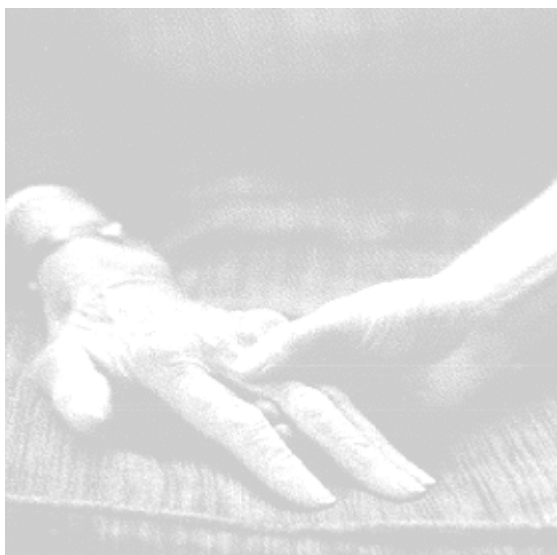


ROGÉRIO PAULO ANTUNES BORGES DINIS

A FAMÍLIA DO IDOSO: O PARCEIRO ESQUECIDO?



**CUIDAR DO IDOSO
HOSPITALIZADO EM PARCERIA
COM A FAMÍLIA, PERSPECTIVA
DOS ENFERMEIROS**

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Comunicação em Saúde, orientada
pelo Professor Doutor Hermano do Carmo

Universidade Aberta

Lisboa
2006

ROGÉRIO PAULO ANTUNES BORGES DINIS

A FAMÍLIA DO IDOSO: O PARCEIRO ESQUECIDO?

CUIDAR DO IDOSO HOSPITALIZADO EM PARCERIA COM A FAMÍLIA,
PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Comunicação em Saúde, orientada
pelo Professor Doutor Hermano do Carmo

Universidade Aberta

Lisboa
2006

RESUMO

A família representa uma importante fonte de suporte à pessoa idosa doente hospitalizada. As repercussões da doença não afectam só o doente, estendendo-se também aos familiares – também frequentemente idosos – podendo provocar uma situação de desorganização e de stress familiar.

Cuidar em parceria pode permitir utilizar recursos da família, apoiando-a concomitantemente. Quer entendida como metodologia, relação ou conjunto de princípios, a parceria, tem vindo a ganhar relevo no âmbito da bibliografia e discurso dos enfermeiros. Este estudo, realizado num serviço de medicina de um hospital central de Lisboa, procurou conhecer as características da experiência de cuidar em parceria com os familiares de idosos internados, na perspectiva de dez enfermeiros.

As principais temáticas do enquadramento teórico e que suportam o estudo empírico são: *Enfermagem; Envelhecimento; Família; Hospital e Parceria.*

Optámos pela realização de um estudo exploratório e descritivo, utilizando uma metodologia do tipo qualitativo, recorrendo à entrevista semi-estruturada como técnica de pesquisa. Foi utilizado o método de análise do conteúdo preconizado por Jean Watson. Procurámos conhecer a concepção de parceria, no âmbito da prestação de cuidados com a família, quais os factores que a condicionam, compreender como vivenciam os enfermeiros esta experiência e conhecer as suas repercussões.

Relativamente aos factores que a condicionam emergiram, dos dados recolhidos, seis dimensões: Relação Interpessoal; Cooperação; Identidade; Ética; Projecto de Cuidados, e Contexto Organizacional. Cada uma destas tem um papel fundamental na estruturação desta parceria.

O conceito de parceria para os enfermeiros participantes neste estudo tem atributos essenciais, que se constituem como seus princípios básicos; estes podem definir a parceria isoladamente ou em complementaridade. Apesar da integração da parceria nas práticas de cuidados, a conceptualização da mesma é ainda incipiente.

Quando envolvidos em experiências de cuidar em parceria, os enfermeiros tendem por um lado, a sentir medos e preocupações e, por outro, sentimentos de satisfação.

Para cada um dos domínios que são suporte da parceria encontram-se repercussões positivas quando estão asseguradas as condições essenciais ao seu estabelecimento.

A experiência de cuidar em parceria compreende uma acção comum, em complementaridade integrada, com um compromisso mútuo e de sentido consensual, entre o doente idoso internado, os seus familiares e o enfermeiro – o *pivot* de uma equipa de cuidados.

ABSTRACT

The family represents an important source of support for the aged, ill and inpatient. The consequences of one's illness, affect members of his or her family – who often are also of old age - which may cause disorder and distress in their lives. To care in partnership allows the use of the family as a resource, supporting it concomitantly.

In more recent years, partnership as a methodology, relationship or as a concept has been growing in importance; this is perceptible among nurses as well as in the specialized bibliography.

This study, conducted in a nursery of a central hospital in Lisbon, attempts to understand the characteristics of partnership caring experience with aged inpatients, from the point of view of ten nurses.

The main themes of the theoretic base supporting the necessary empirical study for this project are: *Nursing; Aging; Family; Hospital, and Partnership.*

The exploratory and descriptive study was made using a qualitative methodology, while semi-structured interviews were employed for collecting data. The analytical method used was that of Jean Watson. An attempt was made to know the conception of partnership; the factors that influenced it and its consequences, and to understand how nurses experience caring in partnership.

From the collected data, six dimensions that are conditional for partnership, emerged: interpersonal relationship; cooperation; identity; the organizational context; the ethical, and of care project.

The conception of partnership among the participating nurses evidences essential features, which define it in an isolated way or complementing each other. For them, its integration in caring practices has already been recognized, yet its conceptualization still arises difficulties.

When involved in partnership caring experiences, nurses feel in one hand, fears and worries, and on the other, have feelings of satisfaction.

The establishment of the essential conditions for partnership results in positive repercussions; this is valid for every area supporting partnership.

One may therefore affirm that the experience of caring in partnership involves an action in common, in an integrated plan, and with a mutual agreed commitment. This involves the aged inpatient and the respective family members, as well as the nurse – the pivot of a caring team.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho apesar de individual teve o contributo de várias pessoas e instituições, a quem gostaríamos de expressar o nosso agradecimento e reconhecimento.

Em particular agradecemos:

Ao Professor Doutor Hermano do Carmo, professor e orientador desta dissertação, pela disponibilidade, ajuda esclarecedora, encorajamento, críticas e sugestões;

Aos professores do 5º Curso de Mestrado em Comunicação em Saúde, na pessoa da sua coordenadora, Professora Doutora Natália Ramos;

À Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil, na pessoa da sua actual directora, Professora Matos Silva, bem como da sua antecessora Professora Silva Santos, uma referência para nós;

Aos colegas do departamento de Enfermagem de Saúde do Adulto e Idoso, em particular às Professoras Helena Pita Negrão, Teresa Pita Negrão e à Teresa Correia Gadanho pela ajuda e pelo exemplo;

À Cristina Jeremias pela paciência e ajuda esclarecida;

Ao Hospital de Curry Cabral, na pessoa da Enfermeira Directora Cristina Mesquita;

Aos meus amigos e, sobretudo...

À minha família... sempre presente!

ÍNDICE

	Pág.
<u>INTRODUÇÃO</u>	13
PARTE I <u>CONTEXTO CONCEPTUAL</u>	18
1 O IDOSO DOENTE	19
1.1 Envelhecimento	19
1.2 O Envelhecimento na Sociedade Contemporânea	22
1.3 A Saúde no Idoso	24
1.4 Geriatrics e Gerontologia	27
1.5 Síntese	29
2 ... O ENFERMEIRO...	30
2.1 Enfermagem: do Ofício à Disciplina	30
2.2 Cuidar: no Epicentro da Enfermagem	33
2.3 Jean Watson	35
2.4 Síntese	39
3 ... E A FAMÍLIA	41
3.1 Conceito de Família	41
3.2 Família e Suporte Social ao Idoso	44
3.3 Síntese	48
4 ... EM PARCERIA...	49
4.1 Um Conceito Actual	49
4.2 Circunscrevendo o Conceito	50
4.3 Ser Parceiro	52
4.4 Caracterização Diferencial	57
4.5 Síntese	58
5 ... NUM CONTEXTO HOSPITALAR	60
5.1 Espaço de Cuidados	60
5.2 A Pessoa Idosa no Hospital	63
5.3 Hospital e Relações Sociais	65
5.4 Síntese	67
PARTE II <u>METODOLOGIA</u>	69
1 OPÇÕES METODOLÓGICAS	70
1.1 Tipo de Estudo	70
1.2 Local do Estudo	72
1.3 Participantes	73
1.4 Instrumento de Colheita de Dados	75
PARTE III <u>A EXPERIÊNCIA DE PARCERIA COM OS FAMILIARES NOS</u> <u>CUIDADOS AOS IDOSOS HOSPITALIZADOS</u>	82
1 ÁREAS TEMÁTICAS EMERGENTES	83

1.1	Concepção de parceria	85
1.1.1	<i><u>Atributos Essenciais da Parceria</u></i>	85
1.1.2	<i><u>Articulação de Atributos</u></i>	96
1.1.3	<i><u>Âmbito</u></i>	97
1.1.4	<i><u>Formalização</u></i>	100
1.1.5	<i><u>Dificuldades na Explicitação do Conceito</u></i>	102
1.2	Elementos de Suporte da Parceria	105
1.2.1	<i><u>Relação Interpessoal</u></i>	112
1.2.2	<i><u>Cooperação</u></i>	120
1.2.3	<i><u>Identidade</u></i>	134
1.2.4	<i><u>Ética</u></i>	141
1.2.5	<i><u>Projecto de Cuidados</u></i>	147
1.2.6	<i><u>Contexto Organizacional</u></i>	153
1.3	Vivência em parceria	168
1.3.1	<i><u>Medos e Preocupações</u></i>	170
1.3.2	<i><u>Sentimentos de Satisfação</u></i>	173
2	A ESTRUTURA GLOBAL DA EXPERIÊNCIA DE CUIDAR DO IDOSO HOSPITALIZADO EM PARCERIA COM A FAMÍLIA	175
	<u>CONCLUSÕES</u>	189
	<u>BIBLIOGRAFIA</u>	195
	<u>ANEXOS</u>	206
ANEXO 1	Autorização Institucional para a Realização do Estudo	207
ANEXO 2	Guião de Entrevista	209
ANEXO 3	Exemplo de Quadro de Significados e Declarações Significativas de uma Entrevista	212

ÍNDICE DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1	Esquema em árvore	84
Figura 2	Participação como função da integração no plano de cuidados e da prestação de cuidados	178
Figura 3	Dimensões que enquadram os elementos de suporte da parceria	180

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 Evolução do Conceito de Parceiro nos Paradigmas e Escolas de Enfermagem	55
Quadro 2 Síntese das Características dos Participantes no Estudo	74
Quadro 3 Categorias, Significados e Entrevistas relativos à área temática <i>concepção de parceria</i>	86
Quadro 4 Categorias, Significados e Entrevistas relativos à área temática <i>Elementos de Suporte da Parceria</i>	106
Quadro 5 Categorias, Significados e Entrevistas relativos à área temática <i>Vivências em Parceria</i>	169

CONCLUSÕES

Chegámos ao final da nossa reflexão conscientes de que este percurso é apenas outra fase de uma longa caminhada, para a compreensão do complexo fenómeno de cuidar em parceria.

Em linhas gerais poderemos dizer que apesar das muitas dúvidas e inquietações que nos mobilizaram, partimos para este projecto convictos de que:

- A família tem um papel importante a desempenhar no apoio aos idosos internados;
- O enfermeiro pode melhorar o apoio ao familiar do idoso hospitalizado, e simultaneamente otimizar o papel que este pode desempenhar no projecto de cuidados ao idoso hospitalizado;
- Os idosos poderão beneficiar com a perspectiva de parceria, porque apesar de ser um grupo heterogéneo, poderá ser considerado um grupo vulnerável, para quem a hospitalização poderá agravar a desvinculação social/familiar e os sentimentos de abandono e solidão;
- A perspectiva de parceria tem potencialidades na prestação de cuidados;
- Seria importante aprofundar conhecimentos sobre a parceria com os familiares nos cuidados aos idosos e assim contribuir para melhorar a prestação de cuidados de enfermagem, e a saúde e bem-estar de idosos e familiares;
- O propósito do estudo procura conhecer as características da experiência de cuidar em parceria com a família do idoso hospitalizado.

