para além da estratégia promover a aparência, outra tática usada regularmente para a pessoa manter uma imagem positiva de si era preservar o pudor. Se o manter a limpeza e aparência de si era um modo da pessoa idosa manter os hábitos de vida social e estimular a sua imagem de ser social, o modo de realização desses cuidados tinha o potencial de reforçar a imagem positiva de si mesma.

4.1.2 – Preservar o pudor

O conceito de pudor no campo hospitalar é frequentemente compreendido como ocupando um espaço pessoal e territorial, ligado a aspectos da esfera privada e física de certas partes do corpo da pessoa, mas também a aspectos psicológicos como valores opiniões e pensamentos (Randers e Mattiasson 2004).

Neste estudo preservar o pudor foi assumido através das acções a) manipular o ambiente; b) preservar a privacidade do corpo íntimo; c) preservar imagem de self adulto e autónomo.

a) Manipular o ambiente foi usado para garantir a privacidade no espaço restrito da unidade do doente. O uso criterioso do reposteiro e da porta da enfermaria, fazia com que um espaço semi-público se tornasse num espaço privado. A utilização polivalente do reposteiro à volta da unidade de cada doente, fazia com que este espaço tivesse múltiplas funções, tal como acontece nas casas que só possuem uma divisão.

Se a actividade a ser realizada fosse percebida como socialmente inofensiva para a salvaguarda da privacidade da pessoa idosa, o reposteiro era recolhido e oferecia um espaço aberto. As actividades desenvolvidas no espaço aberto eram alimentação e distracção/lazer, que são acções que em sociedade são

consideradas públicas. Fechar completamente o reposteiro significava que a unidade do doente passava a espaço privado.

Tal como na vida quotidiana há actos que são realizados na casa de banho à porta fechada na maior privacidade, o mesmo acontecia com actos que exigiam o destapar do corpo. Os momentos dos cuidados ligados à eliminação, banho, exames médicos, pensos, eram percebidos como críticos para a intimidade da pessoa idosa.

Também o facto de a porta da enfermaria, que habitualmente permanecia aberta, ser fechada simbolizava um reforço à privacidade proporcionada pelo reposteiro. Era um sinal explícito e usualmente eficaz que condicionava o acesso das pessoas estranhas à unidade de internamento, limitava a entrada, obrigando a bater à porta antes de entrar.

Manipular o ambiente estendeu-se ao espaço alargado da unidade de internamento, fora da enfermaria, que sendo um espaço público era por vezes transformado em espaço privado, em actos como a entrevista de acolhimento. Esta era considerada por alguns enfermeiros uma actividade invasora da privacidade quando realizada na enfermaria, nomeadamente se a pessoa idosa tinha limitações auditivas. Face à falta de espaços que garantissem a privacidade, havia nas várias unidades de internamento, espaços semi-construídos com plantas decorativas, sofás colocados numa dada posição, que eram designados por «salinha do fundo», ou a «salinha pequena». Eram espaços privilegiados, comuns a doentes, enfermeiros e familiares, com funções polivalentes de sala de entrevista, sala de estar, de leitura, de televisão e de café.

O excerto a seguir é contado pela Enfermeira Ricardina onde se vê a importância destes espaços: «Vi-a cabisbaixa, os olhos pareciam ter chorado e (...), então levei-a na cadeira para a salinha do fundo». Esta necessidade acentuava-se com certos grupos de doentes que ocupavam totalmente o espaço de convívio dos

mais reservados. Dizia uma enfermeira «metem-se na conversa e ela acabava por ficar por trás... eu estava a relacionar-me com ela e as outras metiam-se na conversa, sabe, como é.. Tive de dar ali uma volta» (Ei 25).

O cuidado em manipular o ambiente que os enfermeiros deste estudo mostravam é realçado na literatura por Barker (2005). Afirma que quem se torna doente fica sujeito à exposição pública dos detalhes sobre a sua vida privada, perdendo-se o direito de garantia da confidencialidade. Baker (2005) afirma, «as «histórias» dos doentes representam a totalidade do que eles são como pessoas. Ignorar ou minimizar a natureza singular da história da pessoa é pô-la em perigo, expor a pessoa a ansiedades e inseguranças sobre as quais podemos saber pouco, e compreender ainda menos» (p. 2).

Os enfermeiros para além de manipular o ambiente arranjavam outras acções de modo a preservar a privacidade do corpo íntimo.

b) Preservar a privacidade do corpo íntimo era outro modo de preservar o pudor para diminuir o incómodo da pessoa idosa em ser destapada. Foi das áreas em que os enfermeiros mais se penalizavam pelo que referiam como «esquecimento» e «pressa». Justificam-se também com a necessidade de vigiar os sinais de integridade do corpo que os obrigava a destapar e a invadir a privacidade do corpo da pessoa idosa. A Enfermeira Carlota contava a sua preocupação:

Sim nós preocupamo-nos que a doente esteja tapadinha. Há doentes que não parecem, mas incomodam-se muito, que ficam mesmo incomodadas. É difícil, disfarçam. Mas às vezes naquela coisa do destapar para ir ver e não sei quê, a gente puxa a camisa, mas acho que deveríamos ter muito mais cuidado.

Embora os enfermeiros se esforçassem em realizar elevado esforço para diminuir o desconforto da pessoa idosa nos gestos de destapar, estes gestos eram tão frequentemente repetidos no hospital, que muitas vezes a sua trivialização, fazia

com que fossem vividos e realizados como gestos automáticos, provocando sentimentos de auto-penalização

Os modos usados pelos enfermeiros do estudo para preservar a intimidade da nudez do corpo da pessoa idosa, visavam evitar a sua exposição pública. Este era um cuidado que pretendia diminuir a vulnerabilidade da pessoa, nomeadamente porque respondia a um ritual social em que eram respeitados os preceitos da moral vigente. Os modos dos enfermeiros mostrarem esse respeito eram subtis e o desconforto que manifestavam quando não cumpriam esse cuidado, longe de mostrar contradição do discurso e da acção, revelava antes a importância que atribuíam aos lapsos que por vezes aconteciam.

Passo a descrever os modos usados pelos enfermeiros sem muitas vezes terem consciência de o fazer.

Pedir permissão, antecedia o destapar do corpo da pessoa idosa, sendo usados modos de comunicação verbal e não verbal. O pré-requisito que fazia entrar e passar a barreira do espaço íntimo era efectuado através da auto-apresentação. A Enfermeira Sara dizia como fazia «Olhe, não me conhece mas eu sou enfermeira Sara, está aqui no Hospital X...» Este tipo de apresentação favorecia o passo subsequente, que era o pedido de permissão formulado de modo directo ou indirecto para invadir a privacidade do corpo da pessoa.

A formulação indirecta do pedido de autorização era efectuada através do informar explícito do cuidado que iria ser realizado. Dada essa explicação, o enfermeiro reconhecia ter autorização implícita para o acto de destapar. A Enfermeira Olímpia mostrava essa preocupação informando da finalidade do cuidado que a seguir ia acontecer quando afirmava «muitas vezes a gente diz, não é? Olhe vou ver o seu penso».

Neste estudo no preservar o pudor os enfermeiros associavam o pedido de desculpa sobretudo nas pessoas idosas que revelavam sinais corporais de

inibição. Este pedido de desculpa era referido como um modo de desbloquear e iniciar um diálogo em termos socialmente correctos, que reforçava o pedido de permissão de entrada em zonas íntimas do corpo. Era adoptado um tom de voz mais baixo e isso era referido como um acto de recato natural. Acontecia mesmo que durante a própria entrevista o enfermeiro reproduzia esse modo discreto de falar, tornando-se quase inaudível na gravação.

Uma enfermeira referia usar as seguintes palavras: «olhe desculpe lá, mas agora temos de a destapar, preciso de a destapar para a lavar por baixo» (Ob. 2). Referia esta frase como sendo muito facilitadora e o tom de voz compassivo com que a referia fazia acreditar ser um genuíno pedido de desculpa pelo embaraço causado. Os doentes referiam-se aos enfermeiros que revelavam este tipo de sensibilidade na abordagem como «gentis», «muito educados» e «de bons princípios». Paralelamente comparavam com atitudes opostas.

A literatura afirma que desde que haja permissão de entrada, a violação do espaço pode ser realizada sem que exista perda de dignidade da pessoa (Gallagher, 2004).

Saber usar a linguagem apropriada com os doentes, acerca do funcionamento do corpo, é aliás uma das dificuldades que se colocam no cuidado à incorporação da pessoa (Lawler, 2002). Não usar linguagem técnica, mas usar uma linguagem não grosseira e compreensível para a pessoa idosa, era algo embaraçoso para os enfermeiros quando não conseguiam fazer-se entender. A comunicação não verbal resolvia as situações de maior desconforto. Na passagem de turno a partilha das características culturais sobre os modos de designar partes do corpo, seu funcionamento regular e anómalo, era assinalada com humor pelos enfermeiros que referiam a pertinência da existência de um livro sobre este tema. O pedido de permissão pelo enfermeiro de entrada na intimidade do corpo era também efectuado muitas vezes através da comunicação não verbal. Assim à vista

da aproximação do Enfermeiro Heitor, com uma seringa na mão e a abaná-la dizendo «Venho fazer uma maldade!...», a doente D. Ermelinda, sorria e destapava de imediato o abdómen para a administração da injeção subcutânea.

Mesmo nos doentes com alterações auditivas a partilha de códigos culturais comuns faziam com que embora as palavras enunciassem somente parte da mensagem, a restante fosse completada pelo doente.

Já destapar uma pessoa com alterações cognitivas exigia dos enfermeiros um maior cuidado, referindo alguns nunca o fazerem sem aviso prévio, pois sabiam que um gesto inesperado poderia desencadear uma crise de agitação. A Enfermeira Ofélia referia a sua cautela assim:

Nunca lhe puxo a roupa, nunca tiro o lençol, nunca sem dizer o que vou fazer! Basta isso para se desorientarem.

Os enfermeiros preocupavam-se em preservar o pudor, sabendo quanto tal atitude respondia a necessidades profundas nas pessoas idosas. Usavam de cuidado redobrado nas pessoas grandes idosas, particularmente se estivessem lúcidas. Justificavam esse cuidado acrescido por elas pertencerem a uma geração anterior à década dos anos sessenta, pelo que a nudez de partes íntimas do corpo era vivida com elevado desconforto. Afirmavam existir pessoas idosas que pela primeira vez na sua vida estavam nuas perante alguém. Isso incomodava os enfermeiros que evitavam explicitar essa compreensão referindo que isso iria agravar ainda mais o seu desconforto.

Um outro modo de diminuir a vergonha era através de legitimar o acto. Isto consistia em oferecer a possibilidade de ser a própria pessoa idosa a realizar o cuidado. Mesmo sabendo que não estava capaz de o fazer, esta atitude, aparentemente despropositada, era explicada por alguns enfermeiros como um modo da pessoa idosa perante si própria legitimar a sua incapacidade e aceitar a invasão da intimidade do seu corpo. Ao dar essa autorização também favorecia a

intervenção do enfermeiro. Esta acção era usada nas pessoas mais tímidas e que manifestavam sinais de vergonha. A Enfermeira Helena contava como decidia:

Nos mais envergonhados, ou que se estão a tapar mais, quando nós estamos a fazer mais alguma coisa. «Olhe, quer-se lavar, ou quer que seja eu a lavar?!», oh não! Lave a senhora enfermeira, eu não posso» E assim já nos dá uma certa margem de...poder fazer a higiene mais à vontade.

O pedido de desculpa por parte do enfermeiro, era usado para facilitar o acesso a zonas íntimas e procurava diminuir a vergonha que a pessoa idosa vivia. Pedir desculpa isentava a pessoa de um acto socialmente não aceite. Era uma expressão social corrente que o enfermeiro utilizava para induzir e desanuviar a inibição da pessoa idosa, mostrando respeito pelo seu desconforto. Uma Enfermeira referia o modo como fazia:

Bem às vezes pedimos desculpa de ter de destapar e dizemos «*desculpe temos de estar sempre a tirar*», pedimos desculpa, mas agora temos de estar a destapar, vamos voltar, temos de...pronto. É respeito. (Ent. 7).

Distrair era outro modo de proteger o pudor da pessoa idosa. Usar técnicas que desviavam a sua atenção do assunto em foco, através de falar de assuntos banais durante os cuidados, ou sobre temas do interesse da pessoa idosa funcionava como recurso seguro para o desenrolar da interacção acontecer respeitando o enfermeiro o pudor de modo disfarçado.

Os enfermeiros referiam ser este um modo indirecto de mostrar ao doente que não estavam a olhar directamente para partes íntimas do seu corpo, dando à interacção um carácter mais inofensivo. Estas conversas aliviavam a carga emocional presente e permitiam ao enfermeiro «lavar como deve ser» zonas do corpo que exigiam limpeza esmerada.

Alegavam alguns enfermeiros que muitas vezes a falta de higiene nas zonas íntimas do corpo das pessoas idosas se devia a dificuldades dos cuidadores e das

peessoas idosas, que faziam com que, de tão abreviado, o cuidado a zonas íntimas do corpo fosse realizado de modo inconveniente, deixando a pessoa idosa mal cuidada. Argumentavam alguns enfermeiros que o conceito de auto-cuidado estava a ser abusivamente utilizado. Twigg (1999) refere a mesma situação nos cuidadores de pessoas idosas em que a lavagem dos órgãos genitais pela própria pessoa idosa era desejo de ambos. A pessoa idosa porque evitava o embaraço e a humilhação e os cuidadores porque deixavam de viver a relutância de estar envolvidos em cuidados tão íntimos. Twigg (1999) afirma que os cuidadores «racionalizaram isto dizendo que quase todos os clientes podiam gerir essa extensão do seu cuidado e que era bom encorajar a independência» (p. 395).

A literatura revelava como estratégias facilitadoras na realização destes cuidados as mesmas técnicas que os enfermeiros do estudo usavam (Randers e Mattiasson, 2004; Lopes, 1994).

Havia enfermeiros que afirmavam como causa de desconforto não tanto o destapar associado da nudez, mas era antes a apresentação do corpo envelhecido. O corpo envelhecido por ser algo social e pessoalmente repudiado, causava constrangimento em algumas pessoas idosas. A enfermeira Paula contava o modo como as pessoas idosas revelavam esse desconforto.

Enf. – Em relação à conotação sexual pode haver... Já me senti foi, e isto às vezes é difícil explicar, já senti, tanto por parte de mulheres idosas como homens idosos, algum... também constrangimento e *pouco à vontade deles mostrarem o corpo, pela imperfeição que o corpo já apresenta, aquelas “imperfeições” que o corpo já apresenta.*

Inv. – Hmmm, hmmm. Como é que percebeu que era o corpo envelhecido que estava a incomodar ?

Enf. – Coisas tipo, “*Ah, isto agora, estas peles, já viu? Isto já não interessa para nada! Ah, há uns tempos atrás eu era jeitosa!*”, esse tipo de frases... (Ênfase minha).

Os enfermeiros atribuíam o desconforto vivido pela pessoa idosa pela saudade que sentiam de como esse corpo era na juventude, desconforto esse, que

alguns enfermeiros sublinhavam ser agravado pelo contraste da juventude da presença do corpo jovem do enfermeiro. Outros salientavam o que a literatura salienta (Lipovetsky, 1989, 1997) ser a pessoa idosa um produto social e como tal absorvia os mesmos valores que a sociedade valorizava ao desconsiderar o envelhecimento como sinónimo de perdas múltiplas incluindo beleza, encanto e saúde.

Notavam uma evolução na sociedade, visível sobretudo na publicidade em que as pessoas idosas eram protagonistas. Afirmavam que embora pudessem ser razões económicas a desencadear a mudança, esta não deixava de ter impacto positivo na mudança de mentalidades. Reconheciam a televisão como veículo de excelência para educar as pessoas e mudar mentalidades. Uma enfermeira contava o impacto de um programa televisivo com uma artista portuguesa que a tinha alertado para a descoberta da beleza num corpo envelhecido.

Ontem por acaso houve um programa com a Simone de Oliveira e outras pessoas, numa campanha anti-beleza convencional. Falavam em como se encontra a beleza num corpo envelhecido. Nunca tinha pensado nisso assim, eu não acho que seja bonito nem feio, é diferente, mas achei engraçado falarem disso (Ei. 93).

Como referi no quadro teórico e citando Elias (1975) o desconforto e necessidade na pessoa idosa preservar o pudor, tem a sua origem no processo educacional, adquirido desde a infância e que causa sentimentos de embaraço social, ou mesmo angústia. O autor explica o sentimento de pudor como algo não somente na relação da pessoa consigo mesma, mas com o processo de condicionamento social que se vê constrangida a não poder assumir. Vive uma espécie de medo perante a degradação social em que se encontra. O pudor é uma forma de desprazer, ou de medo, provocado e caracterizado pelo facto de a pessoa «viver um mecanismo de auto-constrangimento, que lhe foi inculcado por outras pessoas, na dependência das quais se encontra, por essa razão estão investidas

de um certo poder e de uma certa superioridade» (Elias, 1975, p. 264). Mesmo que os princípios de respeito pelo pudor sejam mantidos, a pessoa pode reconhecer-se como inferior e recear perder a sua auto-estima, bem como o apreço daqueles que aprecia, por recear que eles ajam em conformidade com o seu superego.

Acerca da absorção pelos valores de juventude e beleza e pela nova mudança que começa a insinuar-se na sociedade Elias (1975) no esboço que faz para uma teoria da civilização dá uma explicação plausível para as novas orientações sociais. Afirmar existirem na sociedade mecanismos de regulação não planificados, que não se desenvolvem no caos, «mas obedecem mesmo nas fases de maior agitação e perturbações sociais a uma ordem e estrutura límpidas» (p. 257). Daí que as actuais mudanças sociais pareçam estar a ser sensíveis e a corresponder às modificações demográficas que exigem novos valores.

c) Preservar uma imagem de self adulto e autónomo era outra tática para preservar o pudor. Esta passava por proteger a fragilidade das fronteiras do corpo, nomeadamente no domínio e controlo dos esfíncteres. Esta era uma preocupação que os enfermeiros reconheciam como muito elevada na pessoa idosa. O receio de perder essa competência era tal, que havia pessoas idosas que chegavam ao ponto de pedir que lhes fosse colocada fralda para evitar correr o risco de não conseguirem aguentar atrasos na colocação da arrastadeira.

Os enfermeiros reconheciam que este problema podia acontecer, por limitações de recursos humanos. A oferta da arrastadeira a intervalos regulares e o uso de resguardo protector na cama, eram modos referidos como favorecedores de prevenir incidentes.

Qualquer incidente de perda de controlo de esfíncteres era desvalorizado pelos enfermeiros, argumentando como sendo algo habitual na natureza humana, em qualquer etapa da vida. Uma enfermeira referia o seu modo de reagir: «Aí digo

logo: Não tem problema nenhum, aconteceu, muda-se a cama, estamos cá para isso». (Ent. 13). Havia enfermeiros que chegavam a compartilhar as suas próprias dificuldades neste campo, sobretudo se a pessoa idosa se sentisse humilhada por algum incidente de perda de controlo.

Evitar a colocação de fralda era das atitudes que gerava uma controvérsia surda no grupo dos enfermeiros. Uns lutavam ostensivamente contra o uso desta medida, mesmo em pessoas idosas com alterações cognitivas, outros consideravam o uso da fralda era um mal necessário.

Nos doentes com alterações cognitivas eram muito poucos os enfermeiros que prescindiam do uso de fralda. Havia enfermeiros e mesmo familiares que não acreditavam que fosse possível manter sob controlo, ao nível da satisfação das necessidades de eliminação, uma pessoa com alterações cognitivas. Embora poucos, existiam enfermeiros que defendiam ser contra o uso da fralda, como preocupação e marca distintiva de oferecer um cuidado de enfermagem que defendia activamente o manter de uma imagem positiva na pessoa idosa.

A eficácia da colocação da arrastadeira como medida preventiva do descontrolo do corpo, tinha no caso das pessoas com alterações cognitivas um objectivo que para os enfermeiros excedia essa prevenção. Além do evitar a colocação de fralda, que reconheciam como humilhante, os enfermeiros procuravam evitar simultaneamente a contenção de movimentos. Afirmavam que o desejo de muitas pessoas idosas com alterações cognitivas se levantarem se devia ao facto de precisarem de satisfazer a necessidade de eliminação, respondendo assim aos modos socialmente aceites, ou seja, ir à casa de banho. Desde que essa sensação emergente de urinar fosse satisfeita havia muitas pessoas com alterações cognitivas que passavam o turno sem fazer menção de se levantar e evitava-se assim a contenção de movimentos.

Uma enfermeira contava uma experiência de sucesso: «Com a senhora Dalila que está na cama 3 aconteceu isso, urinou e pronto, ficou completamente sossegadinha, e ela estava toda desorientada. O neto telefonou e nem acreditava» (Ent. 4). A capacidade do enfermeiro em imaginar o self da pessoa idosa permitia-lhe criar estas estratégias de sucesso com tão baixos recursos, excepto o empenho e desejo de manter a pessoa idosa com a sua integridade preservada. A turbulência dos turnos da tarde e da manhã tornava difícil concretizar os sucessos obtidos durante a noite, pois a agitação do ambiente fazia com que esse cuidado fosse protelado ou esquecido. «De dia é pior, esquecemo-nos de pôr a arrastadeira, há mais agitação e está tudo menos controlado», afirmava uma enfermeira (Ei.67). Outros enfermeiros consideravam ser mais favorável não colocar a fralda durante o dia que durante a noite, pela presença mais assídua junto da pessoa idosa, além de ser perturbador interromper o ciclo de sono.

Sobre estas decisões e indecisões, os enfermeiros reconheciam serem necessárias medidas que tinham de ser tomadas colectivamente, pois atitudes díspares poderiam ser ainda mais perturbadoras para os doentes.

Parar e pensar colectivamente foram sugestões dadas por vários enfermeiros. A Enfermeira Joaquina comentava o seu modo de resolver o problema. «Pois, é o que eu lhe digo, a gente precisávamos de parar e mais que uma cabeça a pensar o que se havia de fazer, porque chegamos a uma altura que é só rotinas, a gente faz o que sempre fez».

A importância de preservar uma imagem de self adulto e autónomo exigia novos modos de compreender o significado humilhante que passivamente era infligido às pessoas idosas. A passividade e aceitação da pessoa idosa fomentava também a manutenção de tais comportamentos. Como referi no quadro teórico o comportamento de ensimesmamento (Coe, 1979) da pessoa idosa em não responder aos estímulos e criar um mundo imaginário pode ser um meio de

ajudar a criar um mundo melhor e menos hostil, para sobreviver ali com menos sofrimento.

Eram os enfermeiros mais velhos, cujos familiares tinham vivido e relatado estas experiências que revelavam desejo de resolver as preocupações que afligiam todos e de um modo pró-activo faziam experiências para encontrar formas mais eficazes. Uma enfermeira perita contava assim a sua reflexão sobre as possibilidades de evitar a colocação de fralda:

Eu ponho a arrastadeira, até porque me dá mais jeito para os lavar, não é? E geralmente até fazem xixi, porque como sentem a água a correr até costumam fazer, mas depois não há esse cuidado, não. (...) Mas se calhar se a gente fizesse isso, (oferta de arrastadeira) realmente dava resultado porque agora é assim... acabámos as higiènes eram quase 13h, os doentes agitados ficaram com fralda, os outros ficaram só com o resguardo, Estes pedem a arrastadeira normalmente não é? Agora vamos voltá-los a virar às 15h, é assim, têm três horas mais ou menos ou nem isso, não é? podemos colocar a arrastadeira em vez de fazer para a fralda. (Ent. 4).

Descrevi na estratégia manter uma imagem positiva de si, o manter limpo e promover a boa aparência e o proteger o pudor. Preservar o pudor foi assumido através das acções manipular o ambiente, preservar a privacidade do corpo íntimo e preservar imagem de self adulto e autónomo.

As competências reveladas pelos enfermeiros em proporcionar à pessoa idosa uma imagem positiva de si são realçados na literatura de enfermagem e também em outras áreas disciplinares. Collière (2003) refere especificamente que os cuidados com a aparência são o suporte à comunicação não verbal e define estes cuidados como podendo contribuir para «construir e valorizar a imagem de si próprio e assim, fazer emergir e fortificar o sentimento de identidade, mas também de pertença a um grupo» (p. 182).

Se existirem essas preocupações em outras necessidades básicas, pelo modo como os cuidados forem cumpridos pode estimular-se o sentimento de integridade pessoal da pessoa idosa. Proteger da humilhação do sujo foi referido

como o modo mais exigente de salvaguardar a imagem positiva da pessoa idosa. É essa a categoria que descrevo a seguir.

4.1.3 – Proteger o self da humilhação do corpo sujo

A dependência de estar acamado fazia com que a pessoa idosa vivesse a humilhação do corpo sujo como uma afronta ao seu Eu socializado. Para preservar a sua identidade de pessoa da indignidade do sujo, os enfermeiros agiam de modo a diminuir a humilhação e proporcionavam suplementos ao cuidado.

A dependência devida à imobilidade obrigava ao uso da arrastadeira mas, por vezes, a ela associava-se uma outra dependência, mais perturbadora e causadora de sentimentos de humilhação que era a falta de controlo de esfíncteres. A pessoa idosa sentia-se de tal modo ameaçada na sua integridade de pessoa adulta que, quando acontecia o descontrolo, ou permanecia em total silêncio até ser limpa, ou nem chegava a pedir ajuda. Os enfermeiros contaram incidentes em que havia mesmo casos de recusa em deixar-se limpar. Estes comportamentos referidos como estranhos aconteciam quer na pessoa idosa lúcida, quer na pessoa com alterações cognitivas.

Atitudes de verbalização ou de silêncio aconteciam como modos de gerir a situação. Porém habitualmente, ao contrário do que acontecia com o lidar com as zonas do corpo sobre os órgãos genitais, enfermeiro e doente evitavam falar de um assunto embaraçoso. Os dois actores assumiam-se como pessoas bem-educadas, que cumpriam as regras resultantes dos valores sociais em uso, que eram não falar de um assunto incómodo, como era o cuidado sujo. Os enfermeiros referiam ser desnecessário falar de um problema difícil e aborrecido, que não precisava ser explicado, porque os dois intervenientes tinham

consciência dele. E se não o podiam evitar e também não eram culpados pelo mesmo, a atitude de ocultação do que era óbvio, parecia a mais apropriada.

A enfermeira Rute referia esse sentimento assim: «Não conseguimos ser assim frontais porque achamos que a pessoa vai sofrer muito mais, se nós lhe confirmarmos isso». Confirmar a informação de um acto percebido com desgosto, era violentar desnecessariamente a pessoa idosa, sobretudo se estava lúcida.

Quando era necessário usar da fala na interacção a linguagem escolhida era cheia de códigos cheios de intencionalidade, só compreensíveis pelas partes envolvidas. Caso uma pessoa estranha ouvisse somente as palavras, estas passariam por se referir a uma vulgar interacção inerente a um simples acto de higiene. A Enfermeira Graça falava assim para um doente numa situação de cuidado ligada ao sujo:

Vá, agora temos que lavar por baixo. Fala baixo com tom de voz de afecto. Vamos lá lavar, por baixo, (enquanto lavou o doente manteve-se em silêncio) No fim disse «agora devagarinho, agora vai-se virar. Esteja sereno, isto passa já».

Havia pessoas idosas com uma necessidade referida pelos enfermeiros como obsessiva de confirmarem o funcionamento regular do seu corpo, no que se refere à eliminação intestinal. A essas pessoas, os enfermeiros mostravam o produto sujo e falavam directamente sobre ele, confirmando o acontecimento. Isso dava às pessoas uma sensação de alívio e permitia evitar que estivessem frequentemente a pedir a arrastadeira. A atitude de confirmar o acto de eliminação e a sua quantidade era um modo de individualizar o cuidado numa situação geradora de grande ansiedade para quem a vivia. A Enfermeira Joaquina contava o seu modo de agir e a sua intenção assim:

Começam com a história do cocó, mesmo que tenham evacuado, é uma preocupação enorme que eles têm, não evacuar... A preocupação deles é

essa. Por isso digo: «Já fez e fez muito». É só mesmo para os sossegar, se virem sossegam mais.

Dar novo sentido a um fenómeno vivido como humilhante foi outra das acções usadas pelos enfermeiros para aliviar o sentimento da vergonha na pessoa idosa. Assim transformar o sentido do sujo passava por modificar o seu significado, invertendo, disfarçando a sua objectividade para proteger o self da pessoa. Transformar o incidente do sujo em algo diametralmente oposto, conseguindo encontrar-lhe mérito era transformar o cuidado percebido como indigno num acto pragmático e aceitável. Era colocar ordem em algo onde existia desordem. Era um modo de colocar entre parêntesis o desconforto da pessoa de modo que ela não se sentisse minimizada.

O registo da observação a seguir, ilustra o modo como o enfermeiro transformava o que era um problema para a esposa do doente – o mau cheiro – encontrando-lhe novo sentido. O mau cheiro foi o sinal da resolução do problema de obstipação do doente. Descrevo a seguir a observação:

Junto do doente silencioso, estavam a enfermeira Ilda e a esposa do doente que em voz baixa comentava o desagrado perante o mau cheiro, «Ah, mas estás todo sujo, cheira mal aqui no quarto!». A Enfermeira Ilda não só não falou desse facto, como olhou o acontecimento como uma solução de um problema até ali existente. Afirma serenamente «Olhe, o senhor fez cocó, já não fazia há uns dias. E agora nós precisamos de tratar de si». O doente permaneceu silencioso (Ob. 41).

O humor, também foi usado como táctica, na interacção com a pessoa idosa, servindo sobretudo para suavizar o ambiente geral na enfermaria. O facto de se falar com humor retirava o embaraço que resultava do facto de os outros doentes se aperceberem do que estava a ocorrer, pelo cheiro exalado.

Para defender o self da indignidade do sujo, além das medidas de limpeza esmeradas, houve estratégias usadas que passaram por dar um «suplemento» ao cuidado. O suplemento aos cuidados traduzia-se em acções de compensação

perante o desconforto que algumas acções provocavam. Eram complementos que os enfermeiros ofereciam como um cuidado extra. Eram gestos que procuravam simbolizar a intenção de reabilitar a pessoa no sentido de reaver a dignidade diminuída. A Enfermeira Ilda contava o sentido que deu a uma massagem, após uma interacção em que teve necessidade de fazer uma grande limpeza após uma falta de controlo de esfíncteres num jovem idoso:

(...) Depois achei que ia ser melhor eu massajar a pele, e fiz questão de fazer isso. Ele esteve calmo quase o tempo todo.

Inv. – Mas a sua intenção qual era? O que é que lhe queria dizer com essa massagem?

Enf. – *Queria dizer que ele não tinha que se sentir incomodado comigo. Tinha passado. Estava outra vez como gente.*

Inv. – E a massagem foi a mostrar isso?

Enf. – Sim, que *eu tocava nele sem problemas*. Que não tinha que estar incomodado, estava bem, estava tudo bem, foi nesse sentido de demonstrar que estava bem. Depois não sei se consciencializei tudo na altura. (Ênfase minha).

Dar um suplemento de cuidado era sinal de uma resposta empenhada perante a interpretação do desconforto manifestado pela pessoa idosa. A oferta desse cuidado procurava minimizar e mitigar a violência ou desconforto do cuidado. Os cuidados nestas circunstâncias eram referidos como «mimos». Os mais usados foram, fazer uma festa na face, dar água açucarada, dar uma palavra de carinho, pedir desculpa, dar uma massagem, dar um copo de água após o esforço de um levante, procurar um mimo do gosto do doente que habitualmente era a comida, trazida pela família, ir até ao corredor para se distrair. Estas atitudes carinhosas foram alguns exemplos relatados que procuravam compensar o desconforto que a pessoa estava a viver.

O exemplo relatado e que atribui mais significado foi ao uso da glicose hipertónica na limpeza da boca dos doentes com alterações cognitivas. Este era um modo usado para compensar do desconforto que a limpeza e aspiração de

secreções da boca causava. A Enfermeira Edite contava o que fazia logo de seguida assim:

Recorro à glicose hipertónica que é bom para destacar as placas e como é doce, portanto... fica ali ela por ela, faço uma maldade mas dou um doce logo de seguida (riso).

Este relato fez-me compreender a mensagem de Henderson (1994) quanto refere que só o cuidado de enfermagem sabe assegurar esta arte e que nenhum outro trabalhador «se dedica dia e noite a estes fins» (p. 24).

A dificuldade dos enfermeiros mais jovens era referida pelos mais velhos na profissão. Questionavam o papel da escola nesta área de lidar com o sujo.

Nadot (2003) questiona o lado socialmente oculto da falta de controlo do corpo, ao qual está associado o cuidado sujo. É uma área da natureza humana que se mantém proibida e negada como tema social. Daí que quem vive o problema, seja o doente seja o cuidador, o viva com elevada penosidade.

Havia enfermeiros neste estudo com múltiplos modos de reagir. Uns referiam as dificuldades vividas no seu início de vida profissional e usavam o hábito como modo de ultrapassar o desconforto, que continuavam a sentir. Continuavam a encontrar desprazer em actividades que fugiam à versão idealizada do seu trabalho.

Outros enfermeiros encontravam nesse trabalho a maior complexidade, pois não só era necessário individualizar, como a mobilização articulada de saberes de várias disciplinas dava um cunho de saber e riqueza única ao cuidado de enfermagem.

Outros mais experientes e descontraídos encaravam essa faceta como inerente a todas as profissões. Goffman, (1993), explica existir em todas as sociedades e em toda a vida social uma linha divisória entre a região de fachada e a região de bastidores. Aliás afirma que o reconhecimento social se faz pelo uso dos que se

sabem mover nos espaços de fachada, ou nos espaços de bastidores. Nos bastidores camuflam-se as realidades do trabalho consideradas menos nobres, pois aí o acesso do público é habitualmente vedado.

A teorização nesta área é incipiente e Bliss (2005) constatou que a dificuldade do problema do sujo, nomeadamente no descontrolo intestinal resulta da falta de investigação na área. Também Nadot (2003) na discussão dos dados do seu estudo acerca da ocupação do tempo dos enfermeiros, mostra que os cuidados ligados ao corpo são atribuídos aos enfermeiros de menor formação e comenta este problema situando-o na dificuldade do corpo revelar aquilo que deve permanecer negado.

Mostrei as tácticas dos enfermeiros em diminuir o sentimento de indignidade que a pessoa idosa vivia quando o corpo estava sujo. Estas foram a verbalização, ou o silêncio, o confirmar a evidência, o dar novo sentido ao sujo, o humor, e o suplemento ao cuidados.

No ambiente hospitalar a par da aparente rigidez de comportamentos das rotinas instituídas, existia quanto ao sujo e à falta de controlo maior tolerância e espaço de liberdade, que na vida social. Não é de admirar, pois os processos corporais são tanto mais ignorados e marginalizados do discurso social, quanto mais importante este último se apresenta e um modo natural de investir dignidade num evento social é eliminar ou esconder os processos orgânicos (Douglas, 1996, p. 80). Ora no hospital a fragilidade do corpo é um dado esperado e daí que à semelhança do estudo de Lawler (2002) o modo dos enfermeiros fazerem aceitar mais facilmente a perda de controlo do corpo fosse através da adopção de técnicas de minimização, banalização e disfarce para conferir dignidade à pessoa. Ser sensível à fragilidade da pessoa idosa, em áreas que causavam a maior humilhação ajudava o enfermeiro a manter o sentido de totalidade da pessoa e manter a sua integridade. Uma enfermeira contava a resposta de agradecimento

mais amargo que alguma vez tinha ouvido de uma doente, após ter sido lavada tendo-lhe sido retirada a fralda. «Disse-me assim: «que nunca se veja em semelhante precisão» ...olhe nunca mais me esqueço daquela voz dorida» (Ei, 40. Esta enfermeira contava que depois da resposta daquela mulher nunca mais colocou uma fralda sem averiguar bem da sua real necessidade.

Na estratégia «promover uma imagem positiva de si» as acções desenvolvidas pelos enfermeiros de promover a aparência, preservar o pudor e proteger da humilhação do sujo, permitiram reconhecer ser esta uma área de elevada importância para as pessoas idosas face à pressão dos valores sociais em jogo.

Para os próprios enfermeiros esta era uma área vivida com algum constrangimento, que necessita de maior investimento em termos conceptuais, já que os argumentos actuais são de índole da moral profissional. As repercussões desse saber na interacção dos cuidados com a pessoa idosa poderá fazer com que os desconfortos actualmente presentes fomentem uma outra compreensão e definam a existência de critérios de delegação mais centrados nas dificuldades das pessoas idosas.

4.2 – PROTEGER O SELF DA DOMINAÇÃO

Nesta segunda estratégia descrevo os modos usados pelos enfermeiros na interacção com pessoas idosas quando procuravam protegê-las de actos de dominação nomeadamente quando estas apresentavam comportamentos de agitação e agressividade. Descrevo as três estratégias que a concretizam: prevenir do uso da força, ganhar confiança e proteger o *self* de ser oprimido.

4.2.1 – Prevenir o uso da força

A desorganização mental da pessoa idosa manifestava-se através de comportamentos que punham em causa a sua segurança. Os receios dos enfermeiros eram geridos consoante o seu grau de experiência. Assim enquanto para os mais inexperientes a contenção de movimentos era uma das primeiras medidas a adoptar, os outros mais experientes, escolhiam e usavam outras tácticas que passo a descrever.

4.2.1.1 – *Dar voto de confiança*

Avaliar o grau de agitação e ponderar do risco de queda da cama, era a primeira medida usada pelos enfermeiros para decidir.

A avaliação do grau de orientação era feita com base na observação e nas perguntas que lhes permitiam fazer um diagnóstico diferencial. Os enfermeiros usavam o tempo de interacção nos cuidados para ajuizar da decisão de dar *voto de confiança*. Esta expressão significava confiar nas capacidades da pessoa idosa, acreditando que a probabilidade do risco de queda da cama não seria elevado.

A decisão de voto de confiança era assumida, após decorrer algum tempo de interacção do enfermeiro com a pessoa idosa. Era especialmente durante a prestação de cuidados para a satisfação de necessidades humanas básicas que,

com perguntas simples, os enfermeiros avaliavam o grau de desorientação, atenção, nível de consciência, memória, agitação. Acontecia que através da realização dos cuidados num ambiente sereno, apelando à sua identidade, situando e dando indicações de localização no espaço e no tempo, a pessoa idosa recordava o percurso vivido e o enfermeiro referia o diagnóstico efectuado. Havia perguntas que os enfermeiros referiam como sendo impróprias para usar num primeiro momento de interacção. Avaliar a subtilidade do grau de orientação exigia saber formular perguntas pertinentes. Afirmavam que perguntar o nome era um bom modo pois a noção da identidade da pessoa era das últimas faculdades humanas a serem perdidas. Mas referiam que não fazia sentido perguntar num primeiro momento se sabia localizar-se no espaço em que se encontrava, pois essa possibilidade de resposta apropriada era mínima em alguns casos e isso não significava que o doente tivesse perdido a faculdade da orientação.

Havia enfermeiros que para decidirem sobre o voto de confiança davam primeiro as informações consideradas necessárias para assegurar a orientação da pessoa, no tempo e no espaço. No fim da interacção do cuidado entretanto desenvolvido podiam avaliar com maior precisão o grau de orientação da pessoa. Uma enfermeira descrevia o seu modo de fazer assim:

Enf. – Eu normalmente começo por pensar que esse estado de agitação e confusão pode ser muito daí, do ambiente que tiveram nos dias anteriores e que lhes piorou a situação de doença já, em termos de confusão e de orientação e pronto, e intimidação que esse ambiente lhes causou. Pronto, a minha preocupação é fazer esse primeiro diagnóstico diferencial vá lá, se é só por aí...

Inv. – E como é que faz essa diferenciação?

Enf. – Normalmente, criando o ambiente oposto àquilo que eu penso que eles passaram, ou do que foram rodeados, tendo a preocupação de estar às vezes só eu a falar com a pessoa, ou menos pessoas possível à volta. E começar por chamá-los à identidade da pessoa. Pegar na identidade da pessoa em si, quem é, sem começar logo com aquelas perguntas: “Sabe onde está?”, porque a pessoa à partida até pode saber onde está, mas se

calhar também nunca ninguém lhe disse, desde que chegou: “Olhe, está aqui”. Às vezes chega-se ao pé de uma pessoa idosa e confusa e diz: “Sabe onde está?”, quase de certeza que não sabe, por alguns motivos, e isso só confirma a confusão, quando a pessoa dá uma resposta negativa, ou que não é coincidente. (Ent. 2).

Por vezes a simples orientação para a realidade permitia fazer com que o doente se situasse no local hospital e o exercer do voto de confiança acontecesse. Esta foi das actividades mais vezes referidas e observada nos enfermeiros junto das pessoas com alterações da consciência.

A investigação de Salmon (1993) mostra que a técnica de orientação para a realidade era nas pessoas com alterações cognitivas das actividades programadas a mais usada e com mais efeitos positivos na interacção, pois dava mais oportunidades ao doente para se expressar.

O enfermeiro avaliava a capacidade de risco de possível queda e decidia sobre manter ou não o voto de confiança pelo modo como a pessoa idosa revelava o seu grau de compreensão da realidade física do hospital, pela cooperação, aceitação e adesão aos cuidados de manter a vida. Não era hábito em algumas unidades o uso de qualquer tipo de escala para ajudar na diferenciação da subtilidade de sinais como a desatenção, o pensamento desorganizado, o grau de consciência, a desorientação, a alteração da memória, a percepção, a agitação/lentidão psicomotora (Laplante e Cole, 2001).

Os enfermeiros referiam ser frequente no decurso dos próprios cuidados, a pessoa idosa ficar mais serena. A satisfação de necessidades básicas ao nível de posicionamento do corpo, administração de analgésicos, massagens promotoras de conforto e de alívio do desconforto, alimentação, fazia com que a pessoa serenasse e despertasse de um certo torpor que o sono e os sedativos tinham provocado.

No turno da manhã era mais frequente os enfermeiros referirem poder usar o voto de confiança, uma vez que havia como que uma «vigilância colectiva». Durante a noite porém havia enfermeiros que davam o voto de confiança após assegurarem a satisfação de necessidades básicas, como descrevi na categoria anterior. Realçavam que a pretensão de satisfazer a necessidade de eliminar era aquela que provocava maior desejo de se levantar na pessoa idosa. Era a tentativa de resposta da pessoa idosa manter a sua integridade cultural que a levava a agir segundo os padrões sociais habituais. Esse desejo era referido como um saber incorporado, «que está dentro deles», que só era perdido em fases de grande distanciamento do mundo, ou elevada fragilidade fisiológica. Para manter o voto de confiança, o agir preventivo traduzia-se na oferta da arrastadeira a intervalos regulares, de três em três horas, ou de quatro em quatro horas, evitando assim o desejo de levantar da pessoa idosa e a colocação de fralda. Uma enfermeira contava o seu modo de agir:

No turno da noite, no começo do turno e passadas três ou quatro horas. Aí pelas quatro da manhã, só estamos (duas enfermeiras) é fácil, oferecermos novamente a arrastadeira. Evita-se imobilizar a pessoa. Eu não imobilizo ninguém, como sabe. (...) Porque fazer na fralda, as pessoas que não estavam habituadas, fazer isso, é complicado. Tenho feito assim e resulta. (...) Eles não querem urinar na cama e o facto de ela ter feito, ficou sossegadinha, urinou, nunca mais se ouviu de noite (Ent 5).

Satisfazer a necessidades básicas nomeadamente a da alimentação era uma medida considerada essencial para serenar a pessoa e criar ambiente favorável para que o voto de confiança pudesse ser obtido. Durante a noite para que este tempo fosse um tempo real de descanso, a Enfermeira Otília contava como fazia:

Pronto, dá-se o leitinho. Esperava que comesse e entretanto conversava. Não é deixar ficar na mesa-de-cabeceira, vai-se dar a medicação não custa nada pegar no copo de leite e esperar que eles bebam, com calma, com conversa, depois dormem. Vamos espreitando e eles dormem.

Também foi referido pelos enfermeiros que eliminar do ambiente estímulos percebidos como perturbadores para o doente, favorecia a criação de condições para dar o voto de confiança. Tácticas como disfarçar os equipamentos de monitorização e apoio, situar a pessoa num local onde pudesse ser facilmente vigiada, distrair a pessoa, visavam manter a pessoa idosa sem contenção de movimentos. Já no fim do estudo numa unidade de internamento apareceram umas luvas especiais, tipo box, confortáveis e que se encontravam em fase de experimentação. Pretendiam assegurar o não retirar de equipamento introduzido no corpo.

O voto de confiança era assegurado através da existência de alguém disponível para exercer uma vigilância da pessoa continuada, habitualmente um elemento da família. Era o caso da doente D. Judite, que na companhia da filha se mostrava calma, nunca precisando estar imobilizada, enquanto que a aproximação de qualquer membro da equipa era vivida com grande agitação. A Enfermeira Carlota contava essa experiência:

A filha é esteticista, e um dia vim fazer a tarde e eu estava a ver-lhe a tensão, e a filha estava-lhe a arranjar as unhas e ela estava-lhe a dar a mão para ela arranjar. Portanto, ela está desorientada, mas ela sabia que era a filha e que dali tinha carinho. Com a filha cá não precisa estar imobilizada.

Outras estratégias aliadas ao voto de confiança foram relatadas para evitar a contenção de movimentos.

4.2.1.2 – *Ganhar confiança*

Esta era outra táctica conseguida através das seguintes acções: entrada no espaço íntimo, uso do próprio corpo, uso de tempo e participação no cuidado.

Entrar no espaço íntimo implicava para os enfermeiros não serem invasivos, o que exigia interpretar os sinais visíveis do corpo e o seu comportamento no próprio contexto e, em função disso, fazer a aproximação de modo cauteloso e

sensato, antes de tocarem para realizar qualquer cuidado. Esta leitura indicava ao enfermeiro o rumo a seguir para entrar no espaço pessoal e íntimo do doente, sem que essa invasão fosse percebida por este como uma agressão.

Os enfermeiros referiam que o tocar inerente aos cuidados podia ser muito ameaçador para alguns doentes, sobretudo se estes estivessem com dificuldades de apreensão da comunicação oral. Iniciar qualquer cuidado que exigisse tocar e agarrar, sem ter previamente assegurado a aceitação desse gesto por parte da pessoa idosa era referido como podendo ser perturbador e fazer perder a confiança.

Ganhar confiança era um pré-requisito considerado obrigatório pelos enfermeiros em qualquer interacção, mas mais acentuado no caso das pessoas em delírio, ou das pessoas que mostravam sinais elevados de agitação e se sentiam perseguidas. Já em pessoas cujo desfasamento da realidade mostrava estarem em mundos mais serenos, o tocar e massajar das mãos foi referido como uma tática eficaz para ganhar confiança.

A técnica mais usada pelos enfermeiros para ganhar a confiança de um doente agitado era usar voz calma, insistente, paciente e com serenidade ir sempre informando da intenção do que fazia. Usar este tipo de voz e aliar uma massagem era um modo eficaz em pessoa idosas com agitação verbal, mas não motora. No caso de usar a massagem esta era sempre dada sem luvas «para sentirem o nosso corpo e verem que não lhes fazemos mal», como referia a enfermeira Carlota.²⁰

²⁰ A literatura mostra que o uso de luvas é percebido de modo diferente por doentes e enfermeiros. Routasalo e Isola (1996) referem que os doentes a viver em lares sentem as luvas como elemento de frieza. No estudo de Augusto et al (2004) reconhecem-se vários modos de as luvas serem percebidas pelos doentes. Existe consenso no seu uso, nomeadamente quando a pessoa idosa se sente protegida do perigo de contaminação e na sua privacidade. Também as luvas eram percebidas pelo doente como geradoras de afastamento, mas era sobretudo o desagrado da textura no contacto que provocava desconforto. A luva em si mesma podia não incomodar desde que não fosse mais um elemento a reflectir frieza na interacção.

A decisão de tocar e ganhar confiança acontecia no contexto da interacção e residia na acção tal como estava a ser vivida pelo enfermeiro, aliada ao conhecimento que provinha da leitura do corpo. Qualquer falha nessa leitura podia bloquear e romper o prosseguimento da interacção. Era no dar espaço, que o enfermeiro se aproximava do self da pessoa com alterações cognitivas. Isso podia simplesmente passar por explicar o que pretendia fazer ao doente, e aguardar a sua resposta. Assim, saber esperar, estar calado ou falar, sentar-se, usar conversa banal, aguardar o melhor modo e momento de entrar em interacção, eram possibilidades referidas como tendo sido usadas para não violentar a vontade da pessoa idosa.

Também o insinuar-se e conversar sobre assuntos do quotidiano, particularmente sobre o tempo ou sobre a família, foram dos temas observados e referidos pelos participantes do estudo como facilitadores para ganhar confiança e obter aceitação para entrar no espaço pessoal e íntimo do doente. O modo eficaz de ganhar confiança tanto podia ser concretizado através do uso do tocar e massajar as mãos num primeiro momento, como pela simples insistência de estar ali com o doente sem ser invasiva. Com o doente Sr. Hermínio, a Enfermeira Carlota decidiu esperar e estar lá e o resultado fez-se sentir:

Levá-lo a fazer o que queremos, se calhar não conseguimos logo à primeira, temos que ir uma segunda vez, porque não é ser só o fazer coisas, é estar lá e esperar. Fui e sentei-me e disse «Hoje está calor. Vou-me sentar aqui um bocadinho...., importa-se?» Calei-me e esperei ali, não sei quanto tempo (...) depois desatou a falar comigo.

Para que o enfermeiro não correr o risco de perder a confiança alcançada era necessário manter regularidade de atitudes na interacção. O cumprimento desse princípio obrigava que cada interacção fosse iniciada sempre segundo os princípios inerentes a um primeiro encontro, pelo menos enquanto a pessoa do

enfermeiro não fosse reconhecida pela pessoa idosa. Este cuidado era referido como essencial nos doentes com alterações cognitivas.

O tipo de conhecimento acabado de descrever foi designado por Van Manen (1999) de conhecimento prático não cognitivo. Descreve-o como um conhecimento que está incorporado em quem o usa. É inerente às situações e relações, ao corpo da pessoa e às coisas do seu mundo, e pode nem ser considerado como conhecimento. É um conhecimento ao qual Van Manen (1999) atribui a característica de relacional pois obriga a ler continuamente as muitas coisas que estão a acontecer naquela situação única e a agir face ao que nela se interpreta.

Estar lá para ganhar confiança exigia dar tempo ao doente antes de entrar no seu espaço pessoal. Foram referidas como modos de ganhar confiança dar tempo para a pessoa idosa se habituar à figura física do enfermeiro, usando esse tempo para preparar os materiais que iria necessitar, andando à volta da cama e conversando, estabelecendo conversa relacionada com experiências anteriores ali vividas. Uma enfermeira contava o seu modo de tocar no Sr. António que gesticulava desordenadamente:

Mas o que eu tenho verificado é que nesses momentos de maior agitação, tendo uma atitude mais retraída, um bocadinho, de modo a que a pessoa deixe haver maior aproximação, às vezes pelo que dizemos... Ganhar um bocadinho de maior confiança antes de lhe tocar e agarrar. Isso às vezes, quase sempre, ajuda! (Ent.2).

Usar o seu próprio corpo, era outro modo de o enfermeiro ganhar a confiança da pessoa idosa. Os enfermeiros referiam-no como instrumento de particular importância. O auto controlo corporal e o uso das mãos no modo de realizar os cuidados foram citados como essenciais. O controlo da postura global revelava-se na segurança dos movimentos, nos braços caídos, no andar lento, progressivo, passo a passo, firme, sem medo, ou hesitação, mantendo-se somente atento às

reações do doente para evitar ser agredido. Referiam ser perigoso adoptar a atitude de falar e agarrar a pessoa sem dar um espaço prévio para conquistar a confiança.

A oferta e uso do corpo do enfermeiro para a pessoa idosa poder apoiar-se nele era também um modo de conquistar a sua confiança. O uso do seu corpo era um recurso palpável que o enfermeiro disponibilizava para favorecer a mobilidade do doente na cama e no levante. Essa atitude era percebida e referida como uma atitude amiga pelos doentes. Usar e oferecer o seu corpo como recurso para o doente ter segurança era percebido como inerente e implícito ao modo de ser enfermeiro e poder cumprir obrigações profissionais. A Enfermeira Carlota contava como usava o seu corpo na interacção:

Deixo-os encostarem-se à minha barriga quando os estamos a voltar, sem a grade a interferir, seguro-os ao meu próprio corpo, vão-se encostando e eu deixo mexerem (no meu corpo) não faz impressão eles mexerem, não faz diferença nenhuma, não tiro a mão. Eles sentem-se seguros, vê-se que agarram com força a roupa, têm medo de cair.

Mesmo quando o contacto corpo a corpo não é uma competência muito desenvolvida no enfermeiro, ultrapassa essa limitação para que através do uso do seu corpo a pessoa idosa ganhe confiança. Outros enfermeiros mantinham e argumentavam ser uma característica pessoal não gostar de ser tocados, mas que tinham ultrapassado essa característica de educação ao longo da socialização na profissão.

Além do uso do próprio corpo, a necessidade de ter tempo e poder estar totalmente disponível no cuidado era referido como um requisito essencial para o enfermeiro poder ganhar a confiança da pessoa idosa.

Eu sei que quando for para ali é para ali estar. Eu posso falar porque não tenho doentes atribuídos não é? (...) Se eu tivesse mais oito doentes atribuídos, se calhar não podia. (Ent. 6).

Ter tempo permitia interpretar informações, estabelecer códigos de comunicação, observar as transformações subtis ocorridas no olhar, nos movimentos do corpo e com base nesse conjunto de sinais de aceitação ou rejeição que o doente emitia, o enfermeiro geria o melhor modo de fazer a aproximação ao seu espaço íntimo. Só após obtido o consentimento para a aproximação, muitas vezes expresso de modo verbal e explícito, outras vezes de modo implícito, é que o enfermeiro podia entrar no espaço íntimo da pessoa idosa para que a realização dos cuidados fosse possível e não agressiva. O tempo investido na obtenção da autorização traduzia-se depois em maior tranquilidade no decurso da interacção do cuidado a realizar. «Ir com calma», «não ter pressa», foram expressões usadas como modos apropriados para ganhar a confiança. A expressão, «é preciso perder tempo para ganhar tempo», significava que o investimento do recurso tempo visava depois ganhar tempo na aceitação de outros cuidados. Uma enfermeira referia como o tempo perdido fazia ganhar tempo:

Porque depois a *partir daí eu acho que é muito mais fácil* o doente estar calmo, conseguir participar nos cuidados que lhe são feitos e até, às vezes, tomar algumas decisões, nem que sejam muito pequeninas. *É preciso perder tempo para se ganhar tempo depois.* (Ênfase minha) (Ent. 6).

Ter tempo favorecia a disponibilidade do enfermeiro para estar centrado na atenção à pessoa que era alvo do seu cuidado. Os enfermeiros do estudo referiam que mais do que o cuidado concreto que era realizado, o que era decisivo em termos de ganhar confiança era o enfermeiro estar centrado e empenhado na pessoa idosa. Afirmavam que seguir os procedimentos considerados como padrão normal não garantia o sucesso se o enfermeiro não estivesse focalizado na pessoa idosa. A Enfermeira Sara recordava uma interacção de insucesso e explicava-o à luz do tipo de aproximação efectuada. Recorda o tipo de comportamento que só aparentemente foi uma atitude competente e o resultado foi a prova disso:

Então *cheguei e disse na mesma quem eu era, mas disse como se fosse para um gravador* (riso), disse-lhe: “Tem que fazer isto!”, e segurei-lhe na cara para lhe dar o comprimido. O senhor olhou para mim de uma forma que até me magoou como se tivesse uma raiva enorme de mim, fechou a boca, agarrou-me nas mãos de uma maneira muito firme e empurrou-me. (Ênfase minha).

Ganhar confiança, implicava construir um ambiente para favorecer a interacção, sendo a relação dual referida como a mais favorável que é a relação a três. Alguns enfermeiros chegavam a prescindir da presença do auxiliar de acção médica, ou escolhiam uma pessoa que fosse fonte de estabilidade, para criar ambiente favorável ao ganhar de confiança.

O hábito quase instituído dos cuidados serem realizados aos pares, tinha uma dupla face. Era uma necessidade para a realização de alguns cuidados. Porém se o conforto do doente era garantido pela maior brevidade na realização do mesmo, já a interacção corria o risco de ser empobrecida, se os dois cuidadores, ao interagirem entre si, excluíssem e esta não fosse envolvida nem o centro da atenção.

Ganhar confiança exigia entrar no mundo da pessoa idosa para conseguir dar cumprimento aos cuidados de manter a vida. Para ganhar confiança e entrar no espaço íntimo da pessoa, o enfermeiro tinha de saber pedir permissão para entrar e os modos referidos passaram por usar o próprio corpo, usar a massagem nas mãos, ter tempo para esperar a resposta de aceitação e privilegiar a relação dual. Só após estes actos preliminares tendentes à aceitação, podia entrar no mundo da pessoa.

4.2.2 – Entrar no mundo da pessoa

As tácticas que permitiam entrar no mundo da pessoa eram de três tipos a) *assumir um compromisso* b) *simular uma identidade* c) *criar mundos de ficção*. Passo a descrever as características de cada uma delas.

4.2.2.1 – *Assumir um compromisso*

Para satisfazer necessidades básicas e manter a pessoa idosa calma o enfermeiro estabelecia compromissos, com vista a obter acordos segundo as regras sociais que regiam qualquer negociação. Um dos compromissos usados enquanto pertença de grupo profissional que se rege por um código de valores era não entrar em conflito com os doentes. Mesmo que fosse alguém menos simpático, ou mesmo brusco, o enfermeiro disfarçava a menor simpatia que a pessoa inspirava e evitava entrar em conflito, ou aceitava esse comportamento como necessário à pessoa.

Os enfermeiros mais hábeis em lidar com doentes com alterações cognitivas estabeleciam compromissos de acção de modo a conseguir proporcionar os cuidados que a pessoa idosa precisava. A Enfermeira Natália contava as palavras usadas pela doente D. Rita que revelavam como ela tinha levado a sério o compromisso de não se levantar:

Arranjamos um modo de fazer alguns contratos com o doente «então vamos lá», dizia ela. Alguém fez lá um contrato com uma coisa qualquer que eu já não me lembro, mas que achei graça, porque ela disse «então vamos lá a ver, vamos lá a ver...se cumpre a sua parte.» Dizia ela (ri).

Os acordos cumpridos com maior sucesso eram aqueles em que o enfermeiro se guiava pelas regras socialmente estabelecidas, sendo as condições do compromisso de ambas as partes expostas de modo explícito. O sucesso dessa táctica exigia do enfermeiro uma atitude de pensar previamente a melhor forma de fazer cumprir um compromisso com uma pessoa que mentalmente apresentava limitações. A Enfermeira Carlota contava como era complexo gerir os cuidados à pessoa idosa para evitar que esta fosse submetida à contenção de movimentos:

Essa batia mesmo e estava ali a bater a todos, eu pensei: “Bem, se vamos imobilizá-la, vai-se pôr aqui aos gritos!”. Só mesmo dando-lhe um calmante, e ela nem sequer tinha o soro... tinha que ser tomado via oral... mas ela não ia tomar de maneira nenhuma.

Então eu pus um bocado de creme nas mãos e comecei a massajar-lhe as mãos e passado um bocado ela estava-me a falar na filha, a contar-me uma história, e eu disse: «*Agora tem que estar sossegadinha*», e ela: «*Está bem, está bem*», «*Eu sou a enfermeira Carlota venho cá daqui a bocadinho e quando você quiser chama-me*».

4.2.2.2 – *Simular uma identidade*

Um outro modo para controlar a vontade da pessoa idosa era simular uma identidade. As acções usadas pelos enfermeiros na simulação eram de dois tipos: «entrar na onda do enfermeiro», ou «o enfermeiro entrar na onda do doente».

No «entrar na onda do enfermeiro» as regras de actuação eram definidas e induzidas pelo enfermeiro. Os estados de agitação e agressividade eram percebidos pelos enfermeiros como sinais de apelo a protecção e amparo e não como sinais de violência. O enfermeiro procurava perceber e entrar no mundo em que a pessoa idosa se situava e a partir daí decidia qual a melhor atitude a tomar. Para tornar mais autêntico o seu papel, validava com a família o significado de parentesco de pessoas que faziam parte do discurso da pessoa idosa e dos mundos descritos para melhor interagir.

O enfermeiro «entrava na onda da pessoa idosa» e correspondia a esse mundo, assumindo a identidade que o doente lhe atribuía. Era frequente o doente atribuir ao enfermeiro o papel de filha, ou empregada doméstica e havia enfermeiros que entravam nesse mundo proposto pelo doente, através da simulação e adopção da identidade ficcionada pelo doente.

O episódio a seguir foi narrado pela Enfermeira Sara.

Enf. – Digo que sou filha.

Inv. – Assume o papel de filha?

Enf. – Assumo. Ela chama o nome eu respondo, chega isso.

Inv. – Mas ela dizia que «tinha chegado tarde» e respondeu-lhe algo muito específico.

Enf. – Já aconteceu e respondi «Fui deixar a menina no infantário e depois é que pude vir», isso por exemplo, já me aconteceu dizer.

Inv. – E como lhe ocorreu isso?

Enf. – Eu tinha ouvido a conversa da senhora, eu tinha estado com a filha e ela tinha estado a dizer exactamente isso, que às vezes não podia vir porque tinha que ir buscar a miúda, e eu usei isso...

Também foi referido como um modo simples de entrar no mundo do doente e acalmá-lo, o enfermeiro responder ao nome pelo qual a pessoa idosa chamava. Este era aliás o argumento usado pelos enfermeiros para justificarem uma atitude da qual alguns colegas discordavam, porque consideravam que tal medida aumentava o grau de desorientação da pessoa.

Simular a identidade que o doente atribuída ao enfermeiro era entendido um modo de «entrar na onda do doente». Era referido como um modo do enfermeiro corresponder a uma necessidade profunda do doente ter ali a presença da pessoa que o enfermeiro assumia representar. Havia enfermeiros que consideravam normal a pessoa idosa fazer esse tipo de mistura de identidades, tanto mais que a idade e aparência física podiam legitimar essa deturpação. Esses lapsos aconteciam vulgarmente às pessoas na vida quotidiana e ali também podiam acontecer, mas era atribuídos ao significado de desejo e necessidade da presença dessa pessoa. Uma enfermeira justificava as razões de assumir a identidade que o doente lhe atribuída e desculpava o engano do doente assim:

Porque é que eu não posso fazer ali um bocadinho o papel de filha? Se calhar ele só queria a presença da filha ali, que naquele momento até sou eu, que até posso ser parecida, e posso levá-lo a fazer aquilo que eu pretendia que ele fizesse (Ent. 6).

Outra acção dos enfermeiros para acalmar a pessoa era através da criação de uma realidade ficcionada, em que o doente era levado a entrar num mundo criado pelo enfermeiro.

4.2.2.3–*Criar mundos de ficção*

Era uma tática cujo objectivo era manter a comunicação com a pessoa, independentemente do grau de lucidez em que ela se encontrava. O enfermeiro criava um mundo que correspondia ao agrado da pessoa idosa, favorecendo a estado emocional em que se encontrava e fazia com que o doente entrasse nele. O mundo de ficção criado pelo enfermeiro, não contrariando a percepção que a pessoa idosa tinha da realidade, era um mecanismo de protecção usado nas pessoas idosas com desfasamento da realidade. Os argumentos para contornar a sua vontade através de mensagens de *engano* eram considerados como sendo eticamente aceitáveis e correctos, na medida em que os motivos do seu agir eram provocar o menor mal possível na pessoa idosa.

Usar o engano era referido por alguns enfermeiros como uma medida natural, pois o importante era manter o doente sereno e sem contenção de movimentos. Havia enfermeiros que chegavam mesmo a convencer a pessoa idosa da utilidade de medidas de contenção de movimentos, como se estas fizessem parte do tratamento. O importante era convencer a pessoa de modo amistoso e sem usar violência para obter a cooperação necessária ao tratamento e aos cuidados de manter a vida.

Uma enfermeira contava como conseguiu manter um doente sereno em dois turnos consecutivos. A ideia em que o doente estava fixado e insistia era ir para casa. A enfermeira fingiu que morava na mesma área geográfica e combinou que lhe daria boleia quando saísse de turno à noite. O doente manteve-se todo o turno calmo e sempre que se aproximava a enfermeira reassegurava a sua intenção. Entretanto com a medicação o doente adormecia. No dia seguinte a cena repetiu-se. Apresento o modo como a enfermeira contava a renovação do «engano» e como reagia ao ser confrontada pelo doente.

Enf. – «Então pronto, eu à noite vou e levo-o», dizia eu.
Doente – «Está bem».
Enf. – Esteve sossegadinho toda a tarde. Ao outro dia, a mesma coisa e quando ele se agitava eu dizia «Então não quer vir comigo?»
Doente – «Oh, vou consigo, vou! Você, não me leva».
Enf. – «Então e eu já fui embora?»
Doente – «Ah, pois não».
Enf. – «Então! ...Quando eu for, você vai».
Doente – «Ah pois você ainda cá está».
Enf. – Claro eu nunca o levei, comigo todos os dias ele ficava sossegado.
Havia de ir um dia, claro. Mas pronto, com este resultou assim. (Ent. 3).

Criar mundos de ficção era uma tática usada pelos enfermeiros com experiência em lidar com pessoas em situação de delírio²¹, ou em pessoas diagnosticadas com demência progressiva.

As medidas ficcionadas eram referidas como enganos inocentes, que eram eficazes quando inseridas no contexto de uma relação de empenho e confiança com o doente e com proximidade à sua vida pessoal. O enfermeiro fingia ser conhecido, ou amigo da família, para ter maior facilidade de aceitação por parte do doente. Os enfermeiros usavam os valores mais profundos das ligações afectivas familiares para se insinuarem e tornarem em pessoas de confiança para o doente. A Enfermeira Carlota contava como fazia:

²¹ O delírio caracteriza-se por uma alteração transitória do conhecimento, de instalação rápida e pode permanecer dias ou poucas semanas, apresentando carácter flutuante. Mostra-se por uma consciência obnubilada, com alteração dos modos de pensamento, do discurso, da atenção, da memória, da orientação ao nível do tempo e do espaço e em relação às pessoas. Apresenta ainda perturbações da percepção, agitação ou lentidão, alteração no padrão de sono. Este quadro desencadeia riscos para a segurança física dos doentes. O doente pode tentar saltar da cama, fugir da unidade de internamento, retirar pensos e cateteres. (Lipowski apud Laplante e Cole, 2001, Mannix, 1995).

A demência é expressa em alterações do comportamento, é irreversível. As alucinações são raras, os afectos podem ser apagados ou reduzidos. Inalterável hora a hora, a deterioração mental vai ocorrendo ao longo dos meses e dos anos. O sono é normal, mas a pessoa pode dormir em horas inadequadas. A actividade não muda. A memória altera-se frequentemente antes de se manifestarem outras mudanças. (Mannix, 1995, p.124).

O quadro de agitação caracteriza-se por dois elementos fundamentais: actividade motora, ou vocal excessiva, comportamento impróprio e falta de sentido desse comportamento. Pode ser acompanhada de graus variáveis de agressividade, desde o não agressivo ao agressivo. Esta

Se a gente lhes falar com calma disser que é o tratamento e perguntar pela família e como se chama a filha e que ela esteve cá, ela (pessoa idosa) começa a achar que é para lhe fazermos bem, que até conhecemos a filha.

Os enfermeiros que usavam a tática de criar mundos de ficção, salientavam como tendo sempre o princípio de preservar o doente de ser alvo de ironia. O objectivo explícito que referiam era proteger a pessoa da contenção de movimentos, procurando evitar esse acto que consideravam indigno de qualquer pessoa. Criar um mundo de ficção era um mal menor.

Havia enfermeiros que discordavam do uso da tática «criar mundos de ficção», afirmando que corresponder ao delírio do doente, era um modo de o acentuar. Viam o seu trabalho como a ajudar a pessoa a regressar à realidade actual e não a acentuar o mundo de ilusão em que estava a viver.

Já a tática de não dizer toda a verdade era referida como modo mais apropriado de preservar a confiança que a pessoa precisava ter nos técnicos de saúde e na instituição. Salvaguardar essa necessidade de confiar na equipa de saúde fazia com que o enfermeiro omitisse ou justificasse algumas decisões, não dizendo a verdade completa. Uma enfermeira contava a título de exemplo o uso dos verdadeiros argumentos:

É claro que não digo que há pressa em mandá-lo para casa, porque o doente precisa de ter uma imagem de segurança na instituição. Ele precisa de sentir que há uma certa unidade coerente e que tudo é para bem dele. Não é para preservar a instituição, é para proteger o doente, que minto e digo que é bom ir para casa. (Ent. 13).

A estratégia de não dizer toda a verdade era uma atitude usada pelos enfermeiros mais experientes. Esta prática era posta em causa devido à deturpação grosseira com que era por vezes usada.

agressividade pode ser verbal ou física. A agressão pode ser dirigida para o exterior, ou auto-dirigida (DeYoung et al 2002).

A literatura assinala a teoria da validação como apropriada nas pessoas com demências. A verdade do mundo em que a pessoa idosa demente vive deve ser aquela que a pessoa que a vive aceita como verdadeira. Jones (1988) refere que as recordações emocionais mais remotas ocupam na mente da pessoa idosa mentalmente desorganizada no lugar do pensamento intelectual. Como todo o comportamento tem um significado, à medida que se envelhece, sobretudo se a pessoa se sente ameaçada, recordam-se as memórias cada vez mais longínquas na busca de recordações, para alcançar o tempo feliz e seguro da infância. As causas da desorientação são numerosas e incluem perdas sociais, físicas e emocionais, pelo que a melhor forma de aproximação à pessoa passará pelo conhecimento profundo da sua história de vida, particularmente gostos, simpatias e antipatias. Se criar ambiente de ficção pode ser uma atitude menos ortodoxa há autores que chegam a defender a mentira como medida justificada. Para Cyrulnik (2002), o uso da mentira tem importância como mecanismo de protecção face a uma situação de vulnerabilidade. Podendo ser ao mesmo tempo um mecanismo de defesa e uma alteração da personalidade, a mentira é como que uma «*passarela* afectiva, ou uma ponte afectiva», que liga a pessoa a esse mundo de ficção. Afirmava que se não se pode impedir a pessoa de sofrer, o sofrimento tem de ter um sentido, deve ser um mecanismo de defesa e não de culpabilidade.

Quanto mais profundo era o conhecimento da história de vida da pessoa, mais fácil era tomar a decisão que ali parecia mais apropriada sobre o modo de entrar no jogo da verdade da pessoa idosa, contorná-la, ou trazê-la para a realidade. Eram decisões quase sempre tomadas pelo enfermeiro na base da incerteza, pois a oscilação do discurso entre estar próxima da realidade e saltar para mundos da sua vida distante, deixavam o enfermeiro indeciso sobre a melhor atitude a tomar. A família também tinha muitas vezes as mesmas dúvidas, mas pelos dados que

conhecia fazia um tipo de interacção que não era perturbadora, pois sabia dessa etapa da vida e articulava-a com o momento presente.

Apesar da preocupação dos enfermeiros em evitar a contenção de movimentos, havia muitas situações em que se viam forçados a usar tal medida. Nestes casos os esforços dos enfermeiros continuavam no sentido de defender e proteger o self de ser forçado.

4.2.3 – Proteger o self de ser dominado

Nesta secção apresento as técnicas usadas para a pessoa idosa ser protegida da violência de ver o seu self forçado, oprimido, ou mesmo dominado.

4.2.3.1 – *Fazer o menor mal*

Preservar do uso da força física e da agressão verbal era outro modo de fazer o menor mal. Exigia do enfermeiro uma abordagem de aproximação com uma intencionalidade compreensiva de modo que as pessoas idosas continuassem a ser sujeitos de direitos.

Com alguma surpresa e alguma dificuldade de aceitação os enfermeiros apercebiam-se que havia pessoas idosas que se recusavam a alterar o seu self. Opunham-se a ser submetidas a comportamentos que interpretavam como de dominação e não pactuavam com modos incoerentes no funcionamento do sistema de saúde. A sua dignidade impedia-as de serem complacentes com modos de funcionamento que toda a vida tinham rejeitado e mantinham essa atitude agora.

Mesmo para os enfermeiros que referiam ter prazer no trabalho, era um desafio lidar com pessoas percebidas como difíceis. Alguns referiam ter grandes dificuldades em lidar com pessoas com este tipo de comportamentos, mesmo

após a mobilização das técnicas designadas de abordagem terapêutica. Um enfermeiro perito contava assim as suas dificuldades:

Lembro-me um senhor que estava de cadeira de rodas, que era dito como um mau doente, que toda a gente tinha dificuldade em tocar e falar. Estava numa situação de dor e eu cheguei ao pé dele e com todo o cuidado de preparação para me aceitar e aquilo com que mobilizei foi da melhor maneira e ele afastou-se e afastou-me com grandes gritos. Penso que o magoei fisicamente, claro que não fiz por isso. *Não houve uma possibilidade, um tempo que me permitisse descodificar essa atitude.* Muitas vezes isso acontece quando eu não consigo descodificar. A agressividade verbal pode-me incomodar, mas eu tento descodificar essa agressividade, quando não descodifico essa agressividade isso *atrapalha-me e baralha-me*. Dar-lhe o tempo, ele ter o tempo de me procurar conhecer mas *afastou-me e atemorizou-me*. Prontos. Depois ainda tentei várias vezes. (Ênfase minha). (Ent. 14).

O tempo de interacção necessário para conquistar a confiança da pessoa idosa não é facilitador nem compatível com o tempo vivido no hospital. Também as flutuações de múltiplas abordagens interpessoais, que emitem muitas vezes mensagens contraditórias dificulta o processo para fazer o menor mal. No excerto anterior o enfermeiro afirmava claramente esta dificuldade «não houve uma possibilidade, um tempo que me permitisse descodificar essa atitude». O facto do enfermeiro querer romper com o ambiente de hostilidade gerado à sua volta fazia com que se dirigisse interiormente disponível e aberto a reacções iniciais de não-aceitação.

Que muitas vezes, nem sei se é correcto, gosto de ir sem saber nada da pessoa, e eu chego lá e tento perceber o que se passa. Olho para a pessoa e começo por tentar perceber se gosto, ou não gosto, vou ou não vou com a cara dela, se aquela forma de falar, onde é que eu enquadro... Não vou com três pedras na mão, quer dizer, não gosto, não gosto, não. Não me apetece. Não, antes pelo contrário, e este pormenor tem-me acompanhado por muito tempo. *Não gosto, que bom, tento perceber porque não gosto. Vou-me agarrar mais a esta pessoa.* Isto acontece-me aí aquele é a ovelha negra, porque é que os outros não gostam? e porque é que eu não hei-de gostar? (Ent. 14). (Ênfase minha).

Os enfermeiros ficavam surpreendidos com a facilidade que a pessoa idosa correspondia ao desejo de compreensão do enfermeiro, quando este se dirigia com uma genuína disposição para compreender. O interaccionismo simbólico revela quanto a comunicação entre as pessoas é um processo interactivo e face a essa premissa quando a pessoa pressentia interesse genuíno as suas defesas diluíam-se a comunicação partilhada acontecia. Os enfermeiros contavam inúmeros exemplos de sucesso quando abordavam os selves difíceis ou complexos sem medo.

Um modo do enfermeiro fazer o menor mal era fazer uso da força física de modo judicioso e sensível. Havia todavia situações extremas, em que os modos preventivos de conter os riscos de queda devido à desorganização mental falhavam e os enfermeiros viam-se na contingência de usar a contenção de movimentos. Estas situações eram vividas com incomodo profundo por todos os enfermeiros, pelo significado de violência atribuído à contenção de movimentos. Era evitada e usada apenas quando as medidas anteriores não resultavam.

Assim «fazer o menor mal» significava para muitos enfermeiros adiar os cuidados, principalmente quando a pessoa idosa estava em crise de grande agitação. Para diminuir o desconforto da agressão provocado pela contenção de movimentos, uns enfermeiros adiavam os cuidados que eram passíveis de ser adiados, outros aguardavam um período de maior serenidade para prestar os cuidados considerados urgentes pois sabiam que a falta dos mesmos geraria novos problemas.

Os doentes agitados e agressivos alteravam a ordem estabelecida, sendo doentes sempre com cuidados pendentes. Os cuidados mais frequentemente adiados foram o fazer da barba, dar alimentos e líquidos porque necessitavam da cooperação dos doentes. Já Nightingale (1946) alertava para a importância de alimentar um doente com alterações cognitivas. Nightingale (1946) afirmava

«pode sufocá-lo se lhe der a comida de repente, porém se antes lhe *roçar delicadamente os lábios* com a colher a fim de *atrair* a sua atenção, ele vai engolir o alimento inconscientemente, mas em perfeita segurança» (p. 29) (Ênfase minha). Daí, para fazer o menor mal e não usar de violência, o tempo era um recurso a ter em conta.

Fazer o menor mal colocava-se em actos que seriam triviais numa pessoa adulta, mas que numa pessoa idosa exigiam ponderação e eram motivo de incerteza. Assim entre puncionar uma veia frágil numa zona do corpo tecnicamente incorrecta e potencialmente perigosa como era um membro inferior e a imobilização dos membros superiores, havia enfermeiros que escolhiam a primeira opção. O risco do doente retirar equipamento técnico introduzido no corpo era argumento que aliado ao risco de quedas «justificava» para alguns enfermeiros a contenção forçada de movimentos, porque era um mal de menor importância do que o traumatismo e ser novamente entubado, algalaido, ou uma veia puncionada. Estas opções eram motivo de controvérsia entre o grupo dos enfermeiros.

O registo de observação a seguir foi dos muitos casos em que o doente foi imobilizado para que fosse protegido de si mesmo, sendo tal acto motivo de grande desconforto para o enfermeiro.

A enfermeira está parada e olha o doente apreensiva. Explica-me que nessa manhã, teve de o imobilizar. Por não conseguir urinar veio o urologista e colocou-lhe um hidrocáteter. Explica que quando ali chegou encontrou o doente «já com o tubo de drenagem na mão, «por isso tive de o amarrar e agora grita desalmadamente... Tive de o amarrar». Está triste com a situação e ao mesmo tempo a voz é de quem não sabe o pode fazer para o aliviar. (Ob. 106).

Outros enfermeiros sabiam que para fazer o menor mal, necessitavam do factor tempo. Acreditavam que conseguir acalmar a pessoa, mesmo que fosse de um modo reduzido, era um cuidado importante e negociavam esse tempo de

intervenção com a equipa para conseguirem fazer o menor mal possível e proteger a pessoa de ser forçada. A Enfermeira Sara contava como tentava fazer o menor mal, negociando com a equipa um tempo para serenar a pessoa antes de intervir.

Depois eu disse: “Para agarrá-lo vamos magoá-lo, e aquela hipertensão dispara cada vez mais. Ninguém lhe vai conseguir fazer nada até ali. O médico disse assim: “Agarra-o e dá uma injeção e não sei quê”, e eu: “Oh Doutor, está bem mas deixe-me tentar”.

Eu fui lá outra vez, mas aí fui quase a chorar, e não sei se foi isso, já a terceira vez que entrei e a voz tremia muito e disse-lhe: “Eu não vou fazer-lhe nada, mas posso ir aí ao pé de si?”, e ele não disse nada, e eu fui chegando e depois encostei-me à parede, não fui logo ao pé da cama.

Esta situação teve sucesso, embora o doente não tivesse permitido ser tocado. Os enfermeiros sabiam diferenciar as situações de cuidados em que a intervenção era emergente, daquelas em que serenar a pessoa um pouco era uma atitude ajustada. Quando a agitação se devia a uma causa orgânica, nesses casos adiar a decisão de intervir poderia ser prejudicial e a administração de terapêutica tinha prioridade. Era essa a opinião da Enfermeira Sara:

Às vezes eu penso que alguns idosos precisam mesmo, em termos clínicos... a desvantagem de estarem muito tempo sem fazerem terapêutica não compensa o facto de nós privilegiarmos uma preparação e estabelecer uma relação mais ideal para o fazer. Por vezes não podemos ter esse tempo para o fazer.

Havia enfermeiros que aproveitavam o doente estar sob efeito de sedativos e procuravam realizar os cuidados que tinham sido adiados, afirmando que um doente com as necessidades fisiológicas não satisfeitas teria o seu desconforto agravado e seria a instalação de um ciclo vicioso de problemas. Durante o período de sedação havia enfermeiros que temiam tocar no doente com medo de o voltar a agitar, outros aproveitavam para satisfazer necessidades básicas como a administração de líquidos, analgésicos, limpeza, pois afirmavam que isso iria

prevenir outros problemas. Assim mesmo que o doente estivesse sedado administravam analgésicos e faziam com que fosse hidratado. Afirmavam que a dor era um dos factores que agravava a agitação.

Um modo de fazer o mal menor era conseguir que o doente estivesse com uma dose de analgesia correcta valorizando parâmetros de sinais vitais e sinais de tensão corporal. Reconheciam continuar a existir o preconceito na equipa de saúde que a dor era natural quando associada a certos tratamentos e que as pessoas idosas tinham um limiar de dor modificado. Uma dessas enfermeiras afirmava como protegia fazendo o menor mal nesta área de cuidado.

Enf. – Quando o doente está agitado parto do princípio que o doente está com a dor, pelo menos pode aliviar a dor e se tiver confusão o medicamento pode aliviar a dor e a confusão.

Inv. – Para si o analgésico nunca vai prejudicar o doente.

Enf. – Eu acho que não. Quando o doente não tem nenhum prescrito lá vamos chatear o médico, tento não ser forreta. Há muito a mania dos doentes terem dor e ser normal. Eu não acho. (Ent. 8).

A investigação mostra que o problema da dor nas pessoas idosas, ainda recebe muito pouca atenção, embora tenha existido elevado investimento e comece a haver alguma mudança de atitude. Todavia este é um dos problemas que mais afecta a qualidade de vida das pessoas idosas (Closs, 1994; Felt e Finch, 2002). A simples circunstância de estar acamada, aliada ao facto da artrite ser o problema que afecta maior número de pessoas idosas (Moody, 2002), acrescido do problema que a doença motivadora do internamento pode provocar é possível imaginar o desconforto que a pessoa idosa sofre.

A investigação revela que quanto mais frágil e idosa a pessoa é, menor tratamento recebe em termos de analgesia. Os princípios referidos por Closs, apud Ferrel (1994), de se ser obsessivo na avaliação da dor, eram uma prática irregular, consistente em alguns enfermeiros e intermitente noutros.

Usar a força em parceria com a pessoa idosa era um modo de fazer uso da força respeitando a pessoa. Implicava defendê-la no modo de concretizar a contenção de movimentos. Permitir por isso fazer pequenos gestos com os membros superiores, ou modificar a posição eram cuidados que os enfermeiros tinham quando faziam contenção de movimentos e que respeitavam a integridade da pessoa idosa. A contenção de movimentos como acto de elevada violência era realizada com a preocupação de diminuir até ao mínimo possível a dominação do self da pessoa, e preservar a sua dignidade. «Basta ter contenção, de maneira a haver segurança e essa é a diferença que nós fazemos e que outras pessoas não fazem», afirmava a Enfermeira Ilda, que se arrepiava com a designação de «amarrar às quatro rodas», por vezes expressa.

Havia enfermeiros que defendiam que só os enfermeiros sabiam usar os argumentos que fariam a pessoa aceitar a limitação de movimentos, evitando que tal acto fosse recebido como um castigo. Aplicar a contenção de movimentos transformava esse gesto num cuidado, exigia não só realizar o acto de um dado modo que tecnicamente evitasse provocar dor, mas referiam existir outros argumentos a considerar. Nomeadamente o de tornar a pessoa uma aliada nesse acto.

O conceito de parceria terapêutica que Madjar (1997) definiu era um modo próprio de se relacionar com o «corpo vivido» do doente, que os enfermeiros neste estudo aspiravam que acontecesse em particular neste cuidado. Por isso defendiam que só o enfermeiro devia realizar esse cuidado complexo, porque só ele conhecia o doente e tinha os argumentos que minimizariam o efeito dessa agressão. A Enfermeira Sara contava a sua preocupação e o modo de realizar esse cuidado:

Enf. – Uma das coisas que eu tento e tem sido uma luta, é que seja sempre um enfermeiro a fazer, porque tem sido uma luta!

Inv. – Porquê essa preocupação?

Enf. – Porque é uma técnica extremamente agressiva e que deve ser explicada e deve ser feita com honestidade de nós estarmos ao pé de um doente e dizer: “Olhe, não tenho outro meio, a sua situação é esta. E para sua segurança tenho mesmo que o fazer porque...” *É a maneira de nós o fazermos, com este cuidado, já é outra, e a situação da técnica é indubitavelmente outra.*

Inv. – Como é que costuma fazer?

Enf. – Porque foi explicado o porquê é que estamos a fazer, que é *uma coisa que também não nos agrada* e que não queríamos fazer se não fosse a situação que obrigasse a isso. (Ênfase minha).

Havia enfermeiros que referiam como princípio agir de tal modo que se a pessoa idosa tivesse a capacidade de recuperar as suas faculdades mentais de um momento para o outro, reconhecesse que estava a ser respeitada. Por isso prevenir a dominação do self exigia serem esgotadas as medidas preventivas, e quando a decisão pela restrição de movimentos se tornava imprescindível, era um projecto partilhado com a pessoa idosa mesmo com alterações cognitivas graves, de modo a evitar-se provocar danos maiores.

4.2.3.2– Proteger o self de agressões verbais

Quando a pessoa era alvo de atentado à sua dignidade, encontrar modos de conter certo tipo de interacção, passava por medidas suaves de evitar o conflito desviando o problema, usando a brincadeira e humor, podendo contudo chegar ao confronto directo com o agente agressor. As agressões verbais eram referidas como magoando mais que certos tipos de tratamento.

A defesa da dignidade da pessoa, era assumida como dever profissional norteando-se o enfermeiro por valores inerentes ao código deontológico. Tal como Shotton e Seedhouse (1998) reflectem, o sentido prático da dignidade no cuidado era protegido, quando por delegação tácita o enfermeiro assumia os interesses da pessoa, agia segundo os seus valores, como se a própria pessoa estivesse lúcida. Esta era uma forma de assumir o cuidado.

A fronteira entre comportamento aceitável e o inaceitável era ténue e os enfermeiros preocupavam-se em ter uma atitude eticamente sensata. A Enfermeira Ilda contava uma situação extrema assim: «Já me chateei com um colega por causa disso, mas foi porque ele estava a gozar mesmo com o doente. Saltou-me a *tampa*» (Ent.1). Por vezes só depois da acção ter acontecido e ser sujeita a reflexão, tomavam consciência que a dignidade da pessoa idosa poderia não ter sido salvaguardada. As situações de maior risco ocorriam nas pessoas idosas com alterações sensoriais, alterações cognitivas, ou pessoas que fugiam ao padrão de comportamento social convencional.

Os assuntos relativos à alta eram também alvo de conversas dilemáticas em que compatibilizar os interesses da organização, com os das pessoas idosas era compatibilizar interesses opostos. Serem forçados a ir para casa com limitações graves de autonomia e serem alvo de comentários por a família adiar a esse momento era uma ofensa duplamente infligida. Uma enfermeira contava como tinha de gerir percepções insensíveis de elementos da equipa.

Não é só isso, eles ainda devem sentir-se pior, se sabem que tem alta, e o filho não o levou... às vezes eles dizem: "O meu filho vem-me buscar amanhã!", e nós dizemos: "Vem buscar amanhã, sim, amanhã já vai". Também não nos interessa nada estar agora a fazê-los sentir que são um peso... porque eles depois vão para aquela família, não é? não têm outra. Com as *auxiliares estou sempre a ralhar* com elas um bocado por isso "*Já teve alta ontem, o filho é que não o quis levar*", disse ela na frente do doente: Eu emendei e disse «*Não foi o seu filho que não o quis levar, não o pode levar, mas amanhã já o vem buscar*», disse eu e o doente disse "Ah...". (Ei. 36) (Ênfase minha).

Havia enfermeiros que possuíam modos de agir que fazia com que a integridade da pessoa fosse preservada. As estratégias eram partilhadas entre si, mas cada um procurava encontrar por si só uma solução, pois a própria interacção mudava, e numas vezes resultava, noutras tal não acontecia. Daí não estarem convencidos da importância das descobertas que cada um ia fazendo, como modos de

construir práticas de cuidados significativas, nem de experimentarem tais descobertas com carácter sistemático.