Ao chegar a esta fase, reforçámos estas nossas convicções e acrescentamos-lhe alguns aspectos significativos:

- A linha metodológica pareceu-nos adequada ao estudo, e permitiu-nos desenvolver competências como investigador;
- A parceria com os familiares é um desafio, com sentimentos de satisfação, de medo e de preocupação, na qual os enfermeiros identificam factores que

incluímos em seis dimensões, que correspondem aos elementos que suportam a parceria com os familiares nos cuidados aos idosos; apesar das dificuldades em conceptualizar a parceria, porque se trata de um conceito complexo, os enfermeiros identificaram alguns atributos nucleares, que isoladamente ou em articulação permitem defini-la.

Em qualquer linha de investigação, mas sobretudo na perspectiva fenomenológica, não se atinge um fim delimitado, pois ela é apenas um meio para o investigador conhecer e clarificar o fenómeno que questiona e analisa. A fenomenologia descreve o fenómeno sem nunca o poder circunscrever na sua totalidade dinâmica.

Dado o carácter exploratório da investigação, não se podem retirar conclusões absolutas sobre os resultados encontrados. Pelo tipo de estudo e número de participantes, as conclusões não podem ser inferidas para outras populações. Pretendem ser, no entanto, um contributo para uma melhor clarificação do tema, não só procurando dar continuidade aos estudos já efectuados, mas também e sobretudo, contribuir para novas investigações.

Julgamos estar em condições de afirmar que os enfermeiros apesar de algumas dificuldades na explicitação do conceito, concebem a parceria como um conjunto de atributos que no âmbito interpessoal ou organizacional, podem incluir a relação, e/ou a participação e/ou o estabelecimento de um projecto em comum, de uma forma sinérgica.

Poderemos estar perante uma parceria informal, geralmente interpessoal ou, formal, quando existe um empenhamento institucional na organização da parceria, o que não acontece no local do estudo.

Foram identificados alguns elementos de suporte da parceria, correspondendo a factores que podem condicionar o seu estabelecimento e a manutenção, e que poderão ser agrupados em seis dimensões: Relação Interpessoal, Cooperação, Identidade, Ética, Projecto de Cuidados e Contexto Organizacional. Julgamos que considerar a prestação de cuidados ao idoso num modelo de parceria com a família, implica ter em conta estas seis dimensões.

Geralmente, os enfermeiros vivenciam as situações que se enquadram numa perspectiva de parceria com sentimentos de medo e preocupação por um lado, e de satisfação por outro. A parceria com os familiares é um desafio para os enfermeiros, habituados sobretudo a

dinâmicas e modelos tradicionais de trabalho, em que familiar e doente são sobretudo receptores de cuidados.

É de salientar que no conjunto global dos testemunhos dos enfermeiros, existem poucas declarações que se insiram no âmbito da vivência em parceria, porque julgamos que ainda têm dificuldade em identificar as situações de parceria, por dificuldades em conceptualizá-las, mas talvez também, porque não são comuns e nem significativas para eles.

Procurando fazer uma síntese à concepção de parceria dos participantes, confrontando-a com as definições encontradas na bibliografia, propomos que seja considerada neste contexto como, uma acção comum (entre familiares/enfermeiros/doentes idosos) em complementaridade (cada um com o seu papel) integrada (num projecto de cuidados), de sentido consensual (envolvendo negociação e acordo) e com um compromisso (cada um assume as suas responsabilidades) dos actores.

O conceito de parceria no âmbito da prestação de cuidados assume características diferentes das do mesmo conceito utilizado em áreas como a educação, ou a gestão empresarial, apesar de integrar alguns elementos (ou atributos) comuns.

A parceria parece ser de uma forma genérica um aspecto que os participantes consideram globalmente como positivo. Algumas das vantagens que emergiram dos relatos foram:

- Permite prestar melhores cuidados e assim indirectamente melhorar a saúde das pessoas;
- Ajuda a melhorar a eficácia e eficiência de meios implicados nos cuidados ao idoso;
- Promove a satisfação dos actores envolvidos;
- Modifica representações negativas do hospital e dos seus profissionais;
- Encoraja a identificação de recursos e melhor forma de os utilizar;
- Promove o conhecimento mútuo dos parceiros. Esta vantagem está de acordo com a vantagem enunciada por Gomes (2002);
- Permite a manutenção dos vínculos entre idosos e familiares;
- Favorece a continuidade dos cuidados, sobretudo após a alta, com a preparação dos familiares de forma adequada às suas necessidades;
- Ajuda a construir objectivos comuns entre os intervenientes;

Numa visão mais abrangente, concordamos com a perspectiva de Martins (2004), para quem uma parceria poderá oferecer efectivamente uma nova forma de olhar a circunstância envolvente.

O potencial de parceria que qualquer situação de cuidados tem, exige condições básicas que ajudem a estruturar uma parceria efectiva. A mais importante dessas condições parece ser ver o Outro como parceiro.

Foi sempre nossa preocupação assegurar o máximo rigor metodológico ao longo deste trabalho, no entanto, reconhecemos que existem limitações, pelo que julgamos ser importante considerá-las:

- A inexperiência na realização da entrevista semi-estruturada, que pode ter impedido a descoberta de aspectos essenciais, para os quais não estávamos despertos; *à posteriori*, verificámos que algumas das declarações permitiriam ir mais longe se tivessem sido reformuladas de forma mais adequada;
- A validação da codificação deveria ter sido efectuada também com os participantes, embora por limitações temporais, tenhamos tido dificuldade em realizar esta operação, o que sentimos como uma limitação significativa;
- O investigador sendo docente de enfermagem, e apesar de existir uma boa relação com os enfermeiros e da clarificação dos objectivos, poderia ser um constrangimento pela representação que os enfermeiros têm dos docentes, tornando-se assim um eventual viés.

Estas limitações, tal como as dificuldades encontradas, contribuíram para o nosso crescimento como investigadores, o que foi para nós gratificante.

De entre as dificuldades que gostaríamos de partilhar encontramos:

- A abrangência dos conceitos que suportaram o estudo, pelo que houve necessidade de uma pesquisa bibliográfica exaustiva, fazendo apelo a uma capacidade de síntese nem sempre conseguida;
- A abordagem ao conceito de parceria, que apesar visibilidade que tem na actualidade, tenha poucas definições operacionais, o que se constituiu simultaneamente como uma dificuldade e um desafio;
- Apesar de habitualmente os estudos fenomenológicos não terem um grande enquadramento conceptual, sentimos necessidade de explorar um pouco alguns dos conceitos base utilizados, dado que pela sua abrangência e

importância era importante demonstrar o nosso posicionamento relativamente a eles.

Apesar de acreditarmos que o trabalho em parceria pode ser positivo é interessante termos em conta que, tal como refere Kendall (1998), ainda existem poucas evidências comprovadas que nos digam que os enfermeiros desejem e estejam suficientemente capacitados, para mudar a sua perspectiva de uma acção focada no paciente, para um modelo de prática centrada no cidadão. E como o próprio autor reconhece não sabemos se os doentes querem que os enfermeiros actuem desta forma.

Partindo do princípio que, tal como refere Santos (2002) no seu estudo, a parceria é uma metodologia de trabalho centrada no utente, não teremos ainda evidências claras de que os utentes e familiares desejem o trabalho em parceria. Desta forma, seria interessante perceber a perspectiva dos idosos, dos familiares e até dos outros profissionais sobre este tema, o que lhe daria possivelmente uma dimensão e profundidade diferente.

As repercussões que gostaríamos que o estudo pudesse vir a ter são:

- Promover a reflexão sobre o papel dos familiares, no apoio aos doentes idosos;
- Promover a utilização da perspectiva de parceria nos cuidados ao idoso, procurando assim integrar os recursos dos actores implicados nesses cuidados;
- Melhorar a prestação de cuidados de enfermagem aos idosos internados nos hospitais;
- Promover condições organizacionais que favoreçam o papel activo dos familiares nos serviços, apoiando-os em simultâneo;
- Contribuir para tornar o hospital um espaço com dinâmicas centradas no utente, ou dito de forma mais abrangente no cidadão e nas suas necessidades.

O estudo já teve no entanto repercussões a nível pessoal, porque permitiu o desenvolvimento de competências na área da investigação, sobretudo na concepção do design da investigação, na aplicação de instrumentos de colheita de dados; nos procedimentos de análise de dados; e pelo aprofundar de conhecimentos nas áreas temáticas abordadas e no tema do estudo.

Acreditamos que a parceria tem potencialidades quer a nível das dinâmicas interpessoais, quer institucionais, uma vez que se enquadra na filosofia e valores da profissão, sobretudo se os enfermeiros souberem o seu significado, conhecerem e procurarem controlar os factores que a condicionam e, se viverem com satisfação as situações que se enquadram numa perspectiva de parceria. Mas para chegarmos a parcerias efectivas com os familiares dos idosos internados que consideramos ser uma abordagem positiva, ainda há um longo caminho a percorrer!

BIBLIOGRAFIA

- Adam, E. (1994). *Ser Enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Agreda, J.J.S. (1999). Passado, presente e futuro da enfermagem gerontológica. In: Costa *et al.* *O Idoso – Problemas e Realidades*. Coimbra: Formasau, pp. 23-40.
- Almeida, C. *et al.* (1995). *Relatório da Direcção Geral de saúde – Estudo da Qualidade de Vida do Idoso: Aplicação de um Instrumento de Avaliação*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Almeida, C. *et al.* (1997) Opinião dos familiares face ao seu acompanhamento e participação nos cuidados ao doente durante o período de internamento. In: *Enfermagem em Foco*, 28, pp. 36-43.
- Andrade, E.H.S.S. (2000). Opinião de doentes e enfermeiros acerca das visitas aos doentes hospitalizados. In: *Revista Referência*, 4, pp. 39-45.
- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. 3ª ed. Lisboa: Edições 70.
- Barnes, E. (1973). *As Relações Humanas no Hospital*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Barracho, C. (2001). *Psicologia Social, Ambiente e Espaço – Conceitos, Abordagens*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Beckingham, A. & Dugas, B. (1993). *Promoting Healthy Aging: a Nursing and Community Perspective*. St Louis: Mosby.
- Bell, J. (1997). *Como Realizar um Projecto de Investigação – um Guia para Pesquisa em Ciências Sociais e Educação*. Lisboa: Gradiva.
- Bento, M.C. (1997). *Cuidados e Formação em Enfermagem. Que Identidade?* Lisboa: Fim de Século.
- Berger, L. & Mailloux-Poirer, D. (1995). *Pessoas Idosas: uma Abordagem Global*. Lisboa: Lusodidacta.

- Botelho, M.A.S. (1999). *Autonomia Funcional em Idosos: Caracterização Multidimensional em Idosos Utentes de um Centro de Saúde Urbano*. Lisboa: dissertação de doutoramento, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- Bris, H. (1994). *Responsabilidade Familiar pelos Doentes Idosos nos Países das Comunidades Europeias*. Lisboa: Conselho Económico e Social.
- Brito, L. (2002). *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*. Coimbra: Quarteto.
- Brodie, D. (2004). Partnership working: a service user perspective. In: Glasby, J. & Peck, E. *Care Trusts: Partnership Working in Action*. Oxfordshire: Radcliffe Medical Press.
- Brunner, L. & Suddarth, D.S. (1982). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Interamericana.
- Cabete, D. (2005). *O idoso, a doença e o hospital: o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.
- Cândido, M.F.S. (2001). Opinião dos familiares internados num serviço de medicina de um hospital central de Lisboa. In: *Revista Investigação em Enfermagem*, 3, pp. 40-47.
- Carapinheiro, M.G. (1993). *Saberes e Poderes no Hospital: uma Sociologia nos Serviços Hospitalares*. Porto: Afrontamento.
- Cardoso, M.A.G.M. (2000). *O Cuidar em Gerontologia – uma Análise Etnográfica da Prática dos Enfermeiros*. Porto: dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (1998). *Metodologia de Investigação: Guia para Auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, P. (2002). Parceria (s): uma cultura a incentivar. In: *Boletim do Instituto de Apoio à Criança*, (66), 4.
- Collière, M.F. (1989). *Promover a Vida: da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Conceição, M.F. & Ramos, P. (2004). Visita de referência: cuidados em parceria. In: *Revista Sinais Vitais*, 56, pp. 56-59.
- Conn, V. & Armer, J. (1995). Older spouses: similarity of health promotion behaviours. In: *Journal of Family Nursing*, 1, (4), pp. 397-414.