O enfermeiro ser *mediador da informação* no sentido de proteger o self da pessoa idosa de agressões verbais fazia com que quanto melhor ele conhecia os meandros hospitalares e as características de cada elemento da equipa de saúde, melhor defendia os interesses da pessoa idosa e da família. Dar as orientações que melhor ajudavam a pessoa a proteger-se de tomar decisões apressadas, era um modo de evitar que a pessoa fosse forçada a decidir sob pressão. Para isso o enfermeiro intervinha ao nível de doente e família, pressionando e proporcionado o encontro com a equipa médica no sentido de ajudar a família no formular de dúvidas.

Sobretudo quando as decisões de tratamento médico eram também elas tomadas sem total segurança, ou quando se colocava a necessidade de decidir sobre a pessoa manter ou não a integridade física do próprio corpo. Eram momentos complexos e angustiantes para a vida das pessoas pelo que o enfermeiro se esforçava por ajudar doente e família a participarem na decisão com plena consciência das vantagens e riscos. Estas atitudes dos enfermeiros experientes eram assumidas com sensibilidade e negociação subtil quando a dinâmica familiar seria afectada pela decisão tomada. A Enfermeira Paula contava como fazia para que a pessoa idosa e/ou família assumissem esse direito.

Eu acho que aí também está o nosso... papel falar com o médico, para dar um tempo às pessoas para pensarem e não decidirem sobre pressão. “É melhor falar com a família!”, é o que eu lhes digo. A gente muitas vezes tem que ir assim com os médicos, “Então e já falou com a família?”, porque não é só operar, chegar ao pé da senhora idosa que coitada diz “Sim” a tudo. Não é deixar que a pessoa decida sem ter falado com alguém calmamente. Explicarem-lhes os prós e contras de tudo, de ser, e não ser amputada e a família pode decidir.

Os enfermeiros sentiam que para cuidar da pessoa com autenticidade precisava fazer de mediador da informação. No âmbito da proximidade dos cuidados reconheciam que doentes e famílias eram levados a aceitar processos de decisão terapêutica sob condições menos favoráveis ao exercício da liberdade de decisão. As propostas de tratamento eram apresentadas em momento de pressão emocional e crise aguda e quando tinham tempo de reflectir havia pessoas idosas e famílias que hesitavam ou recuavam mesmo nas decisões assumidas. Ajudar na mediação do diálogo com o médico, era sobretudo necessário quando tudo parecia consumado, nomeadamente com a assinatura do consentimento informado. Os enfermeiros apercebiam-se que a incerteza e desejo de recuo na decisão eram fonte de grande angústia e indecisão, pois o doente não dormia, mostrava sinais de se despedir da vida e a família não deixava de fazer perguntas colaterais.

O enfermeiro estar presente e acompanhar de perto a ansiedade do doente e da família fazia com que se sentisse impelido a interferir para ajudar a tomar as medidas de melhor encaminhamento. Havia aliás a crença nos enfermeiros que forçar um doente para submeter-se a um acto cirúrgico podia precipitar a sua morte. Referiam relatos que tinham sentido ter pactuado nesse abreviar do momento da morte e por isso os mais experientes tinham amadurecido também nesta área. A Enfermeira Paula mostrava o seu modo de pensar e agir centrado no doente e não receando o diálogo com o poder médico:

Vê-se a preocupação na cara das pessoas, se nós estivermos lá ao pé... ora a pessoa tem o direito de morrer, mas não tem de ser quando os outros decidem. Eu quando for velha não quero se calhar decidir uma coisa, sem que, sei lá, o meu filho ou a minha irmã me dê opinião. Agora vão-me atirar para a cova sem mais nem menos?! Posso viver mais três ou quatro meses, depende também como a pessoa está e como a pessoa encara sua vida.

Esta atitude era exigente pela posição de procura de ajuda isenta que o enfermeiro sentia como responsabilidade moral, sobretudo nas equipas médicas que ainda tinham dificuldade em aceitar as dúvidas e opinião da família. No relato a seguir, a Enfermeira Paula mostra o papel que o grupo de enfermeiros assumiu ao fazer de mediador entre doente e família e o médico:

O que mais custa é quando as doentes mais idosas dizem que não querem ser operadas e o médico parece que está a convencê-las que têm que ser operadas! (...) A pessoa está ali para se tratar, não quer dizer que tenha que ir logo para cirurgia, ou as pessoas mais velhas não tem direito a pensar na vida delas? Pode ser curta mas ainda dura mais algum tempo não é? (...) Mas não! O médico manda! Eu sou capaz de chegar a uma doente e dizer: “A senhora é que sabe, não quer, não é”, agora, eu, nem ninguém, não posso obrigar. Ai é a gente falar com o médico, e já aconteceu (...) Então as minhas colegas trataram de falar com o médico, por acaso estava lá de urgência depois, ficaram de esperar até domingo, portanto, era de uma terça a domingo para a senhora ter tempo de pensar.

Outro modo de proteger o doente de formas de dominação era através do exercício do direito à informação, que excedia a mera explicação sobre os cuidados que ia recebendo. Os enfermeiros peritos reconheciam esse tipo de informação um direito primário, mas reconheciam ter direito à informação era a pessoa e família possuir dados que lhe permitiam ter conhecimento da perspectiva geral do que lhe iria acontecer nas várias etapas do internamento, desde a admissão até à alta.

Fornecer dados necessários para que a pessoa idosa e a família tivessem algum controlo sobre a organização da sua vida, mesmo reconhecendo que a informação era com carácter de previsão. Esta atitude referiam que exigia negociação e era algum compromisso com a equipa médica, embora as novas regras, como foi dito no primeiro capítulo dos achados, fossem no sentido de o regresso a casa ser cada vez mais precoce e com graus cada vez mais elevados

de dependência. Muitas vezes recorriam à influência da enfermeira chefe para obter o que pretendiam, nas negociações que anteviam como mais difíceis.

Porém dar informação sobre as novas regras da política de alta, antecipando as datas de saída, sob condição de previsibilidade eram modos de proteger a pessoa idosa e a família de formas de dominação de modo a poderem ter algum controlo sobre a sua vida. Dizia a Enfermeira Paula a propósito da informação antecipada que dava sobre o regresso a casa que ela referia como perigosa:

Digo sempre a média, o tempo normal médio, seja de internamento, seja de vida, seja das queixas. Assim sei que estou a ser verdadeira. Mas salvaguardo as excepções que são sempre imprevistas. E aí é um perigo.... Digo, pode ficar mais um dia ou outro, depende. Digo que não têm a ver com a gravidade, pode ser para ir mais segura. É melhor do que de repente dizerem tem de ir embora e são sempre os que podem menos que dizem que sim.

O enfermeiro como mediador da informação protegia o self da pessoa idosa de ser forçado e fazia um papel descrito na investigação como essência (Nadot, 2003), sendo esse papel derivado e inerente ao desenvolvimento dos cuidados.

Descrevi nesta segunda estratégia proteger o self da dominação, as táticas de prevenir o uso da força, através de dar um voto de confiança e de ganhar confiança. Como segunda tática, «entrar no mundo da pessoa», apresentei os modos de assumir um compromisso, simular uma identidade e criar mundos de ficção. Como terceira estratégia «proteger o self de ser oprimido» descrevi os modos de fazer o mal menor e proteger o self de agressões verbais, que incluía o enfermeiro como mediador de informação.

Fruto das duas estratégias até agora descritas manter uma imagem positiva de si e proteger o self da dominação, decorre deste processo uma outra estratégia que é manter capacidades.

4.3 – MANTER CAPACIDADES

Manter capacidades fazia com que o self da pessoa idosa no hospital fosse preservado. O enfermeiro tinha a preocupação de possibilitar à pessoa idosa liberdade de escolha, autonomia e controlo sobre si, mesmo que aparentemente tais opções parecessem de importância quase ridícula. Manter capacidades obtinha-se através das seguintes acções: avaliar capacidades, não substituir, estimular capacidades e personalizar o cuidado. Através destas acções os enfermeiros tinham como finalidade conseguir as melhores condições para o regresso a casa da pessoa idosa, de modo a facilitar o trabalho das famílias.

Cada pessoa idosa adaptava-se ao internamento segundo modos múltiplos descritos no capítulo 1 – contexto e condições, em que identifiquei três modos da viver a velhice no hospital: através do self estimulante, self difícil e self complexo. Cada um destes modos da pessoa idosa se adaptar e viver o internamento fazia com que nas diferentes etapas desse processo cada uma reagisse de modo diferente consoante as forças, os desconfortos e a vontade para participar nas actividades que lhe permitiam manter as capacidades.

4.3.1 – Avaliar capacidades

Manter capacidades significa conservar aptidões com vista a atingir a independência possível. Concebendo este conceito no seu sentido mais lato, e segundo o que Henderson (1994) definiu, os enfermeiros procuravam dar espaço à pessoa idosa para esta manifestar a sua vontade e capacidades de modo a cooperar de acordo com o seu nível de possibilidades físicas, cognitivas e de vontade.

Havia no hospital muitas actividades pré-estabelecidas que eram aceites pelos enfermeiros e também pessoas idosas como actividades a serem realizadas, sendo a sua vontade e capacidade considerada no desenrolar das mesmas.

Os modos de avaliar as capacidades passavam por conhecer a vontade do doente. Os modos de conhecer a vontade eram questionar a opinião à pessoa idosa directamente. Esta foi a forma referida pelos enfermeiros como mais fácil e eficaz para ajuizar das suas capacidades e descobrir da sua vontade de modo a respeitar a sua integridade.

Manter capacidades significava em primeiro lugar continuar a ter vontade para decidir. A Enfermeira Helena afiançava que as pessoas sabiam o que queriam e podiam referindo simplesmente «porque eles dizem o que querem, é tão simples como isso». Sobre os assuntos que lhe diziam directamente respeito, era o próprio quem estava mais habilitado a saber decidir. O enfermeiro conseguia identificar essa vontade e possibilidades por estar presente no decorrer dos cuidados. Isso favorecia o conhecimento da pessoa idosa, avaliar as suas capacidades, de modo a tomar a melhor decisão para aquele dia e hora, de acordo com a situação concreta que a pessoa estava a viver.

Os enfermeiros conseguiam avaliar mais facilmente as capacidades na presença das pessoas idosas, onde podiam descobrir as aparentes dificuldades de cooperação, bem como o potencial de recuperação. Muitas vezes a falta de cooperação resultava não de falta de vontade, mas de medos, que não tinha havido espaço, nem saber para serem identificados. Por exemplo era o medo de cair novamente que inibia o desejo de levantar. Também a dor que a mobilização causava condicionava a resistência em cooperar. Como no caso da doente D. Lurdes que face ao número de fracturas já vividas, recusava levantar-se por ter medo de cair novamente. Uma vez não confiava na força das enfermeiras, só foi possível convencê-la a levantar-se quando, conhecidas as razões da sua insegurança, ela foi ultrapassada pela presença da forte estatura do Enfermeiro Fausto.

Conhecer o potencial que a pessoa idosa tinha dentro de si para continuar a viver, ou não, ajudava o enfermeiro a avaliar com mais precisão e tomar assim melhores decisões para avaliar do manter e desenvolver capacidades. Nos casos em que havia limitações na comunicação, a família era a fonte que ajudava no fornecimento de dados para avaliar das capacidades anteriores ao internamento permitindo assim ao enfermeiro dar um sentido aos cuidados. A Enfermeira Helena referia esse sentido assim:

Se é um doente que já está só acamado, ou se faz a vida dele, faz toda a diferença. O que a pessoa gostava, o que ela sentia, os medos que tinha, os preconceitos que tinha, o que ela esperava da vida ajuda-nos nos cuidados.

Não conhecer nada sobre o doente era por isso perturbador para o enfermeiro porque não sabia do rumo e sentido a dar aos cuidados. No excerto a seguir uma enfermeira referia o seu sentimento de inquietude pelo desconhecimento e falta de dados. Não sabia se deveria imprimir aos cuidados um sentido para viver ou um sentido somente para confortar.

Não sei o que se passa com ela...Era uma senhora, não sei, não tive tempo de saber como é que ela era antes, se era independente... não soube nada desse tipo de antecedentes.

O diagnóstico médico (era para morrer) o prognóstico meu não era para morrer tão depressa. Sim pelo menos o corpo dela não me dizia isso (ri) ainda estava cá. (Ent. 12).

Avaliar capacidades em presença permitia ao enfermeiro articular o conhecimento que tinha do doente no passado e no momento presente. Dessa dupla conjugação podia apreciar das possibilidades e quanto mais profundo fosse o conhecimento sobre a sua história de vida, mais fácil era tomar a decisão que ali parecia mais apropriada, ou seja, estimular para recuperar capacidades, ou manter a vida anterior. Assim se nuns doentes era necessário estimular, noutros o seu passado fazia com que a passividade fosse aceite. A Enfermeira Zélia

comparava várias situações de cuidados que tinham exigido modos opostos de intervir.

E aquele caso da Dona Conceição ajuda muito. Mas há doentes que não. Uma senhora que estava lá que era ainda nova, setenta...recusou mesmo a levantar-se. A única vez que se levantou, foi-se mesmo abaixo, era o Joaquim, era os fisioterapeutas, e mesmo assim nada. Ela estava há dois anos acamada, nunca se tinha levantado e não se queria levantar. Há outros que não vale a pena o esforço de os levantar, são cirurgias paliativas, quanto mais lhes mexemos para os levantar mais dores sofrem. Só os levantamos se eles querem mesmo.

Só através da avaliação diária e mesmo ao longo do próprio dia era possível ajuizar e respeitar a vontade e capacidade da pessoa idosa em fazer algumas actividades. A assimetria na relação e a natureza íntima dos cuidados reforça a vulnerabilidade da pessoa idosa dependente, que sente a sua integridade ameaçada, quando é coagida a comportar-se segundo as expectativas dos cuidadores. O estudo de (Lomborg 2005), revela que parecer ser um «bom» doente era preocupação da pessoa idosa para ganhar a simpatia das enfermeiras. Usar humor, simpatia, agradecimento e até negando as próprias preferências eram modos das pessoas idosas sobreviverem ao internamento com o menor gasto de energia.

Para avaliar capacidades os enfermeiros deste estudo conseguiam ter disponível um conhecimento sobre cada pessoa idosa que muitas vezes me parecia mínimo e noutros momentos me surpreendeu pelo volume e pertinência de informação. O modo instantâneo de avaliar capacidades num tempo recorde parecia algo quase mágico e surpreendia como conseguiam ter acesso a tal quantidade e qualidade de informação sobre a pessoa idosa.

Em cada unidade de internamento havia particularidades na gestão da informação, mas a figura do chefe de equipa, em aliança com o enfermeiro responsável pelo doente e o enfermeiro que permanecia em horário fixo no turno da manhã, eram

elos aglutinadores e transmissores de várias informações que permitiam avaliar as capacidades que iam sendo reunidas por todos os enfermeiros que cuidavam do doente. Os tempos de aferição de dados aconteciam de modo privilegiado na passagem de turno, bem como ao longo do mesmo, sendo a sala de trabalho uma espécie de gabinete de crise e consulta permanente, em que os dados eram relatados pelos enfermeiros em função das dificuldades ou êxitos alcançados.

Avaliar capacidades era uma acção desenvolvida diariamente pelos enfermeiros para diferenciar as capacidades que podiam ser solicitadas nos cuidados que podiam variar ao longo do internamento. Consoante o grau de dependência e a etapa que estava a viver, aliada ao potencial para recuperar, ou não, assim era maior ou menor o investimento para substituir ou não a pessoa idosa.

O estudo de Jacelon, (2004) mostra que avaliar as capacidades é um processo dinâmico, que se modifica ao longo do internamento, consoante a fase em que a pessoa idosa se encontrava. Assim nas fases de procura de estabilização, reparação, ou reintegração variavam as preocupações e as possibilidades da pessoa idosa manter capacidades. Na primeira etapa da estabilização a pessoa idosa estava preocupada com a saúde e a sobrevivência, pelo que o poupar de energia podia favorecer uma atitude de maior substituição; já na segunda, estava preocupada com a dignidade e defendia a sua integridade de pessoa adulta e na terceira etapa antes da alta estava focalizada em reganhar autonomia.

Estas etapas eram momentos de intervenção sensata e lógica. Mas, sendo os internamentos cada vez mais curtos, as fases pareciam sobrepor-se. Diariamente a situação do doente mudava, e o manter de capacidades alterava-se, nomeadamente se o internamento era intercalado com um acto cirúrgico, exigindo uma avaliação de capacidades diárias.

4.3.2 – Não substituir

Manter as capacidades na pessoa idosa, era o objectivo que os enfermeiros procuravam atingir, como forma de garantir, readquirir, ou manter os desempenhos anteriores. Os enfermeiros afirmavam ter-se proibido de fazer gestos que até aí realizavam de modo banal. Gestos como o lavar a cara, as mãos, pentear, passaram a ser realizados pelos doentes, embora isso os fizesse gastar mais tempo. Numa entrevista uma enfermeira comentava: «Demoramos mais tempo, se calhar a água mais quentinha para relaxar mais um bocado, até porque nunca mais está a gosto» (Ent. 8).

Referiam o acto de substituir em gestos básicos, como lavar a cara e os olhos eram gestos que causavam a minimização da pessoa, por ser imposto um ritmo que não era o da pessoa e era realizado de um modo diferente do que sempre lhe tinha pertencido. Para alguns enfermeiros substituir em gestos tão básicos era mesmo humilhante para a pessoa, sendo uma afronta à dignidade. A Enfermeira Graça, contava como fazia actualmente, que era bem diferente de outras épocas em que substituir era natural.

Agora estou a gostar de os ver lavar a cara, depois dou-lhes a toalha, e eles limpam-se, têm as coisas, vão-se limpar, muitas vezes (...) não gosto muito de lavar a cara deles, arde nos olhos. É a cara e as mãos que eles lavam. Esfregam os dedos e enxugam-se. Costumo por a bacia, enquanto eu lavo o resto eles lavam a cara.

Afiançavam que as capacidades das pessoas idosas se não fossem utilizadas seriam perdidas a curto prazo e atrasariam o processo de recuperação. Realizar as actividades do cuidado diário tinha a finalidade de manter vivas as capacidades da pessoa idosa. Eram gestos simples, fáceis de realizar pela pessoa idosa por lhe serem familiares, o que possibilitavam mantê-la em contacto com o mundo sensorial seu conhecido. Mesmo na situação de acamada, havia pessoas idosas a quem a enfermeira estimulava continuarem a cuidar de si e a manter algumas

capacidades pois um acidente podia limitar, mas não era considerado doença totalmente incapacitante. Referia a Enfermeira Ofélia «os que têm as mãos boas são eles que se lavam, digo-lhes e eles lavam-se...». A Enfermeira Isaura usava ao falar com pessoas idosas lúcidas uma expressão semelhante: «até onde as mãos chegarem, é tudo seu». Significava ser a pessoa idosa dona de si, não devendo ser substituída, para além do necessário.

Os recursos usados pelos enfermeiros para manter capacidades derivavam dos próprios materiais inerentes aos cuidados. Particularmente a água, foi mobilizada nos cuidados como meio para que a pessoa idosa mais facilmente estivesse conectada com o mundo sensorial. Mexer na água de modo a senti-la entre os dedos, poder limpar-se, esfregar e secar a pele, foram gestos referidos como actos terapêuticos pelo sentido que o enfermeiro lhes imprimia. Mesmo em relação aos doentes com comportamentos de maior distanciamento face ao mundo a Enfermeira Edite referia o seu modo de fazer com que a pessoa idosa mantivesse capacidades:

Deixamos-lhes por as mãozinhas lá na água para ela ver se a água está como quer. A água aí funciona da mesma forma, se eu lhe disser para ele se lavar, provavelmente não consegue, se eu lhe der a manípula e introduzir a mão dentro de água, é uma associação de ideias, quase como nas crianças pequenas não é?

O efeito terapêutico atribuído a certos materiais usados no dia a dia dos cuidados e mais ligados com aparência como era o caso da água, produtos pessoais, cremes e água-de-colónia, devia-se aos objectivos que o enfermeiro possuía. Havia enfermeiros que acreditavam que o uso de tais produtos usados nos cuidados possibilitava à pessoa idosa fazer associações mentais e isso permitia despertar capacidades. No caso da água esta servia, não só para a higiene, mas também lhe eram atribuídas outras propriedades. A imersão de partes do corpo na água propiciava conforto e despertava sensações levando a associação de

ideias remotas, fazendo com que a pessoa mantivesse capacidades e continuasse a ter a noção de si mesma.

Particularmente nas pessoas com alterações cognitivas, pelo facto de poderem estar desapossadas do sentimento de si, a participação nos cuidados poderia fomentar a agregação corpo-mente, enquanto a passividade e a inércia geravam resultado oposto. Alguns enfermeiros referiam a importância da participação da pessoa nos cuidados, pela possibilidade de tocar-se a si própria, referindo explicitamente as possibilidades de incorporar o corpo e mente dispersos. A Enfermeira Ilda referia a sua percepção assim:

Enf. – Por exemplo, quando a pessoa está na cama e está imobilizada e nós chegamos e fazemos montes de coisas sem... às vezes fazemos pela pessoa... isto é assim, eu não tenho nada confirmado...

Inv. – Mas como faz?

Enf. – É a noção que tenho... Porque a noção que eu tenho é que às vezes a própria pessoa sente, que já nada lhe pertence, o próprio corpo... *Nós fazemos uma separação dela mesmo com o corpo dela, nós tomamos conta do corpo todo, de tudo e a pessoa sente-se separada do próprio corpo... não sei se me faço entender.* E às vezes damos-lhe esse espaço, mesmo quando está confuso, ele já não tem às vezes noção do espaço, nem das pessoas que o rodeiam, e nós também até *disso às vezes lhe tiramos essa noção, de que ainda está ali, que tem... a sua barriga, as suas pernas* (risos)! (Ênfase minha).

A solicitação de participação nas acções referidas era usada nas pessoas idosas, mas nas pessoas com alterações cognitivas havia enfermeiros que usavam de forma cuidadosa e intencional estes recursos dos cuidados diários. Era a filosofia de cuidados da enfermeira que determinava a realização de certas acções, como afirmava Wiednbach, apud Henderson (1994). A enfermeira ao acreditar que pessoa idosa mantinha a memória desses cuidados, mesmo em fases de grande distanciamento do mundo, possibilitava fazê-los, permitindo-lhe avivar memórias, porque eram referidos como cuidados que integravam a pessoa.

A Enfermeira Sara referia assim o sentido da utilização desses cuidados de uma forma explícita e simples: «são coisas que são nossas a vida toda, só num estado de estar completamente perdido em tudo, é que a pessoa não as mantém».

Pelos mesmos motivos a proximidade de objectos familiares, fotos, medalhas e objectos religiosos, mantinham capacidades ao estimularem os afectos e as crenças das pessoas idosas. Este tipo de conhecimento é designado na literatura por *habitus* (Bourdieu 1998; Van Manen, 1999; Mauss 1999; Benner, 1989) e significa o saber incorporado e a inteligência corporal que referi no capítulo da introdução teórica. É o tipo de saber que o corpo possui, que permite agir como deve ser e sem haver explicação para esse saber. Daí que os doentes sem nunca terem estado num hospital sabem adaptar-se a ele, embora esteja mais facilitada para aqueles que têm origens sociais mais aproximadas ao mundo social hospitalar, sendo por isso menos dominados pelo ambiente.

Para Benner (1989) as capacidades do corpo habitual são um aspecto do «saber incorporado que inclui todo o tipo de comportamentos, gestos, costumes socialmente aprendidos, bem como a capacidade de adquirir e usar competências corporalizadas» (p. 409). Assim é através do corpo cultural habitual que a pessoa, a maior parte das vezes, age e vive sem ter consciência da atenção reflexiva que a faz viver de modo seguro no dia a dia.

Quando as capacidades da pessoa idosa não eram tidas em consideração, os enfermeiros sabiam que limitavam as suas capacidades actuais. Essa atitude era limitativa da sua dignidade de pessoa e podia ser profundamente agressiva e vivida como situação de indignidade quando as capacidades não eram consideradas e a pessoa era substituída. Uma enfermeira contava uma experiência vivida com o Sr. Lopes em que a colocação de urinol pela enfermeira desencadeou uma crise de agitação que era assim recordada:

Temos é um senhor, que ainda está aqui internado, que quando nós tentámos ajudar a urinar com o urinol, porque ele tinha passado por uma fase de confusão e isso ficou na cabeça de algumas pessoas. Mas ele já está melhor, e o senhor disse que queria urinar. Foi uma colega tentar agarrar-lhe no pénis para pôr no urinol... aquilo foi uma agitação. Eu penso que ele sentiu isso mesmo como uma violação, de agarrar-lhe, para pôr no urinol, e foi percebido isso... Eu não estava cá mas pelo que me disseram, e não se percebeu logo, ainda tentaram agarrá-lo, mas depois ele disse: “Não, não, eu, eu!”. Depois uma colega lá percebeu que era ele que queria fazer, que queria tocar, que queria pôr (Ent2)

A indignidade era ali sentida pela afronta ao seu self de pessoa adulta capacitada e cujas competências estavam a ser anuladas, bem como eram acrescidas ao vexame da sua identidade masculina. Eram os casos de insucesso que faziam recordar aos enfermeiros a importância em solicitar a participação da pessoa nos cuidados, mesmo quando o enfermeiro sabia que a finalidade específica dos mesmos não se concretizaria eficazmente e o cuidado teria de ser completado, ou repetido por si.

Para atingir o objectivo de manter o sentido de si através dos cuidados que o corpo necessitava, o enfermeiro precisava dispor de tempo, pois só obtinham resultados se usasse um ritmo sereno, sem pressa. Noutros a substituição era completa, mas o facto de ter a preocupação de fazer de modo a dar espaço à pessoa mostrava a importância que esta tinha.

Enf. – eles sentirem que ainda podem fazer alguma coisa e pronto, agora faço assim. Há um tempo para cá que fizemos essa experiência, agora hoje todos lavam a cara, paninho para a mão, a gente lava o resto e eles lavam a cara.

Limpam, limpam, há de reparar que eles limpam muito direitinho, as preguinhas todas, eles estão ali... e eu gosto de lhes fazer isso, agora tenho feito assim. (Ent. 4).

No sentido de não substituir era necessário usar outra tática no «acompanhar o ritmo» da pessoa idosa.

Reconhecer que cada pessoa tinha o seu ritmo próprio e que este era habitualmente lento, era o primeiro modo do enfermeiro agir para a pessoa poder manter as capacidades. Dar tempo, fazer no seu tempo e refrear a pressa foram os modos encontrados para que esse ritmo da pessoa fosse garantido.

Quando o enfermeiro agia de modo conjugado com o ritmo da pessoa idosa, esta manifestava capacidades surpreendentes. Se alguns enfermeiros não tinham consciência dessa diferença, afirmando não haver especificidades nos cuidados à pessoa idosa, outras tinham bem essa prática incorporada de tal modo que nem se apercebiam dela. Era assim referida pela Enfermeira Otília: «até inconscientemente mexemo-nos mais devagar, para lhes dar mais tempo. Não tinha pensado nisso, mas é verdade». Alguns enfermeiros designavam esse modo de actuar como sendo natural, pois adaptavam-se às capacidades da pessoa, tal como faziam com outros doentes, mas outros sentiam-se pressionados a agir com mais rapidez e referiam dificuldades em estar centrados ali no respeito pela necessidade da pessoa idosa.

«Dar tempo» significava liberdade de agir segundo as capacidades, respeitar a cadência do tempo necessária a cada pessoa, que era frequentemente lenta. Havia enfermeiros com uma serenidade interior mais facilitadora para as necessidades das pessoas idosas que outras. Uma enfermeira com essa característica contava o seu modo de gerir o aceitar o ritmo da pessoa nos cuidados:

Deixar que eles façam as coisas ao ritmo deles, agora não posso exigir que uma pessoa de idade faça as coisas mais depressa. Se calhar eu também tenho mais atenção com as pessoas de idade, de maneira a que eles façam as suas coisas no seu tempo. “Tenha calma!”, digo eu. (Ent. 4).

Dar mais tempo nas actividades de vida que mantêm a pessoa idosa como ser de relação, exige uma outra compreensão da dimensão tempo (Cristóvão, 1997). O abrandamento de capacidades que o corpo da pessoa idosa apresenta, pode estar

discordante da sua vontade. As capacidades que a pessoa idosa revelava mostravam diariamente como corpo o self são conceitos distintos, que convivem em proximidade, mas cuja coabitação pode não ser pacífica. Andar, comer, levantar-se, é referido como uma necessidade cuja não sintonia pode causar instabilidade na pessoa idosa face às diferentes velocidades de tempo que interiormente está viver. Alguns doentes lamentavam essa não sintonia da sua vontade com as capacidades físicas que o corpo apresentava e referiam-no como traiçoeiro e maroto. Verbalizavam assim o conceito de self na concepção de Mead (1962).

«Fazer no seu tempo», era a expressão usada pelos enfermeiros para que o ritmo de cada pessoa fosse assegurado. Usavam-na insistentemente, junto das pessoas idosas, obrigando a refrear a pressa. Esta tinha de ser contida ao nível de vários actores, fosse de quem ajudava, fosse da própria pessoa idosa. De modo inconsciente, cuidadores mais distraídos induziam formas de andar e ritmos de movimentos nos cuidados não conciliáveis com a menor agilidade e os desconfortos que a pessoa idosa vivia. Sem se aperceberem da importância de «*dar tempo*» à pessoa, ajudavam e substituíam. A Enfermeira Paula explicava como exortava e orientava as auxiliares no sentido de respeitarem o ritmo da pessoa idosa. Usava a expressão de «nem puxar nem empurrar» e descrevia assim:

Não podemos ir à frente e estar a empurrá-las... não podemos estar a puxar por roço como se tivessem que ir depressa para a casa de banho.

A sensação de trabalho feito era uma preocupação de alguns actores face ao encadeamento de cuidados para satisfazer o colectivo de doentes. Havia enfermeiros que conseguiam gerir e controlar a pressa induzida pelo próprio ambiente que se vivia no hospital. Também as pessoas idosas pareciam absorver o ritmo de pressa presente no ambiente hospitalar e pediam desculpa

por fazerem perder tempo, não usufruindo da disponibilidade de tempo que necessitavam. Igualmente, algumas famílias retiravam capacidades, ao terem o hábito de substituir, fosse por motivos de afecto, fosse por motivos de super protecção.

«Dar tempo» era de particular importância nas pessoas com alterações cognitivas porque precisavam de mais tempo, quer para a compreensão da mensagem, quer para a sua execução. Os enfermeiros reconheciam que se esse tempo de apreensão da mensagem não tivesse resposta imediata, a pessoa idosa poderia ser rotulada de «apática» e passaria a ser cuidada como se fosse dependente. Essa preocupação era sentida pela Enfermeira Edite que a referia assim:

Eu estou-lhe a fazer uma pergunta agora e tenho que lhe dar tempo para a mensagem chegar, e ele organizar as ideias e os pensamentos para me poder responder. Não posso querer logo tudo de imediato, porque se não consegue, descrevo-a numa observação e digo «tipo apática». É preciso é realmente tempo e esse tempo é para tudo, não é só para a resposta verbal, é para a resposta do fazer também.

«Dar o tempo» necessário a cada pessoa, passava por o enfermeiro estar presente e atento para observar e monitorizar as capacidades que a pessoa apresentava e que podiam ser mobilizadas no decurso do próprio cuidado. Era uma decisão tomada em presença, pois só aí podia observar, vigiar, orientar, o grau de participação do doente, bem como decidir, amparar, suprir e completar os cuidados. Só com a sua presença os cuidados não eram omitidos, nem as capacidades excedidas. A finalidade da presença continha três ideias chave: acompanhar, amparar e ajudar. Era assim que a Enfermeira Isaura as definia:

Temos que *acompanhar* a pessoa, nós estamos ali para a *amparar* e desde que tenham cabeça, nós *ajudamos* no que for além. (Ênfase minha).

Mesmo quando o grau de perícia da pessoa idosa era exíguo no desempenho de algum cuidado o enfermeiro exercia um papel supletivo, ou repetia a tarefa, de modo que os cuidados não ficassem com uma realização imperfeita.

O enfermeiro ao estar centrado na pessoa para manter capacidades no hospital tinha de usar de capacidade criativa, como refere Collière, (2003). Segundo a autora essa criatividade significava «mobilizar de uma forma diferente o que aparentemente parecia banal e quotidiano» (p. 25).

No hospital mobilizar o que parecia banal e quotidiano não o era, mas para muitos enfermeiros «dar tempo» exigia enfrentar normas estabelecidas, cujo cumprimento dificultava a diferenciação das capacidades de autonomia de cada pessoa. Por isso acompanhar o ritmo da pessoa obrigava a aceitar a flutuação e a não linearidade da evolução. O grau de autonomia obtido anteriormente podia variar e as capacidades alteravam-se, de dia para dia e ao longo do próprio dia, podendo a pessoa ter de ser substituída no que já era autónoma. Estas oscilações eram muitas vezes devidas a níveis de dor e desconforto, que mudavam ao longo do dia, principalmente no pós-operatório de certo tipo de cirurgias. Nem sempre estas flutuações eram consideradas e a pessoa idosa submetia-se como modo de poupar energia. Assim a capacidade de autonomia nem sempre era cumprida e o controlo potencialmente benéfico tornava-se em algo negativo pois a pessoa estava dominada e sem poder de controlar os acontecimentos e reverter a autonomia adquirida (Paúl, 1997).

O hospital com características de instituição total manifestava-se insidiosamente, como assinalai no quadro teórico. Daí que nas condições presentes manter e estimular capacidades fazia dos cuidados à pessoa idosa um desafio muitas vezes heróico.

Descrevi até agora as categorias de avaliar capacidade e não substituir como elementos que respondiam à estratégia manter capacidades. Não substituir e

avaliar capacidades exigia uma avaliação presencial para ajuizar das mudanças que ocorriam de modo dinâmico e flutuante. Dar tempo era a condição para não substituir capacidades. Mostro a seguir como os enfermeiros conseguiam estimular capacidades.

4.3.3 – Estimular capacidades

O qualificativo de «ter potencial» dado aos doentes pela equipa de saúde, significava terem possibilidades de retomar e manter as capacidades anteriores à doença e, eventualmente, melhorá-las. Os enfermeiros exerciam um esforço atento e persistente para fomentar as actividades que promoviam o retorno à vida anterior, nomeadamente nos exercícios para retomar o andar e prevenir os problemas da imobilidade. As pessoas idosas tanto podiam ter de ser estimuladas, como substituídas, para manter capacidades, sob pena do seu grau de incapacidade pôr em causa a sobrevivência. Como afirmava uma enfermeira:

Se não se (insiste), por isso se há um dia e outro e outro sem comer...Não é obrigar até o doente vomitar. Vejo ali uma pessoa que se calhar se aplicava bem o termo indefeso. (Ei. 37).

O modo de estimular passava pelo conhecimento que o enfermeiro tinha sobre o doente e pelo interesse que ele inspirava.

Quando a pessoa idosa se esforçava por recuperar as capacidades perdidas ou diminuídas pela doença, havia por parte do enfermeiro um vivo prazer em corresponder a essa vontade manifestada pelo doente. Assim um enfermeiro conhecendo o hábito do senhor Mário ir todos os dias à pesca fazia com que o estimulasse assim «Vá só mais uns passinhos, para ir para a pesca homem, o barco não pode estar parado» (Ob. 87).

Os enfermeiros eram muito sensíveis aos doentes com potencial de recuperação, nomeadamente no voltar a andar. Nesses, os enfermeiros estimulavam ao longo

do turno as capacidades que necessitavam ser exercitadas. Sempre que se aproximavam do doente lembravam os exercícios e cuidados que a pessoa precisava fazer, afirmando que além de ser útil para a recuperação mantinha os doentes ocupados.

O exemplo da Enfermeira Isaura e da doente D. São, que tinha sofrido um acidente vascular cerebral, foi um dos melhores que vi de como estimular capacidades dá um sabor particular ao cuidado de enfermagem. O uso de técnicas para acordar os sentidos era instrumento banal do dia a dia.

Em frente de um espelho para que pudesse fazer gestos como se estivesse a pentear-se dizia-lhe, «olhe que isto não é para pentear só é para «acordar» o bracinho adormecido pela trombose» Explicava-me mais tarde que era importante os doentes perceberem os exercícios propostos, senão não aderiam a eles. No caso de D. São as capacidades cognitivas ainda estavam instáveis e daí a enfermeira sentir a necessidade de explicar em pormenor as razões e o sentido do exercício proposto.

Os enfermeiros aderiam tanto mais activamente ao processo de recuperação dos doentes quanto conheciam o contexto de vida para onde o doente voltaria. Haver uma forte motivação por parte do doente na recuperação, levava o enfermeiro a esforçar-se para ajudá-lo a atingir esse objectivo. No caso acabado de referir, da Dona São e da Enfermeira Isaura o desejo de evitar a ida para um lar, fazia com que a doente se esforçasse para atingir a máxima recuperação no mínimo espaço de tempo. A pouca confiança que a D. São tinha nas capacidades do filho para ajudá-la em casa, fazia com que pretendesse regressar quase auto-suficiente no cuidar de si.

As técnicas para acordar os sentidos visavam reproduzir no hospital um mundo sensorial semelhante ao vivido na própria casa da pessoa idosa. Os enfermeiros reconheciam que a pessoa idosa podia agir de modo adaptado à situação, sem

ser através de uma compreensão racional, mas antes pelo saber que a impregna sem disso existir consciência. Fazer avivar a memória de gestos simples permitia estimular a pessoa e não deixar aprofundar o seu grau de desorientação.

A Enfermeira Edite contava o seu modo de lembrar a doente do gesto de pentear:

Já me tem acontecido dizer a um doente: «agora vai-se pentear» e ele não sabe o que há-de fazer. Dou-lhe o pente e ele não sabe o que fazer. E se eu lhe faço o primeiro gesto, ele consegue fazer o resto, ele a seguir sabe e faz bem e eu falo com ele.

Já em relação às pessoas idosas cuja recuperação esperada era diminuta, a acção de estimular aplicava-se sobretudo aos doentes que tinham família para dar continuidade aos cuidados. Se a perspectiva era a ida para um lar, a acção de estimular diminuía pois sabiam que os resultados dos esforços que o doente fazia, com o desconforto a eles associado, perder-se-iam após a alta. Referiam que havia lares e mesmo famílias cujos doentes nunca mais seriam levantados. O estimular limitava-se nesses casos a ensinar a forma de prevenir os problemas respiratórios resultantes de estar acamado e necessidade de levantar diário. A Enfermeira Rute contava como fazia essa orientação às famílias para continuarem a estimular em casa:

Então a partir de uma certa idade e então as mulheres, e nós, eu incluo-me também, quando chegarmos aquela idade, as mulheres são umas vítimas, é que depois não é a perna, ficam acamadas, têm dores não se querem levantar, *farto-me de explicar isto às famílias*, depois arranjam uma pneumonia (Ent. 8) (Ênfase minha).

Para estimular, os enfermeiros precisavam acreditar nas capacidades existentes mesmo quando se manifestava distanciamento da pessoa face à realidade. As capacidades permaneciam muitas vezes ocultas e para as descobrir e estimular o enfermeiro precisa acreditar que elas existiam. A Enfermeira Zélia contava que tinha passado a dar importância à vontade da pessoa com alterações cognitivas,

quando um dia após a visita médica a um doente considerado como tendo alterações profundas da consciência, este referiu à esposa a frase «falaram todos de mim, mas não para mim». Manter as capacidades nas pessoas com alterações cognitivas eram modos desenvolvidos sobretudo pelos enfermeiros peritos, porém aconteceu observar desempenhos surpreendentes em enfermeiros ainda jovens.

Outra forma de estimular por excelência era a presença da família que reforçava o trabalho do enfermeiro no sentido de acordar memórias e trazer mimos, fazendo recordar as «coisas de casa». Os métodos criativos que usavam surpreendiam os enfermeiros. Um dos casos mais interessantes que vivi enquanto estive em campo foi o caso da doente D. Rosinha. Ao longo de todo o internamento, um pequeno papel de bloco de notas esteve preso por um adesivo na grade da cama. A curiosidade fazia com que todos os enfermeiros o lessem em voz alta com regularidade. O bilhete rezava assim:

Avó: Agora estás no Hospital X, no serviço Y. Os teus filhos e netos estão pertinho e vêm-te visitar todos os dias. Foste operada à tua perna esquerda. Já não te vão fazer mais nada. Estás no hospital para recuperar. Só isso. Muitos beijinhos. Um desenho de uma cara sorridente acompanhava a assinatura de L.) Sempre que o bilhete era lido a doente sorria, mas não se percebia se percebia o seu conteúdo, umas vezes dava respostas ao lado outras vezes nada dizia. Pela doçura da sua expressão facial o estímulo da leitura parecia ser-lhe confortável (Ob. 35).

Quando as capacidades mentais estavam obnubiladas, um modo dos enfermeiros continuarem a estimular a pessoa era contornar e dirigir a sua vontade. Usar a leveza da conversa, a brincadeira, o distrair foram modos de dirigir a vontade. Insistir e experimentar para manter as suas capacidades de viver e evitar pôr em perigo a sua sobrevivência exigiam criatividade, mas acima de tudo empenho na

pessoa. Uma das enfermeiras do estudo contava o modo como conseguia que um doente bebesse um sumo no meio de uma conversa tipo distração e brincadeira:

Pois... quer dizer, não é bem (risos), “Vá lá, beba lá! Isto aqui é tão bom, já provou deste?”, e alguns põem a língua de fora: “Eu já provei, este é muito bom, sabe a limão. Veja lá se você gosta deste”, eles vão fazendo o que a gente diz, como se fossem crianças grandes, não é? Isto tem que ser com calma. (Ent. 4).

Descrevi os modos de estimular capacidades. Estas traduziam-se de modo especial nos doentes com potencial, ou então naqueles que tinham família para continuar os cuidados. Acreditar nas capacidades existentes e ter a participação da família fazia com que estimular as capacidades as mantivesse e não deixasse agravar as existentes particularmente nas pessoas idosas com alterações cognitivas.

A personalização dos cuidados é o último modo que descrevo como elemento indutor para manter capacidades.

4.3.4 – Personalizar o cuidado

Personalizar o cuidado foi a última acção identificada que contribuiu para manter e estimular a pessoa a ajustar-se às acções que a sua situação de dependência exigia. Através da personalização do cuidado os enfermeiros tinham a preocupação de ajustar as acções ao grau de dependência e aos hábitos, satisfazendo assim as suas necessidades vitais. Tal como a literatura refere, (Randers e Mattiasson, 2004) cada vez mais os enfermeiros do estudo se esforçavam por respeitar os hábitos das pessoas idosas e já Nightingale (1946) se referia à individualização dos cuidados como algo que mudava de pessoa para pessoa: «as circunstâncias podem variar em cada caso» (p. 20). Neste estudo foram quatro as acções identificadas para personalizar o cuidado: a) «inserir a

pessoa num contexto»; b) «formular perguntas», c) «realizar cuidados individualizados», e d) «quebrar rotinas».

4.3.4.1 – *Inserir a pessoa num contexto*

Inserir a pessoa num contexto permitia ajustar e enquadrar os cuidados aos hábitos do ambiente social e físico que determinam a pessoa e a fazem aderir a uma estrutura social com valores e crenças próprios.

Os enfermeiros tinham a preocupação de se aproximarem da pessoa idosa de modo que a interação não partisse de uma base de conhecimento zero. As informações recolhidas junto dos colegas eram significativas para dar continuidade aos cuidados. Dentro destes dados os enfermeiros davam relevo particular ao modo como a doença se manifestava na pessoa, bem como a dados pessoais específicos, e em algumas unidades salientavam a presença ou ausência da família. Era dada atenção particular ao modo como os colegas interpretavam e aceitavam a pessoa e como a própria pessoa estava a reagir ao internamento. A Enfermeira Sara contava a sua preocupação em receber dos colegas as especificidades da pessoa reveladas muitas vezes informalmente pela família, bem como o grau de compreensão de que essa pessoa era alvo por parte da equipa:

Tentar saber os dados que já existem registados, ou que os colegas já têm que sejam importantes. Os importantes são... como é que a pessoa está, como é que os colegas a descrevem em termos de como é que se encontra, quais foram as coisas que os colegas acharam que eram interessantes também. Como eu não tenho dados nenhuns, *preciso saber o que é que eles acharam importante saber.*

Pergunto normalmente se os familiares já vieram, se há alguma coisa específica que os familiares tenham dito daquela pessoa. Pronto *todas essas coisas que me vão dizendo são alguns dados para eu saber também como é que as pessoas estão a reagir a ele e como ele está a reagir a estar aqui, não é?* (Ênfase minha).

Neste excerto estão presentes os três eixos considerados essenciais no processo básico dos cuidados de enfermagem, que permitiam reconhecer a identidade da pessoa: a doença, que ocasiona o encontro com o enfermeiro, o sexo e a idade, como marcas culturais que «induzem uma rede de efeitos secundários em relação a tudo o que acontece» (Collière, 2003, p. 150). O ambiente familiar, social e as relações com o meio hospitalar, eram elos essenciais a serem considerados para uma leitura integrativa da pessoa.

Os enfermeiros do estudo eram unânimes em reconhecer na família a fonte de dados privilegiada para poderem interagir com alguma base de segurança e de individualização. Um enfermeiro referia a importância da família assim:

Sei lá, precisamos que a família nos venha dizer como é que era, porque depois podemos tomar o nosso cuidado... pode ser um bocadinho diferente, mediante esses conhecimentos que temos (Ent. 12).

Os enfermeiros realçavam a diferença dos cuidados entre conhecer ou não a pessoa idosa: «aqueles que se conhecem, é melhor, vamos sabendo como são» (Ob. 108), referia um enfermeiro que se mostrava desconfortado ao regressar de um período de férias e por isso não conhecia ainda os doentes. A riqueza de dados que a família proporcionava somente pela sua presença era muito valorizada por alguns enfermeiros. A informação sobre a pessoa permitia a individualização dos cuidados e por vezes uma simples frase dada pela família ajudava a preparar o encontro, sobretudo quando a pessoa idosa não comunicava oralmente. «Era uma pessoa tão boa, não merecia ter tido esta desgraça» (Ei. 40) ou «ela sempre foi tortinha» (Ent. 6). Eram frases de uma importância que nem os próprios enfermeiros se apercebiavam dela, mas que mobilizavam posteriormente com a equipa.

Na falta de dados os enfermeiros referiam ficar muitas vezes só com a leitura que o corpo da pessoa idosa permitia. O corpo como fonte de dados era referido como

tendo uma dimensão importante, mas insuficiente para poderem agir de modo individualizado. Uma enfermeira mostrava como na falta de dados o corpo era uma fonte de conhecimento, incompleta:

Enf. – O corpo pode-nos dar alguma. O corpo... o corpo carne pode-nos dar algumas informações, mas não dá tudo, e não dá tudo e nós podemos chegar também a algumas coisas, mas não podemos chegar a algumas outras, mas não podemos chegar a tudo.

Inv. – Uhm, o corpo que observa é uma boa entrada, mas não é tudo...é isso?

Enf. – É, e às vezes é a única que nós temos também... Que se chega um doente, que eu não conheço nada... Posso fazer uma série de ilações, mas eu não faço ideia se são correctas ou não e aí faz a diferença toda. (Ent. 12).

O modo do enfermeiro conhecer e tornar-se próximo da pessoa idosa e do seu modo de viver, era através de «inserir a pessoa num contexto». O afecto e interesse que os familiares manifestavam, uma simples peça de roupa, como era uma camisa de noite, que permitia ao enfermeiro pôr a pessoa a falar de si e do seu mundo, ajudava a conhecer e inserir a pessoa no seu ambiente familiar. Retirar a pessoa de um contexto social e cultural, ou desconhecer esse contexto fazia com que a pessoa fosse despersonalizada e excluída. Quando a pessoa é excluída do seu contexto de vida, a despersonalização acontece.²²

²² No decurso do trabalho de campo um amigo da investigadora, (Zé para os amigos) ficou internado durante três dias num serviço de urgência com um problema respiratório. Importa dizer que esse amigo é Doutorando e Professor Universitário, conhecido profissionalmente pelo «Professor Castro». Fisicamente tem a aparência de um homem na casa dos cinquenta anos, forte e baixo, cabelo e bigode semelhantes aos de Einstein. Era altura de Natal. Um dia de manhã a médica de serviço chega ao pé dele e num tom de voz receoso pergunta-lhe: «Senhor José o senhor tem casa? «O meu amigo diz que sim surpreendido com a pergunta. A seguir pergunta-lhe onde mora. E à resposta de «em Lisboa», acrescenta: «sabe, queríamos dar-lhe alta, mas não pode apanhar frio e tem de tomar os medicamentos...» Aí fez-se luz na cabeça do meu amigo «Sr. José». Entre divertido e furioso contava «a médica devia estar a pensar que eu era um sem abrigo...» A história caricata revela só a anulação da identidade da pessoa, quando entra as portas do hospital. Parece confirmar-se ainda nos hospitais o que Coe (1979) afirmava há 25 anos e Goffman há sessenta: mesmo antes de entrar na instituição a pessoa é desconsiderada. Coe (1979) afirma que na óptica de directores e responsáveis são todos «velhos, doentes ou loucos» (p. 343).

Ora «não há ninguém que não se caracterize pelo lugar onde se situa de maneira mais ou menos permanente (ser-se «sem eira nem beira», ou «sem domicílio fixo» é ser-se desprovido de existência social afirma Bourdieu (1998, p. 119).

A leitura e inserção da pessoa num ambiente social aconteciam diariamente, mesmo sem os enfermeiros terem consciência que o faziam. Os enfermeiros contavam e interpretavam os sinais lidos no corpo. Assim a pele do corpo com sinais de ter estado na praia, ou a pele muito branca, o tipo de aparência do corpo, o grau de higiene global, a presença da família, o modo da pessoa idosa ou família agradecerem ou pedirem os cuidados, eram dados que ajudavam o enfermeiro a inserir a pessoa num ambiente familiar e social. Tais dados mais tarde serviam para personalizar os cuidados.

4.3.4.2– *Formular perguntas*

Foi outra técnica que permitiu personalizar o cuidado, sendo seleccionado o melhor modo de interagir com a pessoa idosa. As perguntas eram cuidadosamente ajustadas a cada pessoa, particularmente quando existiam alterações sensoriais ou cognitivas. Por isso o cuidado era singular e não plural. À medida que o enfermeiro conhecia a pessoa idosa passava a usar o melhor modo de formular as perguntas para obter o efeito desejado. A Enfermeira Joaquina mostrava como deixou de usar a pergunta directa para contornar a vontade do doente:

Perguntar «Quer água?», e eles dizem logo que não querem: “Ah, não quero nada”. Mas depois de conversar com ele, em vez de não é se ele quer...digo “Vamos beber um bocadinho”, e eles às vezes vão bebendo.

O modo de formular perguntas também ajudava a acautelar problemas sobre informações mal captadas acerca do diagnóstico e ou dos tratamentos a serem ali cumpridos. Fazer perguntas amplas, não invasivas da intimidade, eram

preocupações que nas pessoas com alterações sensoriais e ou cognitivas eram particularmente expressivas. As perguntas mais sensatamente formuladas eram as que procuravam conhecer a pessoa nos primeiros contactos que o enfermeiro estabelecia com a pessoa idosa. Os enfermeiros referiam os cuidados mais longos para conhecer a pessoa e usavam perguntas abertas para pô-la a falar de si e da sua história ligada ao motivo de internamento. O modo de formular essas perguntas abertas era habitualmente inserido num ambiente de informalidade e as perguntas eram do tipo:

«então o que vem fazer aqui ao hospital, diga-me lá?» (Ob. 20);

«então o que o médico lhe disse que tinha?» (Ob. 89)

«então porque é que pensa que está internada, porquê?» (Ent. 13)

«Vai ser operada porquê?» (Ent. 12);

«então como é que isto lhe aconteceu, conte-me lá?» (Ob.7)

Com o tipo de perguntas abertas era possível à pessoa idosa falar de si e mostrar o que sabia sobre a doença, quais os receios e nessa mistura do discurso a pessoa revelava-se. Os problemas da alta eram assim precocemente colocados. As perguntas favorecedoras para conhecer a pessoa eram do tipo: «quando sair daqui com quem vai viver?» (Ob.17); ou «quando sair, quem o vai ajudar?» (Ob. 29).

Formular perguntas deste modo acontecia com a pessoa idosa sem alterações sensoriais, em que o modo de perguntar era enquadrado num diálogo natural. Nas pessoas com alterações cognitivas e sensoriais a família substituí-a pessoa no fornecimento de dados. Quando existiam comportamentos inesperados, nomeadamente alterações cognitivas a pergunta dos enfermeiros aos familiares era: «então como é que era ela» (Ob. 52), ou «mas ela não era assim antes?» (Ob. 35) A simplicidade da colocação das perguntas dos enfermeiros prestadores de cuidados directos revelava a sabedoria intrínseca do saber prático.

A intimidade da interacção acontecia mesmo quando existia ruído latente e persistente da enfermaria. Pude apreciar e ver o efeito positivo de três modos de comunicação usados quase em simultâneo: o uso do cochicho, seguido da comunicação não verbal e da comunicação verbal.

Prestar cuidados individualizados exigia conhecer «os pormenorezinhos, que fazem a diferença ou não fazem diferença», como afirmava a enfermeira Carlota. Os enfermeiros usavam a expressão «sei quem eles são», referindo-se às particularidades dos modos como cada pessoa era e como tinham sido realizados os cuidados. As perguntas dos enfermeiros eram formuladas de modo natural e apropriado, «como costuma fazer lá em casa? (Ei. 30). As respostas permitiam ao enfermeiro conhecer e diferenciar a pessoa através dos cuidados que proporcionavam diariamente. A Enfermeira Rute descrevia essa individualização de cuidados assim:

Na volta (cuidado regular para posicionar, massajar, mudar fralda) é diferente, vamos falando com o doente, mexemos no doente, conversamos com o doente ... «sei quem eles são». Com mais tempo a gente conhece-os e consegue fazer as coisas, aliviá-los, fazer com que eles tenham uma noite melhor, que durmam sossegadinhos.

4.3.4.3 – *Realizar cuidados personalizados*

Concretizar os cuidados no mundo hospitalar de modo semelhante aos realizados em casa. Quer o modo como os cuidados eram realizados, quer «as coisas vindas de casa» ajudavam a amenizar o mundo hospitalar percebido como anónimo, agressivo e indiferenciado.

Aceitar a vontade da pessoa era um modo de corresponder a cuidados individualizados. A expressão da sua vontade e decisão em actos simples como acertar a altura da cama, escolher o tipo de alimento para pequeno-almoço, lanche e ceia, o tipo e quantidade de roupa com que queria dormir e estar tapada,

a intensidade de luz regulada ao nível da unidade, a temperatura da água, a localização das almofadas, a colocação ou não de fralda, o tempo de permanecer levantada. Eram opções aparentemente vulgares, mas às quais os enfermeiros atribuíam elevada importância, argumentando que nessas escolhas a pessoa idosa sentia ter importância e a sua vontade contava. Os enfermeiros referiam ser importante para a pessoa «sentir-se gente, são pessoas», como defendia a Enfermeira Edite. A Enfermeira Graça considerava o respeito pela vontade da doente de D. Emília como uma das razões do seu comportamento sereno: «eu perguntava-lhe sempre: “Quer esta? Ou quer esta?” mostrava-lhe as duas luzes e ela dizia qual é que queria».

Para mim foi surpreendente ser o turno da noite aquele que permitia a alguns enfermeiros proporcionarem maior individualização de cuidados. Por ser um turno em que existem muitos preconceitos sobre o papel do enfermeiros descrimino os cuidados proporcionados e que eram facilitadores na indução do sono.

A aceitação da alteração dos ritmos de sono, dormir de dia e acordado de noite, aceitar modos diferentes de estar vestido/despido para dormir, dormir sentado no cadeirão em vez de ser na cama, foram exemplos que permitiram a personalização dos cuidados. Os enfermeiros compreendiam os medos e necessidades da pessoa idosa durante a noite e essa compreensão fazia com que aceitassem a sua vontade e assegurassem as melhores condições para ela descansar. Também na véspera da cirurgia programada era frequente a pessoa ter insónias e os enfermeiros referiam ter mais disponibilidade para conversar com a doente, do que no turno da manhã e tarde. O que lamentavam era a pouca informação que existia, dada pelo médico ao doente e/ou família, o que dificultava a ajuda a dar e o repouso.

Um modo de conseguir realizar cuidados individualizados consistia na alteração e regulação da luminosidade durante a noite, conseguindo salvaguardar hábitos antagónicos entre os doentes. Essa dificuldade era gerida de modo a garantir as especificidades de cada pessoa recorrendo ao uso criterioso do reposteiro e das luzes. Uma Enfermeira mostrava como fazia:

Enf. – O senhor Mota, também só dorme com a luz acesa, fechamos-lhe os cortinados e acendemos-lhe a luz a ele, a luz de presença.

Inv. – E o doente do lado?

Enf. – O vizinho fica com o cortinado fechado, mas desde que se feche bem tudo não passa muita luz. (Ei. 38).

Já a porta da enfermaria ficar entreaberta ou fechada, era um acto negociado considerando a vontade dos doentes e a necessidade de maior ou menor vigilância. O enfermeiro assegurava pela sua presença próxima, ao longo da noite, uma vigilância que era referida como factor decisivo no serenar de pessoas idosas que em casa gritavam toda a noite.

No estudo de Randers e Mattiasson, (2004) respeitar a personalidade do doente bem como os hábitos pessoais, era um dos modos de inspirar segurança e respeitar a integridade da pessoa.

Outro modo de realizar cuidados personalizados era através do mobilizar objectos de uso pessoal que quase faziam parte da identidade da pessoa.

Há situações que não foi por si só um factor determinante para acalmar, mas ajudou uma senhora que usava um creme perfumado e nós pedimos à filha para trazer o que a senhora usava em casa, e nós púnhamos.

As coisas que a pessoa normalmente usava, isso normalmente pedimos. As famílias cooperam bem nisso, mas o que é importante é não comprarem de novo... era o que a pessoa usava! (Ent. 2).

Foram referidos muitos outros estímulos como modos de realizar cuidados individualizados. A música, as roupas pessoais de dormir, a comida, objectos de toilette e outros mimos trazidos pela família, proporcionavam uma aproximação

ao mundo conhecido do doente. Nomeadamente os produtos de higiene pessoal eram usados com outras finalidades mais profundas nas pessoas idosas com alterações cognitivas. Mesmo que o corpo idoso não estivesse na plena posse das faculdades mentais «as coisas de casa» estavam reflectidas nos objectos pessoais, são elementos que confortam e fazem com que a pessoa se sinta serena. Bottorff, (2002) lembra que mesmo que seja só por momentos «as coisas de casa» permitem estar próximo dos familiares.

Assegurar a personalização dos cuidados acontecia na satisfação de necessidades subtis e de preferências que só eram descobertas na medida em que eram vividas diariamente na proximidade da interacção. Assim o modo de fazer com que a pessoa conseguisse comer e beber, derivava da descoberta específica efectivada em cada caso. A D. Maria por exemplo só comia a papa se se repetisse que tinha sido a filha a trazê-la e ela ficaria zangada se ela não a comesse toda.

A desidratação das pessoas idosas muito dependentes era um problema referido como de ocorrência frequente, sendo a falta de oferta de água e a recusa da pessoa idosa em bebê-la as suas causas. Os enfermeiros afirmavam que as pessoas idosas não gostavam de beber água, mas alguns ultrapassavam essa dificuldade oferecendo os líquidos preferidos. Usavam a água açucarada, água misturada com café ou chá, tipo refresco. Uma enfermeira contava como fazia:

Os idosos não apreciam água, por isso até dar um comprimido é mais lento do que uma outra pessoa. Bebem um golo e já chega. Não gostam de água. Todavia, «se for água com açúcar bebem melhor. Outros só bebem se for água morna, porque receiam constipar-se. A minha avó é assim (ri). Há outros que só bebem chá de ervas e este que lhes damos aqui é preto, não gostam. (Ei 36).

A partilha destes dados obtidos entre os enfermeiros acontecia só quando sentiam dificuldades e afirmavam que pouco conseguiam individualizar, embora o fizessem em muitas circunstâncias. Também Bottorff (2002) realça a

importância dos cuidados referidos como sendo insignificantes por parecerem muito simples de realizar. Cita os exemplos de «compor uma almofada, reposicionar um doente na cama, baixar as persianas, cuidar da boca, fazer a cama, ouvir...» (p. 1), que sendo tão primários, para quem está doente e não os pode fazer por si, causam profunda diferença no grau de conforto. Em qualquer circunstância são complexos porque exigem estar atento ao outro e não esperar pelo seu pedido para serem realizados.

4.3.4.4 – *Quebrar rotinas*

Esta era uma outra maneira do enfermeiro personalizar os cuidados e dar-lhes um cariz de humanidade. Revestia-se de duas modalidades: fazer rupturas no modo de funcionamento institucionalizado, e usar o tocar como expressão de interesse e/ou afecto.

Quebrar rotinas exigia flexibilidade e sensatez, tendo sido referidos métodos menos ortodoxos para contornar problemas. A Enfermeira Isaura por exemplo contava ter conseguido resolver o problema de obstipação do doente Sr. Valente através da troca de um cigarro pela promessa do doente ficar sentado na sanita. Este era o modo usual do doente satisfazer esta necessidade em casa e estando agora a viver uma situação de desorganização mental, este truque fez com que a situação de obstipação e timpanismo se resolvesse. Foi evitado o recurso ao desconforto de um enema e sonda de gases que o doente não compreendia e repudiava activamente.

Era sobretudo nos casos extremos de recuperar e voltar para a vida, ou nos casos de morte anunciada, que os enfermeiros mobilizavam mais recursos e quebravam mais facilmente as rotinas. Pedir material e equipamento emprestado a outra unidade de internamento, usar equipamento que obrigava a alterar espaços, trazer uma peça de fruta fora de época do restaurante do hospital para satisfazer

um desejo de uma doente em delírio, foram alguns dos muitos exemplos observados e referidos pelos enfermeiros, como modos de contornar os problemas manifestados.

Quebrar rotinas era vivido com a ambivalência de quem sabe o que deve fazer, mas teme algumas críticas. Assim os sentimentos de hesitação e a tomada de decisão eram mais facilmente ultrapassados quando os problemas eram discutidos em grupo, ou sentidos como uma responsabilidade colectivamente assumida.

O quebrar rotinas instituídas no normal funcionamento hospitalar, foram modos usados pelos enfermeiros para as pessoas idosas puderem continuar a ser reconhecidas como pessoas, cuja dignidade era preservada ao ser-lhes oferecido aquilo que precisavam. Tornar o ambiente hospitalar mais parecido ao da vida pessoal e familiar, exigia que algumas características de instituição total fossem mudadas. As regras sobre o papel e número de pessoas que visitavam o doente eram das mais frequentemente alteradas e questionadas pelos enfermeiros.

Havia expectativas em alguns enfermeiros acerca da presença da família, esperando dela participação nos cuidados, enquanto que outros tinham dificuldade em aceitar essa presença e participação nos cuidados.

A família ser autorizada a permanecer no turno da noite em algumas unidades de cuidados era a quebra de rotina que gerava menos consenso entre enfermeiros e médicos. Também a presença de crianças era alvo de pouco consenso, sendo as questões de infecção hospitalar os argumentos mais debatidos. O depoimento da Enfermeira Sabrina na quebra de rotinas é relevante, por mostrar uma evolução de comportamentos ainda muito recente e que, em alguns contextos, ainda é impensável.

Há três doentes em fase terminal e as famílias estão lá de noite também. Os médicos já aceitam, bem como os enfermeiros. O facto dos doentes

terem muitos familiares não assusta. Vão entrando todos, não se pode estar a escolher o familiar ou o filho que entra do que não entra.

Adiar o momento da alta à revelia da equipa médica também foi um modo de quebrar a ordem estabelecida em que a ultrapassagem do domínio médico foi, pontualmente conseguida usando técnicas de disfarce para contornar o problema. Os enfermeiros mais velhos usavam a técnica de negociação e exerciam o seu poder junto da equipa médica, nomeadamente nos problemas de continuidade de cuidados. Chamar técnicos de outras especialidades e adiar o momento da alta, eram os problemas mais comuns. Os argumentos centrados nas necessidades dos doentes, nem sempre tinham eco e os enfermeiros referiam sentir-se os defensores de causas perdidas. Os doentes que inspiravam na equipa maior onda de afecto eram os mais desprotegidos socialmente, sendo os mais beneficiados pelo quebrar de regras e oferta de cuidados que eram dados como mimos perante os mistérios da vida que beneficia aparentemente uns e desprotege outros.

Usar o tocar como expressão de interesse e/ou afecto era outro modo de quebrar rotinas. Os enfermeiros reconheciam a necessidade das pessoas idosas serem tocadas, sendo a aceitação e partilha intencional dos dois corpos reveladora por si só do tipo de interacção e do apreço mútuo. Somente pelos modos de observar o tocar, bem como pelo tom das palavras usado, os enfermeiros notavam o cuidado e interesse que a pessoa idosa despertava. A necessidade de tocar e ser tocada era reconhecida por alguns enfermeiros como devendo ser satisfeita como qualquer outra. Essa necessidade era afirmada com naturalidade assim pela Enfermeira Isaura «Os doentes tocam muito, gostam muito de nos tocar». Acontecia esse tocar durante o desenrolar dos cuidados e revelava compreensão humana e aceitação mútua, fazendo com que a integridade da pessoa fosse assumida. Já ser tocada com o sentido de manifestar

afecto, segundo os modos socialmente em uso, era vivido com menor à vontade pela maioria dos enfermeiros. Até mensagens de gratidão durante a interacção dos cuidados eram aceites com algum constrangimento por alguns enfermeiros. Afirmava uma enfermeira «mas aos que pedem, eu ponho a cara e dou, mas nunca fui a um doente dar-lhe um beijo, nunca fiz isso (Ei. 30).

Somente as pessoas idosas que eram alvo de interesse profundo beneficiavam de vínculos afectivos subtis, eram alvo de manifestações afectivas explícitas, pelo grupo dos enfermeiros. Todavia as modalidades mais comuns e consideradas mais apropriadas de mostrar afecto, em contexto hospitalar era através dos próprios cuidados. A massagem foi referida como um o mediador por excelência podendo transmitir mensagens profundas sem necessitar de palavras, como revelei anteriormente neste capítulo.

Os enfermeiros referiam que o próprio modo de tocar no corpo da pessoa idosa, durante a realização dos cuidados, poderia ser ele próprio um cuidado e não um mero gesto (Lopes, 2006). As mãos eram os elementos corporais mais apreciados e usados na personalização dos cuidados que em articulação com o relacionamento interpessoal, proporcionavam o que os doentes designavam por «cuidados como deve ser». A D. Virgínia sintetizou o sentimento de muitas pessoas idosas ao referir-se ao modo como o tocar veiculava o cuidado personalizado mais profundo. Referindo-se a uma enfermeira falava assim: «ela tem mãos de seda, não faz doer nada a mexer na gente (...) além de ser uma pessoa de trato fino» (Ei.31) Também a Enfermeira Ofélia contava o modo de mostrar afecto através dos cuidados assim:

Porque para mim, tocar é muito importante, eu sou uma pessoa muito reservada...não sou daquelas que ando sempre aos beijinhos aos outros, mas sou muito de estar com o outro nos cuidados. Por exemplo a massagem permite isso. Permite-me associar o efeito da massagem ao prazer, e eles sentem isso.

Para outros enfermeiros sobretudo nos mais jovens e do sexo masculino, na interacção com pessoas idosas do sexo feminino, os sinais de afecto eram mais frequentes e tinham grande espontaneidade. Esse quebrar de regras assemelhava-se a um tipo de interacção de relação avó-neto, onde a aceitação de sentimentos e partilha mútua revelavam o interesse pela pessoa idosa e faziam com que ela se sentisse a viver num ambiente afectivo. A Enfermeira Helena contava a interpretação que dava a essas manifestações invulgares:

Tivemos dois enfermeiros, o Paulo e o Zé, que eram uma graça, chegavam ao pé delas e faziam festinhas na cara, eu não sei o que é que elas viam neles, acho que viam netos, só podiam (ri) e elas faziam festinhas e elas estavam perfeitamente deliciadas, deliciadas. E eles iam e davam beijinhos também eram assim afectuosos, logo nas primeiras impressões.

Este afecto mútuo revelava como a interacção é um processo co-construído, e não unilateral, como muitas vezes se poderia pensar.

Quebrar regras, fossem estas de carácter mais formal, ou de cariz mais afectivo eram modos de personalizar cuidados, que amenizavam a frieza do ambiente hospitalar. Tinham o efeito de fazer com que a pessoa idosa sentisse ter passado a barreira do anonimato e isso era uma condição para manter a integridade.

Nesta categoria de manter capacidades, a subcategoria personalizar os cuidados foi respondida através dos conceitos, inserir a pessoa num contexto, formular perguntas, prestar cuidados individualizados e quebrar rotinas.

Em resumo na categoria «manter capacidades» descrevi as subcategorias que nomeei como avaliar capacidades, não substituir, estimular capacidades e personalizar os cuidados.

Neste capítulo 4, apresentei as três categorias identificadas neste estudo: a) promover imagem positiva de si, b) proteger o self da dominação e c) manter capacidades.

Na categoria a) promover imagem positiva de si emergiram as subcategorias promover a boa aparência, preservar o pudor, proteger o self da humilhação do corpo sujo.

Na segunda estratégia proteger o self da dominação emergiram as subcategorias prevenir o uso da força, entrar no mundo da pessoa e proteger o self de ser forçado.

Na terceira categoria designada por manter capacidades foi desenvolvida através das subcategorias avaliar capacidades, não substituir, estimular capacidades, personalizar o cuidado.

Do conjunto das três estratégias designei-as como «manter a integridade do self, estratégias no viver quotidiano», cuja designação justifico.

Manter a integridade da pessoa como um estado de totalidade envolve ver a pessoa idosa como indivíduo com personalidade cujos hábitos e valores são respeitados. Esses valores respondem a necessidades de resposta a exigências de comportamento social esperado que permitam à pessoa idosa sentir-se socialmente respeitável.

A literatura atribui por vezes ao conceito de integridade somente as questões físicas e de privacidade. Todavia Bischofberger, apud, Randers e Mattiasson, (2004) salienta quanto «é importante enfatizar que a integridade é essencial à existência individual e é um direito de todos. Neste sentido tem um significado essencial idêntico ao de dignidade da pessoa» (p. 64). Considerando que é através «do cuidado que a dignidade é consolidada» (Bayer 2005, p. 6), a proximidade dos dois conceitos pode ser passível de confusão, mas optei pelo conceito de integridade e não o de dignidade. As razões desta opção são porque o conceito de dignidade sendo muito discutido, tem sido compreendido de modo vago. O seu uso tem tido dificuldades de concretização, além de cada pessoa lhe atribuir um sentido. Assim embora exista vasta bibliografia, o conceito de

dignidade na sua ligação à prática não a tem enriquecido (Coventry, 2006; Birrell, 2006). Shotton e Seedhouse (1998) afirmam mesmo que «é difícil compreender o significado de «*dignidade*» nos direitos humanos, bioética e na literatura de enfermagem, porque a palavra é usada só vagamente» (p. 246).

No capítulo a seguir descrevo as consequências que emanam da interacção dos cuidados.

CAPÍTULO 5

PRESERVAR A IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA: CONSEQUÊNCIAS DO CUIDADO

Neste capítulo descrevo as consequências emanadas das estratégias apresentadas no capítulo anterior, segundo Strauss e Corbin (1998) e recordo novamente o seu significado.

O termo «consequência» não tem portanto na utilização da teoria fundamentada a conotação positivista de impacto, ou efeito, que habitualmente é associado a resultado e consequência de uma acção específica. É um modo mais geral e conceptual de compreender o que aconteceu no decurso das estratégias, dando assim explicações mais completas de como elas alteraram a situação da interacção.

Das consequências resultou o tema preservar a identidade da pessoa idosa. Derivou das categorias «reconhecimento da pessoa idosa», «viver num ambiente de segurança» e «viver num ambiente de aceitação» que foram as três categorias identificadas como resultado das estratégias descritas no capítulo anterior.

5.1 – RECONHECIMENTO DA PESSOA IDOSA

No capítulo das estratégias, as categorias promover uma imagem positiva de si, manter capacidades, prevenir do uso da força, visavam preservar a integridade da pessoa idosa, de modo a preservar a sua integridade da influência nefasta do hospital.

O reconhecimento da pessoa idosa derivava de «ter uma identidade pessoal». Significava a pessoa idosa ser conhecida pelo nome, recriar a identidade e reavivar a identidade, como passo a descrever.

5.1.1 – Ter uma identidade pessoal

A preocupação e o desafio que se colocavam aos enfermeiros, descritos nos capítulos três e quatro deste estudo, eram fazer com que os momentos da interacção dos cuidados fossem vividos de modo que a pessoa idosa sentisse não ser mais um, entre muitos outros doentes. Ter uma identidade pessoal fazia uma enfermeira afirmar assim a sua preocupação: «sentirem que é um cuidado com eles, que são alguém, não são mais um número, que aqui estão connosco, que a gente tem cuidado com eles e que os considera pessoas» (Ent. 13).

5.1.1.1 – *Ser conhecido pelo nome*

Os enfermeiros referiam como prática habitual da interacção o uso do primeiro nome do doente, ou o apelido. Mais raramente a pessoa era questionada directamente sobre o nome preferido que desejava ser chamada especificamente no contexto hospitalar. Nas unidades de internamento onde existia essa prática o nome preferido estava sublinhado no quadro de identificação na sala de trabalho. A Enfermeira Sara descrevia a medida significativa que o grupo de enfermeiros adoptou para primeiro elemento de identificação universal como modo de dar ênfase à identidade da pessoa: «até traçamos no quadro, por baixo do nome, sublinhamos o nome que a pessoa usa socialmente».

A importância que os enfermeiros davam ao uso do nome na interacção era relevante e criava um tom de maior proximidade amistoso no ambiente quotidiano quando o nome era usado de modo repetido ao longo da mesma. Como elemento básico da identidade pude aperceber-me da importância do uso do nome no seio da interacção. Face à grande rotatividade dos doentes a memória dos enfermeiros para fixar o nome dos doentes era surpreendente, mas afirmavam que quando tal não acontecia, existia uma placa identificadora colocada ao fundo da cama do doente, que auxiliava sem a pessoa idosa disso se

aperceber. Este pequeno recurso era uma ajuda importante para a memória dos enfermeiros, pois permitia passar a mensagem da pessoa não ser um anónimo. Em alguns contextos a placa identificadora estava colocada no cimo da cama.

Conhecer o nome pelo qual a pessoa idosa desejava ali ser tratada, só aparentemente era um acto banal. Os nomes reflectiam um momento histórico e o meio socio-cultural a que a pessoa idosa pertencia. Quanto mais invulgares eram os nomes e apelidos, mais facilmente os enfermeiros passavam a primeira barreira do anonimato, ao estabelecerem uma abertura na comunicação. Assegurar a identidade da pessoa idosa através do nome, era um primeiro elemento da interacção, que induzia modos de comunicação aprofundada, nem sempre suficientemente valorizada.

Assisti a uma interacção surpreendente e reveladora da importância do uso do nome, numa doente diagnosticada como vivendo um estado de demência avançado.

A enfermeira informava dos cuidados que estava a realizar e repetidamente dirigia-se a ela tratando-a por «D. Conceição». A dada altura a doente ao ser chamada de «D. Conceição» diz em tom sereno, mas afirmativo uma única palavra «Imaculada». A enfermeira interpretou a resposta como a doente estar a viver um acto litúrgico, em que a expressão «Imaculada Conceição» era usada e diz-me «deve pensar que está na missa, lembra-se de antigamente se usar rezar as Ladainhas? Aceno que sim. Informa a doente que está no hospital e não na missa. A doente não dá sinais de resposta»

Mais tarde a enfermeira conta-me que ao olhar casualmente a etiqueta identificadora no processo clínico repara no nome da doente «Conceição Imaculada...». Surpreendida confirma e partilha na passagem de turno o incidente. Daí para a frente os enfermeiros passaram a chamá-la de «D. Conceição Imaculada». Eles o nome nunca perdem, raramente o perdem» referia-me o enfermeiro protagonista deste incidente crítico (Ob. 27).

D. Conceição Imaculada foi uma doente que ao longo do internamento passou a ser assim chamada. Manteve sempre um discurso incompreensível para os enfermeiros e para a família, mas foi ajudada a manter a integridade da sua

identidade básica, pois havia enfermeiros que, sempre que falavam com ela, faziam questão de acentuar os seus dois primeiros nomes.

Como mostrei no capítulo das estratégias, embora existisse por parte dos enfermeiros a preocupação de inserir a pessoa num contexto de vida social, neste campo específico, o recurso do título profissional como elemento da identidade não era uma prática habitual, e era somente usado com carácter excepcional.

Os títulos profissionais foram usados pelos enfermeiros deste estudo de modo escasso, mas quando eram usados os resultados eram muito eficazes. Os enfermeiros ao mobilizarem esse recurso identitário, nomeadamente os títulos profissionais incorporados pela pessoa idosa, conseguiam uma melhor comunicação e adesão aos cuidados. No exemplo a seguir, mostro como o uso da memória ligada à profissão surtiu o efeito desejado. O gesto necessário para o doente se colocar na melhor posição e sentar-se no cadeirão foi facilitado pelo apelo da sua identidade profissional, que a enfermeira mobilizou casualmente. Contou-me mais tarde que um amigo da família do doente o tinha vindo visitar, e tinha perguntado pelo doente Capitão Batista. Na altura achou graça um homem de 80 anos continuar a ter essa identidade para os amigos. No dia em que teve de o levantar perante a lentidão de movimentos lembrou-se de puxar por esse dado biográfico do doente assim:

A Enfermeira Zélia com metade da estatura do doente Capitão Batista, de 79 anos, dizia-lhe «não tenha medo, aqui é como na tropa, está de pé na parada» e acrescentava «de pé, direita, volver, não é?! Aqui é a mesma coisa» (imitava o tom de voz militar em parada). O pé direito do Capitão Batista arrastou-se uns centímetros na direcção proposta pela enfermeira. e consegui colocar-se em posição de se sentar com menos dificuldade no sofá. (Ob. 61).

Ao aprofundar o tema do nome como elemento intrínseco da identidade os enfermeiros questionados referiam que os títulos profissionais, ou cargos

hierárquicos, as pessoas idosas já os tinham perdido ao longo dos anos e afirmavam que as próprias se sentiriam inibidas em usá-los. Também argumentavam não colocar essa hipótese por uma questão de usar de igualdade de tratamento entre os doentes, referindo que essa diferenciação poderia minimizar os doentes que não possuíam qualquer título. Se estes argumentos eram válidos para a maioria dos enfermeiros, para alguns enfermeiros estes argumentos eram um subterfúgio para esconder dificuldades em aceitar e reconhecer. Afirmavam que essa dificuldade de uso de títulos era transversal aos doentes em geral.

O estatuto profissional é uma dimensão significativa ao longo da vida da pessoa, que no hospital, se for excluída, pode ser mais um elemento a limitar e a agravar a *desfiguração* da sua identidade social. A importância da identidade na vida da pessoa era reconhecida como elemento integrante do equilíbrio da pessoa consigo própria e com o ambiente.

A incorporação do título profissional para algumas pessoas idosas podia ser um elemento simbólico a dar distinção sobretudo se o título profissional a fazia sentir enobrecida, ou reconhecida, podendo enobrecer a interacção.

A importância do título profissional como atributo da identidade usado no quotidiano foi realçado no estudo de Woolhead et al (2004), em que havia pessoas idosas que sentiam a necessidade e o direito de continuar a usar o título profissional. O autor salienta o título ser um modo de preservar a dignidade da identidade quando isso «era das poucas coisas que restava a pessoas que lutavam pela dignidade face à paralisia e incontinência» (p. 167). Este dado fruto da investigação de Woolhead et al (2004), fez-me pensar quantas faltas de respeito pela identidade poderiam ser evitadas se se perguntasse sistematicamente qual o nome pelo qual é/era habitualmente conhecido na sua vida profissional e como deseja ser agora ser ali tratado.

Também a literatura confirma a ligação profunda do nome como elemento estruturante da identidade da pessoa. Sacks (2006) analisando os comportamentos de pessoas com alterações da função neurológica e psiconeurológica reconhece que as manifestações disfuncionais se repercutem ao nível linguístico, intelectual, perceptivo, conforme os centros cerebrais afectados. Porém perante uma doença, esta nunca é uma simples perda, pois há por parte do sujeito afectado uma reacção para repor, compensar e preservar a sua identidade de ser único, sejam quais forem os meios que a pessoa utiliza.

Se numa pessoa lúcida a perda dessa fracção da identidade que vive acoplada ao nome pode não ser gravosa, quando as capacidades estavam diminuídas, tal omissão podia ser lacuna grave. No estudo Woolhead et al (2004), as pessoas idosas aspiravam manter o direito ao nome do seu agrado, ou ao apelido. Esta característica era particularmente importante nos doentes do estudo realizado no Reino Unido em que as pessoas estão habituadas a usar o apelido nos relacionamentos sociais. O hábito recente de usar o primeiro nome era considerado pelas pessoas idosas como pouco digno, por se sentirem tratadas como crianças. No estudo de Woolhead et al (2004), o autor comentava que ser chamado pelo apelido impedia a pessoa idosa de ser inserida no grupo de idosos anónimos, designados por qualificativos desrespeitosos e massificadores, como era a designação de «velhotes».

Se respeitar a identidade usando o nome pela qual a pessoa respondia era uma preocupação e consequência das estratégias havia pessoas idosas em que a identidade era recriada e avivada através da interacção.

5.1.1.2 – *Recriar a identidade*

Por motivos que os enfermeiros não conseguiam explicar, havia pessoas idosas que adquiriam no grupo dos enfermeiros uma outra identidade. Designações

afectuosas como «a nossa mascote», «a bóbó», «a nossa princesinha», «o nosso Calimero», eram simbolicamente o reflexo de interações de manifesto empenho dos enfermeiros, como se essas pessoas idosas fossem conhecidos ou familiares seus. Era como se uma parte da pessoa idosa fosse pertença exclusiva do grupo dos enfermeiros. Assim fruto e reflexo da interação vivida, a pessoa idosa era designada em privado pelos enfermeiros com qualificativos que traduziam uma «nova identidade».

Esta identidade recriada era atribuída predominantemente a pessoas grandes idosas com elevado nível de fragilidade e dependência, selves estimulantes, pessoas cuja duração de internamento era mais longa que o habitual, ou pertenciam a famílias empenhadas.

A identidade das pessoas idosas que adquiriam estatuto especial acontecia no decorrer da própria interação dos cuidados, em que pessoa idosa era alvo de diminutivos como sinal explícito de carinho. O diminutivo podia até não estar relacionado com o nome próprio da pessoa, mas era recriado pelo enfermeiro, num ambiente de leveza durante o próprio cuidado. Este recriar de identidade era algo aceite pela pessoa idosa, sendo a sua identidade reforçada pelo valor que lhe era atribuído e assegurado ao longo da interação. Era o caso da interação entre a doente D. Gracinda e a Enfermeira Ivone.

Estava no cuidado de higiene numa saída de vela, porque a doente precisava ir fazer um tratamento às 8 horas numa outra unidade. A enfermeira chamara a doente de Lisa e esta, corrigiu-a. Responde a enfermeira em tom de grande afecto «Tem cara de Lisa, não tem nada cara de Gracinda, para mim é Lisa, é muito mais giro. (Ob. 35).

O estudo europeu de Bayer (2005) com pessoas idosas revela que um dos elementos valorizados por elas era preservar a identidade, através de manter o uso do nome próprio, pelo qual sempre foram conhecidas. O uso de nomes estereotipados com que muitas vezes as pessoas idosas são designadas em

substituição do nome era na perspectiva das mesmas um estilo de comunicação muito empobrecida, que colocava a sua dignidade em risco. O termo mais frequentemente ouvido era de «querida». No estudo de Bayer (2005) tal designação era interpretada pelas pessoas idosas como não tendo valor por si mesma, sendo um modo de lhe retirar esperança.

O uso de diminutivos de cariz massificador, como «avozinha» e «querida» «amiga» ou «senhora(o) doente» eram ainda usados por alguns elementos da equipa de saúde neste estudo, nem sempre sendo corrigidos pelos enfermeiros.

Porém se o nome pelo qual a pessoa idosa deseja ser conhecida é o princípio norteador, o sentido inscrito na interacção é que pode ter maior relevância, sendo a importância das palavras usadas apreciada e analisada no contexto da mesma. Assim no estudo de Morse (1999) os enfermeiros usavam como modos de confortar em situação de elevado desconforto o termo de «querida» (p. 400), mas esta palavra era aliada a um tipo de discurso e tom de voz que legitimava a sua designação e uso repetido.

A dinâmica de cada interacção é construída e desenhada à medida que ela se desenrola, pelo que só os próprios envolvidos na mesma, podem ajuizar da intenção impregnada na acção e na compreensão que fazem da mesma. Era o que se passava com a doente Dona Gracinda, acima referida. Fiquei surpresa e percebi como a interacção enfermeiro doente tem carácter único. Os meus referentes teóricos e preconceitos tinham sido afectados e estranhei que a alteração do nome não pudesse ser uma agressão à identidade da doente, que ela passivamente aceitava. Dona Gracinda afirmou isso mesmo e disse ser só com aquela enfermeira que tal brincadeira existia e que ela muito apreciava.

Mais tarde sondei a Dona Gracinda e referindo-se à enfermeira afirma «Ela é muito simpática, gosta de me chamar assim e eu não me importo nada (...) gosto muito dela, também não gosto do nome Gracinda, sempre gostei de ser Graça ou Linda, (...) Ela diz que eu sou parecida com a Mona Lisa. A

doente sorri e agora parece-me a mim também que ela tem mesmo o sorriso de Mona Lisa (Ob. 36).

Este exemplo revela como a dimensão física do corpo influencia a vida e a interacção social. O self da pessoa idosa doente é reforçado e alimentado, de acordo com a sua identidade.

5.1.1.3 – *Reavivar a identidade*

Havia pessoas idosas que viviam desconfortáveis e mesmo inquietas com as transformações do seu corpo. Estas transformações tanto incomodavam em termos de aparência física, como ao nível das capacidades diminuídas. Particularmente a falta de controlo dos esfíncteres causava elevada perturbação levava os enfermeiros a justificarem essas limitações como incidentes inerentes à condição de viver. Se uns doentes pareciam acalmar com a aceitação dos comportamentos de maior fragilidade de controlo do corpo, outros continuavam submersos e impregnados de vergonha. A frase frequentemente referida de «*voltei a ser bebé*», revelava uma transformação do self de pessoa adulta, vivida com desconforto. A interpretação dada pelos enfermeiros à auto-desvalorização dos sentimentos de apreensão vividos era como um pedido de desculpa da pessoa. Mostrei no capítulo das estratégias na categoria «proteger o self da humilhação do sujo», o atribuir-se um self semelhante ao de uma criança, fazia com que a pessoa se considerasse como uma anomalia. Assegurar a sua identidade de pessoa adulta, diferenciando o seu comportamento actual da sua essência de pessoa, eram formas de diminuir a apreensão e os medos face ao desenrolar do processo de envelhecimento.

Este modo de não dar importância a um comportamento socialmente desconsiderado protegia os sentimentos de fragilidade da pessoa idosa. O enfermeiro ao desviar a focalização do problema visava a diferenciação do self da

pessoa face às transformações do seu corpo. As reacção das pessoas idosas que se auto-minimizavam sobre os reflexos do processo de envelhecimento, necessitavam de ter respostas apropriadas às suas preocupações. Frequentemente, numa atitude de pseudo-ajuda, havia enfermeiros que reconheciam negar-se a preocupação que a pessoa idosa expressava. Havia momentos na vida da pessoa adulta e idosa em que era obrigada e tinha necessidade de adoptar comportamentos semelhantes aos da infância, porém isso não retirava dignidade à pessoa que vivia tais mudanças no seu self.

A Enfermeira Sara comentava que não havia que negar factos e dava conta da sua opinião de modo que a identidade da pessoa idosa se mantivesse reavivada e não minimizada pelo facto de ter comportamentos parecidos com os de uma criança.

Às vezes há situações da vida que nos fazem ser dependentes como se fossemos novamente crianças e que naquele caso é uma situação devida à doença. Digo *que tem-me ali para ajudar sem o considerar uma criança, não considero a pessoa uma criança, apesar da situação parecer*, mas para mim não é criança, é a situação em si. As pessoas ficam menos ansiosas (Ênfase minha).