- Copstead, L. & Patterson, S. (1986). La família del anciano. In: Carvenali, D. & Brueckner, S. *Tratado de Enfermagem Geriátrica*. 2ª ed. São Paulo: Iberoamericana, pp. 258-277.
- Correia, J.M. (2003). *Introdução à Gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Costa, M.A. (2002). *Cuidar Idosos: Formação, Prática e Competências dos Enfermeiros*. Coimbra: Co-edição Formasau e Educa.
- Coutinho, D. (2000). *A Dignidade do Envelhecer*. Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa.
- Creswell, J. (1994). *Research Design: Qualitative and Quantitative Approach*. Housand Oaks: Sage Publications.
- Darling, R. (2000). *The Partnership Model in Human Services: Sociological Foundations*. New York: Kluwer Academic.
- De La Cuesta, M. (1999). Contribucion de la investigacion cualitativa al campo de la salud. In: *Revista Sinais Vitais*, 27, pp. 33-35.
- Dillenbourg, P.; Baker, M.; Blaye, A. & O'Malley, C. (1995). The evolution of research on collaborative learning. In: Reiman, P. & Spada, H. (eds.). *Learning in Humans and Machines. Towards an Interdisciplinary Learning Science*. London: Pergamon, pp. 189-211.
- Diniz, J.A. (1992). Cuidados informais, família e comunidade. In: *Cadernos da Administração Regional de Saúde de Santarém*. 21, (6), pp. 19-21.
- Dominicié, P; Favario, C. & Lataillade L. (coord.) (2000). *La Pratique aux Infirmières Spécialistes Cliniques*. Paris: Ed. Seli Arslan.
- Doron, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi.
- Eco, U. (2001). *Como se Faz uma Tese em Ciências Humanas*. 8ª ed. Lisboa: Editorial Presença.
- Ermida, J.G. (1999). O Processo de envelhecimento. In: Costa, M. et al. *O Idoso – Problemas e Realidades*. Coimbra: Formasau, pp. 41-50.
- Esteves, A. & Azevedo, J. (eds.) (1998). *Metodologias Qualitativas para as Ciências Sociais*. Porto: Instituto de Sociologia.
- Feldman, R.S. (2001). *Compreender a Psicologia*. 2ª ed. Lisboa: McGraw-Hill.

- Félix, I. (2000). *A estrutura essencial da interação jovem enfermeiro – doente idoso: uma abordagem fenomenológica*. Porto: dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar.
- Fernandes, A.A. (2004). Quando a vida é mais longa... impactos sociais do aumento da longevidade. In: Quaresma, M. (Coord.) *O Sentido das Idades da Vida. Interrogar a Solidão e a Dependência*. Lisboa: CESDET.
- Ferreira, M.P.M. (2002). *O utente idoso. Conhecer para melhor comunicar e intervir*. Lisboa: dissertação de mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta.
- Ferreira-Alves J. & Novo, R.F. (2006). Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. In: *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, (1), pp. 65-77.
- Fonseca, A.M. (2004). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Ford, P. & Walsh, M. (1995). *New Rituals for Old Nursing through the Glass*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Fortin, M.F. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realidade*. Loures: Lusociência.
- Franco, P. & Martins, C. (2000). A visita de familiares ao doente internado no HESE. In: *Nursing*, 142, pp. 34-36.
- Freixo, M.J. (2006). *Teorias e Modelos de Comunicação*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Giddens, A. (2004). *Sociologia*. 4ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Glasby, J. & Peck, E. (2004). *Care Trusts: Partnership working in Action*. Oxfordshire: Radcliffe Medical Press.
- Gomes, I. (2002). *O conceito de parceria no processo de cuidados de enfermagem ao doente idoso*. Lisboa: dissertação de mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta.
- Gonçalves, A. *et al.* (2001). O Enfermeiro e a família, parceiros de cuidados. In: *Nursing*, 151, pp. 11-17.
- Goode W.J. & Hatt, P.K. (1960). *Métodos em Pesquisa Social*. São Paulo: Editora Nacional.
- Ham, R.J. (1992). *Primary Care Geriatrics: a Case-based Approach*. St. Louis: Mosby.

- Hesbeen, W. (1997). *Prendre Soins à l'Hôpital: Inscrire le Soins dans une Perspective Soignante*. Paris: InterEditions/Masson.
- Hesbeen, W. (1999). Le caring, est-il prendre soin? In: *Perspective Soignante*, 4, pp. 30-48.
- Hesse, H. (2003). *O Elogio da Velhice*. 3ª ed. Oeiras: Difel.
- Hoeman, S.P. (1996). *Rehabilitation Nursing: Process and Application*. St. Louis: Mosby.
- Honoré, B. (1996). *La Santé en Project*. Paris: Intereditions.
- Honoré, B. (1998). Le partenariat dans l'évolution des structures de santé, In: *Perspective Soignante*, Paris: Arslan, 37, (3), pp. 21-37.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: Persistir em Conjunto na Existência*. 2ª ed. Loures: Lusociência.
- INE – Instituto Nacional de Estatística (2002). *O envelhecimento em Portugal – situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Documento preparado pelo Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias da População. (s.l.).
- ICN - International Council of Nurses (2000). *CIPE/ICNP. Classificação Internacional para a prática de Enfermagem – versão beta*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- ICN - International Council of Nurses (2003). *Framework of Competencies for Generalist Nurses: Report of the Development Process and Consultation*. Genebra: Standards and Competencies Series.
- Jacono, B.J. (1993). Caring is loving. In: *Journal of Advanced Nursing*, 18, (2), pp. 192-194.
- Jacques, M.C. (2004). Ser idoso: abordagem psicossomática no contexto institucional e familiar. In: *Revista Sinais Vitais*, 55, pp. 34-37.
- Josein, M. (2003). *Técnicas de Comunicação Interpessoal*. Lisboa: Bertrand Editora.
- Kendall, S. (coord.) (1998). *Health and Empowerment: Research and Practice*. Londres: Arnold.
- Kérouac, S. et al. (1994). *La Pensée Infirmière*. Laval: Études Vivantes.
- Lalanda, P. (1995). A interacção enfermeiro – doente: uma abordagem bioantropológica. In: *Nursing*, (8), 88, pp. 28-32.
- Lauzon, S. & Adam, E. (1996). *La Personne Âgée et ses Besoins: Interventions Infirmières*. Paris: Editions Seli Arslan.

- Leininger, M. (1995). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practices*. 2ª ed. Nova Iorque: Macgraw-Hill.
- Le May, A. (1998) Empowering older people through communication. In: Kendall, S. (coord.) *Health and Empowerment: Research and Practice*. Londres: Arnold, pp. 91-111.
- Lessard, M. et al. (1990). *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lhotellier, A. (1998). Le service à la personne. In: *Perspective Soignante*, 37, (3), pp. 9-19.
- Lobo Antunes, J. (1999). *Um Modo de Ser*. Lisboa: Gradiva.
- Lopes, M.A.P. & Rebelo, T. (2000). Parceria: uma estratégia de formação em enfermagem? In: *Revista Pensar Enfermagem*, 4, pp. 25-27.
- Lopes, M.A.P. (2005). Dificuldades ocultas na interação dos cuidados de enfermagem ao corpo da pessoa idosa. In: *Revista Pensar Enfermagem*, 1, pp. 2-13.
- Lopes, M.A.P. (2006). Tapar e destapar a corporeidade da pessoa idosa: na trivialidade do gesto, a complexidade de saberes. In: *Revista Investigação em Enfermagem*, 14, p. 64-75.
- Lopes, M.G.C.P. (2002). *O Doente Oncológico e a sua Família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Lopes, M.J. (1999). *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações*. Lisboa: dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem, Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa.
- Lopes, P; Martins, M. & Oliveira, G. (2000). O acompanhamento do doente no peri-operatório pelo familiar ou pessoa significativa. In: *Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação, Balanço de um Projecto*. Lisboa: DRH – Departamento de Recursos Humanos, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Ludke, M. & André, M. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.
- Lund, M. (2005). Caregiver, take care. In: *Geriatric Nursing*, 26, pp. 152-153.
- Maisonneuve, J. (s.d.). *Introdução à Psicossociologia*. Porto: Rés Editora.
- Marc, E. & Dominique, P. (s.d.). *A Interação Social*. Porto: Rés Editora.

- Marques, M. (1998). Comunidades educativas e parcerias. In: *Revista Educação e Sociedade*. Colóquio Educação e Sociedade, 4.
- Martin, C. (2004). Cuidados de enfermagem, uma disciplina: condições e desafios, In: *Enfermagem*, 34, pp. 14-19.
- Martins, M. (2004). Visitas e parceria de cuidados. In: *Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, 184, pp. 8-15.
- Maslow, A. (1998). *Toward a Psychology of Being*. 3.^a ed., Nova Iorque: Wiley.
- Mental Health Nursing Service Team (1994). *Working in Partnership: a Collaborative Approach to Care: Report of the Mental Health Nursing Service Team*. Londres.
- Mercadier, C. (2002). *O Trabalho Emocional dos Prestadores de Cuidados em Meio Hospitalar: o Corpo Âmago da Interação Prestador de Cuidados-Doente*. Loures: Lusociência.
- Mestrinho, M.G. (2004). Parcerias na formação inicial de enfermeiros: um estudo de caso. In: *Revista Pensar Enfermagem*, 8, 2, pp. 42-49.
- Moniz, J.M.N. (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa. A Prática de Cuidados como Experiência Formativa*. Loures: Lusodidacta.
- Morse, J. (1991). *Qualitative Nursing Research: a Contemporary Dialogue*. Newbury Park: Sage Publications.
- Moscovici, S. (1994). *Psychologie Sociale au Relations à autrui*. Paris: Nathan.
- Neto, F. (1998). *Psicologia Social*, vol. I, Lisboa: Universidade Aberta.
- Neuman, B. (1995). *Neuman System Model*. 3^a ed. Connecticut: Appleton & Lange.
- Nunes, L.; Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Olsen, D. (1993). Populations vulnerable to the ethics of caring. In: *Journal of Advanced Nursing*. 18, 11, pp. 1696-1700.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar: Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, Lisboa: Grafinter.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Conselho de Enfermagem da Ordem do Enfermeiros. Lisboa: Grafinter.

- Ornelas, J. (1994). Suporte Social: Origens, Conceitos e Áreas de Investigação. In: *Análise Psicológica*. 2/3, série XII, pp. 30-48.
- Pascoal, S.M.P. (2000). *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. São Paulo: dissertação de mestrado em Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Patrão Neves, M.C. (coord.) (2002). Educação para a saúde: o doente responsável. In: *Comissões de Ética*. Coimbra: Gráfica Editora, pp. 423-443.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. 2ª ed. Newbury Park: Sage Publications.
- Paúl, M. C. (1991). *Percursos pela velhice: uma perspectiva ecológica pela velhice*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto.
- Paúl, M.C. (1997). *Lá para o Fim da Vida: Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Pearson, A. & Vaughan, B. (1986). *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. Lisboa: ACEPS.
- Pimentel, L. (2004). *O Lugar do Idoso na Família – Contextos e Trajectórias*. 2ª ed. Coimbra: Quarteto.
- Pinto, V.M. (2000). A participação da família no processo terapêutico do doente idoso internado num serviço de medicina. In: *Servir*, 48, 4, pp. 162-171.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Poxton, R. (2004). What makes the effective partnerships between health and social care? In: Glasby, J. & Peck E. (eds.) *Care Trusts: Partnerships Working in Action*. Oxfordshire: Radcliffe Medical Press, pp. 11-22.
- Quaresma, M.L. (1994). *Cuidados Familiares às Pessoas muito Idosas*. Lisboa: Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L.V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2ª ed. Lisboa: Gradiva.

- Ramilo, T. (2000). *Manual de Psicologia do Idoso*. Lisboa: Instituto Monitor, Ministério do Trabalho e da Solidariedade.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Rebelo, A. (1996). Prestadores de cuidados informais a idosos com oitenta e mais anos, na freguesia de Moreira Maia. In: *Geriartria*, 81, pp. 22-23.
- Relvas, A. (1996). *O Ciclo Vital da Família: Perspectiva Sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Ribas, E. & Murai, H. (2004). Situando o idoso e as demandas de enfermagem para a qualidade de vida. In: *Revista Saúde Colectiva*, 1, 2, pp. 7-11.
- Ribeiro, P. (2001). Envelhecimento. In: Silva, L.F. *Acção Social na Área da Família*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Riley, J.B. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. 4ª ed. Lisboa: Lusociência.
- Rodrigues, A. D. (2000). *Estratégias da Comunicação*. Lisboa: Presença.
- Rodrigues, F. & Stoer, S. (1998). *Entre Parceria e Partenariado: Amigos Amigos, Negócios à Parte*. Oeiras: Editora Celta.
- Rodwell, C. (1996). An analysis of the concept of empowerment. In: *Journal of Advanced Nursing*, 23, pp. 305-313.
- Rogers, C. (1974). *A Terapia Centrada no Paciente*, Lisboa: Moraes Editores.
- Santos, J.M. (2002). *Parceria nos Cuidados – uma Metodologia Centrada no Doente*. Porto: Edições Fernando Pessoa.
- Santos, K. & Silva M. (2003). Pacientes idosos e sua percepção da comunicação verbal e não-verbal com a equipe de saúde em uma instituição hospitalar. In: *Revista Paulista de Enfermagem*, 22.
- Saraceno, J. (1992). *Sociologia da Família*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Scott, P.A. *et al.* (2003). Privacy and informed consent: elderly care perspective. *British Journal of Nursing*, 12, 3, p. 158.
- Serra, M. (2005). *Aprender a Ser Doente*. Loures: Lusociência.
- Silva, A. & Pinto, J.M. (2001). *Metodologia das Ciências Sociais*. 11ª ed. Porto: Edições Afrontamento.

- Silva, L.F. (2001). *Acção Social na Área da Família*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Silva, M.I.C. (1995). *Medos do Doente em Internamento Hospitalar*. Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica.
- Sousa, S.M.S. (2000). Hospitalização (sem) família. In: *Enfermagem Oncológica*, 14, pp. 22-32.
- Squire, A. (2005). *Saúde e Bem-Estar para Pessoas Idosas: Fundamentos para a Prática*. Loures: Lusociência.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Loures: Lusociência.
- Streubert, H. & Carpenter, D.R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. Loures: Lusociência.
- Tabbal, A.M. (1994). *Mantenir les Liens avec la Personne Âgèe*. Genève: s.n.
- Texto Editora (2002). *Dicionário Universal da Língua Portuguesa*. 8ª ed. Porto: Texto Editora.
- Tones, K. (1998). Health education and promotion of health: seeking wisely to empower. In: Kendall, S., *Health and Empowerment: Research and Practice* (coord.). Londres: Arnold, pp. 57-90
- Turnbull, A.; Turnbull R.; Erwin E. & Soodak, L. (2006). *Families, Professionals and Exceptionality: Positive Outcomes through Partnerships and Trust*. 5ª ed. New Jersey: Pearson Merrill Prentice Hall.
- Vala, J. (1996). Análise de conteúdo. In: Silva, A. & Pinto, J. (orgs.). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento, pp. 101-128.
- Vasco, A. (1998). Reabilitação psicossocial de sujeitos com acidente vascular cerebral, In: *Cardiologia Actual*. 8, 76.
- Viegas, L. (2001). *Atitudes do enfermeiro para com os idosos, um estudo exploratório*. Lisboa: dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.
- Waldow, V. (1998). Examinando o conhecimento em enfermagem. In: Meyer, D; Waldow, V. & Lopes, M. (orgs.). *Marcas da Diversidade: Saberes e Fazeres da Enfermagem Contemporânea*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Watson, J. (1985). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Boulder: Colorado University Press.
- Watson, J. (1999). *Nursing: Human Science and Human Care: a Theory of Nursing*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Watson, J. (1999). *Post-modern Nursing and Beyond*. Edimburgo: Churchill and Livingstone.
- Watzlawick, P.; Beavin, J. & Jackson D. (1993). *Pragmática da Comunicação Humana. Um Estudo dos Padrões, Patologias e Paradoxos da Interação*. 9ª ed. São Paulo: Editora Cultrix.
- Young, A. & Flower, L. (2001). Patient as Partners, Patient as Problem-solvers. In: *Health Communication*, 14, pp. 69-97.

DOCUMENTOS VIRTUAIS

WHO – http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_HSC_AHE_99.1.pdf (acedido em 3 de Março de 2006)

DGS - <http://www.dgsaude.pt> (acedido em 2 de Dezembro de 2005)

INE - <http://www.ine.pt> (acedido em 17 de Fevereiro de 2006)

São José, J.; Wall, K. & Correia, S. (2002) <http://www.ics.ul.pt/publicacoes/workingpapers/wp2002/WP2-2002.pdf> (acedido em 5 de Agosto de 2006)

ANEXOS

ANEXO 1

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

*Nota a copiar
Ana Cristina Rodrigues
28/3/05*

DUPLICADO
COPIA

Rogério Paulo Antunes Borges Dinis
Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil
Rua Professor Lima Basto
1099-071 Lisboa

**Exma. Srª Enfermeira Directora
do Hospital Curry Cabral**

Conforme previamente acordado com V. Exª, eu, Rogério Paulo Antunes Borges Dinis, docente da Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil, estando presentemente em fase de elaboração de Dissertação no âmbito do 5º Mestrado de Comunicação em Saúde, que a Universidade Aberta realiza em parceria com a Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende, venho oficialmente solicitar a V. Exª a colaboração dos Enfermeiros da Vossa Instituição para a consecução deste projecto.

Este projecto subordinado ao tema: "Comunicação Enfermeiro - Idoso" é orientado pelos seguintes objectivos:

- Conhecer os comportamentos dos enfermeiros na comunicação com os idosos;
- Conhecer os significados que os Enfermeiros atribuem aos seus comportamentos durante a interacção com os idosos.

As técnicas de colheitas de dados que utilizaremos incluirão a observação participante, a entrevista e a análise documental, pelo que solicito a V. Exª que me seja facilitado o acesso ao Serviço de Medicina 2-2, por um período mínimo de 2 meses, a iniciar na primeira semana do mês de Maio.

Na certeza de uma resposta favorável a este pedido, subscrevo-me atenciosamente,

*Tomei conhecimento
Nada a opor
Enf. Ana Cristina Rodrigues
Enfermeira
4.4.05*

Lisboa, 23 de Março de 2005

*Nada a opor
4/4/05
[Signature]*

*A Comissão de Ética nada tem
a opor?*

*de 05
04
04*

HOSPITAL DE CURRY CAE
Drª Mª CELESTE DIAS CAM
VICE-PRESIDENTE DE COMISSÃO DE ÉTICA

ANEXO 2

GUIÃO DE ENTREVISTA

GUIÃO DE ENTREVISTA AOS ENFERMEIROS

O guião serviu de linha orientadora para a interação com os participantes, após terem sido cumpridos dois passos essenciais:

Primeiro passo – informámos, em linhas gerais, em que consistia o trabalho.

Segundo passo – assegurámos a confidencialidade da entrevista.

Item	Justificação
Questionar relativamente à idade; tempo de curso e tempo de serviço.	Caracterizar os participantes.
Solicitar que procure recordar-se de uma situação, em que tenha sentido que se tratou de uma parceria com os familiares, procurando descrevê-la. (a)	Procurar partir de uma situação concreta para perceber de forma contextualizada o que o enfermeiro entende por parceria e os elementos que a caracterizam.
Solicitar que refira as razões porque considera que nessa situação se poderá falar em parceria.	Procurar na justificação os elementos que na perspectiva do enfermeiro caracterizam a parceria.
Perguntar como se sentiu nessa situação e porque razão essa situação foi significativa para si.	Procurar aceder às vivências significativas nas situações de parceria.
Pedir para referir que condições se proporcionaram nessa situação para se poder concretizar como uma situação de parceria e justificar.	Procurar compreender os factores que condicionam positivamente a parceria.
Considera que na sua prática do dia a dia existem condições para o estabelecimento de parcerias com os familiares dos doentes internados.	Tentar perceber se a situação descrita corresponde a uma situação ideal mas na prática as condições presentes sejam diferentes.
Que condições poderiam ser criadas (e porquê)	Confrontar a situação real com a ideal no

para se poder concretizar a parceria com os familiares na prestação de cuidados ao idoso	sentido de perceber os factores que podem condicionar a parceria
Partindo da(s) situação(ões) concretas que ilustrou anteriormente (ou de outras que considere significativas) pedir para referir se considera vantajoso cuidar numa perspectiva de parceria com os familiares, enunciando as razões	Perceber a percepção do enfermeiro relativamente às repercussões de cuidar numa perspectiva de parceria; perceber se o enfermeiro considera que existem vantagens.

(a) – Inicialmente tínhamos formulado a questão de outra forma:

- *Descreva-me uma situação que tenha ocorrido entre si e os familiares de um doente internado por quem esteja responsável, em que tenha sentido que poderíamos dizer que estávamos perante uma situação de parceria.*

No entanto, considerámos que poderiam existir outras situações significativas em que o enfermeiro não fosse directamente o responsável pelos cuidados, mas que se enquadrasse na perspectiva que o enfermeiro tinha de parceria, tal como sucedeu no pré-teste.

ANEXO 3

EXEMPLO DE TABELA DE SIGNIFICADOS E DECLARAÇÕES SIGNIFICATIVAS DE UMA ENTREVISTA

Alguns Significados e Declarações Significativas Relativos à Entrevista 1	
Parceria implica colaborar para um fim (E1 S1)	<i>“(...) uma [situação de parceria] assim marcante, marcante, onde eu me envolvi bastante foi numa das que todos fazíamos o que era preciso para o mesmo fim (...)”</i> (E1 1)
É negativo abordar os familiares averiguando interesse destes em participar nos cuidados (E1 S5)	<i>“(...) também não se vai chegar e dizer quer participar... não acho bem, nem as pessoas estão preparadas”</i> (E1 5)
Doente deve escolher quem quer para parceiro (E1 S8)	<i>“(...) se ele [o doente] está consciente para escolher [quem quer para parceiro] obviamente que acho que sim.”</i> (E1 8)
Familiar compreende importância de respeitar vontade da doente (E1 S12)	<i>“(...) este irmão compreendeu perfeitamente a situação (...) Este irmão percebeu perfeitamente e portanto deu para isso, para ela [doente] falecer em casa. (...) Acho que foi bom para a doente, porque foi para o seu meio, foi para a casa, onde ela gostava de estar...”</i> (E1 12)
Horário de visita demasiado rigoroso é prejudicial para parceria (E1 S14)	<i>“(...) já se sabe que se o horário fôr muito apertado a relação de parceria é mais difícil porque há logo um constrangimento, perde-se logo a liberdade à partida”</i> (E1 14)