Os enfermeiros ao reformularem os modos como as pessoas idosas se percebiam e revelavam dificuldades de conviver com as limitações inultrapassáveis inerentes a esta etapa da vida, mostravam que a aceitação do seu self actual podia exceder as limitações do seu corpo. Como recorda Paúl (1997) a vulnerabilidade dos idosos resulta de vários factores conjugados sendo o resultado da soma de padrões em termos de eficácia pessoal, controlo interpessoal, controlo sócio-político, e área de auto-controlo e auto-regulação. A perda, ou decadência de certas funções biológicas não significa perda em outras áreas de funcionamento. A aceitação da identidade era assim descrita pela Enfermeira Joaquina referindo-se à doente D. Inocência quando esta se lamentava do corpo actual cheio de tecido adiposo em locais que a doente considerava inestéticos. Em vez de se

focalizar no que desgostava a doente comparava com a imagem mais favorecida do corte actual do cabelo. Afirmava e reaviva a sua aparência e referia «Está mais velha, mas hoje está «*mais fashion*», esses penteados de toucado alto de antigamente não eram nada bonitos» (Ob. 71).

Alguns enfermeiros afirmavam não ter melhores respostas que as referidas pelo senso comum e por isso preferiam calar-se sentindo algum constrangimento, por não saberem responder de modo a ajudar a pessoa idosa. A Enfermeira Ilda afirmava assim a sua dificuldade perante as pessoas idosas que recordavam os tempos de juventude e repudiavam o corpo envelhecido:

Isso ultimamente foi das coisas que me deixou mais atrapalhada. Ao princípio vinham-me aquelas frases: «Ai, também não somos jovens para sempre, todos vamos ser velhos"... Agora já não consigo dizer isso, não sei, o que dizer. O que me pareceu é que o que eu dizia assim, de alguma forma ainda acentuava mais essa frustração e esse constrangimento quando dizia isso, porque lembrava mais a minha juventude e a diferença, de idades, não é?

No estudo de Lawler (2002) as enfermeiras perante problemas de não-aceitação, de si mesmo, ou do seu problema usavam a técnica de não fazerem o reconhecimento do problema, mas minimizavam-no. Subestimavam de modo intencional o desconforto do doente, não lhe dando a importância que este lhe dava, mas asseguravam outras medidas de respeito e reconhecimento pela pessoa. Mas neste estudo tal como a Enfermeira Ilda referia muitos enfermeiros não sabiam os argumentos para ajudar a pessoa idosa sobretudo quando a dependência na mobilidade se impunha com carácter definitivo. Não se conseguiam, imaginar com as virtudes que a literatura apontava, nem mais espertos nem mais tolerantes com o avançar da idade e muito menos se imaginavam com limitações cognitivas.

Havia alguns enfermeiros que racionalmente referiam que a adaptação era uma característica humana e como tal também na velhice isso aconteceria. As pessoas

que conheciam mostravam que viver e envelhecer eram fenómenos iguais, um continuum, tal como algumas teorias do envelhecimento preconizavam. A aceitação do corpo envelhecido era referida no entanto por alguns enfermeiros como não sendo esse o problema da pessoa idosa. Afirmavam que o problema real vivido pelas pessoas de idade era a necessidade de ser apreciada como ser humano.

Assim ao ser-lhe reconhecido valor e ter espaço para falar de si, sobre o tempo da sua juventude, a moda, divertimentos, namoro... a pessoa idosa mantinha vivos os seus vários selves. Afirmar «ser mais velha» era um modo de preservar o self, bem diferente da atitude negativa, estática de se designar como «estou velha».

Este conceito de ser idoso foi desmistificado por uma enfermeira já reformada que referia divertida que o factor idade e ser velho, eram discursos viciados e deturpados na sociedade de hoje que vivia obcecada por ser, ou parecer jovem. Referia que «todos somos mais velhos em relação a outros que são mais novos e todos somos mais novos face a outros que são mais velhos» (Ei. 44). Afirmava ainda que o que era importante, era cada pessoa estar bem com o seu self intimo e corresponder de modo adaptativo aos papéis sociais esperados em cada etapa da vida, ou seja estar em equilíbrio com o outro generalizado. Ouvir esta enfermeira fez-me lembrar as palavras de aceitação da velhice de Hesse (2002) cuja atitude de aceitação do viver revela a sabedoria de ter vivido. O autor afirma essa atitude de aceitação assim «sem esta entrega àquilo que a natureza de nós exige, deixamos escapar o valor e o sentido dos nossos dias, sejamos nós velhos ou novos, enganamos a própria vida» (p. 64). Também Torga (1987) conta como a vida é um jogo em que acordar de manhã é o maior bem, mesmo que o corpo sofra e viva já desenganado «há que beber estoicamente até à última gota o cálice de amargura da vida» (p.182).

Reavivar identidades, era um cuidado exigente, que só alguns enfermeiros, independentemente da idade conseguiam fazer. Verificavam, surpreendidos, que quando as conheciam um pouco, a maioria das pessoas idosas revelava uma dignidade de viver, uma capacidade de tolerância, um desejo de não incomodar a família, e sobretudo não querer ser um peso para a equipa. Reconheciam em muitas pessoas idosas a sabedoria de viver. Eram mais pacientes que os jovens sabiam conhecer os seres humanos, por uma simples conversa de minutos sendo muito mais perspicazes, pois num relance de olhar compreendiam rapidamente o tipo de pessoa com quem estavam a interagir. Sabiam esperar e sabiam a quem fazer os seus pedidos, para não sofrerem inutilmente, continuando a preservar a sua integridade de pessoa.

Quando os enfermeiros lhes devolviam estas facetas de pessoas que tinham a arte de ter aprendido a viver, recebiam com muito agrado tais elogios. Como afirmava (Hesse, 2002) era-lhes reconhecida «uma espécie de grande nobreza», (p. 66) e a sua dignidade saía reforçada. A interacção de uma auxiliar de acção médica com a doente D. Judite revelava o efeito de uma identidade viva envaidecida com a sua vida, mesmo tendo perdido os atributos de beleza, de mobilidade, estando doente e não se prevendo melhoria no prognóstico deste quadro. A auxiliar dizia, «sabe D. Judite, se eu não tivesse mãe, e graças a Deus tenho, gostava que a D. Judite fosse minha mãe». De imediato respondeu seriamente, «pois pode escrever que ia bem servida» (Ob. 38).

Segundo Cuche, (2003) «a identidade social de um indivíduo caracteriza-se pelo conjunto de pertenças no sistema social, pertença a uma classe sexual, a uma classe etária, a uma classe social, a uma nação, etc. A identidade permite ao indivíduo localizar-se no sistema social e ser ele próprio localizado socialmente» (p. 136). Estes dados aliados aos conhecimentos sobre a identidade pessoal fazem com que a pessoa seja alguém localizado, diferenciado e único. Se um

título protege o self e a identidade da pessoa idosa, retirar-lho pode fazer com que elementos psicológicos e sociais estruturantes do self possam ser lesivos da sua identidade.

Mostrei até agora como na consequência «descobrir a pessoa» passava pelos modos da pessoa idosa ver reconhecida a sua identidade e sair do anonimato. Ter uma identidade resultava de ser reconhecida pelo nome, recriar a identidade e «reavivar a identidade».

Do resultado da interacção, os dados para conhecer a pessoa iam engrossando o património das várias identidades e ajudavam o enfermeiro a «manter os doentes na situação o mais possível parecida com a sua própria vida» (Henderson, 1994, p. 17).

5.2 – VIVER NUM AMBIENTE SEGURANÇA

No capítulo das estratégias descrevi os modos usados pelos enfermeiros que possibilitavam um ambiente de segurança e intimidade para a pessoa idosa manter capacidades. Compreender a situação de dependência das pessoas fazia com que houvesse enfermeiros que se projectavam de modo antecipado na situação em que a pessoa idosa se encontrava e o uso desse self antecipado tornava-os mais sensíveis. Antever a possibilidade de estar dependente na sua própria velhice, ou ter essa experiência com familiares próximos ajudava a desenvolver a sua compreensão. Viver num ambiente de segurança significava para os enfermeiros a pessoa idosa ser compreendida na dependência e viver com dignidade a dependência.

5.2.1 – Ser compreendida na dependência

Os enfermeiros do estudo reconheciam na situação de dependência um dos problemas que maior sofrimento causava na pessoa idosa e na família. A doença

e o envelhecimento eram perturbadores exactamente pela possibilidade de serem vividos na situação de depender de outros para sobreviver. Essa antevisão preocupada da situação de dependência fazia aproximar e desenvolver a solidariedade do enfermeiro. A enfermeira Helena falava assim da sua compreensão na dependência.

Uma doença que vá para a dependência faz pensar... as pessoas verem-se entrar naquela dependência, isso custa-me um bocado e *é isso que me preocupa na velhice, é uma pessoa poder ficar assim* (Ênfase minha).

Os enfermeiros reconheciam a dependência e a limitação de capacidades físicas como uma situação com elevada probabilidade de poder vir a ser o seu próprio futuro. Sendo algo previsível, era sempre verbalizado com verdadeiro incómodo e difícil aceitação. Viam a capacidade de adaptação como uma característica inerente ao ser humano, mas mantinham um espírito de repúdio por essa dependência que perspectivavam como longínqua, mas previsível. Era algo estranho que os enfermeiros lidassem com pessoas em situação de dependência diariamente, vissem tanta diversidade de modos de envelhecer, soubessem da capacidade de adaptação das pessoas aos fenómenos do viver e mesmo com esses requisitos afirmassem um repúdio ambíguo. Uma enfermeira referia o seu sentimento ambivalente assim:

Essa senhora, e o que me faz confusão nestas dependências do idoso, (do idoso e não só, dos novos, também), o que dizem «é o que eu fui, e como estou». Claro que as transformações vão-se dando e a gente vai-se aceitando, agora a gente vê os outros e não gosta, e se chegarmos ali, (àquela idade) não queremos estar assim. (Ent. 13).

Era com base na compreensão e no significado que atribuíam à situação de dependência física que os enfermeiros procuravam em primeiro lugar ter uma atitude profissional, cuja compreensão era de carácter activo e mobilizador da acção, fazer algo que os impedisse de ficarem amarrados ao sofrimento do

doente e sentirem-se paralisados. Isso fazia com que os enfermeiros procurassem dar qualidade à vida actual da pessoa idosa. «Dar a melhor qualidade de vida não é o que se pode fazer?», interrogava-se a Enfermeira Rute. Também a expressão «faz-se o que se pode», era usada com muita frequência por todos os enfermeiros do estudo, reagindo e não se deixando abater pelas limitações institucionais.

Aliviar o sofrimento provocado pela dependência, sobretudo quando esta era de instalação súbita, fazia com que os enfermeiros se esforçassem por proporcionar o máximo conforto, reconhecendo muitas vezes existirem níveis e tipos de desconforto para os quais não tinham recursos eficazes. Para compensar do desconforto vivido, mostrei no capítulo das estratégias que os enfermeiros cuidavam das pessoas idosas de modo a proporcionarem uma imagem positiva de si. Os cuidados que mantinham a limpeza e a boa aparência eram coadjuvados e potencializados pelo ambiente de segurança emocional vivido.

A resposta da enfermeira Carlota foi clarificadora sobre a compreensão e o ambiente de segurança e conforto que desejava proporcionar a um doente que vivia um problema urinário de elevado desconforto. Dizia «não tem de agradecer nada, nem pagar nada. A estadia aqui já está paga antecipadamente, Aqui todos têm direito a «pensão completa» (Ob. 45). Referia posteriormente que pouco havia a aliviar naqueles casos, pois não era dor o que o doente sentia, mas um desconforto abdominal difuso e contínuo que ela comparava às infecções urinárias que já tinha tido, referindo que tais problemas nos homens eram ainda mais desconfortáveis.

Como mostrei na estratégia promover uma imagem positiva de si, os enfermeiros sentiam que proporcionavam ambiente de elevada segurança, quando na dependência continuavam a dar resposta a necessidades básicas e referidas como fundamentais. Ser compreendido na dependência era uma preocupação

dos enfermeiros para com as pessoas idosas que manifestavam níveis de desconforto elevado. Porém este desejo de respeitar colidia com outro valor que era o valor profissional de fomentar o auto-cuidado e não substituir. Os enfermeiros «mais permissivos» afirmavam que as razões da pessoa não cooperar activamente eram legítimas e se assim reagia é porque tinha razões para isso. Os enfermeiros argumentavam que estar doente tinha direitos e era necessário estar centrado na pessoa idosa e fomentar o auto-cuidado não podia ser um valor absoluto. Aliás compreender a dependência fazia com que muitos enfermeiros mimassem os doentes no hospital, sobretudo quando sabiam que em casa as condições de oferta dos cuidados seriam escassas. Ter tempo de se habituar em casa era um argumento defendido por alguns, que em oposição a outros reconheciam que quanto mais cedo aprendessem a cuidar de si mais fácil seria a aceitação da dependência. Compreender a situação de dependência, oscilava entre estes pólos de compreensão.

Esta atitude de ceder à vontade do doente que parecia revelar passividade era coerente com o ambiente de viver em segurança. O estudo de Lomborg (2005), mostra como manter capacidades precisa ser ajuizado em cada momento, tal como também revelei na categoria manter capacidades no capítulo das estratégias. O desconforto e o vexame referidos por um doente do estudo de Lomborg (2005) mostra como este conceito tem de ser negociado e validado com a pessoa idosa. O autor conta quão desagradável foi para o doente o espaço de tempo dado para exercer o auto-cuidado na lavagem da prótese dentária. Tal atitude foi algo muito humilhante e tinha preferido que a enfermeira resolvesse rapidamente o assunto sem estar à espera dele. Assim não teria mostrado publicamente a degradação que para ele representava a falta de dentes.

Este exemplo revela como a dependência faz realçar valores ligados ao pudor, que numa primeira leitura não são considerados como tal em ambiente

hospitalar. As razões de alguns doentes deste estudo deixarem em casa as próteses dentárias poderão ter razões profundas que se desconhecem. O pudor vivido exigia que a dependência fosse vivida com dignidade e isso pressupunha respeito pela intimidade no seu sentido mais lato. Compreender a situação de dependência fazia com que cuidados básicos fizessem realçar o que cada pessoa mais preservava. Todavia ainda não tinha sido obtido um qualificativo digno que designasse o enorme valor atribuído pelos enfermeiros aos cuidados na dependência. A ambiguidade da linguagem dos cuidados na dependência era referida assim pela Enfermeira Ilda:

São coisas que eu acho que são muito, como é que hei de dizer... o tocar, o fazer cuidados do corpo são coisas, eu não diria *básicas*, porque *básico é uma palavra muito pejorativa*, porque eu acho que são coisas muito importantes, mas são coisas da nossa intimidade...que não sei como se hão-de dizer bem... (Ênfase minha).

5.2.2 – Viver com dignidade na dependência

Viver com dignidade na dependência fazia com que os cuidados que cada pessoa prestava a si própria no dia a dia, autonomamente, tivessem para o enfermeiro importância real e palpável. A familiaridade dos cuidados escondia na simplicidade de gestos uma importância difícil de compreender excepto quando a pessoa estava dependente.

Ser capaz de realizar cuidados básicos quando dependente, como lavar as mãos, ou beber sozinho um copo de água, eram gestos tão banais, que o valor da autonomia desses gestos paradoxalmente se confundia com a sua aparente e diminuta importância. Possibilitar a sua realização era referido como elemento que proporcionava elevada segurança emocional, respeito e direito de ser pessoa. Uma enfermeira referia assim a importância desses cuidados como reabilitadores da dignidade perdida:

Enf. – Quer dizer, é assim, a gente também tem que lhes dar importância e deixá-los ser eles.

Inv. – Se não fizer assim como contou com esses cuidados de pormenor, o que pensa que acontece?

Enf. – São menos pessoas. Há alguns então que precisam dessa dignidade, que eles já perderam, no fundo alguns perderam tudo quando vêm para aqui (Ent. 4).

Viver com dignidade na dependência só parecia ser verdadeiramente compreendido quando o enfermeiro tinha vivido a experiência de estar doente e dependente. Estar dependente da vontade e da disponibilidade de outrem nos cuidados que cada um realiza diariamente sem pensar na sua importância, colocava a pessoa idosa no limiar de risco da dignidade pois o que era essencial para a pessoa era desvalorizado por quem tinha a obrigação de ajudar. Uma enfermeira referia a importância da antecipação da oferta de cuidados:

No outro dia comecei a pensar nestes pormenores e foi aí que comecei a pensar que nós, acho eu, quase ninguém oferece a bacia para as pessoas por exemplo lavarem as mãos antes de comer, e *foi aí que comecei a aperceber-me* que a gente não tem esse cuidado de *oferecer* e dizer: “Olhe, quer lavar as mãos?” (...) Eu com a higiene sou um bocado picuinhas, e comecei a pensar: “*Vou ter que pedir*, se vou ter que fazer xixi na arrastadeira *tenho que pedir* para lavar as mãos!”. Só quando nos viramos para o nosso umbigo e começamos a pensar é que a gente começa a perceber essas coisas (Ent. 13) (Ênfase minha).

Estar dependente de outrem é uma situação de risco potencial de humilhação para quem fica sujeito à espera da resposta daqueles que podem suprir essa dependência. O acto de «ter de pedir» cuidados pode minimizar a pessoa sobretudo quando essa necessidade de cuidados é previsível. A explicação e negociação com os doentes nos tempos de espera para serem atendidos eram modos de viver com dignidade a dependência e proporcionar um ambiente de segurança. Um enfermeiro falava assim para um doente que tinha sido reservado

para ser atendido no fim da manhã, uma vez que o tempo necessário ao cuidado se previa ser elevado:

«Agora está arranjadinho, sente-se bem não sente?», e o doente responde: «Sim, agora estou muito melhor!». A enfermeira remata: «Está a ver? Esperou, mas valeu a pena» (Ob. 55).

Viver com dignidade no hospital era um valor central para os enfermeiros. «Temos de sair daqui de cabeça erguida», foi uma frase do enfermeiro Ildefonso que me emocionou no início do trabalho de campo. Muito tempo depois ao longo do trabalho de campo a recordação desta frase alertou-me para a exigência de dar cumprimento a esta mensagem referida como um compromisso ético.

No caso da pessoa com alterações cognitivas, manter a dignidade na situação de máxima dependência, era agir do mesmo modo como se a pessoa estivesse lúcida, atender e respeitar as mensagens verbais e não verbais que ia emitindo. A Enfermeira Ilda contava como era manter a dignidade na interacção:

É como se ele (doente com alterações cognitivas) pudesse olhar para mim da mesma forma que faria se não estivesse confuso percebe?...com os mesmos ou mais cuidados, tendo o cuidado na mesma de falar com o mesmo respeito que falaria se ele me pudesse dar um feedback, de questionar da mesma maneira se estivesse lúcido. Se ele quer que eu toque ou não, dentro do feedback que eu vou tendo dele. Isso para mim é manter a dignidade, é tratar dele como se não estivesse (perturbado) nesse sentido.

Viver com dignidade na dependência fazia com que o enfermeiro perante o cuidado prestado sentisse apelo para desenvolver ainda mais e melhores cuidados: «o cuidado estimula o cuidado». Notei que à medida que neste processo me tornava teoricamente mais sensível ao problema, deparei-me com uma ideia de van Manen (2002), que me surpreendeu e confirmava os dados atrás apresentados. Para o autor, o cuidado estimula o cuidado e afirmava que «estranha coisa é que quanto mais cuido deste outro, mais eu me interesso e fortaleço no desejo de cuidar» (p. 270) Outros autores já tinham confirmado

indutivamente a vontade fortalecida de ajudar as pessoas quanto mais forte fosse essa fragilidade (De la Cuesta, 2004; Dominicé 2000).

Na medida em que a pessoa era conhecida do enfermeiro e se tornava significativa, a sua dependência reforçava a vontade de proporcionar os melhores cuidados que ali era possível oferecer. Havia como que um efeito de retroalimentação, dentro das limitações hospitalares que muitas vezes eram ultrapassadas por meios menos ortodoxos.

A enfermeira Zélia referia assim a gratificação que sentia quando excedia as limitações do contexto hospitalar: a pessoa «quando nota que aquilo que faz, o doente gosta, ainda faz mais...ainda fica mais motivada para isso» Não estranhei a afirmação da Enfermeira Sabrina ao comentar o que se passava no serviço de medicina, onde tinha trabalhado. Quanto mais cuidado existia, mais vontade havia para fazer evoluir os cuidados. Afirmava que o «serviço de medicina está péssimo, muito pesado. Mas o facto de sentir que se está cuidando muito melhor, ajuda. As coisas estão muito melhor».

Um dos exemplos em como o cuidado estimula mais cuidado, foi algo que me incomodou no início da minha entrada em campo. Havia pessoas idosas que chegavam a oferecer dinheiro para obter o cuidado de fazer a barba e por vezes este era adiado. Foquei no capítulo das estratégias as dificuldades nesta área de manter uma boa aparência. O meu espanto aconteceu com o relato da Enfermeira Joaquina em que realça como o cuidado reforça o cuidado. Para os doentes não estarem tanto tempo com a aparência descuidada e para não lesionar o doente decidiu treinar o fazer da barba em casa, tendo utilizado o marido como modelo. Contava assim o esforço de aprendizagem que tinha investido para realizar esse cuidado com mais segurança.

Com as barbas tinha medo e até experimentei no meu marido para depois vir para aqui. Mas as barbas são tão duras com os pelos brancos, a gilete

era da loja dos trezentos, que na altura aquilo não correu nada bem... cortei o doente todo.

Fiquei estupefacta.

5.3 – VIVER NUM AMBIENTE DE ACEITAÇÃO

Os enfermeiros tinham para com a pessoa idosa uma atitude de compreensão e aceitação que muitas vezes me deixou espantada. Aceitavam a fragilidade e a dependência, respeitavam os ritmos inerentes à lentidão de movimentos e diminuição de capacidades da pessoa idosa. Compreendiam o impacto do internamento na sua vida e o potencial perigo e desconforto que ele causava na vida das pessoas. Esta compreensão fazia com que as reacções da pessoa idosa fossem aceites, mesmo quando o internamento acentuava facetas de personalidade menos favoráveis à convivência social.

5.3.1 – Compreender o que a pessoa idosa está a viver

Ter conhecimento das experiências de vida da pessoa idosa e reconhecê-las como tendo sido difíceis e injustas, fazia com que o enfermeiro encontrasse justificação para estes comportamentos menos dóceis, fazendo com que esses comportamentos fossem aceites como necessários à pessoa idosa e como tal legítimos. Os enfermeiros experientes e peritos reconheciam que o grau de aceitação dos doentes dependia não só destes, mas da sua disponibilidade e de se sentirem competentes ou não, para entrar em interacção.

A Enfermeira Helena contava esse conjunto de condições para que haja um ambiente de compreensão e que na sua concepção implicava um desmontar as razões para compreender os motivos de comportamento de animosidade e poder aceitar genuinamente a pessoa idosa.

Muitas vezes vamos lá a esses doentes mais antipáticos e depois consegue-se desmontar... mas isso exige de nós capacidade de perceber.

Isto é, exige pensar isto não está a correr bem, (ri) isto não está correr bem, mas eu não me posso deixar ir, então vamos lá a desmontar e então isto exige um bocadinho mais de tempo e um bocadinho mais de liberdade interior, disponibilidade interior e isso nem sempre é fácil, mas é um desafio de satisfação conseguir.

Os comportamentos de animosidade transformavam-se em desafio à aceitação e cooperação, quando a pessoa idosa por particularidades de personalidade, agravadas pela a irritação de estar dependente, mostrava, sobretudo os homens, comportamentos agressivos. Uma atitude de complacência e indulgência era usada, sem que isso implicasse hostilidade e ressentimento como identificou Goffman (1999).

Ele ontem ainda estava menos receptivo a tudo o que se lhe fazia do que hoje. Porque anteontem ele dizia «ah não quero virar e não sei quê!» e eu disse (voz imitando tom usado com o doente) «vá, vamos virar vamos fazer como ontem» *Já não refilou* e já não disse nada (...) E hoje levantei-o outra vez, novamente, *hoje já deixou*, já *se levantou melhor* que na véspera. (O tom de voz de Isaura era de convincente e ela usava-o de forma sábia, sabia bem ouvi-la falar convencendo o doente e sabendo como não lhe causar dor. (Ênfase minha).

O próprio internamento podia ser factor que por si só justificava os comportamentos considerados socialmente como disruptivos. Segundo Coe (1979) o estar fechado sobre si (ensimesmado), a agressão, a integração e a submissão, são modos de adaptação à hospitalização. O comportamento de agressão era o comportamento menos usual no hospital, sendo considerado por muitos enfermeiros como desviante. Porém o desejo de uns enfermeiros manterem um compromisso de trabalho, outros de compreenderem e aceitarem esse comportamento, fazia aceitar situações menos inteligíveis. Quando esses comportamentos eram reconhecidos como necessários a aceitação incondicional favorecia a adaptação da pessoa idosa. Havia enfermeiros muito hábeis em aceder a estas pessoas. Tinham aprendido a reconhecer nessas pessoas o produto de

múltiplas experiências difíceis de viver, tornando a pessoa amarga perante a vida, outras possuíam características inexplicadas, mas o apelo aos valores profissionais ajudavam a aceitar a pessoa. Para outros cada pessoa era uma história de vida e conhecê-la era um jogo.

A Enfermeira Ofélia mostrava uma aceitação activa perante a doente D. Hélia, que era considerada uma doente difícil. Porém a filosofia da enfermeira era considerar que estar doente e em internamento já eram motivos suficientes para a pessoa não ser obrigada a ter de fingir sentimentos de boa educação. Quando a esses factores se aliavam experiências de vida com muito sofrimento excedia a sua compreensão pois como ela dizia, «qualquer pessoa se passaria com as vidas diabólicas». Ela considerava-se feliz e os problemas diários que também vivia eram ridículos quando comparados com a vida de algumas pessoas. Possuía um self desenvolvido e referia ter recebido essa filosofia de vida na família e desenvolvido na profissão. Esta atitude de compreensão genuína dos enfermeiros criava um ambiente agradável para os colegas e para os doentes. Referia a sua compreensão e aceitação dos doentes com a simplicidade que relato a seguir:

A gente não pensa muitas vezes que o internamento muda as pessoas... eu posso ser uma coisa lá fora e ali dentro de repente mudei. E lembro-me de uma senhora, a D. Hélia, que devia ser de gancho, se calhar era assim habitualmente, sofreu muito e lutou toda a vida. E regra geral penso eu, se calhar as pessoas são de gancho porque alguma coisa na vida as levou a ser assim, não é? As pessoas nascem e vão-se transformando com a vida. (...) Também ter que ficar aqui internada não é agradável não é?

Na estratégia proteger o self da dominação, mostrei como nas pessoas que não aceitavam passivamente as regras da organização hospitalar os seus comportamentos eram interpretados pelos enfermeiros peritos como um desafio a ultrapassar. Defendiam mesmo o direito da pessoa ser questionadora e não passiva, pois partilhavam o pensamento de Lustbader (2005) que reconhece à

pessoa o direito de manter o seu self, e esses comportamentos no hospital eram uma recusa a sentir-se socialmente diminuída.

Compreender o que a pessoa idosa estava a viver permitia aos enfermeiros reconhecer em muitos comportamentos medo e insegurança, que eram disfarçados de altivez. Quando tal acontecia comparavam com experiências anteriores e recordavam os reinternamentos subsequentes com mudanças positivas significativas. Ambos se sentiam diferentes e também eles aceitavam melhor a pessoa, atribuindo ao facto dela já ser conhecida. A diferença de atitude dos enfermeiros entre a marginalização que uma pessoa idosa tinha sofrido num primeiro internamento e a aceitação recebida no segundo, era assim recordada pela Enfermeira Isaura:

Eles mudam, ou mudamos nós também, não sei. Ela e nós estamos diferentes e só isso fazia diferença. No segundo internamento nem nós, nem ela, éramos os mesmos. No primeiro internamento ela tinha sempre sete pedras na mão.

De interessante neste excerto é a enfermeira não saber a que se devia a mudança, se aos enfermeiros, se ao doente. É a visibilidade de um dos princípios do interaccionismo simbólico, em que ambos os actores têm o poder de influenciar o processo de interacção, sem existir a consciência do poder que ambos detêm para decidir do rumo a construir na interacção.

5.3.2 – Aceitar comportamentos disruptivos

Compreender a dependência como um processo muito difícil para pessoa idosa, aumentava a capacidade de aceitação dos enfermeiros para comportamentos disruptivos. Viver num ambiente de aceitação fazia aceitar comportamentos de menor auto-controle de emoções. Quando a pessoa doente mostrava um comportamento de obediência e aceitação passiva de regras, muitas vezes isso era à custa de um gasto de energia que não era legítimo esperar, segundo os

enfermeiros. A pessoa tinha o direito de manifestar dificuldades de adaptação e desagrado fosse pelas experiências anteriores de doença, fosse pela antevisão da dependência muitas vezes associada ao seu futuro. A Enfermeira Paula contava como tendo-se interrogado no sentido de compreender o comportamento apercebeu-se que era o receio do prognóstico que estava a afligir a pessoa.

E eu cheguei lá de manhã, falei com a senhora... Mas o que se terá passado com elas? que razões de queixa é que ela teve? Não sei, porque eu falei, a senhora foi simpática, foi normal, não havia nariz empinado. Naquela altura, *o que me apercebi era que ela não tinha respostas para a doença dela e tinha medo do futuro.* (Ênfase minha).

Aceitar comportamentos disruptivos fazia compreender e aceitar a pessoa, sendo o seu comportamento por vezes a única atitude considerada como legítima, mas também a mais desafiadora para o enfermeiro. Sobretudo quando tinha esgotado a sua capacidade de compreensão e manipulação e a pessoa permanecia fechada. Desejavam manter privacidade e distanciamento em relação aos enfermeiros, de modo igual ao que mantinham com outras pessoas que não eram suas conhecidas, ou que não tinham interesse em conhecer face à curta estadia que presumiam ir ali ter. Exigiam respeito pela sua individualidade como algo de que não abdicavam.

Estes eram doentes que em ambiente hospitalar se tornavam num duplo desafio para os enfermeiros. Aceitar comportamentos imprevisíveis obrigava os enfermeiros a serem humildes, pois colocavam a sua capacidade de desempenho ao mais alto nível e não obter o sucesso pretendido era frustrante. «Por acaso, para mim é dos maiores desafios e das experiências gratificantes que recordo, é conseguir estabelecer uma relação diferente com os doentes mais antipáticos e difíceis» (Ei. 33). Existe a expectativa generalizada que no hospital que, com mais ou menos dificuldade, o doente acabará por aceitar as ordens médicas e outras normas do hospital «porque isso acelerará a sua recuperação e a capacidade para

seguir a sua vida normal» (Coe, 1979 p. 336), pelo que manter os comportamentos disruptivos sob controlo exigia fazer apelo às mais elevadas capacidades. Nestes casos manter um ambiente terapêutico significava agir de modo a ter em conta a vontade da pessoa, inspirar segurança, sendo os casos das pessoas idosas com alterações cognitivas, dos mais exigentes para os enfermeiros .

Revelei no capítulo anterior, as estratégias usadas que permitiam manter a integridade da pessoa idosa, corroborando os enfermeiros a importância do auto-controlo como modo de ser atribuída credibilidade à pessoa. «Para sermos reconhecidos como actores sociais competentes, temos que ser capazes de dar a impressão de ter algum grau de controlo, de saber usar e apresentar os nossos corpos» (Kelly e Field, 1996, p. 246). O caso a seguir descrito tornou-se para mim um exemplo paradigmático que conjugou em si o que tenho estado a desenvolver: um ambiente de aceitação, de empenhamento na pessoa, acreditar das capacidades que permanecem mesmo em fases avançadas de doença.

Através dos cuidados os enfermeiros criavam ambientes que a literatura designa por terapêuticos, mas que para o enfermeiro Joaquim, ainda jovem na profissão fez o que referiu como sendo «normal, porque o turno estava calminho».

O caso da doente D. Rita, 86 anos, ex-professora primária, em fase avançada de demência foi para mim o mais surpreendente, pois no meio de tantos outros momentos de observação, estive sempre convencida que a medição de temperatura não chegaria a acontecer. D. Rita está sentada num sofá extensível ao lado da cama. Os braços gesticulam de modo desordenado, para cima e para baixo, com gestos calmos, como se discursasse. Parecia estar a dar mais uma das suas aulas. Assim imaginei aqueles gestos. Tem o diagnóstico de fractura do colo do fémur, Já tinha sido operada, mas não reconhecia ter uma perna fracturada, nem reconhecia o espaço hospitalar.

O enfermeiro Joaquim cumpria a rotina da medição da temperatura. A doente está sozinha num quarto de três camas. É fim de tarde a luz do dia é já pouco intensa.

O enfermeiro começa com uma interacção cautelosa, começando por meter conversa, procurando situar o mundo da pessoa «então que está apanhar com as mãos?» pergunta o Enfermeiro Joaquim. A doente responde continuando a falar num discurso de palavras inaudíveis desconexo, onde os provérbios abundavam.

O Enfermeiro, num tom de voz baixo, usa uma mensagem linear. Apresentando ideias simples «preciso da sua ajuda, Senhora professora Dona Rita». Aguarda a reacção da doente, esta pára de gesticular e olha, para ele continuando a discursar vagamente. «Vou colocar-lhe um termómetro, pode ser?», «não pode é mexer este braço».

De seguida faz o gesto conhecido da doente, colocando o termómetro e cruza-lhe o braço sobre o peito, fazendo do lençol uma espécie de manga fixadora ao peito, como se tivesse o braço partido.

O Enfermeiro Joaquim parece ter dúvidas sobre a compreensão da doente acerca do significado de termómetro e valida a sua compreensão com uma pergunta «sabe o que é um termómetro, não sabe?» A doente não responde. Para *assegurar* que o termómetro não se partisse, perante a resposta não verbal, diz frases curtas, lentas e explícitas: «não o deixe cair», «não afaste braço».

Por fim sela um contrato, usando uma frase linear e de muita força social «estamos combinados». A doente nada responde. Só tinha parado de gesticular e estava calada.

O Enfermeiro Joaquim vai ao outro quarto e não demora mais que 3 a 4 minutos. Eu fiquei na penumbra do quarto, oculta da doente. esperando que a gesticulação fosse retomada e o termómetro caísse.

O Enfermeiro Joaquim volta e elogia o cumprimento do contrato, dizendo «muito bem». Olha para o termómetro e diz à doente «não está com febre». A doente fica parada, segue o enfermeiro com o olhar e nada diz. (Ob. 28).

A decisão do enfermeiro em confiar no self da doente D. Rita, não foi um acaso. Acreditou que ela teria uma espécie de memória latente, acerca do significado de ter colocado um termómetro na axila. Ter sido professora primária, fazia-o acreditar que ela tinha usado esse objecto várias vezes e reconhecia o gesto que ali repetia. Num ambiente de não agitação, como era aquele entardecer sereno e sem barulho na unidade, a actividade proposta reduziu a passividade da doente, diminuiu, ou não acentuou a desorientação e a alienação, porque ao mesmo tempo impôs e exigiu auto-controlo (Yardley, 1997). Acrescentou depois em breve entrevista informal que «muitas vezes os doentes não estão tão passados como parecem, outras vezes não há nada a fazer» (Ei. 28).

Recordo essa tarde em campo como uma experiência que gostaria de ter filmado, pela sabedoria manifestada por aquele jovem enfermeiro, que afirmava não ter feito nada de especial. Fica o relato com mais pormenor, para memória futura do que foi um ambiente terapêutico, em que se salientou a aceitação das capacidades residuais das pessoas em modos de viver bem distantes do mundo sensorial.

A aceitação dos comportamentos considerados disruptivos permitia ter sob controlo o bem-estar do grupo de doentes. Parecia haver um ambiente contagioso, quando um doente estava agitado, havendo por parte dos enfermeiros elevado esforço para a pessoa idosa se sentir a viver num ambiente de serenidade.

Porque não nos interessa nada eles estarem agitados, não é bom para eles nem para ninguém. Agitados, com tracções e a perna a mexer, também não nos interessa, não é? São esses pequenos pormenores... Com mais tempo a gente conhece-os e consegue fazer estas coisas e aliviá-los, fazer com que eles tenham uma noite melhor, que durmam sossegadinhos (Ei. 37).

Se havia doentes em que o ambiente hospitalar era vivido com mais segurança, também muitas outras pessoas idosas com alterações cognitivas só na presença da família viviam a vida de modo plenamente humano, pois só na presença de rostos conhecidos se sentiam seguras. A memória afectiva era reconhecida como a mais eficaz e era pena as famílias não serem chamadas de modo mais activo. Uma enfermeira contava a diferença de comportamento de uma pessoa idosa na presença da filha e comparava com a sua presença que era percebida como ameaçadora:

A filha é esteticista, e um dia que vim fazer a tarde, a filha estava-lhe a arranjar as unhas e ela estava-lhe a dar a mão para ela arranjar. Portanto, ela está desorientada, mas ela sabia que *era a filha e que dali tinha carinho*, mas *quando eu fui pôr a braçadeira, começou a gritar*, a gritar por causa da braçadeira. *Nós somos um perigo para ela*, ainda não conseguimos entrar no mundo dela. (Ênfase minha) (Ent. 4).

Até agora descrevi as consequências de descobrir a pessoa e viver num ambiente acolhedor, de segurança e aceitação. Tal ambiente derivava da interacção dos cuidados manifestados permitia compreender a dependência, fazer aceitar a dignidade na dependência, desmobilizar a carga de agressividade contida de pessoas que viviam processos de adaptação difícil ao internamento e à vida, bem com permitia diminuir a falta de auto-controlo de emoções e os comportamentos disruptivos.

5.3.3– Viver num ambiente de vínculo afectivo

Outra consequência da interacção era a pessoa idosa ser reconhecida e ter um vínculo afectivo. Também neste caso o enfermeiro tinha nome próprio e a reciprocidade de interesse era uma consequência natural dum ambiente percebido como acolhedor.

Mostrei no capítulo das estratégias como fazia parte da personalização dos cuidados fugir às normas estabelecidas e desbloquear o sistema de funcionamento burocrático, ter uma predilecção inexplicável por um doente. Eram modos de agir dos enfermeiros que reflectiam o tipo de interacção existente.

Nos doentes com quem existia vínculo afectivo este revelava-se no dia a dia e ostensivamente no dia do regresso a casa. Viver num ambiente de apreço fazia com que o reconhecimento na despedida, as manifestações fossem mais discretas ou mais intensas, mas eram reveladoras por si do tipo de interacção que ali tinha acontecido. As palavras de gratidão, as manifestações sociais de afecto, de beijos e abraços, demonstrativas de um padrão de comportamento menos frequente caracterizavam o ambiente terapêutico.

A saída do hospital de D. Olinda foi a experiência mais exuberante que vivi em campo, reveladora do ambiente de apreço. No momento da alta, a despedida foi semelhante à que um familiar íntimo teria, como mostra o relato a seguir:

O filho da doente vem junto das enfermeiras na sala de trabalho e agradece, «toda a atenção, competência e carinho dados à minha mãe. Foram inexcusáveis, só tenho de dizer bem».

Começam as despedidas ainda com a doente no cadeirão/sofá e os bombeiros fazendo os preparativos de mudar camas para a maca entrar «*Quero despedir-se de todas*», exigia a doente. D. Olinda toca na face da Enfermeira Rute e dá-lhe dois beijos, que são correspondidos sem reserva. (...) O ambiente à volta é de algum rebuliço, mas todos querem despedir-se dela e D. Olinda de todos. Despede-se com um obrigado e um adeus das auxiliares. *Só das duas enfermeiras se despediu de beijo e à Enfermeira Rute despediu-se duas vezes do mesmo modo, beijo e festas nos braços, que uma e outra trocavam.* Também eu recebi um beijo. A doente despede-se da Enfermeira Ivone, fazem festas na cara uma da outra, trocam dois beijos. A doente vai já pelo corredor fora e as enfermeiras ficam a vê-la a ir. De vez em quando *levantam o braço em sinal de corresponder ao seu adeus.* (Ob. 45). (Ênfase minha).

Se a saída para casa podia ter este carácter de festa, a maioria das vezes a despedida era discreta e simbólica. Um ramo de flores, um bolo revelavam o terminar de um relacionamento em que a frase «se precisar de alguma coisa, já sabe que podem telefonar». Aliás os laços afectivos podiam manter-se vivos no tempo e no regresso a casa, os telefonemas, para esclarecer dúvidas, eram frequentes.

Voltar à unidade para visitar os enfermeiros e a equipa era um sinal de reconhecimento muito apreciado pelos enfermeiros. Nessas visitas, por instantes o tempo parava e saboreavam momentaneamente a recompensa de esforços invisíveis. Era um dia especial falado também na passagem de turno.

A interacção enfermeiro-pessoa idosa era um processo recíproco e como tal cada um dos enfermeiros sabia quem a pessoa idosa e/ou família vinha visitar de modo particular. Mesmo que a pessoa idosa tivesse passado por períodos de

desorganização mental, sabiam quais os enfermeiros que vinham visitar mais especificamente e com tinham estabelecido um tipo de interacção mais significativo. A Enfermeira Edite contava a sua interpretação sobre a vinda dos doentes:

É engraçado quando os doentes têm alta, e depois nos vêm ver, vêm ao serviço, eles sabem perfeitamente quem é que vêm visitar. Todos nós nos lembramos de uns mais, de outros menos, mas eles sabem perfeitamente quem é que vêm ver e vêm por causa disso. Vêm ter com aquela pessoa com quem estabeleceram uma maior interacção não é?

O reflexo do que tinha acontecido ao longo da interacção revelava-se também no agradecimento das próprias famílias. «Isso já me aconteceu várias vezes e é muito bom», afirmava a Enfermeira Zélia. Sobretudo quando a pessoa idosa não estava capaz de recordar o tempo vivido durante o internamento, a família era muitas vezes a porta-voz desse agradecimento.

A generalidade dos enfermeiros reconhecia como muito complexo aceder ao conhecimento e cuidar de pessoas com comportamentos de apatia, ou personalidades reservadas, ou pessoas referidas como difíceis, com alterações cognitivas, pessoas com comportamentos agressivos. Mas quanto maior era a exigência do cuidado maior era o reconhecimento referido pelos enfermeiros do estudo. Por isso serem reconhecidos pelos doentes, que tinham vivido alterações dos processos cognitivos, fazia sentirem-se dignificados no seu papel de enfermeiro, pois era sinal palpável de terem marcado a diferença.

5.3.3.1 – *O enfermeiro com identidade própria*

Neste ambiente de aceitação em que o cuidado decorria quer o enfermeiro, quer a pessoa idosa viviam um processo em que ambos reafirmavam a sua identidade, que era localmente construída e emanava da interacção.

Se habitualmente a pessoa idosa era conhecida e tratada pelo nome próprio, como já referi, o que não era usual era o enfermeiro ser conhecido com uma individualidade específica. Os doentes quando queriam referir-se e descrever os enfermeiros faziam-no geralmente através de dados físicos distintivos: alta, magro, simpática, loira, ou sobre facetas da vida privada. O enfermeiro ser referenciado pelo nome, era sinal emblemático muito apreciado pelos próprios, reconhecendo nessa manifestação o significado de terem passado a barreira do anonimato e passarem a ter atribuída uma identidade.

No dia a dia o enfermeiro ser chamado pelo nome próprio, significava ter atingido o ponto de intimidade desejado num ambiente em que pessoa idosa e enfermeiro viviam como pares com papéis complementares. O processo de reciprocidade manifestava-se com sinais inequívocos. A Enfermeira Natália, contava como era o modo de relacionamento num grupo de doentes em que a dinâmica construída tinha atingido o ponto desejado, em que ambos os actores tinham identidade própria. «Porque as outras apanhavam-me no quarto e pronto eu já era a Natália, até pareciam que eram da minha família. Já notava que havia ali uma relação».

Uma enfermeira contava como esses laços afectivos eram vividos:

O relacionamento então isso vai-se fortalecendo, vão-se criando laços porque nós dizemos. Claro há uma distanciação própria do sofrimento, mas é inevitável criar laços de afectividade com as pessoas que nós cuidamos. (Ent. 13).

Os benefícios do tipo de interacção centrada na pessoa idosa revertiam benéficamente também para o enfermeiro. Este ser reconhecido pelo doente e ou família como ser único, possuir um nome, ter uma entidade própria, era uma recompensa suficientemente estimuladora.

Neste capítulo mostrei as consequências das estratégias «descobrir a pessoa idosa», através das categorias «ter uma identidade pessoal», «viver num ambiente

de segurança» e «viver num ambiente de aceitação». Assim ter uma identidade pessoal significou ser conhecida pelo nome, recriar a identidade e reavivar a identidade.

A categoria viver num ambiente de segurança significou ser compreendida na dependência e viver com dignidade a dependência. A categoria viver num ambiente de aceitação significou compreender o que a pessoa estava a viver, aceitar comportamentos disruptivos e viver num ambiente de vínculo afectivo.