Familiares não entendem linguagem dos enfermeiros (E1 S15)	<i>“(...) a gente fala mas nem sempre eles [familiares] entendem o que a gente diz (...)”</i> (E1 15)
Flexibilização da presença dos familiares é facilitador da parceria (E1 S18)	<i>“(...) o alargamento do horário das visitas... Acho que sim... [facilita a parceria] nós não somos muito rígidos e eu cumpro as normas”</i> (E1 18)
Parceria não implica ter de prestar cuidados (E1 S17)	<i>“(...) pode-se bem ser parceiro sem ter de prestar cuidados, parece-me uma ideia que não é bem a mais certa”</i> (E1 17)
Enfermeira evoluiu para uma maior tolerância na permissão das visitas (E1 S19)	<i>“ Eu dantes era uma das pessoas, onde a família era às três horas e depois fechava-se a porta. Quanto a isso acho que, acho que mudei muito... E ainda bem ”</i> (E1 19),
Espaço não individualizado dificulta a comunicação em privado com os familiares (E1 S21)	<i>“(...) se calhar facilitava mais se os quartos fossem mais individualizados, não é? Porque dá para falar noutras coisas que não dá aqui, no meio do nosso corredor, ou ali junto do doente, onde tenho que fechar a cortina, e pronto.”</i> (E1 21)
Família tem de ser trabalhada para estar envolvida nos cuidados (E1 S25)	<i>“(...) Parece que estamos sempre com medo dessa avaliação [dos familiares], se não puncionamos à primeira, por exemplo, no início incomodava-me estar a puncionar o doente e a família ali, agora não, não me incomoda nada, se querem assistir assistem, se não querem não assistem. Se conseguir, consegui, se não consegui (...)”</i> (E1 25)

<p>Parceria é relação com uma intenção, (E1 S28)</p>	<p><i>“ (...) para mim quem vem cá dar rosas e bananas não é parceiro, não acho mal, mas a relação que se estabelece não tem o mesmo valor obviamente que não, tem de haver mais qualquer coisa nesta relação é o porquê se calhar é o porquê da relação que se estabelece (...)”</i> (E1 28)</p>
<p>Participar não implica ser parceiro (E1 S30)</p>	<p><i>“ (...) quer dizer eles [familiares] podem participar e até fazer alguma coisa sem sequer serem parceiros”</i> (E1 30)</p>
<p>Enfermeira defende maior capacidade dos familiares na tomada de decisão (E1 S32)</p>	<p><i>“(...) de início estavam sempre sossegados, depois olhe, ganharam à vontade e eles é que decidiam...”</i> “ (E1 32)</p>
<p>Parceria é sobretudo informal (E1 S34)</p>	<p><i>”(...) aí nessa situação, nada muito rígido... Foram momentos em que houve parceria...”</i> (E1 34)</p>
<p>Parceria não implica ter de prestar cuidados (E1 S35)</p>	<p><i>“(...) podem até não prestar cuidados, isso não me faz confusão...e ainda assim serem parceiros... pode só estar lá connosco “</i> (E1 35)</p>
<p>Parceria é mais abrangente que “fazer” (E1 S37)</p>	<p><i>“Acho que parceria não pode ser só fazer, tem que ser mais qualquer coisa senão limitamo-nos a andar a fazer coisas... lá está, vamos voltar a cair no dar injeções...assim em vez de nós, são eles [família], o que não acho bem”</i> (E1 37)</p>
<p>Participar não implica ser parceiro (E1 S39).</p>	<p><i>“(...) Às vezes há quem faça e não é parceiro, está ali porque tem que ser não é?! (...)”</i> (E1 39).</p>

<p>Falta de informação dos enfermeiros dificulta papel de pivot (E1 S42)</p>	<p><i>“Acho que também podíamos ser nós a coordenar melhor as coisas, mas nem nós sabemos o que se passa... só sabemos que às vezes vão fazer exames quando os chamam e assim é difícil”</i> (E1 42)</p>
<p>Parceria exige convergência de vários atributos (E1 S51)</p>	<p><i>“Como já tinha dito, para haver parceria só assim tem de haver uma série de coisas juntas, tipo não se pode dizer que é só uma coisa, então com a família temos de ter em conta nós, os doentes e a família, olhe que é uma grande confusão uma parceria assim”</i> (E1 51)</p>
<p>Os papéis nem sempre são claros para os actores (E1 S53).</p>	<p><i>“(...) penso que para este trabalho em conjugação é preciso estar bem esclarecido o que é que cada um faz não é? E acho que isso não está bem claro...nem sempre a gente sabe bem o que é preciso fazer...”</i> (E1 53).</p>

PARTE I

CONTEXTO CONCEPTUAL

1 – O IDOSO DOENTE...

1.1 – ENVELHECIMENTO

No Homem, o ciclo da vida é constituído por três fases sucessivas: o crescimento, a maturidade e a senescência. Estas fases desenvolvem-se segundo o ritmo característico da espécie humana, têm uma evolução não linear e são influenciadas por factores internos e externos que se interrelacionam. Esta visão do ciclo de vida respeita e valoriza a natureza dinâmica e desenvolvimental do envelhecimento. Embora haja para todas as espécies uma duração máxima de vida, e esse limite seja precedido por um período de envelhecimento (Ermida, 1999), encarar a velhice como um período do fim da vida é perder o processo de envelhecimento, a variedade de percursos e a multiplicidade de resultados (Fonseca, 2004).

O número crescente de pessoas que estão, ou se aproximam da faixa etária em que são consideradas idosas, bem como das implicações que isso tem, a nível individual e colectivo, tornam a problemática do envelhecimento aliciante e desafiadora. É um desafio individual, sobretudo para quem envelhece, mas também para a sociedade em geral,

“Viver mais tempo requer um esforço continuado de adaptação quer identitário quer de compreensão e identificação das mudanças e transformações sociais envolventes para constante reposicionamento individual. Representa já um grande desafio (...) para as actuais e futuras gerações mais velhas (...) é simultaneamente uma enorme vantagem face às gerações anteriores que deve ser explorada em todas as suas potencialidades” (Fernandes, 2004, p.36).

O envelhecimento individual assenta essencialmente na longevidade dos indivíduos, ou seja, no aumento da esperança de vida. Em termos demográficos, assume particular significado o peso que a proporção das pessoas idosas têm na população geral, o que acontece em detrimento de faixas etárias mais jovens.

Quando pensamos em idade, pensamos geralmente em tempo. Esta dimensão cronológica, em que a idade é atribuída por referência a uma unidade de tempo, que se vai sucedendo, é uma forma simples de organização dos acontecimentos, com a qual estamos

familiarizados. Os problemas surgem, quando a idade cronológica, é usada como índice de informação acerca de uma pessoa e do seu desenvolvimento, já que por si não explica muito. Qualquer limite cronológico é sempre arbitrário e não traduz as implicações ao nível biológico, psicológico e sociocultural, associadas ao processo de envelhecimento.

Mais importante do que o tempo decorrido, é compreender que o comportamento humano é afectado por experiências que ocorrem durante a passagem desse tempo: "O que estudamos no desenvolvimento durante a idade adulta e a velhice é o resultado dos processos que dependem do tempo – ou da idade – não o resultado da idade em si mesma" (Cavanaugh citado por Fonseca, 1997, p.14).

Face à diversidade de factores que condiciona o envelhecimento e à grande amplitude etária em que se integram a faixa dos mais velhos, faz com que este grupo seja muito heterogéneo. A Organização das Nações Unidas divide as pessoas idosas em três categorias: Os pré-idosos (entre 55 e 64 anos) os idosos jovens (entre 65 e 79 anos, ou entre 60 e 69 anos para quem vive na Ásia e regiões do pacífico) e os idosos de idade avançada (com mais de 80 anos). Esta nomenclatura associada às diferentes idades pode variar consoante os autores, podendo ser encontradas outras tipologias. Os idosos de idade mais avançada também são chamados *grandes idosos* e os menos idosos, com cerca de 67-70 anos, de *velhos novos*.

Birren & Cunningham citados por Fonseca (2004) consideram ser vantajoso proceder à diferenciação de diferentes "categorias" de idade:

- Idade biológica – refere-se ao funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano; é importante para a consideração dos problemas de saúde que afectam os indivíduos, pois sabe-se que a capacidade de auto-regulação do funcionamento desses sistemas diminui com o tempo;
- Idade psicológica – relativa às capacidades psicológicas que as pessoas utilizam para se adaptarem às mudanças de natureza ambiental; inclui sentimentos, cognições, motivações, memória, inteligência e outras competências que sustentam o controlo pessoal e a auto-estima;
- Idade sócio-cultural – refere-se ao conjunto de papéis sociais que os indivíduos

adoptam e à cultura a que pertencem, tendo em conta os comportamentos, hábitos ou estilos de relacionamento interpessoal.

Actualmente tem vindo ganhar terreno o conceito de idade funcional, que é considerada o conjunto de indicadores (capacidade funcional, tempo de reacção, satisfação com a vida ou amplitude das redes sociais) que permitem compreender, como se podem criar condições para um envelhecimento satisfatório.

A maioria das definições de envelhecimento procura englobar as dimensões biológica, psicológica e sociocultural, como a que é apresentada pela Direcção Geral de Saúde, segundo a qual o envelhecimento humano pode ser entendido como, o “processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida” (Direcção Geral de Saúde, 2004), podendo ser entendido como a perda de capacidade de adaptação com o tempo (Squire, 2005).

A senescência, por sua vez, é o efeito da idade na saúde, e refere-se ao declínio da capacidade física que frequentemente, mas não inevitavelmente, acompanha o envelhecimento.

Segundo Ermida (1999, p. 4), a senescência é "um processo de diminuição orgânica e funcional não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo". Isto significa que o envelhecimento não é uma doença, embora possa ser agravado ou acelerado por ela (Cabete, 2004).

Embora se reconheça um conjunto de traços típicos do envelhecimento humano, como cabelos brancos, pele enrugada, diminuição do vigor, dentre outras alterações morfológicas, orgânicas e funcionais identificadas como senescência, trata-se de uma experiência extremamente diversificada entre os indivíduos, contribuindo que a heterogeneidade do grupo dos idosos.

Como refere Ermida (1999), se o início e as etapas do envelhecimento assentam em

alterações estruturais e funcionais suficientemente significativas e evidenciáveis, as causa e natureza do processo ainda não estão esclarecidas.

Não parece haver consenso científico, relativamente às teorias de envelhecimento (Oliveira, 1999). De acordo com Ermida (1999), Medvedov recenseou em 1990 cerca de 300 teorias, que de acordo com as suas afinidades teóricas, podem ser agrupadas em sete categorias: desgaste; dano; programação genética; evolucionistas; das alterações específicas; físico-matemáticas e unificadas.

Enquanto umas defendem factores genéticos, outras, alterações citológicas e/ou fisiológicas, outras ainda, fazem interpretações à luz das alterações genéticas, como a hipótese de erros aleatórios no fluxo de informação genética. O efeito de Hayflick, aproxima-se de uma explicação baseada na longevidade programada das células. Como refere Oliveira (1999) as diversas teorias não se contradizendo até poderão ser vistas como complementares, embora na sua base esteja a tentativa comum de explicar a morte celular, fenómeno central do envelhecimento.

1.2 - O ENVELHECIMENTO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Desde o século XVIII que a longevidade na Europa não parou de aumentar (31 anos para os 74 anos em média actuais). Segundo a Organização Mundial de Saúde, estima-se que as pessoas idosas sejam actualmente 580 milhões, dos quais 61% vivem em países desenvolvidos.

O prolongamento da vida, associado a uma diminuição da taxa de fecundidade, tem conduzido ao envelhecimento populacional. Vivemos numa sociedade em envelhecimento, onde a proporção de pessoas mais velhas está a aumentar. O envelhecimento, enquanto questão social, está na ordem do dia e é das que levanta mais desafios à sociedade actual, constituindo uma oportunidade de desenvolvimento social.

A maioria dos países industrializados estão a passar por um fenómeno de *agrisalhamento* da população, como lhe chama Giddens (2004). A percentagem de cidadãos com mais de

sessenta e cinco anos está a aumentar, de forma progressiva, e continuará a crescer assim durante as próximas décadas.

Também a sociedade Portuguesa não foge a esta tendência. A população idosa residente estimada em 1.709.099 pessoas (Direcção Geral de Saúde, 2004), representa cerca de 16,5% da população total. A esperança de vida à nascença é em Portugal, de 80,3 anos para as mulheres e de 73,5 anos para os homens. Este aumento da esperança de vida à nascença será positivo se, corresponder a um aumento da esperança de vida com saúde, autonomia e sem deficiência.

Outro indicador importante quando analisamos o impacto do envelhecimento na sociedade é o índice de dependência. O índice de dependência corresponde à relação existente entre o número de idosos e a população em idade activa (INE, 2002), que tem aumentado, sobretudo graças à diminuição da população jovem. O índice de longevidade (relação existente entre a população com 75 e mais anos e a população com 65 e mais anos) é um indicador adicional da medida de envelhecimento de uma população e tem aumentado significativamente nas últimas décadas em Portugal. De acordo com o INE (2002), a esperança de vida sem incapacidade de longa duração, também aumentou na população portuguesa.

A esperança de vida sem incapacidades, frequentemente utilizada como sinónimo de esperança de vida com saúde, é no entanto, bastante mais reduzida nas mulheres do que nos homens. Este aspecto é importante dado que, são os homens que acabam por estar mais dependentes e necessitar do apoio das mulheres, que tradicionalmente têm o papel de cuidadoras.

Estes dados são reveladores dos novos desafios que se colocam à sociedade contemporânea, sobretudo na área social e da saúde.

Ao nível social, entre outros e variados aspectos, a pessoa ao envelhecer pode experimentar uma retracção da sua vida social, existe maior probabilidade de perda de familiares e amigos, perda do papel desempenhado a nível do emprego, da sociedade e da família (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Esta retracção, não significa, como é por vezes veiculado, que a velhice corresponda a uma espécie de “segunda infância”. Esta ideia tem contribuído para uma certa infantilização, dependência e diminuição da responsabilidade individual dos idosos, conduzindo a uma inevitável redução do seu estatuto social e perpetuação de alguns mitos, preconceitos e estereótipos relacionados com a pessoa idosa: "A visão de que as pessoas idosas são no mínimo incompetentes e talvez até senis, é parcialmente responsável pela tendência da sociedade para discriminá-las, ignorá-las, ou não levá-las a sério" (Hoffman, Paris & Hall citados por Fonseca, 2004).

Uma das consequências mais graves associadas ao idadismo (sinónimo de ageísmo ou agismo) – comportamento discriminatório tendo por base a idade mais avançada – reside no facto de suscitar uma atitude negativa, o que afecta o comportamento dos mais novos em relação aos mais velhos. Tais comportamentos discriminatórios, podem contribuir para que os próprios idosos olhem para si próprios, de acordo com uma imagem socialmente conforme às expectativas generalizadas, isto é, incompetentes e incapazes.

Talvez o estereótipo mais enraizado acerca da velhice, é o de que a pessoa idosa tem comportamentos conservadores, inflexíveis e rígidos, tendo dificuldades em mudar de uma forma de comportamento para outro ou que têm pouca iniciativa ou actividade, o que parece não ser confirmado nos estudos sobre a personalidade dos idosos (Lima, 1999).

Outros estereótipos associados à velhice são: ausência de desejo e de actividade sexual, incapacidade para aprender ou dependência generalizada. Também são considerados menos activos e mais rígidos, embora também nestes casos, não existam evidências que o confirmem (Lima, 1999).

1.3 - A SAÚDE NO IDOSO

A velhice não é uma doença, pelo contrário é a prova de que se teve saúde para a atingir. Mais do que um problema, é uma parte do ciclo vital, que se constitui numa oportunidade para viver de forma saudável e autónoma, durante o maior período de tempo possível. Ao contrário do que por vezes é veiculado na sociedade contemporânea, o envelhecimento pode

ser considerado uma experiência positiva pelos próprios idosos (Lima, 1999).

O facto de a prevalência de doenças, sobretudo de doenças crónicas, ser maior à medida que se vive mais tempo, dificulta a avaliação e a distinção do que corresponde ao envelhecimento normal, daquilo que corresponde ao envelhecimento patológico.

O panorama das doenças e incapacidades que afectam os idosos não é substancialmente diferente do de outras faixas etárias, apesar da sua prevalência ser superior. No entanto, a sintomatologia e as repercussões da doença no bem-estar global dos idosos, é habitualmente maior, existindo maior probabilidade de afectar a sua autonomia e o seu ânimo (Paúl & Fonseca, 1999).

A maioria dos idosos goza de saúde física, mental e social, sendo totalmente independentes mesmo quando atingem idades bastante avançadas. Contudo, a ausência de saúde e a incapacidade aumentam com a idade.

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui assim, hoje um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução significativa no desenvolvimento social e económico dos países.

Envelhecer significa ter uma maior probabilidade de vir a ter uma ou mais doenças, embora, nem sempre seja fácil distinguir o que são alterações derivadas do próprio processo de senescência (envelhecimento primário) ou, o que é acelerado em virtude de problemas de saúde intercorrentes, ou envelhecimento secundário.

Falar de saúde do idoso é, sobretudo, falar de capacidade de adaptação, da capacidade de ir superando as crises e incapacidades e de manter uma autonomia de vida, baseada na boa evolução do seu estado funcional (Cabete, 2004).

O objectivo último do paradigma do envelhecimento bem sucedido é a melhoria da qualidade de vida, a diminuição da expressão das doenças e a prevenção do aparecimento de novas doenças. Um dos aspectos do envelhecimento bem sucedido é a capacidade de *coping*, o que implica saber lidar com a mudança, as perdas e o declínio. Isto assume um papel

bastante relevante, se pensarmos que, os problemas de saúde dos idosos são sobretudo crónicos. A maioria das pessoas com mais de 65 anos tem pelo menos uma doença crónica, sendo frequente que tenha duas ou até mais.

A deterioração gradual da saúde e o aumento da probabilidade de sofrer de doenças e incapacidades, que exigem mais cuidados sociais e de saúde, têm contribuído para reforçar a imagem do idoso como doente, que condiciona uma abordagem biomédica face aos cuidados de saúde das pessoas idosas.

É, portanto, pouco surpreendente, descobrir que muitos dos cuidados de saúde disponíveis para as pessoas idosas, reflectem aquela abordagem e perpetuam o estereótipo negativo de uma população idosa dependente. O fenómeno do ageísmo profissional (Novo & Ferreira-Alves, 2006) – atitudes discriminatórias por parte dos profissionais de saúde para com os idosos baseados na idade destes – ainda tem alguma preponderância nos contextos de saúde, apesar do maior enfoque sobre a problemática do envelhecimento na formação profissional generalista e a cada vez maior formação profissional especializada na área do idoso.

Uma perspectiva mais positiva, da saúde de uma população em envelhecimento, encontra-se na teoria da compressão da morbilidade (Fries citado por Squire, 2005). Este autor desafia a assunção de que, a doença é um resultado inevitável da idade avançada, e de que, uma população em envelhecimento irá requerer um acréscimo de cuidados sociais e de saúde. O autor argumenta que, devido a termos agora melhores cuidados de saúde disponíveis para as pessoas idosas, que vivem em condições sociais e ambientais melhoradas, a sociedade actual está a afastar a doença e a incapacidade até uma fase mais tardia da vida.

Fries citado por Squire (2005) crê que o ciclo de vida natural está fixado entre os 85 e os 90 anos e que nos estamos a aproximar do nosso limite biológico. Dadas as melhores condições sócio-sanitárias, poderemos inferir que poderemos ter um maior período da nossa vida livre de incapacidade, o qual será então seguido por um breve período de incapacidade antes da morte.

A capacidade funcional reflecte os comportamentos específicos, que ocorrem em ambiente real, e que são relevantes para a vida ou para a concretização de objectivos da pessoa. A avaliação funcional compreende sempre uma interacção entre a execução de uma determinada tarefa e as condicionantes ambientais, sejam pessoas, regras, barreiras físicas ou limitações de tempo.

Com o envelhecimento algumas funções, como as que já fizemos referência no plano físico, necessariamente diminuem de eficácia, outras que estabilizam, e.g., algumas variáveis da personalidade e outras que, na ausência de doença, experimentam um crescimento ao longo de todo o ciclo de vida, sobretudo as ligadas ao uso da experiência e de conhecimentos prévios.

A saúde psicológica das pessoas idosas evoca, muitas vezes, uma imagem muito negativa; na melhor das hipóteses, perda de memória e confusão e, na pior das hipóteses, senilidade.

1.4 – GERIATRIA E GERONTOLOGIA

A preocupação com o envelhecimento como área do conhecimento parece ter tido maior desenvolvimento no século XX, com o aparecimento e desenvolvimento da Gerontologia e da Geriatria.

A Gerontologia é o ramo da ciência que se propõe estudar o processo de envelhecimento e os múltiplos problemas que envolvem a pessoa idosa. É uma disciplina que devido à diferenciação dos aspectos que concorrem para o envelhecimento, se relaciona com todos os aspectos da vida do ser humano em sociedade e está ligada a várias disciplinas como a Psicologia, a Sociologia ou a Filosofia.

A Geriatria é o ramo da medicina que aborda os aspectos médicos, psicológicos e sociais da saúde e doença nos idosos (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Correia, 2003).

É uma disciplina relativamente recente, que procura abordar o fenómeno do envelhecimento sob diversas perspectivas: envelhecimento físico; o envelhecimento psicológico e as transformações nos processos sensoriais, perceptivos, cognitivos e afectivos;

envelhecimento comportamental com as expectativas, papéis sociais, motivações, personalidade; e o envelhecimento social com a influência que a sociedade e o indivíduo exercem um sobre o outro (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

A Enfermagem Gerontológica, integrando-se nessa abordagem multidisciplinar e transdisciplinar, que é a Gerontologia, tem procurado desenvolver-se acompanhando a essa perspectiva plural. O enfermeiro procura avaliar o estado de saúde e funcional do idoso, diagnosticar, planejar e intervir adequadamente, tendo em conta conhecimentos próprios e específicos sobre a pessoa idosa.

A enfermagem em Gerontologia tornou-se uma especialidade e uma competência, ultrapassando o carácter caritativo-vocacional que lhe tem sido atribuído (Agreda, 1999). Como refere Berger & Mailloux-Poirier (1995), cuidar de idosos não é uma competência inata, adquire-se através de formação, experiência e da procura pessoal e de um desejo de criar, de se realizar, aceitando desafios. Este tipo de cuidados deve apoiar-se em noções teóricas e práticas específicas, num contexto de colaboração, amor e respeito entre profissionais, idosos, famílias e demais actores envolvidos nos cuidados aos idosos. Esta é também uma forma de procurar combater a ideia que cuidar de idosos é uma atribuição de segunda categoria (Berger & Mailloux-Poirier, 1995), o que talvez se relacione com a imagem desvalorizada do idoso.

Os cuidados aos idosos são simultaneamente preventivos, curativos e paliativos e estão sobretudo ligados à cronicidade. Os idosos raramente têm problemas de saúde muito específicos, pelo que a componente técnica dos cuidados ocupa um lugar secundário.

A finalidade da enfermagem nos cuidados à pessoa idosa é ajudar o próprio idoso a desenvolver-se, aproveitando ao máximo as suas potencialidades e capacidade funcional.

Os cuidados de enfermagem à pessoa idosa têm objectivos específicos que Berger & Mailloux-Poirier (1995) sistematizaram da seguinte forma: (1) proteger e promover a saúde do idoso; (2) prevenir complicações de situações patológicas; (3) satisfazer necessidades de saúde identificadas, percebidas e/ou expressas; (4) favorecer a identidade e autonomia da pessoa idosa; (5) prevenir o isolamento social; (6) ajudar a pessoa na preservação das suas

capacidades físicas, psicológicas e sociais; (7) ajudar a pessoa no desenvolvimento de novas capacidades; (8) estimular a pessoa a inserir-se no seu meio.

1.5 - SÍNTESE

As alterações demográficas no último século, com as modificações da estrutura das pirâmides etárias, têm implicado desafios individuais e sociais relevantes.

O surgimento de novos conhecimentos científicos, a descoberta de novas tecnologias na área da saúde e as alterações políticas vigentes, tornam a relação população idosa e população activa cada vez mais próxima, originando mudanças em toda a estrutura económica e demográfica das populações, além de condicionar os diversos sectores da organização social.