5.4 – SÍNTESE DOS ACHADOS

No hospital a doença, o ambiente e as suas repercussões súbitas na vida da pessoa idosa faziam com que vivesse uma transição complexa de gerir e potencialmente lesiva para a sua recuperação. Os enfermeiros sabiam que quanto mais fragilizada estivesse a pessoa idosa, mais necessidade tinha de cuidados que a mobilizassem para a vida.

A exigência no quotidiano dos cuidados à pessoa idosa incorporada está situada a dois níveis. Por um lado exige-se o cumprimento de regras sociais inerentes aos valores em uso e ao significado do que é ser pessoa, o que faz dos cuidados à incorporação da pessoa, momentos de interacção únicos de intimidade e saber profissional. Por outro lado exige-se conhecer a pessoa idosa, pois o cuidado que lhe é prestado pode ser vivido como algo paradoxal pelos próprios doentes. Se os cuidados preservam a integridade do viver, os mesmos cuidados também podem ser vividos como ameaçadores pela interpretação que a pessoa idosa possa dar à sua dependência.

Acresce ainda que na dificuldade de tais cuidados, a sua exigência, está centrada não apenas na sua execução, a qual é, por vezes, bem exigente, mas a real complexidade situa-se em dar atenção à integridade da pessoa idosa, enquanto ser único, cujo ritmo apropriado às suas possibilidades é contrário ao ritmo de

agitação e pressa vivido no hospital. Porém a qualidade com que o cuidado era realizado não era distinta da pessoa que o recebia. Daí a distinção entre cuidado físico e cuidado relacional ser incompreensível à luz daquilo que os enfermeiros do estudo entendiam por cuidado de enfermagem, em que a interação entre a pessoa que recebia o cuidado e o enfermeiro que o prestava era um processo de reciprocidade humana.

Neste encontro o conhecimento da pessoa idosa a que era possível aceder era sempre incompleto e uma aproximação à pessoa. Através da história de vida, a biografia da pessoa idosa era reconstruída e a sua identidade apreendida.

A pessoa idosa, ou família, ao falar de si e da sua vida passada, revelava parcelas da sua identidade que o enfermeiro procurava compreender, dar um fio condutor e um significado. Rebuscar e unir factos desordenados que a pessoa contava de si e da sua vida, com essa informação permitia reunir dados e entrelaçar na «tapeçaria da vida», (Ford e McCormack, 2000, p. 41).

O valor de conhecer a pessoa idosa nos primeiros encontros fazia com que os enfermeiros participantes do estudo repudiassem a pressa e aspirassem a criação de condições mais favoráveis para preservar a privacidade da pessoa.

Daí os enfermeiros reconhecerem como verdadeira a afirmação de Fontaine (1999) «encontrar-se com uma pessoa idosa é encontrar uma pessoa que tem a sua própria história, o seu próprio percurso de vida» (p.19). Era através desse aflorar da história de vida de cada pessoa idosa que era possível ao enfermeiro diferenciar aqueles que exigiam maior apoio daqueles que poderiam prescindir dele, sem serem lesados.

Os cuidados essenciais que referenciavam e que descrevi no capítulo das estratégias foram:

1– Proporcionar os cuidados que em sociedade as pessoas prestam a si próprias para se sentirem socialmente dignas, aceites, respeitada e apreciadas. Preservar nos cuidados, o pudor e preservar da humilhação do sujo.

3–Proteger as pessoas idosas de serem dominadas, nomeadamente quando assume comportamentos de não passividade na defesa da sua identidade. Defender a pessoa idosa com alterações cognitivas, prevenindo do uso da força.

4– Manter capacidades consoante o grau de dependência manifestado. Tanto podia ser para facilitar o regresso a casa, como não agravar o distanciamento do mundo.

Este estudo mostrou como manter uma imagem positiva de si, proteger de agressões e manter capacidades, exige considerar a vontade da pessoa. Na reciprocidade da interacção preservar o self da humilhação do sujo e da dominação, era preservar a identidade da pessoa em áreas muito pouco explicitadas na literatura. Porém os enfermeiros conseguiam individualmente encontrar soluções para interacções de cuidados difíceis, de modo a manter a integridade da pessoa idosa e preservar a sua identidade, mesmo suportando algum desagrado pessoal.

As preocupações em manter a integridade da pessoa idosa prevalecem e preservar a sua identidade fazia com que nas situações de cuidados não se distinguíssem se os cuidados estavam ligados directamente ao tratamento da doença, ou se os cuidados mantinham a vida. Igualmente não distinguiam os cuidados de âmbito técnico, nem os cuidados designados por *relacionais*, uma vez que para os enfermeiros eles existiam em simultâneo, encadeados uns nos outros. A qualidade dos cuidados que os próprios enfermeiros se auto-atribuíam espontaneamente decorria do esmero dos cuidados proporcionados e da profundidade da interacção.

Este estudo mostra uma filosofia de cuidados congruente com os valores da profissão no respeito pela integridade e identidade da pessoa idosa. Essa filosofia emana de uma abordagem indutiva, fundamentada nos dados observados e relatados da prática vivida dos enfermeiros. Ilumina ainda as dificuldades vividas no seio dos cuidados e modos de as ultrapassar pelos próprios enfermeiros, em áreas que não têm sido discutidas nem estudadas na formação, nem na investigação.

Da análise dos dados e da literatura que acompanhou todo o processo, a categoria que emanou dos dados foi «proteger a identidade da pessoa idosa no hospital, um desafio ao cuidado de enfermagem.

O capítulo a seguir faço a discussão dos achados.

CAPÍTULO 6

DISCUSSÃO DOS ACHADOS

Neste capítulo discuto os modos de os enfermeiros compreenderem e desenvolveram a interacção com a pessoa idosa doente na cultura dos cuidados hospitalares. *Proteger a identidade da pessoa idosa no hospital, um desafio ao cuidado de enfermagem* constituiu-se no tema central dos achados.

Nesta discussão dos achados procuro fazer uma compreensão mais alargada do fenómeno do cuidado de enfermagem à pessoa idosa no hospital. Comparo os principais conceitos deste estudo com outros estudos, que ampliam ou reiteram os meus achados.

Ao contrário dos selves, as identidades são públicas e partilham aspectos dos indivíduos, estabelecendo o que as pessoas são e onde estão dentro da estrutura social. (Kelly e Field, 1996). A identidade define a pessoa como objecto social. É uma construção mental que se elabora entre uma pessoa, ou um grupo de pessoas, com quem contacta habitualmente e que de quem se diferencia de alguma forma. Esta diferenciação é uma forma de categorização que resulta da interacção estabelecida, em que pessoas ou grupos se atribuem elementos de identificação/diferenciação e pertença face aos restantes grupos. Assim a identidade é uma realidade dinâmica que se constrói e reconstrói constantemente no quadro de trocas sociais (Cuche, 2003). A identidade constrói-se de forma local e específica, isto é na acção e na interacção (Carmen de la Cuesta, 2005).

Proteger a identidade da pessoa idosa passa por manter a integridade do self na prática diária dos cuidados. Assim na sua realização, os valores, e saberes do enfermeiro entram num jogo de reciprocidade em que os medos, pensamentos, opiniões e necessidades da pessoa idosa são indissociáveis da interacção mediadora do cuidado.

Vou centrar a discussão dos dados à volta dos seguintes eixos:

- Conhecer a pessoa idosa, o maior desafio
- Os cuidados como mediadores no preservar da identidade
- O desafio no preservar a identidade da pessoa idosa no hospital.

6.1 – CONHECER A PESSOA IDOSA, O MAIOR DESAFIO

Manter a integridade da pessoa idosa dependente no hospital, exige frequentemente a sua substituição na satisfação de necessidades.

O carácter intemporal da definição de enfermagem, que Henderson elaborou em 1961, a pedido do Comité do Serviço de Enfermagem do Conselho Internacional de Enfermeiras continua a ser aceite e a ter reconhecimento mundial. A definição da função singular da enfermagem reflecte um modelo de cuidados que continua a ter a mesma actualidade. Na sua base estão os elementos que justificam a intervenção do cuidado de enfermagem: falta de força física, vontade e conhecimentos na satisfação das necessidades humanas básicas. Essas actividades permitem à pessoa doente ou saudável continuar a ter saúde, a recuperar da doença, ou a morrer serenamente.

As concepções, valores e saberes da disciplina parecem inalteráveis e todavia continua-se hoje na procura do que parece tão simples de aceitar. A grande dificuldade reside na complexidade do que aparentemente parece simples. Henderson (1994) alertou para essa exigência referindo que quanto mais pensava na definição de enfermagem «mais complexa parece ser a função da enfermeira» (p. 22).

Pode pensar-se que é fácil assistir a pessoa idosa na satisfação de algumas necessidades humanas básicas, porém a investigação revela que é nos cuidados considerados de fácil realização, que o risco de lesar a integridade da pessoa

idosa mais facilmente acontece. Estas dificuldades são referidas nos estudos de Randers e Mattiasson (2004); Rosin e Sonnenblick, (1998) e Borbasi, (2005). O desejo de receber cuidados e através deles sentir-se respeitado é manifestado pelos doentes de vários estudos (Costa, 2002; Marini, 1999; Lomborg, 2005).

A complexidade do cuidado pode não estar por vezes na tarefa em si, mas no modo como cada pessoa tem direito a recebê-lo, considerando os seus gostos, crenças e medos. O estudo de Atree (2001) revela os factores que ilustram quanto o cuidado de enfermagem é exigente e como os modos de ser enfermeiro ainda residem numa nebulosa de referentes teóricos, face à multiplicidade de elementos presentes numa interacção. No estudo de Atree (2001) familiares e doentes entre os 19 e 89 anos, definiram como condição de «bons cuidados», dois temas em conjugação: a natureza do cuidado oferecido e a natureza da relação que o acompanhava. Especificavam na natureza do cuidado ali necessário os seguintes elementos: o conhecimento da individualidade do doente o proporcionar o cuidado individualizado relacionado com o foco da necessidade e o envolvimento do doente. Na natureza da relação inseriram o compromisso do desenvolvimento da relação social, o conhecimento do doente como pessoa, o padrão de informação e comunicação, a demonstração de delicadeza, preocupação, sensibilidade, e por fim, a dimensão do tempo para os doentes, em termos de disponibilidade e acessibilidade da equipa.

Sobressai deste estudo a importância de conhecer a pessoa para receber o cuidado que necessita. Os enfermeiros participantes sabiam ser uma armadilha ao cuidado fazer uma intervenção sem compreenderem em que medida o momento presente, estava mergulhado e articulado com o passado, de modo que com o presente a pessoa idosa pudesse perspectivar o futuro (Collière 2001). No seio de interacções rápidas e num único gesto estavam presentes e conjugados três factores indissociáveis nos cuidados à pessoa idosa dependente:

a dimensão intimista do cuidado; a dimensão tecnológica e científica inerente ao processo de doença, motivadora do internamento e a necessidade de integrar no presente a vida passada de modo a poder perspectivar-se o futuro.

Estes elementos também definidos por Collière (2003) eram vividos no hospital pelos enfermeiros com as dificuldades descritas no capítulo do contexto e condições e nas estratégias. Exploro e realço a dimensão conhecer a pessoa idosa e aceder à sua intimidade no sentido de preservar a sua identidade.

Preservar a identidade no hospital, significava a pessoa idosa poder continuar a manter-se idêntica ao que sempre foi, com as suas características, o seu passado, as suas perspectivas futuras e os seus grupos de pertença, dar a conhecer a sua condição de saúde actual, a sua vontade, os seus medos e as suas expectativas.

No hospital como um local de passagem de cada vez mais curta duração, os enfermeiros constatavam que atribuir uma identidade ao doente era um desafio face aos recursos disponíveis.

Conhecer o doente fazia parte do «*abêcê* da educação de uma enfermeira (...), sendo que o *a* de uma enfermeira dever ser o conhecimento do que significa um ser humano doente...» Esta recomendação era preconizada já por Nightingale, 1989, p.163). Também todos «os quadros teóricos enfatizam a centralidade de conhecer a pessoa» (Dewing 2004, p. 42), existindo aliás muitas recomendações e modalidades de aceder ao conhecer da pessoa. Porém os diversos quadros teóricos de enfermagem, das várias escolas de pensamento usados irregularmente pelos enfermeiros do estudo davam somente a ilusão de se conhecer a pessoa. Dewing (2004) confirma-o ao escrever, «existir a crença colectiva de que o conhecimento centrado na pessoa se atinge, quando afinal o grau até ao qual os enfermeiros práticos conhecem a pessoa idosa, é de facto muito limitado» (p. 42).

Assim conhecer e respeitar os hábitos de vida e antecedentes ligados à doença, respeitar a personalidade dos doentes bem como os seus hábitos era recomendado por vários autores como referiam (Randers e Mattiasson, 2004, p. 66). Já Bayer et al (2005) no estudo com pessoas idosas exortam para o tema central, de respeitar a dignidade da sua identidade pessoal. Bayer (2005) sintetizava assim essa premissa: «uma maneira de mostrar respeito, era tratar alguém como um indivíduo com uma história, uma identidade única e com relações pessoais» (p. 6).

Aceder ao conhecimento de algumas dimensões da identidade era fácil, já o conhecimento de particularidades do seu self era só abordado em momentos mais oportunos. Como afirmam Kelly e Field (1996) ao contrário dos selves, as identidades são públicas e partilham aspectos das pessoas. Aceder ao self da pessoa tanto podia ser um acto de elevada simplicidade, bastando muitas vezes ao enfermeiro mostrar apenas empenho e ouvir, como podia ser um exercício extremamente difícil. Só através de uma escuta de interesse genuíno centrada na pessoa idosa, esta se revelava parcialmente, havendo mesmo interacções que implicavam uma compreensão parcelar de dados obtidos anteriormente de modo flutuante. Os enfermeiros eram assim, como diz Johns, apud Dewing (2004) «criadores activos da sua própria prática» (p. 42).

Conhecer a pessoa era um cuidado de elevada competência, cujo processo de interacção evoluía em crescendo e que tinha a potencialidade de transformar alguns momentos da interacção num significado quase de índole espiritual. Para Sacks (1985) «cada pessoa é uma narrativa única que é contínua e inconscientemente construída por cada um de nós através das nossas percepções, sensações, pensamentos, acções e também do discurso, da narrativa oral. Biológica e psicologicamente, não somos assim tão diferentes uns dos outros, historicamente como narrativas, cada um de nós é um ser único» (p. 142). Dar a

conhecer ao outro o que cada um possui de específico reveste-se de um acto de confiança e de gratidão. Por isso cada pessoa só se revela se encontrar no outro um lampejo que lhe revele existir interesse por si.

Lustbader (2005) descreve essa expectativa da pessoa idosa, referindo que a pessoa decide dar-se a conhecer, se tiver a certeza de ser reconhecido como pessoa:

«Ser observado é um acto espiritual. No contexto da doença o conhecer e o ver são reflexivos. Uma vez que quem me ajuda se dá ao trabalho de me conhecer eu começarei a sentir que estou a ser visto. *Enquanto sinto que estou a ser visto, revelarei mais de mim na segurança de ser conhecido.* O nosso dar e receber passará a uma dimensão sagrada. Este conhecer e ver, expressar-se-á em pequenos momentos de intimidade que parecerão longos a ambos» (p. 4). (Ênfase minha).

Conhecer a pessoa idosa na dimensão íntima era um momento do cuidado que exigia um respeito quase sagrado, pois perante a solidão do sofrimento, nada é mais agressivo para a fragilidade da pessoa idosa que a banalização do seu sofrimento. O estudo de Morse (2001) na investigação que conduziu a teoria do sofrimento mostra como a integridade da pessoa doente é facilmente ameaçada. Retomar o seu self habitual exige reunir toda a energia disponível. Para sair da bruma de desorientação que está a viver, necessita enfrentar a dor que pode sentir, aceitar a dependência, reconhecer a mudança física, a perda de funções e papéis, o medo de isolamento, reconhecer a incerteza do diagnóstico, lutar contra as perdas e procurar modos de recuperar a fim de dar de novo sentido à sua vida.

Todos os sentimentos descritos por Morse (2001) eram percebidos pelos enfermeiros do estudo como também sendo vividos pela pessoa idosa. Daí que sinais mínimos de desinteresse pudessem quebrar a magia do encontro. Aceder à identidade do doente, ou estar a realizar tarefas consecutivas tornava de tal modo diferente o cuidado de enfermagem, que no estudo de Dewing (2004) os

enfermeiros referiam esse modo «como um luxo, ou um modo de trabalhar que nunca tinham encontrado antes» (p. 43). Toda a literatura de enfermagem todavia afirma como condição do cuidado de enfermagem «a interação entre indivíduos únicos com experiências únicas em lugares e situações únicas» (Sarvimaki apud Mulholland, 1995, p. 444; Watson, 2002). Daí ser uma armadilha ao cuidado fazer um qualquer tipo de intervenção, sem se compreender em que medida a pessoa está a viver o momento presente, mergulhado e articulado com o passado, para com o presente perspectivar o futuro, como anteriormente referi. O modelo de agrupamento de dados proposto por Collière (1989) revela essa compreensão integrada. Apresento-a como um exemplo pois foi usado por um grupo de enfermeiros do estudo, que referiram ter dado mais consistência à sua prática. Sendo um agrupamento de dados simples, revela a complexidade da necessidade do conhecimento da pessoa e da junção de passado, presente e futuro.

Collière (1989) estrutura os elementos identificadores do processo de cuidados em três vertentes:

1– Quem é a pessoa (qual o seu passado, ambiente social, familiar e modo de viver a fase da vida em que está).

2– Como está a viver actualmente a situação. O problema actual e história da doença, limitações e recursos. (Recursos do meio, recursos da pessoa face ao grau de dependência que apresenta, ajudam a definir o que pode a pessoa fazer sozinha, com ajuda ou já não pode fazer).

3 – Que intervenções se prevêem para um dado futuro poder ser alcançado, em termos de cuidados para manter a vida e em termos de cuidados para reparar os efeitos da doença. (Cf.Collière, 1999, p. 361–363).

O conhecimento da pessoa idosa permitia preservar a sua identidade, mas os próprios cuidados que respondiam às suas necessidades eram também eles promotores da mesma finalidade. Esse é o tema que discuto a seguir.

6.2 – OS CUIDADOS COMO MEDIADORES NO PRESERVAR DA IDENTIDADE

Os cuidados preservam a identidade da pessoa idosa quando lhe permitem sentir-se cuidada em segurança, seja nos cuidados que a mantêm viva, seja nos cuidados inerentes ao tratamento da doença.

No contexto dos cuidados hospitalares os enfermeiros deste estudo através dos cuidados do quotidiano da vida, preservavam a integridade da pessoa no cumprimento de rituais sociais que eram o sustentáculo de uma imagem que fazia com que a pessoa se tornasse digna. Manter uma imagem positiva de si, proteger o self de ser dominado, e manter capacidades fazia com que através das estratégias desenvolvidas a pessoa fosse reconhecida e vivesse o internamento num ambiente de segurança e aceitação. Os cuidados permitiam assim proteger a sua identidade.

Manter a integridade passava por a pessoa manter-se limpa, com aparência cuidada e confortada. Caso alguns desses cuidados não fossem realizados, os enfermeiros sentiam não ter cumprido com o seu dever profissional. Esta preocupação é relevante na sociedade de hoje em que estar limpo e apresentável é um requisito para a pessoa ser reconhecida como tendo valor social e assim manter a sua integridade.

Koppelman (2002), questiona o significado de respeitar a dignidade de uma pessoa com demência e coloca como primeira exigência o acesso a cuidados básicos. Afirmar que «parte de ser tratado com dignidade é ter acesso a cuidados básicos – estar e manter-se limpo de excreções e livre de desconforto» (p. 65). Só de seguida coloca como condição de respeito pela dignidade considerar a sua vontade.

Esta exigência é bem diferente do que acontecia noutras épocas em termos de limpeza, pois a água não era usada na higiene como hoje, mas estar apresentável

foi sempre uma preocupação nos vários povos (Vigarello, 1985; Poirier, 1998). Algumas pessoas idosas ainda manifestavam estar ligadas aos valores de épocas mais remotas em que o valor da higiene era muito menor e os enfermeiros compreendiam tais dificuldades, agindo muitas vezes em conformidade com os valores da pessoa, negociando algumas cedências.

Os enfermeiros mantinham a identidade social da pessoa no hospital ao preocuparem-se em preservar os seus hábitos, e conseguiam personalizar os cuidados em detalhes que marcavam a diferença da individualidade. Através da satisfação de necessidades básicas, levantar, conversar, receber amigos e familiares, comer, dormir, os cuidados que a estimulavam a viver e a recuperar, faziam com que a pessoa idosa reproduzisse no hospital o mundo parecido ao da sua vida quotidiana. Quando esses cuidados de pormenor individualizado eram conhecidos, mas não assumidos os enfermeiros lamentavam as falhas em comportamentos básicos como, por exemplo, no hábito de lavar mãos e dentes ao longo do dia. Tais atitudes revelam quanto a construção da identidade é frequentemente condicionada pelos outros, moldando e reproduzindo os estereótipos criados à volta de uma imagem.

O estudo de Marini (1999) sobre pessoas idosas vivendo em regime de internamento mostra quanto estes cuidados são apreciados e reconhecidos como essenciais por elas. Apreciavam os enfermeiros que sabiam o que estavam a fazer; que sabiam quando deviam chamar o médico, quando davam os medicamentos a horas, quando avaliavam com frequência a condição de saúde e bem-estar, quando davam medicação para as dores, e sabiam manipular o equipamento. A par destes elementos inspiradores de segurança, serem tratados como seres de relação implicava serem tratados com respeito, manterem a família informada dos progressos, não desistirem da sua pessoa perante as dificuldades manifestadas.

O estudo de Marini (1999) revela a importância dada ao corpo pela pessoa idosa nesta etapa da vida. Também as categorias identificadas no meu estudo mostram como o corpo se revela elemento estruturante da identidade da pessoa, com valor tão mais acrescido, quanto mais acentuado for o seu grau de fragilidade

Assim qualquer que fosse o tipo de cuidado oferecido, o valor que a pessoa idosa interiorizava sobre si, derivava do julgamento e apreciação que se manifestava no cuidado e no modo dele ser realizado. O seu self como constructo cognitivo está sempre a ser construído e reconstruído na apresentação que faz de si e da resposta que recebe dos outros.

O estudo de Lomborg (2005) confirma o valor dos cuidados em manter uma imagem positiva de si. Através de cuidados pessoais como lavar o corpo por inteiro, cabelos, dentes, vestir, barbear, lavar as mãos, usar muita água eram cuidados essenciais. Interessante neste estudo o carácter ambíguo como os doentes viviam tais processos, pois podiam ser vistos como meras rotinas, ou como cuidados simbólicos de auto-preservação. Tal como os participantes deste meu estudo, no estudo de Lomborg (2005), os cuidados nunca eram actos isolados e associavam a si outras mensagens, nomeadamente quando a eles se agregavam simultaneamente outros como eram o tocar, a massagem e o conforto de ter estado junto com o enfermeiro.

Assim o controlo do corpo da enfermeira no ar sereno, andar lento, voz e modo atencioso de falar, proporcionavam um cuidado refinado que marcava a diferença e mantinha a identidade da pessoa idosa como ser social digno. Ao contrário do self, a identidade é pública e partilha aspectos da pessoa, sendo o corpo o elemento mais óbvio que situa a pessoa na estrutura social.

A valorização da aparência foi destacada no estudo de Nay apud Birrell (2006) referindo como exemplo o uso da lavagem dos dentes, como modo de manter uma imagem positiva de si. O autor recorda que ninguém se sente confortável em

ir trabalhar sem ter lavado os dentes. A identidade da pessoa e a sua relação com a aparência física é um facto inegável «que é talvez o modo mais visível no qual a fisicalidade do corpo influencia a vida social e como a aparência corporal mobiliza a identidade social» (Stone apud Kelly e Field 1996). Daí a importância do cuidado na aparência à pessoa idosa, que lhe mostrava o valor que ela inspirava nos enfermeiros e como tal tinha o efeito de a estimular para a vida.

Particularmente importante também a categoria manter capacidades que fazia com que a pessoa não perdesse o seu self de adulto responsável ao evitar que a sua vida não fosse restringida, continuando a sentir ter valor e a não ser um peso para os que cuidavam dela. A pessoa idosa não se sentir um peso fazia com que não perdesse a imagem positiva que tinha de si no passado, mantendo a esperança para o futuro. Pelo contrário sentir ser tolerada, ou sentir ser um peso era referido como «aviltante, porque as pessoas idosas tem pouco poder sobre a situação e a qualidade de vida das suas existências» (Charmaz, 1983, p. 188). O estudo de Charmaz, 1983, embora seja com pessoas idosas com doença crónica tem tradução na pessoa idosa internada, pois vivia ali muitos dos desconfortos que faziam com que o risco de perda do self pudesse acontecer. Assim ser forçada a estar inactiva, tornar-se dependente, ficar subordinada e dar a conhecer os sentimentos privados eram ameaças à sua identidade. Também o carácter de rapidez de instalação da doença, a severidade e incerteza de prognóstico, abalava fortemente a capacidade de manter e conduzir a sua vida de modo normal.

Os doentes do estudo de Charmaz (1997), preservavam o seu self através de estratégias para manterem o valor do passado e manter as capacidades essenciais. Citando Johnson, Charmaz (1997), afirma que preservar o self era manter um modo de estar no mundo, relacionar-se consigo, com os outros e com a sociedade. Recapturar o self do passado, evitava sentirem-se inválidos e

desanimados, pois o self do passado fornecia fortes incentivos para lutar e continuar a viver. Os cuidados no estimular de capacidades que os enfermeiros deste estudo promoviam nas pessoas idosas tendo sempre em perspectiva o regresso a casa eram modos de preservar a sua identidade. No estudo de Charmaz (1983) a identidade porém era afectada se a seguir a pessoa alvo de doença grave era sujeita a fortes mudanças no estilo de vida, se deixava de trabalhar, se acontecia uma reforma forçada, se se submetia a regimes de dieta rígidos. Os enfermeiros deste estudo sabiam que factores semelhantes ocorreriam na pessoa idosa se no regresso a casa o prognóstico fosse de ficar limitada ao espaço da cama, fosse devido às repercussões da doença, fosse devido à falta de cuidados. O conhecimento antecipado de uma possível evolução dos riscos era percebida pelos enfermeiros e pessoas idosas, sendo essa uma das explicações que os enfermeiros encontravam para tão elevado número de pessoas idosas entrarem em ruptura com o seu self e manifestarem alterações cognitivas de gravidade variável.

Como a situação de dependência é uma situação diariamente vivida no hospital, o modo como o enfermeiro acede ao seu corpo faz com que o self seja reconhecido. «Ser autónomo pressupõe a ideia que esse alguém tem um self, alguém que se vê e compreende como sujeito e agente, que controla a criação e a expressão do seu self» (Koppelman 2002, p. 68).

Quer na perspectiva dos enfermeiros deste estudo, quer na perspectiva dos doentes que a investigação revelava, a dependência continua a ser um sentimento vivido como dramático na vida das pessoas. No estudo de Bayer (2005) as pessoas idosas preocupavam-se particularmente com a possibilidade de no futuro desenvolverem uma situação de demência, pois a doença era vista como conduzindo a situações de máxima dependência e esta provocava o risco de

perda de identidade. Consideravam mesmo como inevitável perder toda a dignidade, na situação de demência.

Perante tais representações sociais as situações de cuidados em que a pessoa está com grau de dependência elevado, exigem um acréscimo de cuidado e responsabilidade do enfermeiro. Salvar o risco de perda de integridade, é mais acentuado nas pessoas dependentes com demência, porque a «vergonha e o desrespeito estão frequentemente presentes quando o respeito e a autonomia não o estão» (Koppelman, 2002, p. 66).

Através dos cuidados diários de manter e estimular a pessoa para a vida, ajudavam a manter essa expectativa, embora o instilar da esperança fosse muito condicionado pela falta de recursos intermédios entre o hospital e o regresso definitivo a casa.²³

Outro modo de preservar a identidade focalizou-se na área do controlo corporal, nomeadamente no lidar com o cuidado sujo. As pessoas existem como seres incorporados e torna-se difícil falar delas sem fazer referência à dimensão fisiológica e à dimensão social. Há assim uma artificialidade derivada da cultura que moldou e educou o homem ocidental, que faz com que a subjectividade incorporada, possa ser excluída do discurso, mas não da interacção, nem da totalidade social (Turner, 1992).

²³Os enfermeiros do estudo eram pouco crentes nos efeitos da legislação preconizada pelo Decreto Lei nº 281/2003 (Diário da República I Série –A p7492–7498). O modelo de cuidados quando estiver em pleno desenvolvimento de implementação permitirá respeitar os direitos das pessoas idosas e famílias e respeitar as suas necessidades de saúde.

Também através dos novos Sistemas de Partilha de Informação em Enfermagem (SPIE) (Sousa, 2006), a utilização entre dois contextos de cuidados de saúde, o hospital e o centro de saúde, a evolução tecnológica ao nível dos sistemas de informação poderão proporcionar melhores articulações e rentabilizar a dispersão de recursos.

Estes sistemas de informação permitirão aceder a dados para conhecer a pessoa no momento imediato ao internamento. Também o retorno da informação para o local onde a pessoa permanecer após a saída do hospital pode preservar a identidade da pessoa pela possibilidade de dar continuidade aos cuidados. Estes dados serão sempre dados pouco dinâmicos que necessitam de actualização vivida. O exemplo da experiência de Novais (1999) mostra as potencialidades como o enfermeiro conhecedor da dinâmica familiar pode ser um elo de articulação entre o mundo quotidiano em que a pessoa vive e o internamento hospitalar.

Dentro dos cuidados de manter uma imagem positiva de si as dificuldades de aceitação do corpo no desenvolvimento de funções básicas ligadas aos cuidados de eliminação foram identificadas como áreas complexas, embora a investigação tenha sido omissa neste domínio dos cuidados. Os estudos já citados de Jacelon (2004), Woolhead et al (2004) (Lomborg, 2005) não explicitaram problemas nesta área.

Os estudos de Bliss (2005) e de Lauri (1997) são dos poucos estudos que mostram como os doentes verbalizam o modo de gerir o incómodo de lidar com os problemas relacionados com a falta de controlo de esfíncteres, mas são doentes que vivem estes problemas sem estar em fase de dependência física de outros. No estudo de Lauri (1997) os doentes salientaram como muito desconfortáveis os problemas relativos à necessidade frequente de urinar e de não ter tempo de chegar à casa de banho. Para a pessoa idosa quer a emergência urinária, quer qualquer manifestação de falta de controlo eram motivo de elevada preocupação. No mesmo estudo de Lauri (1997) estes mesmos problemas quando inquiridos aos enfermeiros não foram referidos como áreas problema lesivas no manter a sua integridade.

A omissão nestas áreas de investigação parece mostrar como o corpo e algumas áreas particulares do seu funcionamento, embora inerentes à natureza humana têm sido e são ainda um tabu (Gaignebet; Périer, 1998; Collière, 1989; Douglas, 1996, 2004). Como foi referido no quadro teórico, os produtos de excreção ao saírem das fronteiras do corpo tornam-se coisas marginais, podendo tanto ser considerados produtos perigosos, como podem ser considerados simplesmente como anedóticos. Acerca do sujo e do perigo que ele sempre representou para a humanidade, a investigação de Douglas (2004) ajuda a compreender como as regras sociais sobre o limpo mudam consoante o nível de conhecimentos de uma época. O limpo e o sujo não são vistos como opostos absolutos, mas categorias

relativas, carregadas de simbologia. Segundo Douglas (1996 e 2004) e Gaignebet e Périer (1998) estes autores assinalam o carácter simbólico dos produtos que saem do corpo como sendo impuros, pois ao longo da história da humanidade aprenderam que produtos deteriorados podem ser a causa de doenças. Enquanto permanecem dentro do sistema organizado que é o corpo tais produtos são considerados limpos, enquanto que tudo o que sai do sistema organizado que é o corpo entra no sistema simbólico da desordem. Mas Douglas (1996 e 2004) lembra que enquanto nas sociedades primitivas o lixo, se devidamente usado, estava ligado à prosperidade e fecundidade, nas sociedades modernas foi sendo progressivamente banido. Actualmente o reaproveitamento dos resíduos retoma a problemática do sujo, ao fazer a sua inserção no ciclo da natureza de um modo sistemático e com a componente técnico-científica e ecológica a recordar quanto o sujo e o limpo integram o viver quotidiano.

Conforme a cultura de pertença de cada pessoa face aos elementos que saem do seu corpo, assim variam as noções de sujo e as regras de contaminação são muito diversas. Todavia na sociedade ocidental «enfatizar o corpo é rebaixar ou diminuir a dignidade das pessoas idosas» afirma (Twigg, 2004, p. 12). Este facto faz com que o corpo, à medida que a pessoa envelhece, possa começar a sentir-se minimizado, particularmente quando perde o controlo de esfíncteres. Nesses casos, não é só o estatuto social da pessoa que é posto em causa, a pessoa é desprestigiada e nega-se o verdadeiro valor da sua identidade e personalidade individual, refere Twigg (2004).

Isaksen (2002) associa a perda de controlo do corpo e o trabalho com o cuidado sujo não só à dimensão concreta, mas também ao simbolismo cultural como expressão de vulnerabilidade e ambiguidade do corpo humano. «A reacção do corpo sujo é a reacção à ambiguidade associada com a dimensão vida/morte» (Isaksen, 2002, p. 21) Acrescenta ainda que quando os fluídos corporais são

associados com as ideias de sujo, torna-se difícil distinguir a sociabilidade da animalidade. Nas sociedades modernas o corpo humano existe como algo secreto e isso significa que ele deve ser mantido como um sigilo. Nesta perspectiva o corpo assim entendido exerce um efeito negativo na vida das pessoas e compreendem-se que as concepções de corpo ao serem tributárias das concepções de pessoa, exercem um papel de dominação (Le Breton, 2001; Gil 1980). Particularmente quando o corpo perde o controlo, seja de esfíncteres, seja de movimentos, ou perde o domínio de emoções a pessoa é minimizada, seja por si própria, seja pelos outros.

As estratégias usadas pelos enfermeiros neste estudo na categoria do sujo, mostraram saber manter a identidade da pessoa sabendo respeitar a sua integridade no respeito pelos valores sociais. Esse saber era suportado em argumentos éticos no sentido de repor a dignidade da pessoa, lidando com pouco à vontade e com uma naturalidade fingida com os produtos de eliminação para proteger a pessoa idosa de acréscimo de desconforto. (Twigg, 2004, p. 13), designa por *negatividades do corpo*, os produtos que saem dos vários orifícios)

Os enfermeiros do estudo usavam modos diversos de garantir o conforto nas áreas do trabalho sujo, que como cuidados do domínio privado também cada um encontrava estratégias próprias de os realizar. Área de trabalho tabu, só era abordada em grupo, em termos simbólicos ou de humor, aproximando-se do carácter anedótico atribuído ao sujo em algumas culturas tal como relatam Gaignebet e Périer (1998).

Estes cuidados ao permanecerem no domínio do tabu exerciam uma função no seio do grupo dos enfermeiros. Se o tabu permitia que o tema tivesse sentido para o grupo ao «fazer sentido no tecido social, reenviando para uma fronteira à volta da qual se estrutura uma identidade comum ao grupo» (Le Breton, 2001, p. 146), no caso dos cuidados de enfermagem, os cuidados com o sujo enviavam

para uma área do cuidado que remetia para o silêncio. Por ser socialmente desconsiderada, parece não surpreender o facto dos enfermeiros do estudo referirem não ter argumentos para convencer os enfermeiros mais jovens na profissão da importância destes cuidados. Referiam não convencer actualmente os jovens com os argumentos em que eles tinham sido educados e que tinham sido basicamente de carácter de moral ligados aos valores profissionais. Referiam não ter outros que não fossem manter a dignidade da pessoa.

Esta área dos cuidados e as dificuldades vividas pelos enfermeiros precisam de ter outro tipo de compreensão pois os problemas da eliminação e falta de controlo do corpo são dos elementos mais perturbadores na vida das pessoas idosas e das pessoas dependentes. As orientações e conhecimentos nesta área dos cuidados não estão sistematizados e a sua delegação ocorre sempre que é possível. Nadot (2003) questiona-se acerca das dificuldades que a natureza humana coloca formulando a questão, «como se pode aceitar aquilo que na nossa sociedade se põe de lado de maneira politicamente correcta... porque ela tem o dever de não valorizar o que está oculto e muito frequentemente escondido do olhar?» (p. 28).

A limpeza é provavelmente o modo simbólico de se falar do problema sujo. Por assim ser, é que o ritual do banho está tão impregnado no mundo social e no cuidado hospitalar o que faz com que, quer enfermeiros, quer doentes, se sintam mal sem ele. Esta era uma constatação diária no trabalho de campo e também é uma afirmação de Skewes (1997).

A investigação na área de lidar com o corpo íntimo e sujo e sem controlo é revelada nas dificuldades das primeiras experiências dos estudantes, onde sobressaem os problemas ligados com os cuidados íntimos (Lawler, 2001, 2002). Grant et al (2005); Mercadier (2004) reconhecem que os cuidados íntimos são práticas privadas e não faladas, só sendo debatidas no ambiente da segurança

familiar e relacionamentos íntimos. Na formação académica dos enfermeiros, as autoras Grant et al (2005) referem que há certos cuidados que não são ensinados na medida em que é como se o estudante já o soubesse. Afirmam que «o cuidado íntimo ao corpo não é apenas discutível num sentido discursivo mas também frequentemente é um aspecto tido como certo na preparação dos estudantes de enfermagem para o trabalho da prática» (Grant et al, 2005 p. 498).

O risco da banalização e ocultação destes cuidados faz gerar sentimentos de confusão e vulnerabilidade não só nos estudantes e nos enfermeiros, mas principalmente nos doentes, exigindo abordagem cuidada e treino elevado. Fazer a pessoa sentir-se digna após a humilhação de ter estado suja é uma área de saber com necessidade de ser desenvolvida (Price, 2004).

Os cuidados neste domínio exigem uma preparação eficaz, porque o «sofrimento crónico relacionado com o processo de envelhecimento está cotado entre os mais baixos da estratificação de prestígio médico. A incontínência relacionada com a velhice está entre os mais baixos dos mais baixos» (Isaksen, 2000, p. 20). Price (2004) recomenda saber mostrar respeito pela dignidade da pessoa e afirma a necessidade das enfermeiras «saberem como «dizer as palavras» que dão significado e dignidade aos cuidados físicos» (p. 2).

Perder o controlo do corpo, seja ao nível da eliminação vesical e intestinal, seja ao nível das alterações cognitivas, leva à perda da dignidade e da identidade humana e é quando a pessoa necessita de maior cuidado para ter restaurada a sua identidade. Lawler, (2002) sugere a necessidade formativa de realizar uma segunda socialização na profissão. Através de elevada diferenciação teórica e complexidade os enfermeiros necessitam aprender a preservar a integridade da pessoa idosa e a minimizar os danos provocados pela falta de controlo corporal.

Outro modo de manter a identidade era aliar aos cuidados um modo de comunicação veiculada e aliada às necessidades quotidianas. Os temas de conversa centrado em temáticas sociais, ou temas do interesse da pessoa idosa favoreciam o reforço de manter a identidade da pessoa idosa. O tema de diálogo ligado à doença, visava responder a dúvidas, sobretudo quando a probabilidade de voltar a andar era diminuta. No estudo de Sundin et al (2001) o valor da comunicação veiculadora dos cuidados é salientado, como matéria de efeito terapêutico. Os enfermeiros do estudo considerados peritos a cuidar de pessoas idosas doentes com repercussões da doença na afasia, sentiam um apelo à responsabilidade pela fragilidade manifestada pelo doente, procurando restaurar a sua dignidade, revelada numa atitude de compreensão. O facto do enfermeiro perceber a vulnerabilidade do doente e deste se sentir desencorajado, fazia com que tivessem uma atitude de humildade para fortalecer a auto-confiança, actuar de modo que a pessoa se sentisse relaxada e em segurança. Sundin et al (2001) afirmam que o desejo de estar próximo, de manter uma abertura e sensibilidade fazia os enfermeiros guiarem-se pela regra de ouro de que as pessoas necessitam ser reconhecidas e respeitadas e por isso a comunicação é mais do que uma troca de informação superficial. Acreditavam que «as pessoas tomam consciência de si próprias, quando são conhecidas, ou reconhecidas por outra pessoa» (p. 316). O desvelo e empenho faziam com que cuidar do outro como se fosse ele mesmo e vivendo sentimentos positivos acerca dos doentes e sobre o cuidar, ajudava a manter a identidade da pessoa idosa.

A relação interpessoal é de tal modo exigente que Kitson (1987) refere como sendo essa a fonte de maior satisfação e ao mesmo tempo o ponto de maior dificuldade no cuidado de enfermagem. A autora descreve-o como o calcanhar de Aquiles (p. 328).

No presente estudo a questão da comunicação com a pessoa idosa iniciava-se num aprofundar do significado de ser idoso através da imaginação antecipada dos possíveis modos de viver a sua própria velhice, ou comparavam com as experiências positivas e negativas de familiares e amigos mais velhos. Assim o uso do self e do *outro generalizado* permitiam ao enfermeiro trocar de papéis e fazer aqueles cuidados que mais valorizavam em si, de modo a manter uma imagem positiva de si na pessoa idosa. Através da interacção estabelecida no cuidado de enfermagem, respeitar a integridade da pessoa idosa e a sua identidade era aceder ao corpo e à sua história de vida, ao modo como a pessoa cooperava nos cuidados e revelava a sua identidade. Nesse processo era possível aos enfermeiros obterem evidências das forças que a pessoa idosa tinha adquirido e usado em tempos de adversidade e reformulavam assim os preconceitos que pudessem ter sobre o fenómeno do envelhecimento.

A necessidade de ser preservada na sua identidade é reconhecida no estudo de Woolhead et al (2004) com idosos no Reino Unido. Os três temas identificados foram: salvaguardar a autonomia, garantir os direitos e a dignidade da identidade. Assim preservar o self de sofrer atentados acontecia através da inclusão de fomentar auto-respeito/estima, integridade e confiança. Já a integridade pessoal era afectada negativamente quando a pessoa idosa não era reconhecida, não era incluída numa conversa, quando tinha falta de cuidados na aparência, tinha falta de privacidade, e a nudez do corpo não era resguardada.

No estudo de Jacelon (2004), com idosos acima dos 75 anos, o conceito central identificado foi o de integridade pessoal, sustentado nos temas: autonomia, saúde e dignidade. Nesse estudo as pessoas idosas realçavam a interligação das propriedades de cada um dos temas; no tema saúde englobava simultaneamente quer a dimensão física, quer a psicológica e emergiram a dor, o bem-estar/mal-

estar, a actividade física, o padrão de sono, sentir-se descansado como elementos que preservavam a integridade da pessoa.

A dependência se por si é penosa, o único modo de minimizar o desconforto provocado por ela é através do modo como os cuidados são realizados. Quanto maior a dependência da pessoa idosa, maior a responsabilidade profissional do enfermeiro em se reconhecer como responsável pela pessoa idosa, ficando como que seu refém, mesmo antes de ter assumido um compromisso. Lawler (1999), afirma que enfermeiro e doente estão cativos um do outro: o doente está prisioneiro no seu corpo desregulado e doente, enquanto que o enfermeiro está prisioneiro do doente. «Enquanto prisioneiros, os seus mundos estão necessariamente unidos, concentrados sobre os problemas mais imediatos e sobre a maneira de suportar e transcender as experiências» (Lawler 1999, p. 87). Este conceito é explicado por Levinas, apud Van Manen, (2002) como uma interpelação, que não é do domínio nem da ética, nem da filosofia, nem da política, nem da religião, nem um compromisso moral. Define-a como ética pura, que é algo que significa sentir-se responsável por cuidar o Outro. Este sentimento de fraternidade e igualdade era salientado no estudo de Sundin et al (2001), com enfermeiros peritos a importância da comunicação profunda e partilha compreensiva que os enfermeiros faziam com os doentes com afasia.