Envelhecer é um processo contínuo que tem início ainda antes de nascermos. Nos nossos dias, aos “olhos” da sociedade em geral, o envelhecimento e ser velho é encarado de forma negativa. Socialmente, estar ou ser velho, significa um conjunto de perdas, de desapego, de solidão, de vazio e de falta de identidade de papéis.

Com o envelhecimento algumas funções necessariamente diminuem de eficácia (sobretudo as de natureza física), outras que estabilizam (como por exemplo algumas variáveis da personalidade) e outras que, na ausência de doença, experimentam um crescimento ao longo de todo o ciclo de vida (ligadas ao uso da experiência e de conhecimentos prévios).

Com a idade aumenta a morbilidade, podendo a doença ser um factor determinante no processo individual de envelhecimento.

Os cuidados ao idoso visam essencialmente ajudá-lo a desenvolver-se, reconhecendo-lhe potencialidades para o fazer. A enfermagem gerontológica e/ou geriátrica, apesar de recente tem procurado acompanhar esta perspectiva, mobilizando os conhecimentos específicos que os cuidados à pessoa idosa exigem.

2 - ... O ENFERMEIRO ...

2.1 - ENFERMAGEM: DO OFÍCIO À DISCIPLINA

Até meados do século XX a referência mais marcante para os enfermeiros, foi o legado de Florence Nightingale que, apesar de não ser considerado um modelo/teoria conceptual, conduziu a prática de enfermagem durante mais de um século.

No início do século XX, o papel do enfermeiro começou a perder o seu carácter oblativo, tornando-se um esforço para prestar correctamente os cuidados prescritos pelo médico.

Nos anos 50 surgiram as primeiras abordagens teóricas da ciência de enfermagem, nomeadamente os trabalhos desenvolvidos pelos finalistas do curso do *Columbia University's Teachers College*, que procuravam responder às necessidades de formação, para o desempenho de novas funções atribuídas aos enfermeiros, nomeadamente nas áreas do ensino e da gestão.

Os primórdios da enfermagem moderna transportavam ainda uma clara influência religiosa, mantendo valores como o ideal de servir, espírito de sacrifício e de missão. O papel do enfermeiro era grandemente modelado pelo papel do médico que geria o tratamento, e o papel (predominantemente passivo) do doente, procurando satisfazer todos desejos e necessidades deste último.

A prática de cuidados, não apenas no âmbito da enfermagem, mas também das demais profissões de saúde, era guiada pelo modelo biomédico. A acção que tem na base esta concepção desvaloriza a natureza psicossocial e humanista dos cuidados e assenta na base de uma dicotomia mente-corpo, valorizando sobretudo o “tratamento” da doença, como núcleo da acção global do profissional de saúde.

Com o avanço tecnológico da medicina emerge uma nova ideologia de profissionalismo, baseada na competência técnica. O enfermeiro tem acesso a conhecimentos e capacidades

técnicas, sobretudo de âmbito médico. A tecnicidade passa a ser um objectivo da sua formação e acção, uma forma de ter acesso ao conhecimento médico e uma compensação para a servidão dos cuidados aos doentes (Collière, 1989; Kérouac et al., 1994).

O objectivo dos cuidados é, nesta óptica, a cura do corpo físico e não o bem-estar proporcionado pelos cuidados prestados a um Ser único, no seu todo. Este paradigma tecnicista/biomédico enfatiza a rotinização e as boas práticas alicerçadas na perícia dos procedimentos instrumentais, que numa certa visão maniqueísta, procura «repor o dano». É um modelo que favorece a rotinização de tarefas, e que, dada a tangibilidade dos resultados, com predomínio do saber-fazer, é por vezes alvo de valorização social, o que tem contribuído para que os enfermeiros, “a pouco e pouco, vão encontrar na tecnicidade uma compensação para a servidão dos cuidados aos doentes” (Collière, 1989, p. 94).

O conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (1949), como “um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou mal-estar físico”, veio contribuir para a tentativa de ruptura com o modelo biomédico.

Os cuidados de enfermagem começam, reflexo da evolução social a revelar preocupações humanistas e começam a centrar-se no que o cliente define que é o melhor para si. Intervir passa a significar ser com a pessoa, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, no seu ritmo e segundo o caminho que ela própria escolher. Começa a ganhar algum sentido a noção de parceria e a enfermeira e cliente procuram ser parceiros nos cuidados individualizados (Kérouac et al., 1994).

Do outrora *ofício* de ser enfermeiro, chegou-se à profissão de enfermagem. A reivindicação de um novo estatuto parece legítima, dado que os cuidados de enfermagem respondem aos critérios apontados por Parsons (citado por Martin, 2004) para o estabelecimento de uma profissão e disciplina específicas: (1) elevado nível de competências técnicas com uma formação académica específica; (2) relação com os clientes caracterizada por uma assimetria, associada à desigual distribuição das competências; (3) respeito por um código de ética; (4) renúncia da procura dum proveito pessoal; (5) existência de uma autoridade superior, que exerce um controlo sobre as actividades profissionais.

A reivindicação do estatuto profissional e disciplinar baseia-se também na argumentação de que a enfermagem possui os seus próprios instrumentos: o processo de cuidados, os diagnósticos de enfermagem, as metodologias derivadas das teorias de cuidados, as práticas, métodos e discursos próprios (Martin, 2004).

Hesbeen (1999), no entanto, alerta-nos para a dificuldade que existe em precisar as características dos cuidados de enfermagem, dado que eles são vastos, por vezes um pouco ténues, e sobretudo pouco sistemáticos e não espectaculares. Pela sua natureza, na opinião do autor, toda a tentativa de descrição exaustiva do cuidado de enfermagem está votada ao fracasso.

O carácter autónomo da profissão complementa o carácter interdependente das intervenções dos enfermeiros, na articulação com os demais profissionais de saúde e em particular os médicos, pela relação tradicional e funcional.

As principais linhas orientadoras de âmbito regulamentar do exercício da enfermagem em Portugal são: o Regulamento para o Exercício da Profissão de Enfermagem (Decreto-lei n.º 161/96 de 4 de Setembro); o Código Deontológico dos Enfermeiros (Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril, artigos 74.º a 92.º) e o Enquadramento conceptual e Padrões de Qualidade, que integram as competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, da Ordem dos Enfermeiros, estas suportadas nas orientações do International Council of Nursing.

A recentemente criada, Ordem dos Enfermeiros, veio contribuir para, uma maior regulamentação da profissão, a consolidação de uma autonomia responsável da profissão e um fortalecimento do seu papel social. Entre as suas atribuições destacam-se: promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem; regulamentar e controlar o exercício da profissão de enfermeiro e assegurar o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional.

O Regulamento para o Exercício Profissional de Enfermagem, procurou clarificar o âmbito da profissão, definindo Enfermagem como a profissão que, na área da saúde, tem como

objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade tão rapidamente quanto possível (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, 1998).

2.2 - CUIDAR: NO EPICENTRO DA ENFERMAGEM

É possível agrupar os conceitos centrais da disciplina de enfermagem em seis escolas: a das *necessidades*, a da *interacção*, a dos *efeitos desejados*, a da *promoção da saúde*, a do ser *humano unitário* e a do *cuidar* (Kérrouac et al., 1994).

Desde os anos 70, que a chamada Escola do Cuidar, tem vindo a dominar a teorização em enfermagem. Bento (1997) refere que este papel central se deve a, pelo menos, duas teóricas desta escola: Leininger, que utiliza como pressuposto, que o cuidado é a essência da enfermagem, o seu foco principal, dominante e unificador; e Watson, para quem a enfermagem consiste na ciência, arte e na filosofia do cuidar. A Enfermagem torna-se nesta linha, a profissionalização da capacidade cuidar.

Diferenciando-se da prática que encara o cuidado como um meio para atingir um fim, que se refugia na valorização da tecnologia, nas tarefas e procedimentos visando um maior estatuto social, o modelo que tem por base a ciência e a arte de cuidar, considera-o como um fim em si mesmo.

As práticas de cuidados, no entanto, têm revelado um comportamento por vezes “pouco cuidador”. Gordon citada por Jacono (1993) analisando as razões de uma prática que subestima o paradigma do cuidar, identifica, por um lado, que os enfermeiros, ao relacionar o cuidar com o papel de submissão da mulher, procuram na técnica, uma forma de o realizar sem se colocarem numa posição de subserviência, e por outro lado, uma sociedade que não valoriza, também ela, o cuidar.

Os enfermeiros porém, não detêm o monopólio de ser cuidador, de prestar cuidados ou das intervenções alicerçadas numa perspectiva humanista, como por vezes se procura fazer

entender.

Se os cuidados de enfermagem se enquadram no cuidar, não devem no entanto, confundir-se com este. A atenção prestada ao outro – o cuidado – diz respeito a todos os profissionais de saúde. O que deve distinguir os diferentes agentes das profissões e saúde, não deve ser a perspectiva de cuidar, dado que também elas procuram ajudar a pessoa e família, mas as características do exercício da profissão (Hesbeen, 1999).

Cuidar pode ser entendido, como uma atenção particular a uma pessoa que vive uma situação que lhe é particular, numa perspectiva de o ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a saúde (Hesbeen, 1999). Os cuidados de enfermagem são a atenção particular prestada por um enfermeiro a uma pessoa/família ou grupo de pessoas. Estes cuidados inserem-se numa relação interpessoal e compreendem o que o enfermeiro faz, dentro da sua esfera de competência.

Partindo da análise do trabalho de Jean Watson, Hesbeen (1999) faz uma reflexão sobre o que é essencial e acessório nas profissões de ajuda e que está directamente relacionado com a perspectiva de cuidar. A essência da prática de cuidar baseia-se na relação interpessoal de um beneficiário de cuidados que precisa de ajuda, e de alguém que tem por missão ajudar, numa situação em que o prestador é chamado a intervir. O acessório da prática de cuidados diz respeito aos vários meios, mais ou menos específicos de cada profissão, que é o suporte para a sua acção de cuidar. Se a essência pode ser comum a todos os prestadores de cuidados, o acessório pode ser específico a cada um.

A *perspective soignante*, essencialmente francófona, que não colide, antes complementa a visão de Watson apresentada. Hesbeen (1999) refere-nos que o *caring* é diferente da *perspective soignante*, embora ambas, sejam no fundo, cuidar. As duas perspectivas reforçam a importância que o cuidar tem na enfermagem e apresentam uma tonalidade claramente humanista, que permite promover a reflexão dos profissionais.

O *caring* representa uma teoria, uma ciência e uma filosofia; o *prendre soin* uma filosofia, um valor e uma forma de caminhar na existência. Desta forma, o *caring* pode aparecer como menos favorável à abertura e à criatividade. De acordo com Hesbeen (1999), o risco de tal

acontecer com o *prendre soin* é menor, porque ele não pretende o estatuto de um saber científico.

O *caring* inscreve-se numa abordagem existencial de âmbito exclusivo da enfermagem, ao passo que o *prendre soin* é essencialmente multidisciplinar. Não é raro que os enfermeiros se apropriem da exclusividade do domínio do cuidar, deixando aos médicos em particular, as acções relativas à reparação do «corpo-objecto». Esta tendência é fortemente marcada pela preocupação de reconhecimento da profissão de enfermagem, contrariando deste modo, a perspectiva dominante da primeira metade do século XX, de predomínio tecnicista/mecanicista da acção do enfermeiro.

A *demarche soignante*, é o termo que designa a capacidade da pessoa de se mobilizar, de ir ao encontro do Outro, visando caminhar com ele e tecer relações de confiança, apoia-se em dois conceitos: um encontro e um acompanhamento.

A *demarche soignante* integra-se na *perspective soignante*. Esta é utilizada em sentido amplo, reagrupando o conjunto dos intervenientes da equipa pluridisciplinar que têm por missão prestar cuidados às pessoas. O termo *soignante* ultrapassa largamente o estatuto profissional, designa assim uma intenção. Não é necessário ser enfermeiro, médico ou outro profissional para se ser cuidador; estes profissionais poderão integrar um corpo de conhecimentos específicos na intenção de cuidar.