Os enfermeiros do estudo de Sundin et al (2001) ao verem as pessoas idosas dependentes, sentiam-se parceiros da sua humanidade, vivendo num mesmo mundo, sujeitos às mesmas ameaças Também neste estudo os enfermeiros peritos participantes referiam que quanto maior a fragilidade da pessoa idosa maior a compreensão vivida e nos cuidados que tinham de realizar, esse incómodo era colocado sob controlo, fazendo com que através dos cuidados socialmente considerados mais degradantes, reabilitassem o self e a identidade da pessoa. Esta compreensão pelo enfermeiro era tão mais facilmente assumida

quando se via como coabitante, companheiro de outros seres humanos, com quem estabelecia relações recíprocas e com quem manifestava sentimentos de identificação e projecção. A maturidade afectiva e o desenvolvimento pessoal do enfermeiro permitiam assumir este papel profissional com mais eficácia.

O enfermeiro por possuir um self, podia ser sujeito e objecto para si, podendo imaginar o que a pessoa idosa com perda de controlo do corpo sentia e pensava. Fazia da experiência do doente como que uma experiência para si próprio (Mead, 1962). O enfermeiro revelava estar empenhado e possuir um self desenvolvido, quando tomava as atitudes do grupo social organizado ao qual pertencia. Ou seja, respeitava os valores que a profissão defende, nomeadamente o de igualdade e solidariedade, bem como protegia e defendia de práticas que contrariavam a ética. Tomar consciência do self do doente, colocar-se como que dentro da pessoa era um esforço, que a literatura refere como inerente ao cuidado de enfermagem e que tem sido designado por empatia. Todavia em muitas interacções de pessoas idosas, a empatia não era suficiente, exigia uma capacidade do enfermeiro para ao mesmo tempo perceber o que o doente poderia sentir e simultaneamente manter a capacidade de distanciamento face ao seu próprio sentir, de modo a antever o efeito que o seu gesto iria causar na pessoa idosa.

6.3 – O DESAFIO DE PRESERVAR A IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA NO HOSPITAL

A literatura refere que um dos conceitos que mais interferem nos cuidados é o contexto onde eles são oferecidos. O conceito do «lugar onde o cuidado ocorre» e o seu impacto nos cuidados é porém dos que tem sido mais pobremente compreendidos na enfermagem, referia Andrews, apud McCormack, (2004).

Era esta também a convicção dos enfermeiros deste estudo, confirmada por investigação que salientei ao longo desta tese. O contexto do cuidado de enfermagem no hospital de cuidados agudos podia ser a causa de agravamento

da situação de saúde da pessoa idosa doente, motivo de desencadear alterações cognitivas e que a investigação confirmava (DGH, 2003; Tolson, et al, 1999).

Os enfermeiros foram muitas vezes considerados os responsáveis pela qualidade dos cuidados prestados e os sentimentos de culpa eram frequentes. Tais argumentos e convicções fazem com que a baixa estima dos enfermeiros se continue a manifestar e a influenciar negativamente a sua prática (Cullen, 1995).

Os hospitais modernos são grandes organizações burocráticas, onde os profissionais descobrem que a sua autonomia e grau de liberdade está subordinada a uma estrutura hierárquica de normas e autoridade levando a processos de falta de assumpção de valores profissionais (Turner, 1999).

As condições de trabalho em que o estudo decorreu com mudanças políticas em plena implementação pôs à prova as capacidades dos enfermeiros. Embora se sentissem muitas vezes sozinhos e reagissem às condições adversas continuaram sempre a desmultiplicar-se em esforços, de modo que a pessoa idosa não fosse lesada e a sua identidade fosse preservada.

A capacidade de se organizarem para estabelecer prioridades, a mobilização discreta de recursos para assegurar o tratamento e a integridade da pessoa em tempo útil, revelaram modos de funcionar eficientes e discretos.

Porém percebi o significado da enfermagem ser referida como uma profissão de mudos bem silenciosos. O papel de mediólogo explicitado num estudo por Nadot (2002 e 2003) entre dois países (Canadá e Suíça) era vivido de igual modo pelos enfermeiros deste estudo, sem que um único sinal visível ficasse de tal trabalho absorvente e mobilizador de competências. Aparentemente não reagiam aos vários pedidos e queixas das pessoas idosas, nada, nem ninguém ficava sem um encaminhamento. Só nas passagens de turno me apercebia do esforço efectuado e dos múltiplos telefonemas para resolver um assunto. Tudo acontecia debaixo dos meus olhos e tanta coisa me escapou.

Preservar a identidade da pessoa no hospital de cuidados agudos, era um desafio diário. Mesmo que de modo involuntário, as estruturas de todos os sistemas de saúde colocam os doentes em posição de risco e ameaça à sua integridade (Barker, 2005). Se no dia a dia as pessoas exercem actividades em que assumem a sua dignidade, no hospital, despidas da sua identidade, a assertividade abandona-as. Desprovidas de elementos chave inerentes ao seu estatuto social, simbolizado no vestir do pijama do hospital, aliada à perda de papéis sociais, o estatuto de «ser doente» é uma identidade que inunda a pessoa numa arena de fraqueza social e interpessoal» (Barker, 2005 p. 4). As mesmas preocupações foram referidas já no fim da sua vida profissional por Henderson (2000), em que a identidade da pessoa é sistematicamente minimizada. O ambiente de anonimato e a falta de controlo que o hospital induz fomenta a perda de capacidades. As fronteiras do espaço público e do privado perdem-se e o controlo sobre o próprio corpo perde-se também ou fica muito diminuído.

Todos os enfermeiros manifestaram a necessidade e a aspiração a trabalhar num ritmo mais sereno. Os dilemas dos enfermeiros situavam-se frequentemente em forçar o ritmo da pessoa, ou mesmo substituí-la não respeitando as capacidades que possuía, nem aceitando a sua vontade.

No capítulo das estratégias, o esforço dos enfermeiros em manter capacidades nas pessoas idosas só acontecia porque se mantinham junto delas, numa apreciação e ajustamento contínuo às mudanças de capacidades expressas. Exigia um esforço consciente dos enfermeiros para não se deixarem envolver pelo ambiente de agitação e pressa frequentemente vivido. «Isto hoje está um verdadeiro caos», era uma frase repetidamente ouvida numa das unidades do estudo pelos enfermeiros entrevistados. Revelava a verdade com que cada enfermeiro percebia o seu ambiente de trabalho.

Outro problema referido pelos enfermeiros associado ao contexto e derivado da falta de recursos era a delegação como uma prática instituída. De tal modo era vivida que havia a sensação de que a responsabilidade de alguns cuidados, já não era pertença dos enfermeiros.

Defender a integridade da pessoa idosa, exige repensar o que se delega e como, quando e em que circunstâncias. «Toda a delegação da acção, o que se delega não é o acto, mas a cultura que permite a sua realização» (Nadot, 2003, p15). O que está em jogo ao delegarem-se tarefas sistematicamente é dar-se à pessoa idosa um estatuto de menor qualidade. «A prestação que é delegada é um serviço prestado (a prazo) àquele que o delegou, quer dizer ao detentor da cultura que tem o poder de delegar a acção. O grupo profissional dos enfermeiros ao nível das estruturas de decisão deve pensar na responsabilidade que assume ao criar condições para que a delegação aconteça nos moldes em que está a acontecer.

A percentagem do tempo na gestão da informação (Nadot, 2002, 2003) fazia com que o autor afirmasse que a presença do enfermeiro à cabeceira do doente era uma utopia. Assim face às múltiplas realidades dos contextos da prática e à discrepância de recursos, a delegação de tarefas é uma decisão que exige elevada ponderação. Se houver a coragem e a vontade de fazer estudos multidisciplinares comparativos sobre resultados globais em termos de tempo médio de internamento, gastos de fármacos e produtos, reinternamentos, satisfação dos clientes e famílias, a comparação dos resultados poderá permitir aos gestores e ao poder político e social tomar as decisões que globalmente forem mais eficazes.

Todos os enfermeiros do estudo estavam conscientes dos riscos que a profissão corre actualmente em termos de diluição de papéis, fazendo com que todo o investimento histórico e imagem social construída pelos enfermeiros se possa

perder. Para Sandelowski, (2002), corre-se mesmo o risco de ver minimizada a imagem socialmente adquirida, se os cuidados forem realizados de modo que não correspondam às expectativas e direitos das pessoas.

Para o ambiente de trabalho se tornar terapêutico e a pessoa idosa possa manter a sua identidade é necessário um enquadramento e filosofia de trabalho colectivo dos que aí trabalham para que os riscos provenientes do ambiente hospitalar possam ser reduzidos. Nolan et al (200) preconizam, um quadro teórico cujos valores são transversais para os clientes, os enfermeiros e restante equipa de saúde. Os valores propostos são: segurança (sentir-se seguro nos relacionamentos com os outros); pertença (sentir fazer parte das coisas; continuidade (experimentar ligações consistentes); objectivo (ter objectivos pessoais valiosos); sucesso (fazer progressos face ao objectivo desejado), significativo (sentir que a pessoa vale, que se importam com ela).

O pensamento de Neno (2006) parece-me um modelo de vida, e uma forma estar no mundo e na profissão assaz interessante. Constitui-se como que uma sugestão e um corolário dos achados deste trabalho. Preconiza para a profissão a assumpção do papel de porta-estandarte da dignidade dos cuidados às pessoas idosas no vasto campo da saúde em equipas multidisciplinares transversais às organizações. Assume que isso não serve para ser visto como algo minimizador e um acréscimo de trabalho, mas antes um valor acrescentado à profissão e aos enfermeiros.

Esta proposta de Neno faz compreender e dar um sentido ao modo de evolução da sociedade, em que as grandes rupturas não existem, mesmo em tempos revolucionários. Existe antes uma evolução balizada pela sociedade em que no começo de novos tempos e novas tendências, o discurso hegemónico soçobra e um discurso emerge este integra sempre bocados do antigo. A enfermagem permanece assim fiel à sua história e aos seus valores

Discuti os achados à luz de três eixos que neste estudo estruturaram a prática de cuidados e permitiam aos enfermeiros manter a integridade do self e preservar a identidade da pessoa idosa

Os temas discutidos foram conhecer a pessoa idosa, como um grande desafio; os cuidados como mediadores no preservar a integridade e a identidade e os desafios presentes no contexto hospitalar a ultrapassar para preservar a identidade da pessoa idosa.

CAPÍTULO 7

REPERCUSSÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES

Em termos de desenvolvimento disciplinar enquanto a Enfermagem estiver colada ao paradigma que vê o corpo com uma dimensão predominantemente anatómica, o conceito de incorporação tanto poderá ser um conceito transitório, como um conceito alavanca para novas assumpções disciplinares.

A enfermagem se conceptualmente se firmar em pressupostos que não promovam a dicotomização entre corpo, mente e espírito, saúde e doença, normal e patológico, objectivo e subjectivo, conseguirá discursos e práticas mais coerentes e evoluir da ambiguidade em que vive actualmente. O conceito de incorporação é um elemento nessa evolução teórica. A adesão à sua compreensão obrigará a uma delimitação de modelos curriculares e práticas ainda próximas do modelo centrado na doença.

O conceito de incorporação é um conceito, para já incómodo, mas útil, uma vez que obriga a clarificar aquilo a que nos estamos a referir quando falamos por exemplo de cuidar do corpo. No âmbito disciplinar da Enfermagem, se o conceito de incorporação se impuser fará com que, quando se falar de uma pessoa, se esteja a referir um ser incorporado, historicamente situado, que possui várias dimensões interagindo de modo indissociável a nível físico, social e espiritual. É um ser que comunica simultaneamente consigo próprio e com o mundo que o envolve.

A prática profissional iluminada pelo referente teórico incorporação pode conduzir a estratégias pedagógicas favoráveis a uma «segunda socialização», de modo que os preconceitos sociais relativos à natureza humana sejam aceites como uma característica a conhecer, saber respeitar e gerir. A aliança da acção e da relação como matriz definidora de um saber profissional, permitirá abordagens nos cuidados às pessoas, que facilitem ajudar a viver melhor a experiência humana de saúde das pessoas. Particularmente nas pessoas idosas

em que a dimensão corporal se manifesta de modo muitas vezes desconfortável, o cuidado de enfermagem poderá ter novas abordagens em que a aliança da dimensão física, social e espiritual seja algo natural.

A compreensão do significado de cuidado ao corpo nesta concepção que tenho desenvolvido, será um avanço epistemológico significativo particularmente útil nos momentos da vida em que a integridade da pessoa está em maior risco, na situação de dependência e doença.

O conceito de incorporação na prática de cuidados a ser clarificado fará com que o desapossamento cultural do cuidado de enfermagem seja repensado, nomeadamente nos modos de delegação. Este conceito ajuda a reflectir na incoerência de decisões e práticas que descuram e banalizam a complexidade da experiência de vida da pessoa idosa quando dependente e internada no hospital.

Ao nível da investigação as repercussões deste estudo poderão fazer sentir-se na identificação e análise dos problemas gerados pela falta de cuidados às pessoas idosas.

Numa perspectiva multidisciplinar, a avaliação de qualidade integrada dos cuidados prestados às pessoas idosas, não circunscrita a uma única dimensão do cuidado, nem a um único contexto, permitirá compreender como através da aliança de vários indicadores económicos e da satisfação dos clientes e profissionais se podem perspectivar novos desempenhos na organização de cuidados. Projectos de investigação-formação-acção relativos às práticas de cuidados às pessoas idosas internadas, poderão permitir gerar mudanças nessas práticas de cuidados.

Ao nível da organização da prática dos cuidados nas unidades de internamento importa repensar os critérios de selecção e admissão dos enfermeiros para cuidar de pessoas idosas (Costa, 2002).

Igualmente o desenvolvimento de um projecto profissional de enfermeiro iniciado exige espaços formativos onde a compreensão e a prática de ser enfermeiro seja enquadrada em ambientes favoráveis à adopção de princípios de boas práticas. Aceitar que as unidades de internamento onde predominam pessoas idosas sejam um local de passagem (Rebelo, 1996, Costa, 2002), parece ser uma concepção de gestão pouco ética.

Os métodos de distribuição de trabalho em vigor, precisam encontrar novos desenhos que permitam ao doente e família ter um enfermeiro de referência de presença continuada, nomeadamente nos turnos da manhã e da tarde. Estudos piloto permitiriam validar a pertinência de novas soluções de flexibilidade de horário, como descreve o estudo de Sundin (2001).

Ao nível da formação em serviço os enfermeiros peritos devem ser reconhecidos como mentores de novas práticas de cuidados, necessitando todavia de competências de liderança e dinamização de grupos.

Unidades de transição de cuidados que garantam o regresso a casa da pessoa idosas em condições que permitam às famílias cuidar delas pode evitar muitos reinternamentos, ou internamento em lares. Preservados os direitos a cuidados médicos, e os princípios éticos, o internamento hospitalar em serviços de cuidados agudos de pessoas idosas deve ser judiciosamente utilizado (Pitt 1993; Borbasi, 2006), sob pena do hospital se transformar num local gerador de maiores problemas de saúde e bem-estar.

O direito de presença das famílias nas 24 horas é uma medida que necessita ser implementada. Os direitos das pessoas grandes idosas são similares aos das crianças, pelo que há que criar as condições sociais para a sua aceitação.

À semelhança de outros movimentos ao longo da história para defesa de direitos de oprimidos, o cuidado às pessoas idosas exige uma erupção social de defesa dos seus direitos. Como afirma Lustbader (2005) a alteração e deterioração dos

nossos corpos pode não ser passível de prevenção, mas o significado e cuidado de fragilidade e respeito pela integridade tem de ser alterado.

–Ao nível da formação académica o início da aprendizagem dos estudantes exige um tempo de preparação teórica e domínio de instrumentos conceptuais mais sólidos antes de ter o direito de se aproximar de uma pessoa para cuidar dela. Assim ao entrar em campo para iniciar a aprendizagem do que é o cuidado de enfermagem ao vivo, deve estar capacitado a cuidar de pessoas em qualquer fase do ciclo de vida. Nenhuma pessoa saudável, ou doente, em fase nenhuma do seu ciclo de vida é mais fácil, ou difícil de cuidar. O actual modelo de formação vigente em algumas escolas reflecte e reproduz os preconceitos sociais que pesam sobre as pessoas idosas. Vários estudos revelam que tais experiências afastam futuros enfermeiros de cuidar pessoas idosas (McLafferty e Morrison 2004).

Também os enfermeiros necessitam ter uma preparação teórica mais sólida no que se refere ao cuidar do corpo impregnado de condicionantes socio-culturais, que fazem do corpo um tabu. Aprender a gerir com à vontade as várias dimensões integradas da pessoa faz do conceito de incorporação, uma área de conhecimento a ser desenvolvida. A mudança de paradigma subjacente fará realçar o cuidado de enfermagem.

Uma área em que a literatura revela alguma polémica na preservação da integridade da pessoa idosa é o poder de modelagem que os enfermeiros prestadores de cuidados têm no processo de formação dos estudantes. Seja qual for o modelo pedagógico adoptado, o processo de socialização durante processo formativo e na integração na vida profissional é fortemente influenciado pelos modelos em uso (Reuter et al 1997), pelo que a articulação dos domínios da formação e da prática deve ser garantida para gerar mudanças positivas.

Projectos de cooperação de mudanças de práticas podem ser estratégias para os processos de aprendizagem dos estudantes serem mais consistentes. Experiências já vividas neste âmbito precisam ser revitalizadas, refiro-me especificamente ao projecto *Ensino de Enfermagem: Processos e percursos de formação. Balanço de um projecto*. Lisboa. 2000, CFAP/DRH, coordenado pelo Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

A formação pós-graduada na área dos cuidados à pessoa idosa é uma necessidade inquestionável e emergente. A complexidade e especificidade dos problemas que as pessoas idosas vivem em suas casas e que em contexto hospitalar se agravam necessitam cuidados diferenciados para assegurar os direitos das pessoas idosas, mas também por motivos económicos.

A ciência do cuidado tem de integrar a pessoa incorporada no cuidado, como modo intrínseco do cuidado de enfermagem ser vivido como acto preenchido de saber, criatividade e afecto humano. Se a ciência arrancou o corpo ao homem e fez do corpo o seu objecto (Gil 1980), maior justificação existe para seguir a recomendação de um grupo de sábios (CIPVQV, 1988) que realça a necessidade de redescobrir o cuidado pelo outro. Afirmam algo muito coerente com os valores profundos da enfermagem, salientando a aptidão humana de cuidar do outro como o cimento que une as pessoas para não acentuarem a sua vulnerabilidade e dificuldade em lidar com os problemas que em cada época a humanidade se debate.

Em termos disciplinares parece que a profissão parece ter «a triste sina de ser embrulhada no movimento quase perpétuo de redefinir o nosso papel» (Costa, 2000, p. 12). Se tal facto é desconfortável, também estes sinais revelam uma profissão em evolução na procura de novos espaços. O risco que se coloca é se perdem aqueles que sempre foram os seus emblemas.

CAPÍTULO 8

LIMITAÇÕES E SIGNIFICADO DO ESTUDO

O relato aqui apresentado, como alerta Carmen de la Cuesta (2005) não é toda a história, mas a parte que procura dar realce ao cuidado de enfermagem oferecido à pessoa idosa em contexto hospitalar, como um desafio que põe à prova as melhores competências de ser enfermeiro, face às condições adversas que o ambiente hospitalar possui. Foi possível compreender as exigências diariamente vividas pelos enfermeiros no cuidado de enfermagem à pessoa idosa e os achados realçaram a necessidade de contextos de trabalho que permitam aos enfermeiros fazer aquilo que sabem. Também foi possível identificar áreas a desenvolver na formação dos enfermeiros para melhor sustentação das suas práticas. As dicotomias de acção e da relação com fins de ajuda não se revelam na prática de cuidados, quando as condições de exercício profissional assim o permitem. Os enfermeiros peritos conseguem realçar a unidade da pessoa nos diversos tipos de cuidados que a pessoa dependente necessita preservando a sua identidade, nas situações em que está mais dependente e desprotegida. Fazer com que não fosse sujeita a manifestações de dominação era matéria de elevada exigência e competência.

A principal limitação do estudo situou-se na inexperiência do investigador no uso da teoria fundamentada. Assim o rigor no cumprimento dos pressupostos da teoria fundamentada foi sempre alcançado, mas tem as limitações de um iniciado. O processo de codificação foi dos mais difíceis de ultrapassar. Ser capaz de pensar teoricamente, fazia-me oscilar entre ficar colada aos dados dos informantes e nomear temas/categorias já existentes na literatura. A competência de nomear novas categorias emanadas dos dados que iluminassem o fenómeno foi um processo complexo. A procura de imprimir rigor e ao mesmo tempo deixar-me inundar pelo significado dos achados foram dificuldades

progressivamente vencidas, mas morosas. Também pouco facilitador foi o constructo teórico norteador deste estudo, pessoa incorporada/incorporação, por este ainda estar conceptualmente numa fase embrionária.

Fazendo uma análise retrospectiva penso que o tempo utilizado na observação participante poderia ter sido encurtado e ter evoluído mais precocemente para a colheita e análise de dados selectivos. O processo de codificação axial e selectiva foi complexo e a sua morosidade fez com que a categoria central não tivesse sido refinada com nova saturação de dados.

A validade dos achados tendo usado a observação participante sofre sempre a influência do olhar do investigador, que não teve outros observadores no processo para confrontar viéses. Como técnica tem as vantagens e as limitações. Neste estudo encontrei nela muitas vantagens do que desvantagens para responder ao objecto de estudo. Ter andado de bata branca foi um cuidado que tive e que me permitiu mover com à vontade, tal como Randers e Mattiasson (2004) descrevem nas limitações do estudo. A familiaridade com o ambiente hospitalar teve a vantagem de pertencer ao meio, mas essa familiaridade fez-me perder potencialmente muita riqueza de dados que não questionava por pensar conhecer a esposta antecipadamente.

Na metodologia qualitativa o investigador é o principal agente do processo de investigação, que com os sujeitos co-constrói uma narrativa plausível fundamentada e alicerçada nos achados. O facto de mais velha que qualquer um dos enfermeiros participantes, houve muitas experiências que não era possível aprofundá-las com os informantes não as possuírem e sobre o tema terem discurso do senso comum

Futuros estudos ajudarão a melhorar a compreensão do significado complexo que é cuidar de pessoas idosas em ambiente hospitalar.

CAPÍTULO 9

CONCLUSÃO

O cuidado às pessoas idosas constitui hoje um desafio aos enfermeiros no hospital. Este estudo situa esse desafio numa etapa da vida em que a pessoa está fisicamente limitada ao espaço de uma cama no hospital e que para sobreviver depende do saber e da disponibilidade dos que a rodeiam, nomeadamente dos enfermeiros.

O estudo mostrou como os enfermeiros são capazes de prestar cuidados que respeitam a integridade da pessoa. Mostraram ser capazes de sair do discurso desejado e idealizado, e revelar respeito pela pessoa idosa, no âmbito da acção concreta dos cuidados básicos bem como de cuidados que promoviam o tratamento da doença.

Através de acções/estratégias que conseguiram «promover uma imagem positiva de si», «proteger a pessoa da dominação», e «manter capacidades», os enfermeiros conseguiram manter a integridade da pessoa idosa e, como consequência, conhecê-la e proporcionar-lhe um ambiente acolhedor apesar de o hospital ser inóspito.

A percepção que o enfermeiro fazia da pessoa idosa decidia do modo de início da interacção, embora no decurso da mesma a sua evolução dependesse do desejo dos actores em presença, a pessoa idosa e o enfermeiro.

Este estudo realçou o carácter de partilha de toda a interacção humana. Enquanto relação profissional evidenciou o carácter simultâneo dos vários tipos de cuidados. Quer os cuidados básicos, quer os cuidados de índole mais técnica, quer os cuidados ligados ao tratamento que decorriam numa sequência indistinta de importância, em que a acção e a relação estavam sempre aliadas. Era a qualidade desta relação na interacção que desencadeava sentimentos de maior ou menor conforto no enfermeiro.

Os enfermeiros participantes do estudo acreditam, que os valores que fundaram e legitimam a disciplina de enfermagem são pilares estruturantes nos cuidados às pessoas idosas. Também hesitam sobre os modos como os princípios preconizados pelas autoras fundadoras da profissão serão desenvolvidos nos actuais contextos, pois ainda não foi feita prova do valor desses cuidados. O desafio aos enfermeiros coloca-se no modo como Morin e Cyrulnik (2004) reflectem o começo de novos tempos, com novas tendências, em que os discursos hegemónicos soçobram, mas novos discursos integram bocados do antigo.

O estudo revelou a elevada exigência dos cuidados às pessoas idosas. Obriga a uma disposição de sair de si, usar o seu self de forma intencional e activa, para agir de modo a respeitar a identidade da pessoa idosa. Conhecer a pessoa idosa inserida no seu meio social e cultural, conhecer a sua história de vida, ajuda a compreender a singularidade e diversidade de cuidados que a pessoa idosa precisa ver concretizados para com ela se poder projectar o seu futuro. Proteger a identidade da pessoa idosa no hospital, no âmbito de intervenção do enfermeiro fez realçar a importância das necessidades que todos os seres humanos possuem, e que cada um realiza de modo único, mas cuja hierarquia muda ao longo da vida. Cada enfermeiro no âmbito da interacção do cuidado corpo a corpo não conseguia esquecer o inevitável desejo e necessidade humana de comida, abrigo e roupa, amor, aprovação, sentido de utilidade e dependência mútua nas relações sociais. Cada uma destas necessidades estava em articulação com a totalidade da pessoa e desde as mais básicas às de realização mais elevada articulando-se num vaivém tanto mais harmonioso quanto o modo de realização de uma necessidade interferia no bem-estar global da pessoa idosa. A defesa da identidade e integridade da pessoa idosa exigia uma abordagem criativa, sensível, centrada na especificidade da pessoa que a vivia.

A fragilidade em que muitas das pessoas idosas se encontravam exigia um modo de usar os cuidados de que necessitavam, em que agir pelo simples dever de agir e cumprir normas, não era suficiente. Tal como o cidadão comum quando saudável e autónomo necessita cuidados para se manter em boa forma, ou aliviar a tensão quotidiana e escolhe actividades compensatórias para repor a energia perdida, também a pessoa idosa internada no hospital exige cuidados de enfermagem que compensem a crise que está a viver. Eram cuidados de qualidade básica e essencial à vida, cuidados cujo pormenor requintado, marcava a diferença em relação ao cuidado trivial que cada um presta a si próprio de modo impensado. O cuidado de enfermagem à incorporação da pessoa idosa, quando olhado como uma obra de arte de valor sem preço, a dinâmica da interacção fazia do cuidado de enfermagem o que se designa como fusão de ciência e arte.

É algo quase misterioso a dinâmica de uma interacção, que ao ser iniciada nunca se sabe do seu desenlace. Num curto espaço de tempo, estabelecer um canal de comunicação e uma relação de confiança, mediada pelo cuidado que o corpo idoso e dependente necessitava, de modo a assegurar o valor, integridade e identidade da pessoa idosa, assemelhava-se a um acontecimento imprevisível. A acção de cuidado ao corpo, entretecida com a acção da palavra que decorria dos cuidados à pessoa idosa tinha o potencial de fazer reviver e integrar o corpo e a mente. O poder deste tipo de cuidado era tal modo que conseguia estimular a pessoa para a vida, ou fazê-la sair do seu encerramento em relação ao mundo, ou mesmo a separar-se dele. O cuidado incorporado, ou seja o cuidado ao corpo total da pessoa idosa, acontecia de modo natural, sem dicotomias em que enfermeiro e pessoa idosa viviam uma interacção de modo único, ambos influenciando-se num jogo cujas regras construía de modo irrepetível em cada interacção.

As reflexões deste estudo estão indissociavelmente ligadas aos factores demográficos. Estes vão exigir modificações da sociedade actual nos comportamentos humanos num sentido de maior respeito pela sua integridade e aceitação das limitações fisiológicas e cognitivas que algumas pessoas idosas apresentam.

Os actuais comportamentos de restrição ao corpo envelhecido e fragilizado, terão de ser menos dominados pelas convenções sociais de modo que na interdependência humana, a fragilidade da pessoa seja aceite como factor humano de aproximação das pessoas e não de exclusão.

O corpo e as suas limitações integram a personalidade e viver humanos e neste processo de aceitação os enfermeiros têm um papel relevante, ao assumirem-se como os cuidadores do corpo incorporado da pessoa idosa.

Os modos de cuidar usados pelos enfermeiros peritos às pessoas idosas exigem dinâmicas de cuidados de boas práticas, extensíveis a todo o grupo, para poderem fazer das unidades de internamento hospitalar, ambientes de trabalho semelhantes a locais qualificantes, de coesão multidisciplinar, usando dos mesmos princípios que dão corpo à dignidade humana.

Lutar por novas condições de organização do trabalho passa por oferecer às pessoas idosas os mesmos direitos que as crianças têm quando internadas. O abrir as portas às famílias e/ou pessoas significativas e outros actores sociais, são direitos que terão de estar consagrados em lei. Não podem ser favores concedidos com carácter excepcional. O hospital moderno não pode continuar a funcionar com a cultura das organizações totais de meados do século XX, (Goffman, 1974, Coe, 1979).

Neste terminar de tese realço o saber, o esforço e a preocupação diariamente postos em prática pelos enfermeiros, muitas vezes inibidos de exercerem o seu ideal profissional. Os enfermeiros possuem muito saber, que necessita ser

realçado pela investigação, de modo que a pessoa idosa que sofre, se muito desse sofrimento não pode ser muitas vezes tratado, pode ser aliviado e quando o saber actual não pode resolver, pode ser pelo menos compreendido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADLER, P.; ADLER, P. – *Observational Techniques*. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN – *Handbook of qualitative research*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Pub., 1994.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. – *O saber de Enfermagem e a sua dimensão prática*. 2.ed. Cortez Editora. São Paulo 1989.

ALMEIDA, M.V. – *Corpo presente treze reflexões antropológicas sobre o corpo*. Oeiras: Celta Ed., 1996.

ANDREWS, H.; ROY, C. S. – *Essentials of the Roy adaptation model*. Connecticut, Appleton-century-Crofts/Norwalk (1984) 1986.

ARENDT, H. – *A condição humana*. 10ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária (1958) 2001.

ATTREE, M. – Patients' and relatives' experiences and perspectives of "Good" and "Not so Good" quality care. *Journal of Advanced Nursing* 33:4 (2001) 456–466.

AUGUSTO, B. et al – *O corpo e os cuidados*. Coimbra. Formasau. 2004.

BARKER, P. – Vulnerability. *Whitireia Nursing Journal*. 12:5 (2005) 5
<http://proquest.umi.com/pqdweb?inex=55did=943008641SrchMode=&sid=22&E>
[consul. 20-8-2006].

BASTO, Marta Lima – *Da intenção de mudar à mudança*. Lisboa: Editora Rei dos livros, 1998.

BATES [et al.] – Psychosocial interventions for people with a milder dementing illness: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 45:6 (2004) 664–458.

BAYER, T. et al – The voice of older people. *Quality in ageing*. 6:1 (2005) 8p.

BEARON, L. – Successful aging: what does the «good life» look like? (1996) [Em linha]. [Consult. 2/10/2005]. Disponível em WWW: <http://www.ces.ncsu.edu/depts/fcs/pub/aging.html>.

BENNER, P.; WRUBEL, J. – *The primacy of caring. Stress and coping in health and illness*. California: Addison-Wesley Pub. Co., 1989.

BENNER; P. [et al.] I- *Moral dimensions of living with chronic illness. Autonomy, responsibility, and the limits of control*. In: BENNER – *Interpretative phenomenology. Embodiment, caring and ethics in health and illness*. Thousands Oaks: Sage Pub., 1994.

BENNER, P. – *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto, (1984) 2001.

BIRRELL, J. – Promoting privacy and dignity for older patients in hospital.
<http://proquest.umi.com/nosession/pqdlink?Ver=1&Exp=11.01-2006&FMT=TG&DID=> [03/07/2006].

BLISS, D, Z. Managing fecal incontinence *Self-care practices of older adults*. *Journal of Gerontological Nursing* 31:7 (2005) 35–44.

BLUMER; H. – *Symbolic interactionism. Perspective and Method*, Englewood Cliffs (NJ), Universty of California Press. Berkeley (1969) 1986.

BONVIN, F. – *Le malade object*. In : BORDIEU. P. – *La misère du monde*. Paris. Ed. du Seuil, 1993. p. 871–879.

BORBASI; S. et al- The health Professional's perspective of caring for patients with dementia in acute care settings: towards best practice. *Flinders University*. Adelaide, Austrália, 2005.

BORDIEU, Pierre – *Meditações pascalianas*. Oeiras: Celta Ed., (1997) 1998.

BOTTORFF, J. – *The lived experience of being comforted by a nurse*. [Em linha]. 2002. [Consult.2–5–2003]. Disponível em WWW: <http://www.phenomenologyonline.com/articles/bottroff.html>.

BOUGHTOM, M. – Embodied Self, Human biology and experience. In LAWLER, J. – *The body in nursing*. South Melbourne Churchill Livingstone, 1997.

BURRY; J- *Education pour la santé : concepts, enjeux, planifications*: Bruxelles, Boeck Wasmal, 1997.

CABETE; D- *O idoso e a doença e o hospital: o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: LusoCiência, 2004.

CHANG, E.; CHENOWETH, L.; HANDCOCK, K. – Nursing needs of hospitalized older adults: consumer and nurse perceptions. *Journal of Gerontological Nursing*. 29:9 (2003) 32–41.

CHARMAZ, K. – Loss of *self*: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health and Illness*. 2:5 (1983) 168–195.

CHARMAZ, K. – *Identity dilemmas of chronically ill men*. In: STRAUSS & CORBIN *Grounded Theory in Practice*. Thousands Oaks: Sage Publications, 1997

CHARMAZ, K. – Grounded theory: objectivist and constructivist methods. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN – *Handbook of qualitative research*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Pub., 2000.

CHARMAZ, K. – Grounded theory in the 21st century. Applications for advancing social justice studies. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN Y.S. – *The Sage Handbook qualitative research*. 3ed. Thousand Oaks: Sage Pub., 2005.

CHARMAZ, K. *Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage Pub., 2006.

CHICK, N.; MELEIS, A. *Transitions: a nursing concern*. In: CHINN; P. L. *Nursing Research methodology: Issues and implementation* (237–257), Rockville; M: D: Aspen.

CÍCERO – *Da Velhice*. Livros Cotovia, Lisboa (1998).

CLÉMENT, E. et al – *Dicionário prático de filosofia*. Lisboa, Terramar 1996.

CLOSS, S.J. – Pain in elderly patients: a neglected phenomenon? *Journal of Advanced Nursing*. 19:6 (1994) 1072–1081.

CLOSS, S. – Pain in elderly patients: a survey of nurses' knowledge and experiences *Journal of Advanced Nursing* 23:2 (1996) 237–242.

COE, Rodney M. – *Sociología de la Medicina*. Madrid: Alianza Editorial, 1979.

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS – *Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social e ao Comité das Regiões. Objectivos estratégicos 2000–20005. «Configurar uma nova Europa»*. CCE, 2000.

COLLIÈRE, M. F. – *Promover a vida*. Lisboa: SEP, 1989.

COLLIÈRE, M. F. – *Cuidar... a primeira arte da vida*. 2ª ed. Loures: Lusociência, (2001). 2003.

COOPER, P. – A call for return to patient-centered care. *Nursing Forum*. 40:3 (Jul-Sep 2005) 73–74.

COSTA, A.– Novos desafios para a excelência dos cuidados de enfermagem. *Servir* 48:1(Jan-Fev 2000) 12–18

COSTA, A. – *Cuidar idosos. Formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau; Educa, 2002.

COSTA, A.– *Cuidados de Enfermagem aos idosos. Percursos de formação e de investigação* – In: PAÚL, C.; FONSECA A. M. *Envelhecer em Portugal* (Coord.) Lisboa. Climepsi Ed. 2005

COVENTRY, C. – Care with dignity. A concept analysis. *Journal o Gerontological Nursing*. 32:5 (2006) 42–48.

CRESPO, J. – *A história do corpo*. Viseu: Difel, 1990.

CRISTÓVÃO, M. R. A. F– *Percepção do enfermeiro no cuidado ao idoso* (1997) Dissertação apresentada no âmbito do Mestrado em “Ciências de Enfermagem» na Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.

CUCHE, D.– A noção de cultura nas ciências sociais. Lisboa. Éditions Sociedade Unipessoal, (1996) 2003.

CULLEN, A. – Burnout. Why do we blame the nurse? *American Journal of Nursing*. 95:11, (Nov. 1995) 23–28.

CYRULNIK, Boris – Os benefícios das mentiras na relação de ajuda. Conferência inaugural. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL, ITINERANTE E EVOLUTIVO, 3º, Lisboa, 8–10 de Maio de 2002.

DAMÁSIO, António *O erro de descartes. Emoção, razão e cérebro humano*, 7ed. Mem Martins: Publicações Europa América, 1995.

De la CUESTA, C.– Investigación cualitativa en el campo de la salud. *Revista ROL de Enfermería*. 232, Dec. (1997) 13–16.

De la CUESTA, C. – *Cuidado artesanal. La invención ante la adversidad*. Antioquia: Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, 2004.

De la CUESTA, C.– El instrumento flexible de la indagación. *Internacional Journal of Qualitative Methods* (2003) (http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/2_4/html/delacuesta.html) [21–03–2004].

De YOUNG, S.; JUST, G.; HARRISSON, R. [et al.] – Decreasing aggressive, agitated, or disruptive behaviour. Participation in a behaviour management unit. *Journal of Gerontological Nursing*. 28:6 (2002) 22–31.

DESCARTES, R.– *Discurso do método*. Textos filosóficos (Introdução e notas de Etienne Gilson) Lisboa, Edições 70, (1979) 1993.

DESCARTES, R. *Discurso do método. As Paixões da alma*. 16ed. Lisboa: Livraria Sá da Costa 1990.

DEWING, J. – Concerns relating to the application of frameworks to promote person-centeredness in nursing with older people. *International journal of older people in association with journal of clinical nursing*. Blackwell Publishing, 13,3a, (2004) 39–44.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) *Fracturas da extremidade proximal do fémur no idoso. Recomendações para intervenção terapêuticas*. Lisboa: Direcção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde, 2003. (Orientações Técnicas; 13).

DOOLITTLE, N – A clinical Ethnography of stroke recovery. In: BENNER – *Interpretative Phenomenology. Embodiment, caring and ethics in health and illness*. Thousands Oaks: Sage Pub., 1994.

DOMINICÉ, P. [et al.] – *La pratique des infirmières spécialistes cliniques. Identifier des savoirs spécifiques*. Paris: Seli Arslan, 2000.

DOUGLAS, M. – *Natural symbols*. Local: Routledge Classics, (1970) 1996.

DOUGLAS, M. – *Purity and danger*. Local: Routledge Classics, (1966) 2004.

DUNLOP, M. – Is a science of caring possible? In: BENNER, P. – *Interpretive phenomenology. Embodiment, caring and ethics in health and illness*. Thousand Oaks: Sage Pub., 1994.

ELLERMAN, C. R. – Logic Model Used to Enhance Critical Thinking. *Journal of Nursing Education* 45:6 (2006) 220–227.

ELIAS, N. – *La dynamique de l' Occident*. Local: Calmann-Lévy, (1969) 1975.

ELIAS, N– *A condição humana* . Difusão Editorial, Lisboa,1991.

ELIAS, N. – *A solidão dos moribundos seguido de «Envelhecer e Morrer»*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., (1982) 2001.

EDWARDS, H.; CHAPMAN – Contemplating, caring, coping, conversing: a model for promoting mental wellness in later life. *Journal of Gerontological Nursing*. 30:5 (2004) 16–21.

ERIKSON, Erik – *Infância e sociedade*. 2ªed. Rio de Janeiro: Zahar Ed., (1950) 1976.

ERIKSON, E.; ERIKSON, J. M.; KIVNICK, H. Q. – *Vital involvement in old age* In: MOODY, Harry – *Aging– Concepts and controversies*. 4th ed. Thousand Oaks: Sage Pub., 2002.

EVANS, G. J. (1990) – Overview of elderly care in different countries. Care of elderly people in the United Kingdom. [Em linha] In: INTER NATIONAL SIMPOSIUM ON ELDERLY CARE, 1st. – *Toward on aging society with out anxiety*. [Consult. A 2005-01-08]. Disponível em WWW: [Http://goggle.pt/search?q=cache:o9PZGgLWxUJ: Nippon.Zaian.info/seikabut.\(8/01/2005\).](http://goggle.pt/search?q=cache:o9PZGgLWxUJ:Nippon.Zaian.info/seikabut.(8/01/2005).)

FAGERMOEN, M.S.– The meaning of nurses work: A descriptive study of values fundamental to professional identity in nursing (1995) <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=3&did=742508811&SrchMode=1&sid=7&Fmt> [1/5/2003].

FERREIRA, V– *Invocação do meu corpo*. 3ed. Venda Nova: Bertrand Editora 1994.

FELDT, K.; FINCH, M. – Older adults with hip fractures treatment of pain following hospitalization. *Journal of Gerontological Nursing*. 28: 8 (2002) 27–35.

FIELD, D.; GUELDNER, H. – The oldest-old. How do they differ the old-old? *Journal of Gerontological Nursing*. 27:8 (2001) 20–27.

FLANAGAN, L. – Staff nurses. Who they are what they do and what challenges do they face? In: MCCLOSKEY J. C.; GRACE, H. K. – *Current issues in nursing*. 5th ed. St. Louis: Mosby, (1981) 1994.

FONTAINE, R. – *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Ed., 2000

FORD, P.; McCORMACK, B. – Keeping the person in the centre of nursing. Nursing standard. Art science nurse patients relations. Nursing standard (Gerontological Nursing Programme, Royal College of Nursing). Aug. 2/vol14/nº 46/2000.

FOUCAULT, M. – *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1977.

GAIGNEBET, C.; PÉRIER, M.C. – *O homem e o excretum*. In: POIRIER, J. – *História dos costumes – As técnicas do corpo*. Lisboa: Ed. Estampa, (1990) 1998.

GALLAGHER, A. – Dignity and respect for dignity – Two key health professional values: implications for nursing practice. *Nursing Ethics*. 11:6, (2004), 587– 598.

GARCIA MÁRQUEZ, Gabriel – *Memória das minhas putas tristes*. Lisboa: Dom Quixote, 2005.

GEORGE, J. – Lydia E. Hall. In: Nursing theories – *The base for professional nursing practice*. 4th ed. London: Printice Hall International, (1980) 1995.

GIL, J. – *Metamorfoses do corpo*. Lisboa: A regra do jogo, 1980.

GOFFMAN, Erving – *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Ed. Perspectiva, (1961) 1974.

GOFFMAN, Irving – *Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 3^a ed. Rio de Janeiro: Zahar Ed., (1963) 1980.

GOFFMAN, Erving – *A apresentação do eu na vida de todos os dias*. Lisboa: Antropos, (1959) 1993.

GOFFMAN, Erving – *Os momentos e os seus homens*. Textos escolhidos por Y. Winkin. Lisboa: Relógio D'Água Ed., (1988) 1999.

GOMES, I. – *O conceito de parceria no processo de cuidados de enfermagem ao doente idoso «o erro de narciso»*. 2002. Dissertação apresentada no âmbito do Mestrado em “Comunicação em Saúde» na Universidade Aberta. Acessível na Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.

GORDON, S. – *Nursing against the odds* Cornell University Press 2005.

GOUGH, B. – Deconstructing reflexivity. In: FINLAY, L.; GOUGH, B. – *Reflexivity: a practical guide for researchers in health and social sciences*. Local: Blackwell Publ. Co., 2003.

GRANDE, N.– Linhas mestras para uma politica nacional da terceira idade. *Geriatrics* 7:68, 1994 6–10.

GRANT, B. et al–Vulnerable bodies: competing discourses of intimate bodily care. *Journal of Nursing Education* 44:11 (2005) 498–504.

GRINBERG, L.; GRINBERG, – *Identidade e mudança*. Lisboa: Climepsi Ed., (1976) 1998.

GROCKI, J.; GLENN, E.; FOX, JR. – Gerontology coursework in undergraduate nursing programs in the United States: a regional study. *Journal of Gerontological Nursing*. 30:3 (2004) 46–51.

GUBA E.; LINCOLN; Y– *Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa*. In: DENMAN, A.; HARO; J. A. – *Por los rincones–Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. El Colegio de Sonora: Hermosillo 2000.

GUARDINI – *Las etapas de la vida*. 3rd ed. Madrid: Ed Palabra, 2000.

HALL, E. – *A dimensão oculta* –Lisboa Antropos. (1966) 1986.

HANSEBO; G.; KIHLGREN, M. – Patient life stories and current situation as told by carers in nursing home wards. *Clinical Nursing Research*, Thousands Oaks. (2000) 9:3

260

279.../pqdweb?TS=1054661494&RQT=309&CC=2&Dtp=1&Did=000000056944427&&Mtd=[03-06-2003].

HENDERSON, V. – *La naturaleza de la enfermería. Una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación. Reflexiones 25 anos después*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de Espanha, 1994.

HENDERSON, V. – Podemos dar un papel estelar a los pacientes. *Investigación y Educación en enfermería*. Medellín 22:1 (2000) 125-128.

HENDERSON, V- ICN basic *principles of nursing care.4 ed.* International Council of Nurses. Geneva (1960) 2004.

HESBEEN, Walter – *Cuidar no hospital*. Loures: Lusociência, 1997/2000.

HESSE, H. – *Elogio da velhice*. Lisboa: Difel 82, (1952) 2002.

HOLROYD, E. – Hong Kong Chinese Family Care giving: Cultural Categories of Bodily Order and the Location of Self. *Qualitative Health Research*, Thousand Oaks 13:2, (2003), 158-170.

HONORÉ, Bernard – *A saúde em projecto*. Loures: Lusociência, (1996) 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA *Dia internacional do idoso*
<http://www.ine.pt/prodserv/destaque/2005/do50928/d05928.pdf> (1-11-2005)

IMAGINÁRIO, C. – *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau, 1994.

ISAKSEN, W. L. – Toward sociology of (gendered) disgust: perceptions of the organic body and the organization of care work. [Em linha]. Oct. 2000. [Consult. 2005-01-20]. Disponível em WWW: www.bc.edu/be-org/avp/wfrnetwork/berkeley/papers/op2. (20/1/2005).

JACELON, C. S. – Preventing cascade ontogenesis in hospitalized elders. An important role for nurses. *Journal of Gerontological Nursing*. 25:1 (Jan.1999) 27-33.

JACELON, C. S. – Managing personal integrity: the process of hospitalization for elders. *Journal of Advanced Nursing*, 46:5 (2004) 549-557.

JACELON, C. S. et al- A concept analysis of dignity for older adults *Journal of Advanced Nursing*, 48:1 (2004) 76-83.

JACKSON, Michael - *Things as they are. New directions in phenomenological anthropology*. Bloomington: Indiana University Press, 1996.

JOHNSTON, Marie - Hospitalization *in adults*. In: BAUM, A. [et al.] - *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

JONES, G. M. M. - Uma introdução à terapia de validação para idosos desorientados. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 22 (1988) 368-379.

KANE [et al.] - Restraining restraints: changes in a standard of care. IN: OMENN, G. [et al.] - *Annual Review of Public Health*. Palo Alto 14 (1993) 545-584.

KELLY, M.; FIELD, D. - Medical sociology, chronic illness and the body. *Sociology of Health and Illness*. Oxford 18:2 (1996) 241-257.

KENNEDY, I. - *A fronteira da medicina*. In: HOWE, L; WAIN, A. (coord.)- *Previendo o futuro*. Mem-Martins, Publicações Europa-América (1993) 1995.

KÉROUAC; S. et al- *La pensée infirmière. Conceptions et stratégies*. Québec: Laval, Editions Etudes Vivantes 1994.

KITSON, A. - Raising standards of clinical practice: the fundamental issue of effective nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. (1987) 12 321-329.

KOCH, T. - Establishing rigour in qualitative research: the decision trail. *Journal of Advanced Nursing*. 19:5 (1994) 976-986.

KOPPELMAN, E.R. Dementia and dignity. *J. Med Philos* 27:1 65-85 (2002) <http://www.Accelerated-learning-online.com/research/dementia-dignity-towards-new.method-surrogated-decision-making>. Asp [Cons. 21-8- 2005].

KRALIK, D.; KOCK, T.; EASTWOODS. The salience of the body: transition in sexual selfidentity for women living with multiple sclerosis. *Journal of Advanced Nursing*. Oxford, 1:42 (2003) 11-19.

KUS, R. - As Enfermeiras e os doentes impopulares. *Servir*. Lisboa, 40:4 (1992) 208-211.

KUYPERS, J.A.; BENGSTON, V. L. – *Social breakdown and competence – a model of normal aging*. [Em linha]. [Consult. 20/4 2004]. Disponível em WWW: http://dtserv2.compsy.unijena.de/ws2003/entwpsy_uj/altern/content.nsf/Pages/F665646AB4FE.

LAPLANTE, J.; COLE, M. – Detection of delirium using the confusion assessment method. *Journal of Gerontological Nursing*. 27:9 (2001) 16–23.

LAURI, S. [et al.] – Patients needs in hospital: nurses' and patients' views'. *Journal of Advanced Nursing*. 25:1 (1997) 339–346.

LAWLER, J. – *The body in nursing*. South Melbourne Churchill Livingstone, 1997.

LAWLER, J.– *Knowing the body and embodiment. Methodologies, discourses and nursing*. In LAWLER, J. – *The body in nursing*. South Melbourne Churchill Livingstone, 1997.

LAWLER, J. – Connaître le corps et le vécu du corps»: méthodologies, discours et soins infirmiers. *Perspective soignante*. N° 5 (1999) 84–119.

LAWLER, J. – Apprendre à donner des soins au corps. *Perspective soignante*. N° 11 (2001) 38–63.

LAWLER, J. – *La face cachée des soins – Soins au corps, intimité et pratique soignante*. Paris : Éditions Seli Arslan SA., (1991) 2002.

LE SOMMER-PÉRE, M.– Relation soigné soignant : quels modèles de référence? *Perspective Soignante*. Seli Arslan 9 (2000) 67–79

LE BRETON, D. – *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : Quadrige/PUF, (1990) 2001.

LEONARD, V. (1994) – A Heideggerian phenomenological perspective on the concept of person. In: BENNER, P. – *Interpretative phenomenology. Embodiment, caring, and ethics in health and illness*. Thousands Oaks: Sage Publ., 1994.

LESSARD-HÉBERT, M.; GOYETTE, G.; BOITIN, G.– *Investigação qualitativa Fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget, (1990) 1994.

LINCOLN, I. – Conexiones afines entre los métodos cualitativos y la investigación en salud. Trad. Carmen de la Cuesta Benjumea. *Investigación y Educación en Enfermería*. Medellín 15: 2 (Set.1997) 57–69.

LIPOVETSKY, G. – *A era do vazio. Ensaio sobre o individualismo contemporâneo*. Lisboa: Relógio d'Água, (1983) 1989.

LIPOVETSKY, G. – *A terceira mulher*. Lisboa: Instituto Piaget Ed., 1997.

LOMBORG et al – Body care experienced by people hospitalized with severe respiratory disease. *Journal of Advanced Nursing*. 50:3, (2005) 262–271.

LOPES, M. J. – *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau, 2006.

LOPES, M. A. P. – *Cuidar na intimidade, intimidade no cuidar*. 1994. Dissertação apresentada no âmbito do 1º mestrado em Ciências de Enfermagem na Universidade Católica. Acessível na Universidade Católica, Lisboa, Portugal.

LOPES, M. A. P – Começo a ser mais velha. Um modelo de preparação para o trabalho de campo. *Investigación, Y Educación en Enfermería*. Medellín 21:2 (2003) 92–103.

LOPES, M.A. P. – Tapar e destapar a corporeidade da pessoa idosa. Na trivialidade do gesto, a complexidade de saberes. *Revista Investigação em Enfermagem*. Nº 14 (2006) 64–75.

LOPES, Noémia – *Recomposição profissional de enfermagem. Estudo sociológico em contexto hospitalar*. Lisboa, Quarteto, 2001.

LUPTON, D. – *Medicine as culture. Illness, disease and the body in western societies*. London, Sage Pub., 1994.

LUSTBADER, W. – *Thoughts on the meaning of frailty*. [Em linha]. 2005. [Consult. 28-2-2006].

Disponível em WWW:
http://www.almosthomedoc.org/undersatnding/self_essay.cfm.

MADJAR, I. (1997) –The body in health, illness and pain. In: LAWLER, J. – *The body in nursing*. South Melbourne Churchill Livingstone, 1997.

- MALRAUX, A. – *A condição humana*. Lisboa: Ed. Livros do Brasil, 1958.
- MANNIX, K. (1995) – *Confusional states*. In: PENSON, J.; FISHER, R. – *Palliative care for people with cancer*. 2nd ed. London: Arnold, 1995.
- MARINI, B. – Institutionalized older adult's perceptions of nurse caring behaviours. *Journal of Gerontological Nursing*. 25:5 (May 1999) 11–16.
- MARQUES, M.S.– Uma imensa fragilidade. *Ler*. Lisboa: Fundação Círculo de leitores, 2000. P:79–85. (Entrevista).
- MARTIN, Christiane – *Soigner pour apprendre: acquérir un savoir infirmier*. Paris : Editions L.E.P., 1991.
- MÁRTIRES, M.A. R.– A pessoa em situação de internamento hospitalar e as suas percepções sobre os cuidados de enfermagem. Contributos para uma conceptualização dos cuidados de Enfermagem. (1998). Dissertação apresentada no âmbito do Mestrado em “Ciências de Enfermagem» na Universidade do Porto no ICBAS. Porto Portugal.
- MAUSS, M. – *Sociologie e anthropologie*. 8^aed. Paris : Presses Universitaires de France, (1950) 1999.
- MCCORMACK, B. – Person centeredness in gerontological nursing: an overview. *International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing* 13, 3a, (2004), Blackwell Publishing 31–38.
- McLAFFERTY, I.; MORRISON, F. – *Attitudes towards hospitalised older adults*. *Journal of Advanced Nursing*. 47:4 (2004) 446–453.
- MEAD, G– *Mind, Self and Society*. Chicago: the University of Chicago Press. (1934) 1962 (by Charles W. Morris).
- MEGRE, A. P.; LOPES, M. A. P. – O que foi o CESEPAIDC. *Pensar Enfermagem*. Lisboa 4:1 (2000) 4–8.
- MELEIS, A. I. – *Theoretical nursing. Development and progress*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Co., (1985) 1991.
- MERCADIER, C. – *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar*. Loures: Lusociência, (2002) 2004.

- MERLEAU-PONTY, M. – *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes, (1945) 1996.
- MILLER, J. et al – Elder care supportive interventions protocol. Reducing discomfort in confused hospitalised. *Journal of Gerontological Nursing*. Thorofare 20:8 (Aug. 2004) 10–18.
- MINOIS, G. – *A história da velhice no Ocidente*. Lisboa: Teorema, (1987) 1999.
- MONNIN, D. – Et si nous pensions aussi à prendre soin de la santé des malades? *Perspective Soignante*. 7 (Avril 2000) 107–115.
- MONIZ, J. – A Enfermagem e a Pessoa Idosa, A prática dos cuidados como experiência formativa. Loures: Lusociência, 2003.
- MORIN, E. – *La tête bien fait e– repenser la réforme– réformer la pensés*. Paris : Ed. Du Seuil, 1999.
- MOODY, Harry – *Aging: concepts and controversies*. 4th ed. Thousands Oaks: Sage Publ., 2002.
- MORRIS, D. – *O macaco nu*. 3^aed. Lisboa: Publ. Europa–América, (1967) 1997.
- MORSE, J. – *Designing funded qualitative research*. In: DENZIN, N.; LINCOLN, Y. – *Handbook of qualitative research*, Thousands Oaks Sage Publ., 1994.
- MORSE, J. – Responding to Threats to Integrity of Self. *Advances in Nursing Science*. Philadelphia 19:4 (1997) 21–36.
- MORSE, J. – Qualitative methods. The state of the art. *Qualitative Health Research*. Thousand Oaks 9:3 (1999) 393–406.
- MORSE, J. – Determining sample size. *Qualitative Health Research*. Thousand Oaks 10:1 (Jan. 2000) 3–5.
- MORSE, J. – Toward a praxis theory of suffering. *Advances in Nursing Science*. [Em linha]. 24 : 1 (Set. 2001) 47–59. [Consult. 21–9.2005]. Disponível em WWW: «<http://gateway1.ovid.com/ovidweb.cgi>».

MORSE, J. [et al.] – Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*. 1:2 (Spring 2002) 1–19.

MORSE, J. – The scope of qualitatively derived clinical interventions. *Qualitative Health Research*. Thousand Oaks 16:5 (2006) 591–593.

MULHALL, A. – In the field: notes on observation in qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*. 41:39 (2003) 303–313.

MULHOLLAND, J. Nursing humanism and transcultural theory: the «Bracketing-out» of reality. *Journal of Advanced Nursing* 22:3 (1995) 442–449.

NADOT – Et si l'on passait des sciences dites «infirmiers» à la médiologie de la santé afin de découvrir, avec plus de lucidité, le patrimoine, la pluralité et la complexité de nos pratiques? In : CONGRES MONDIAL DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS FRANCOPHONES, 2^{ème}, Montpellier, 25–28 Mai 2003 – *Actes*. (23.6.2003).

NENO, R. – Dignifying dignity. *Nursing Older People* 18:6 (2006)
[http://proquest.umi.com/pqweb?](http://proquest.umi.com/pqweb?did=1077568211&Fmt=3&clientId=23848&RQT=309&Name=PQD[2006-09-12])
[did=1077568211&Fmt=3&clientId=23848&RQT=309&Name=PQD\[2006-09-12\]](http://proquest.umi.com/pqweb?did=1077568211&Fmt=3&clientId=23848&RQT=309&Name=PQD[2006-09-12])

NEWMAN, Margaret– Prevailing paradigms in nursing. *Nursing Outlook* Jan/ Fev. 40:1 1992 10–14.

NIGHTINGALE, Florence – *Notes on nursing: what it is, and what it is not*. Philadelphia [etc.]: J. B. Lippincott Co., [1946]. Facsimile of the first edition printed in London, 1859. Reproduced by offset in 1946 by Edward Stern & Company, Inc.

NIGHTINGALE, Florence – *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. Trad. Amália Coreia de Carvalho. São Paulo: Cortez Ed., 1989.

NOLAN, M. – Geriatric nursing: an idea whose time has gone? A polemic. *Journal of Advanced Nursing*. 20:6 (1994) 989–996.

NOLAN, J. – Community nurses knowledge and perceptions of older people. A national survey in England. In: ENCUESTRO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERIA, 6º, Madrid, 20–23 de Nov. 2002 – *Libro de ponencias*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 2002. P.: 103–105.

NOLAN, M. et al – Beyond «person-centred» care: a new vision for gerontological nursing. *International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing*, (2004) 13, 13 a) 45–53.

NORDAM, A. et al– Integrity in the care of elderly people, as narrated by female physicians. *Nursing Ethics*. London 10:4 (2003) 388–403.

NOVAIS; M^a E.– Cuidados continuados: necessidade de clarificação deste conceito. *Pensar Enfermagem*, 3:2 (1999) 38–40.

OLABUENAGA, J. I – *Metodología de la Investigación cualitativa*. Universidad De Duesto, Bilbao 1999

OLENEK, K. [et al.] – Geriatric nursing assessment. *Journal of Gerontological Nursing*. 29:8 (2003) 5–9.

OLIVEIRA; M. G et al . *O acompanhamento do doente no peri-operatório pelo familiar ou pessoa significativa* IN: CFAP/DRH– *Ensino de Enfermagem: Processos e percursos de formação. Balanço de um projecto*. Lisboa. 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – *Enfermagem e as 38 metas regionais europeias de saúde para todos: um documento de discussão*. (1987) s.e. (mimeo 30p).

ORLANDO, Ida J. – *The dynamic nurse-patient relationship. Function, process and principles*. G. P, Putnam's Sons, New York. 1961.

PALMER, M. [et al.] – Risk factors for hospital-acquired incontinence in elderly female hip fracture patients. *The Journal of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 57:200 (2002) M672–M677.

PARAHOO, K. *Nursing Research Principles; process and issues*. London Mcmillan Press, 1997.

PARK, M. [et al.] – Using a nursing minimum data set with older patients with dementia in an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*. 47:3 (2004) 329–339.

PATERSON, J.G. & ZDERAD, L.T.: – *Humanistic nursing* New York: National League 1988.

PAÚL, M. C. – *Lá para o fim da vida Idoso, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina 1997.

PAÚL, M. C. – *A Construção de um modelo de envelhecimento humano*. In: PAÚL, M. C.; FONSECA, A. M. (Coord.) – *Envelhecer em Portugal. psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores 2005.

PEARSON, A.; VAUGHAN, B.– *Modelos para o exercício de enfermagem*. London Heinemann Nursing (1986) 1992.

PEPLAU, H. – *Relaciones interpersonales en enfermería*. Local: Ediciones Científicas y Técnicas, (1990) 1992.

PHILLIPS, P– A deconstruction of caring. *Journal of Advanced Nursing* . 18:10 (1993) 1554–1558.

PITT, B. – *Social factors and old age*– In BHUGRA, D.; LEFF, J.– *Principles of social psychiatry*. London. Blackwell Scientific Publications. 1993. 315–330.

PLATÃO– *Diálogo IV. Sofista–Político–Filebo–Timeu–Crítias*. Publicações Europa–América, Mem Martins. 1969.

PLATÃO– *Diálogo III. Apologia de Sócrates, Críton. Fédon*. Publicações Europa–América, Mem Martins. 1999.

POIRIER, J. – *História dos costumes – As técnicas do corpo* (2º vol). Lisboa: Ed. Estampa, (1990) 1998.

PRÉVOST, A. M. – La mise a distance du corps. Réflexion sur l´enseignement infirmier. In : COLLIÈRE, M. F. ; DIÉBOL, E. – *Pour une histoire des soins et des professions soignantes*. Local : L`AMIEL, 1988. (Cahier 10).

PRÉVOST, A. M. – Corps objet/corps sujet. In : *Univers de la profession infirmière*. 1. Lyon: Presses de Lutèce, 1992. P.: 55–72.

PRICE, B. – *Nursing Standard*. 7:19 (Dec. 2004) 12 pg. [http://proquest.umi.com/nosession\(pqdlink?Ver=1&Exp=11-02006&FMT=TG&DID\[31-10-2006\]](http://proquest.umi.com/nosession(pqdlink?Ver=1&Exp=11-02006&FMT=TG&DID[31-10-2006])).

PURSEY, A.; LUKER, K. – Attitudes and stereotypes: nurses' work with older people. *Journal of Advanced Nursing*. 22:3 (1995) 547–555.

RANDERS, I.; MATTIASSON, A – Autonomy and Integrity: upholding older adult patients' dignity. *Journal of Advanced Nursing*. 45:1 (2004) 62–71.

REBELO, M.T. – *Os discursos nas práticas de cuidados de enfermagem: contributo para a análise das representações sociais de enfermagem*. 1996. Dissertação de mestrado em Ciências da Educação (área da saúde), apresentada na Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Acessível na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa, Portugal.

REUTER, L. et al – Socialization into Nursing: Nursing Students as Learners. *Journal of Nursing Education*. Thorofare 36:4 (1997) 149–155.

RIBEIRO, A. – O corpo que somos. Aparência, sensualidade, comunicação. Lisboa: Editorial Notícias 2003.

RITZER, G. – *Teoria sociológica contemporânea*. 5ª ed. Madrid: McGraw-Hill, 2002.

ROGERS, M. – *Roger's Science of unitary human beings* In: PARSE, R. – *Nursing science, major paradigms, theories, and critiques*. Philadelphia W.B. Saunders Company, 1987.

ROSIN, A.; SONNENBLICK, M. – Autonomy versus compulsion in the care of dependent older people. *Health Care in Later Life*. London 3:3 (1998) 159–170.

ROUTASALO, P.; ISOLA, A. – The right to touch and be touched. *Nursing Ethics*. London 3:2 (1996) 165 – 176.

SACKS, O. – *O homem que confundiu a sua mulher com um chapéu*. Lisboa. Relógio D'Água (1985) 2006.

SALMON, P. – Interactions of nurses with elderly patients: relationship to nurses' attitudes and to formal activity periods. *Journal of Advanced Nursing*, 18:1 (1993) 14–19.

SANDELOWSKI, M– Focus on qualitative methods– Qualitative analysis: what it is and how to begin– *Research in nursing& Health*, 18 1995 371–375.

- SANDELOWSKI, M. – Visible humans, vanishing bodies, and virtual nursing: complications of life, presence, place, and identity. *Advanced Nursing Science*. Philadelphia 24:3 (2002) 58–70.
- SARAMAGO, J. – *Ensaio sobre a lucidez*. Lisboa: Ed. Caminho, 2004.
- SARAMAGO, J. – *As intermitências da morte*. Lisboa: Ed. Caminho, 2005.
- SAVAGE, J. – *Nursing intimacy: an ethnographic approach nurse–patient interaction*. London: Scutari Press, 1995.
- SCOTT, P. A. [et al.] – Autonomy, privacy and informed consent in elderly care perspective. *British Journal of Nursing*. London 12:3 (2003) 158–168.
- SCHATZMAN, L.; STRAUSS, A. – *Field research. Strategies for a natural sociology*. Englewood Cliffs: Prentice–Hall, 1973.
- SHEFFER, S. – Do clinical experiences affect nursing students’ attitudes towards the elderly? *Journal of Nursing Education*. Thorofare 34:7 (Oct. 1995) 312–316.
- SHOTTON, L; SEEDHOUSE, D. – Practical dignity in caring. *Nursing Ethics*. London 5:3 (1988) 246–255.
- SKEWES, S.– Bathing: it’s a tough job! *Journal of Gerontological Nursing*. 23:5, (1997) 45–49.
- SMITH, J.; FREUND, A. – The dynamics of possible selves in old age. *The Journals of Gerontology*. Washington 57b:6 (2002) 492–499.
- SOUSA, P.– Sistema de Partilha de informação de Enfermagem entre contextos de cuidados de saúde – um modelo explicativo. *Pensar enfermagem*. 10:2 (2006) 85.
- SPINK, M. J. P. – Investigación cualitativa en salud: superando los horrores metodológicos. In: BRONFMAN, M.; CASTRO, R., org. – *Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina*. México: Ed. Cidade do México, 1999. 1º vol. p.: 35–48.
- STRAUSS, A; CORBIN, J. – Grounded theory methodology: an overview. In: DENZIN, Norman; LINCOLN, Yvonna – *Handbook of Qualitative Research*. Thousands Oaks: Sage Pub., 1994.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. – *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*. 2nd ed. Thousands Oaks: Sage Publ., (1942) 1998.

STRYKER, S.; STATHAM, A. – *Symbolic interaction and role theory*. In: GARDNER, L.; ARONSON, E. – *The handbook of social psychology*. New York, Randsow House, 1985.

SUNDIN, K. [et al.] – The meaning of skilled car providers' relationships with stroke and aphasia patients. *Qualitative Health Research*. Thousand Oaks 11:3 (May 2001) 308–321.

SWANSON, J.; NIES, M. – *Community health nursing. Promoting the health of aggregates*. 2nd ed. Philadelphia: W.S. Saunders Co., 1997.

TAYLOR, S.; FIELD, D. – *Sociology of health and health care. An introduction for nurses*. Oxford: Blackwell Science (1993) 1996.

TEIXEIRA, O. ; LOPES, M. A. – Corpo, saúde e doença: que representações dos enfermeiros? *Investigação em Enfermagem*. 6 (Ago. 2002) 4–17.

TIERNEY, A. – Undernutrition and elderly hospital patients: a review. *Journal of Advanced Nursing*. 23:1 (1996) 228–236.

TOLSON, D.; SMITH, M.; KNIGHT, P. – An investigation of the components of best nursing practice in the care of acutely ill hospitalized older patients with coincidental dementia: a multi-method design. *Journal of Advanced Nursing*. 30:5 (1999) 1127–1136.

TORGA, M. – Diário (XIV). Coimbra, 1987.

TOURAINÉ, A. – *Crítica da modernidade*. Lisboa: Instituto Piaget Ed. (1992) 1994.

TURNER, B. – *Regulating bodies' essays in medical sociology*. London: Reutledge, 1992.

TURNER, B. – *Profesiones, conocimiento y poder*. In: *Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina* (Compiladora Carmen de la Cuesta Benjumea). Ed Universidad de Antioquia 1999.

TWIGG, J. – The spatial ordering of care: public and private in bathing support at home. *Sociology of health and illness*. Blackwell Publishers Ed. Board. 21:4 (1999) 381–400.

TWIGG, J. – The body, gender, and age; feminist insights in social gerontology. *Journal of Aging Studies*. Greenwich 18:1 (Feb. 2004) 59–73.

VALLES, N. S. – *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Editorial Síntesis, 1997.

Van Manen, M. – *The practice of practice*. [Em linha]. 1999. [Consult. 2004-12-08]. <http://www.phenomenologyonline.com/max/articles/practices.html>

Van Manen, M. – Care-as-worry, or «don't worry, be happy». *Qualitative Health Research*. Thousand Oaks 12:2 (Feb. 2002) 262–278.

VELEZ, M^a A. M.R.B. A.– *A pessoa e os cuidados de saúde. Compreensão ética e sentido fenomenológico*. Tese de doutoramento apresentada na Universidade Nova de Lisboa,. Lisboa. (2002).

VIGARELLO, G. – *O limpo e o sujo. A higiene do corpo desde a Idade Média*. Lisboa: Fragmentos, 1985.

WALSH, M.; FORD, P. – *Nursing rituals. Research and rational actions*. Oxford: Butterworth-Heinemann, (1989) 1995.

WATSON, Jean. – *Nursing human science and human care*. New York: National League for Nursing, 1988.

WATSON, Jean – Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem. Loures: Lusociência, (1999) 2002.

WELLS, I. [et al.] – Nurse's attitudes toward aging and older adults. *Journal of Gerontological Nursing*. 30:9 (Set. 2004) 5–13.

WHALL, A. – *A critique of Rogers's framework*. In: PARSE; R. – *Nursing science, major paradigms, theories, and critiques*. W.B. Saunders Company, 1987

WIKIPEDIA – <http://en.wikipedia.org/wiki/Embodiment>.

WILLIAMS, A. M. – The delivery of quality of nursing care: a grounded theory study of the nurse's perspectives. *Journal of Advanced Nursing*. 27:4 (1998) 808–816.

WILLIAMS, S. – Is anybody there? Critical realism, chronic illness and the disability debate. *Sociology of Health & Illness*. Oxford 21: 6 (1999) 797–819.

WIMPENNY, P.; GASS, J. – Interviewing in phenomenology and grounded theory: is there a difference? *Journal of Advanced Nursing*. 31:6 (2000) 1485–1492.

WILDE, M. – Why embodiment now? *Advanced Nursing Science*. Philadelphia 22:2 (1999) 25–38.

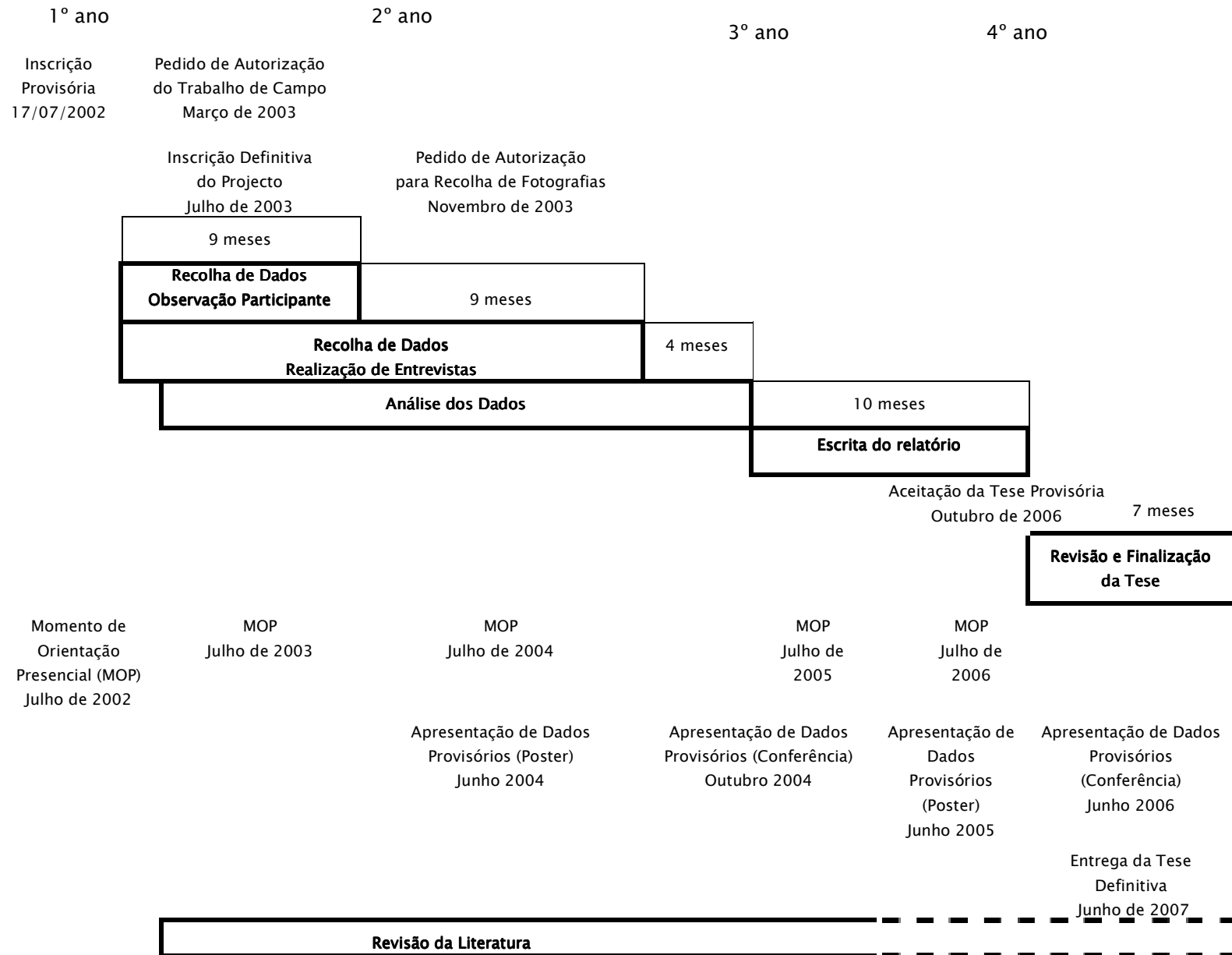
WILSON, H. S.; HUTCHINSON, S. A. – Methodological mistakes in Grounded Theory. *Nursing Research*. Philadelphia 45:2 (1996) 122–126.

WOLCOTT, H. F. – In search for the essence of ethnography. *Investigación y Educación Enfermería*. Medellín 21:2 (2003) 106–121.

WOOLHEAD, G. et al– Dignity in older age: what do older people in the United Kingdom think? *Age and Ageing*. 33:2 (Mar 2004) 165–170.

YARDLEY, L. – *Disorientation in the (pos)modern world*. In: YARDLEY, L. – *Material discourses of health and illness*. London: Routledge, 1997.

ANEXOS



Anexo 2 – Condições de aceitação de participação no estudo

Cara (o) colega

Olá. Sou a Pereira Lopes

Na continuação do percurso da minha tese de doutoramento, subordinada ao tema «**O corpo da pessoa idosa na interação dos cuidados de enfermagem**», cheguei à etapa da colheita de dados. O serviço de Traumatologia reúne as condições para atingir a grande finalidade do estudo que é: *compreender os significados dos cuidados oferecidos ao corpo da pessoa idosa pelos enfermeiros*.

É um estudo de carácter qualitativo, em que usarei as técnicas inerentes à abordagem etnográfica: observação e entrevistas, formais e informais. Na minha permanência em campo, onde assumirei um papel muito pouco interventivo terá um carácter de assiduidade irregular, com vindas ao serviço para validação e recolha de novos dados. O primeiro período decorrerá até Novembro deste ano.

Tendo obtido a autorização institucional para a realização do estudo, preciso agora da tua colaboração. Solicito por isso o teu consentimento escrito para estar presente no decurso dos cuidados enquanto estás junto das pessoas idosas. Em qualquer momento tens o poder de pedir para eu me retirar. Alguma entrevista formal que te venha a solicitar terá sempre a tua autorização e disponibilidade.

Não tenho nada a oferecer-te em troca da tua disponibilidade, que antecipadamente agradeço, somente posso assegurar-te o anonimato e a confidencialidade.

Caso desejes conhecer com mais profundidade o meu projecto de investigação, o Sr. Enf. Chefe possui um exemplar do mesmo.

Obrigado,

Pereira Lopes

2003/09/05

Anexo 3 – Aceitação por escrito de participação no estudo

Nome_____

Aceito participar no estudo «O corpo da pessoa idosa na interacção dos cuidados de enfermagem», da doutoranda Maria dos Anjos Pereira Lopes

Cidade, 2003-09-05

Anexo 4 – Autorização para ser fotografado

Em / /2004, Eu_____

dei autorização para ser fotografada com máquina digital durante a prestação de cuidados a pessoas idosas, sabendo que as fotografias serão utilizadas exclusivamente para ajudar a Enfermeira M^a Anjos Pereira Lopes na descrição dos dados a colher em campo no seu trabalho de investigação para doutoramento.

Anexo 5 – Ficha de caracterização dos informantes

Nº.	NOME	IDADE			ANOS EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL		
		Menos de 30 anos	De 30 a 40 anos	Mais de 40 anos	Menos de 10 anos	Mais de 10 anos	Mais de 20 anos
1	ALZIRA		X			X	
2	CARLOTA			X			X
3	EDITE			X		X	
4	EDUARDO			X			X
5	FAUSTO		X			X	
6	FLORINDA	X			X		
7	GRAÇA			X			X
8	GRAZIELA			X		X	
9	HELENA			X		X	
10	ILDA		X			X	
11	HEITOR			X		X	
12	ISAURA			X			X
13	IVONE		X			X	
14	JOAQUIM		X		X		
15	JOAQUINA	X			X		
16	LUCIANA	X			X		
17	LUIS			X			X
18	MANUELA			X			X
19	MARTA			X			X
20	NATÁLIA		X			X	
21	ODETE		X		X		
22	OFÉLIA	X				X	
23	OLÍMPIA	X			X		
24	PATRÍCIO			X			X
25	PAULA			X		X	
26	RICARDINA			X			X
27	ROSALINDA	X			X		
28	RUTE			X		X	
29	SABRINA			X			X
30	MARIA			X			X
31	SARA		X			X	
32	ZÉLIA		X				X

ANEXO 6 – Guião de observação não estruturada e focalizada

Contextualização: Data – Dia hora ----- Local/contexto pessoas presentes –

A – Observação não estruturada

1–Descrição geral pormenorizada do ambiente envolvente da interacção.

*a quem fez (grau de lucidez/ vitalidade)

*o que fez

*como fez

*quando fez

*quantas vezes

*porque

B – Observação focalizada

2–Descrição da observação focalizada face a cada uma das categorias emergentes

*a quem fez

*o que fez

*como fez

*quando fez

*quantas vezes

*porque fez

Exemplo (momento de observação durante o banho)

Cuidados prévios antes do cuidado

Como começou interacção.

Como destapou

*O que fez o doente,

* Que cuidados realizou -sozinho, com ajuda

*O que fez enfermeiro (ou outro cuidador)

* Como foi a participação do doente. Comentário do enfermeiro/pessoa idosa (durante o cuidado e fim)

* quantas vezes fez o cuidado

* Ritmo dado ao cuidado.

*Percepção da qualidade do tempo vivido (perspectiva do enfermeiro)

Anexo 7 – Guião de entrevista focalizada

específica (Temas explorados especificamente nas entrevistas: aparência do corpo, corpo sujo, corpo sem controlo psico-motor, corpo agressivo, self difícil,

- *o que fez

- *como

- *porque

- *que significado?

- *que mais apreciou/ não apreciou fazer?

- *que gostaria ter feito e não fez?

- *que sentiu, ou pressentiu?

- *que feedback percepcionou da doente face aos cuidados que lhe prestou?

Anexo 8 – Exemplo de nota de campo

Nota de campo nº – OB– 59 Título – «portou-se 5 estrelas».

Presenças; Enfermeira Ivone, uma Auxiliar, doente, D. Vitória doente e investigador

Dia /hora 15/10/03

Início 14 horas

Fim – 14h e 5'

Junto da doente D Vitória, a enfermeira Ivone diz-lhe «portou-se 5 estrelas». Este piropo deve-se à dona Vitória que tem 93 anos e que não tem fralda, não ter urinado na cama. Retiram a arrastadeira. «Temos um contrato, quando tiver vontade toca não é?», diz a enfermeira Ivone. A dona Vitória diz que sim, com a cabeça e com a voz de difícil compreensão. Tem um tumor da língua o que lhe provoca uma dicção alterada, (na gíria popular é a voz <i>belfa</i>). É uma senhora grande idosa, viva e simpática, segundo as enfermeiras. A pele da face com manchas, as mãos com veias salientes, reveladoras da idade, unhas cortadas, limpas. A Ivone está junto da doente com um raminho de flores secas em molho, algo muito habitual actualmente nas floristas, mas invulgar ainda nos hospitais, onde as flores naturais ainda prevalecem. A doente diz com a voz de difícil compreensão «foi a minha neta que o trouxe» A enfermeira entende muito facilmente a doente, mira o raminho diz «é muito bonito! linda neta» e pousa o ramo na mesa-de-cabeceira. Está umas fracções de segundo a olhar a doente e depois do piropo diz -lhe que a vai posicionar. A almofada das costas é tirada, colocada entre as pernas da doente e é ajudada com as mãos amparando as costas a voltar-se sobre o lado direito, não partido. A doente não mostra sinais verbais de ter dores. A auxiliar de acção médica segura a doente do lado oposto. Mantém-se em silêncio. Ivone centraliza a conversa com a doente e procura creme para massajar as costas. Há ainda vestígios de um fato de banho nas costas, não deste ano, mas de anos anteriores. Ivone massaja levemente a zona dorsal com creme. Está curvada próxima do corpo da doente. A massagem sem luvas durou cerca de trinta segundos. Enquanto massajou disse à doente «vá aliviando as costas, enquanto está deitada.». Acabada a massagem deixa descair devagar a doente sobre a cama amparando com as mãos e antebraços as costas da doente. Enquanto deixa descair o corpo da doente vai dizendo «pode descair, venha que não cai». Olha a doente. Coloca almofada por baixo da perna esquerda. Está bom..., diz a doente. Enfermeira diz «pronto.. » olha à volta e de cima abaixo ao doente. Diz «pronto». Saem de junto da doente.	

Anexo 9 – Exemplo de codificação aberta linha a linha

Entrevista Nº 7 Enfermeira Rute Dia: 4/2/2004, Hora: 16:50, Local: Quarto vazio

1-Costumo muito dizer às famílias, / 2 quando vejo que não vão ter hipóteses, / 3/e mesmo quando eles saem daqui bem/. 4-a gente sabe que eles chegam a casa e morrem/. 5-O Dr. X diz-lhes logo, eles têm 3 meses de vida/. 6- Não está com meias medidas. / 7-Mas é o que eu digo, (à família) /...8 - mas pelo menos mantenham-nos sentados/, na cama, com almofadas, não sei quê/...9 pronto para respirarem melhor, / 10-para não arranjam uma pneumonia.	<u>Códigos em itálico</u> 1-Enfermeira está próxima da família <i>Proximidade da família</i> 2-Sabe ver prognóstico vida/morte uns regressam a casa aparentemente bem, <i>sabe ver para além do que o corpo mostra</i> 3-mas sabe ver os doentes que vão morrer <i>Sabe ver sinais de morte de morte anunciada/antecipada</i> 4-sabe os que não têm hipóteses de voltar a ter a autonomia anterior ao internamento <i>saber ler e interpretar sinais do corpo</i> 5- Previsível o prognóstico temporal de vida <i>saber médico prevê tempo de vida</i> 6- Cruza no informar do prognóstico <i>Objectividade informativa – desconectado da pessoa</i> 7-Enfermeira tem uma teoria para nortear a sua intervenção à família <i>Teoria em uso para informar família</i> 8- Informa de intervenções de cuidados mínimos <i>cuidados mínimos dão dignidade à vida</i> 9- Explica necessidade do cuidado para dar bem-estar numa linguagem acessível <i>Sensibiliza/Fundamenta intervenção do cuidado</i> 10- <i>Explica risco de não haver cuidados</i> Anotações para um memo Cenários no regresso a casa 1-morrer a curto prazo, 2-continuar a viver Sabe ler e interpretar sinais de morte a curto prazo. Sabe dar notícia da morte anunciada Rejeita forma abrupta de anunciar a <i>transição da morte</i> <u>Família:</u> aliado/interlocutor directo do enfermeiro, -Prepara família para possibilidade de viver, ou de morrer <u>Orienta família</u> Dar conforto Evitar agravamento problemas de saúde *modo de ajudar a pessoa idosa viver bem a vida que resta *Especifica modos de dar conforto e prolongar a vida *Ensina modos de evitar agravamento de problemas com risco de novo internamento

Anexo 10 – Exemplo de memo analítico

MEMO nº 35, 10/ 4/2004

Pessoa idosa desorientada é antes do seu estatuto de doente, um ser social, que impõe e exige ser tratado como pessoa.

A compreensão é a maneira que um sujeito tem de conhecer um outro sujeito

(Morin, Cyrulnik, 2004, p. 74)

O doente desorientado consegue obrigar o enfermeiro a fazer o cuidado de enfermagem como deve ser, serenidade e com todos os pressupostos. A lógica cultural do mundo hospitalar da pressa fica em suspenso, sob pena do enfermeiro agir de modo a violar ostensivamente princípios de respeito pela integridade da pessoa. Obriga à autenticidade e não perdoa a pressa e a falta de autenticidade.

O modo como a pessoa idosa confusa é percebida depende dos atributos que o enfermeiro dá ao conceito de pessoa. Se imagina que a pessoa é sempre pessoa seja qual for a sua condição, o modo de a abordar será com os mesmos requisitos que dá a qualquer outra pessoa lúcida. Se lhe reconhece os mesmos direitos que qualquer outra pessoa: poder julgar, criticar, como se tivesse integras as capacidades, o enfermeiro age nessa conformidade. Porque a pessoa está totalmente dependente, o seu *self* está desagregado, o enfermeiro tem de agir de modo a proteger a pessoa de si e dos outros. A protecção de agressões potenciais, de si própria é mais complexa pois o enfermeiro tem de ser o seu consciente, ser a razão que lhe falta, ser as mãos, que não agem em conformidade. Há situações que a pessoa é tal como um recém-nascido.

A pessoa pode estar dissociada de si e do mundo habitual, mas para o enfermeiro a sua dignidade de pessoa permanece inalterada, pode ter de colmatar toda a sua fragilidade, mas a sua missão de enfermeiro existe exactamente porque a pessoa carece de alguém para a substituir. Tudo decorre de um «encontro», cujo significado vai de como vê a pessoa. A «compreensão é a maneira que um sujeito tem de conhecer um outro sujeito... (Morin, Cyrulnik, 2004, p. 74).

Cuidar de uma pessoa desorientada agitada obriga a cumprir as regras sociais de boa educação (cumprimentar apresentando-se, informar o que vai, fazer, pedir autorização negociar antes de fazer qualquer intervenção nos eu corpo. Ele é rei e senhor de si e só

consegue contornar-se a vontade *dando-lhe a volta*. Tem de ser muito hábil no controle do seu corpo e não mostrar medo, o andar, as mãos, a postura do corpo do enfermeiro precisam revelar segurança.

A pessoa idosa agitada parece ter as capacidades mais desenvolvidas em termos sensoriais, pois capta, consegue ver os enfermeiros seguros e os inseguros, os que fingem disponibilidade e afinal não a têm. (têm radar dizia uma enfermeira do estudo, referindo-se ao pressentirem quando o enfermeiro está menos disponível).

As pessoas com alterações cognitivas deixam vir à superfície verdades sem inibições. O seu corpo é pertença sua, (ao contrário do que muitas vezes se passa no hospital, em que o corpo é dos que trabalham no seu corpo) é ele mesmo e tem de ser muito bem cuidado para ser invadido e compreendido, valorizado e apreciado pelo seu valor humano intrínseco.

Com a pessoa idosa desorientada o enfermeiro também tem de ser autêntico e nessa autenticidade age segundo os valores de defender a dignidade de ser pessoa. Mesmo para fazer contenção de movimentos usa a força com respeito pela pessoa, explica a necessidade de fazer contenção de movimentos, o enfermeiro pede desculpa dessa atitude, mas vê-se coagido a realizar tais gestos.

É muito diferente imobilizar um doente só com agitação, de um doente agressivo. Obriga a negociar, a maior lentidão, não ter medo, compreender o mundo de fragilidade da pessoa. A coarctação de movimentos é repudiada por todos os enfermeiros, mas alguns não sabem ainda gerir este tipo de interacção e a falta de saber faz imobilizar.