Mais do que atribuir aos médicos ou outros técnicos de saúde a perspectiva curativa e aos enfermeiros a perspectiva de cuidadores, seria benéfico que houvesse no âmbito pluridisciplinar, uma perspectiva *soignante* que, dê visibilidade na acção, ajuda e benefício a quem cuida e a quem é cuidado. Esta perspectiva reforça o papel da pluridisciplinaridade.

2.3 – JEAN WATSON

Jean Watson desenvolveu uma filosofia e teoria de enfermagem, considerando o cuidar nas suas várias vertentes. Conhecida como *Teoria do Cuidar Humano*, foi desenvolvida entre 1975 e 1979, ano em que a autora publica a sua primeira obra mais relevante: *Nursing: The*

Philosophy and Science of Caring.

Watson classifica a sua teoria como fenomenológica existencial e espiritual, desenvolvida a partir de um referencial humanista e suportada pelas ciências humanas, que são as que, na opinião da autora, fundamentam a ciência do cuidar. A definição de saúde proposta por Jean Watson considera alguém saudável quando existe "unidade e harmonia entre mente, corpo e alma" (Watson, 1999). O resultado terapêutico da acção do enfermeiro, visa essencialmente contribuir para o bem-estar do paciente, afastando-se da perspectiva restritiva de tratar.

O enfermeiro é co-participante no processo que se pretende de transacção de cuidados humanos entre uma e outra pessoa, cabendo ao enfermeiro prestar cuidados profissionais, pessoais, científicos, estéticos, humanos e éticos.

Os conceitos essenciais e específicos do modelo teórico de Watson são: o cuidado transpessoal, o campo fenomenológico e o momento do cuidado actual.

Para Watson (1999), o objectivo proposto para a enfermagem é ajudar as pessoas a adquirirem um nível mais elevado de harmonia entre mente, corpo e alma, o que é gerador de processos de auto-conhecimento, auto-respeito, auto-cura e auto-cuidado, permitindo o crescimento da diversidade.

Na teoria de Watson (1985) existem de acordo com a autora quatro pontos essenciais: (1) para ser eficaz o cuidar deve promover a saúde, bem como, o crescimento individual ou familiar; (2) o ambiente de cuidar é propício ao desenvolvimento de potencialidades, permitindo a uma pessoa escolher a melhor acção por si próprio, num dado momento; (3) a prática de cuidar associa conhecimentos biofísicos e conhecimentos do comportamento humano; (4) e a prática do cuidar está no centro da disciplina de enfermagem.

Watson define cuidar como um conjunto de factores, que designa de *caratif factors* (traduzidos por alguns autores como *factores cuidativos*), que fundam um processo de cuidados, favorecendo o restabelecimento ou manutenção da saúde, ou de uma morte tranquila (Watson, 1985, p. 21). O neologismo *cuidativo*, opõem-se ao termo curativo, este mais generalizado e determinando uma perspectiva de tratamento da patologia. Os *factores*

cuidativos são, os que na opinião de Watson, a enfermeira utiliza para proporcionar cuidados aos pacientes/clientes.

Estes *factores cuidativos* são suportados por uma filosofia humanista e por um corpo de conhecimentos científicos, que não cessa de se desenvolver e servem de guia estruturante para compreender o processo terapêutico interpessoal, que se instaura entre enfermeira e pessoa cuidada (Watson, 1985).

Os *factores cuidativos* estão na base da concepção da disciplina de enfermagem como actividade profundamente humana, contribuindo para o estudo e compreensão dos cuidados de enfermagem e para a concepção de enfermagem como a ciência do cuidar. Estes factores, são pela autora considerados centrais no processo de cuidados, sendo utilizados para ajudar o cliente a conservar e alcançar a sua saúde, ou mesmo, obter uma morte tranquila e são os seguintes:

- I. Formação de um sistema de valores humanista-altruísta;
- II. Instilação de fé-esperança;
- III. Cultivo da sensibilidade ao próprio e ao das demais pessoas;
- IV. Desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança;
- V. Promoção e a aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos;
- VI. Uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisão;
- VII. Promoção do ensino-aprendizagem interpessoal;
- VIII. Provisão de um ambiente de apoio e protecção mental, física, sociocultural e espiritual;
- IX. Assistência visando a satisfação das necessidades humanas;
- X. Permissão de forças existenciais fenomenológicas.

Watson considera que, os três primeiros factores de cuidar, interagem de forma a estabelecer uma fundamentação filosófica para a prática de enfermagem.

Tendo em conta o papel que a relação tem na acção de cuidar e a evidência empírica, que demonstra, que a qualidade da relação é o elemento mais significativo na efectividade da ajuda (Watson, 1985), compreende-se a importância da relação de confiança-ajuda como factor cuidativo. O estabelecimento da relação pressupõe o conhecer a pessoa, o seu espaço e o seu campo fenomenológico e baseia-se em elementos da Relação de Ajuda como a empatia ou a congruência.

A pesquisa e resolução sistemática de problemas implicam a utilização do processo de enfermagem como facilitador da tomada de decisão.

Providenciar um ambiente de apoio e protecção, tem uma dimensão operacional em que a autora propõe: a promoção do conforto, garantir a privacidade, garantir a segurança, promover a limpeza e a estética (Watson, 1985). Este elemento estético é particularmente inovador e dele emerge um olhar atento e ecológico ao que nos rodeia, num ruptura como modelo biomédico.

Os elementos ambientais, como por exemplo, o conforto, ou a privacidade, são pressupostos para uma relação de confiança, entre paciente e enfermeiro, e para o bem-estar do doente. A sua ausência, pode levar a situações prejudiciais como a humilhação, o embaraço do doente e no fundo a despersonalização dos cuidados (Watson, 1985).

As acções de enfermagem visam assistir o paciente na satisfação do padrão de necessidades humanas básicas, que a autora hierarquiza em biofísicas (na base da pirâmide) ou de ordem inferior e as de ordem superior ou psicossociais (Watson, 1985).

A autora subordina a satisfação das necessidades básicas de ordem inferior a uma finalidade mais vasta, nomeadamente ao desenvolvimento do paciente enquanto pessoa, e à concretização dos seus objectivos de vida, visando a auto-realização, ou seja, a satisfação das necessidades que a autora considera de ordem superior.

De acordo com Watson, é fundamental reconhecer a individualidade e a identidade de cada pessoa, o que se relaciona com modo particular e único como cada pessoa vive a sua experiência subjectiva. A incorporação de factores fenomenológico-existenciais na ciência

do cuidar, ajuda o enfermeiro a compreender o sentido que o paciente encontra na vida (Watson, 1985), partindo da forma como as coisas se lhes apresentam, da totalidade da sua experiência enquanto Ser-no-mundo (Watson, 1999). O quadro de referência da pessoa só pode ser do conhecimento da própria, embora possa ser conhecido pelo enfermeiro através de inferências empáticas.

A resposta do paciente quando se confronta com os problemas da sua existência, depende, não apenas da realidade objectiva, mas também, do campo fenomenal (realidade subjectiva) em que a experiência é percebida, o que faz com que a resposta seja sempre única, de modo a desenvolver um significado pessoal para a sua vida.

2.4 - SÍNTESE

A enfermagem evoluiu de um cariz oblativo-religioso, para uma cada vez maior diferenciação profissional. A crescente preocupação humanista e de desenvolvimento profissional, que passa pela melhoria da relação com o utente, contrapõe-se a um predomínio da perícia técnica instrumental, que durante algum tempo modelou a enfermagem.

Os cuidados de enfermagem têm vindo a desenvolver-se num contexto de mudança do papel dos utentes, evolução das concepções de saúde e doença, evoluções técnicas e sociais aos mais diversos níveis.

O progressivo afastamento da estrutura de cura, campo de certa forma exclusivo da autoridade médica, tem permitido aos enfermeiros a individualização dos cuidados de enfermagem e a definição dos limites das suas intervenções.

Jean Watson, teórica de enfermagem da *Escola do Caring*, propõe uma Teoria do Cuidar Humano que se constitui também como uma filosofia, uma ciência e uma arte. Nesta tonalidade geral do desempenho do enfermeiro, é explicitamente humana e releva essencialmente da corrente existencial, quer dizer, atenta à pessoa na singularidade da sua existência.

Vários outros aspectos caracterizam o pensamento de Watson. Mas de uma forma resumida poderemos dizer que as duas ideias-chave são: O enfermeiro tem em conta a globalidade da experiência da pessoa, num momento específico da sua existência (existencial); e cada pessoa possui um campo fenomenal único, subjectivo e metafísico que lhe permite fazer face às diferentes situações da vida (fenomenológico).

3 -... E A FAMÍLIA ...

3.1 - CONCEITO DE FAMÍLIA

O conceito de família foi mudando ao longo dos séculos e continua em evolução, porque a sua concepção está intrinsecamente ligada às alterações na sociedade – as mudanças sociais implicam mudanças nos padrões familiares e as mudanças nos padrões familiares contribuem para mudanças sociais – não fora também ela uma agregação social.

Várias têm sido as abordagens de compreensão e intervenção no âmbito familiar. Os autores que se dedicam à análise e estudo da família, em modelos de inspiração sistémica, convergem no sentido de a considerar como um sistema, vivo, uno, que deve ser entendido na sua globalidade e que só nessa perspectiva holística pode ser compreendido (Relvas, 2000). Este carácter uno, emerge dos elementos que a compõem e a tornam única. A família como sistema é um todo, mas integra-se em sistemas mais vastos, como a comunidade.

A família, constituída por uma união socialmente aprovada, de um homem, uma mulher e os filhos de ambos, pode ser considerada um fenómeno universal, que se encontra presente em todos os tipos de sociedade (Oliveira, 2002).

A polissemia associada ao conceito de família surge em virtude da diversidade das suas estruturas, formas de organização e representações, de tal modo que qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum, pode ser encarado como família.

Apesar da heterogeneidade conceptual algumas definições encontram algum consenso. Castellan citado por Oliveira (2002) define a família como "uma reunião de indivíduos unidos pelos laços do sangue, vivendo sob o mesmo tecto ou num mesmo conjunto de habitações, e numa comunidade de serviços" (p.19). A estrutura mais difundida na contemporaneidade, refere-se à família conjugal nuclear como a coabitação e a cooperação

socialmente reconhecidas de um casal e dos seus filhos.

Na classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE), a família é definida como um grupo com as seguintes características específicas: grupo ou conjunto de seres humanos considerados como indivíduos ligados uns aos outros por laços de sangue, parentesco, relações emocionais ou legais, incluindo outras pessoas significativas (International Council Of Nurses, 2000).

Lévi-Strauss citado por Oliveira (2002) elaborou um modelo que serve para designar um grupo social que possuindo, pelo menos, as três características seguintes, poderemos chamar família:

- Tem origem no casamento;
- É formado pelo marido, pela esposa e pelos filhos nascidos do casamento, ainda que outros parentes possam ter lugar no grupo nuclear;
- Os membros da família estão unidos por laços legais; direitos e obrigações económicas, religiosas e de outro tipo; uma rede de direitos e proibições sexuais, além duma quantidade variável e diversificada de sentimentos psicológicos, tais como amor, afecto, respeito, medo.

Analisando noutra perspectiva, a família enquanto grupo doméstico integra os indivíduos que vivem em coabitação (critério de localização), que partilham um conjunto de actividades, de elementos e de modos de vida (critério funcional) e que estão unidos por uma rede de laços que integram a consanguinidade e a aliança (critério de parentesco), a que se poderá juntar um critério normativo, pois que, apesar do aumento das uniões de facto, a grande maioria das pessoas nas sociedades ocidentais, continua a formar família segundo as regras institucionais civis ou religiosas.

Sintetizando, parece existir um carácter universal nesta visão de família ou grupo doméstico, que se define e organiza a partir dum espaço comum, obedece a um certo número de formalidades e funcionalidades e obedece a regras de definição, selecção e distinção dos parentes, com base no sangue, na aliança institucional ou de facto e no contratual, daqueles

que o não são (Giddens, 2004).

As famílias como agregações sociais, têm ao longo dos tempos, assumido ou renunciado às funções de protecção e socialização dos seus membros, como resposta às necessidades da sociedade pertencente. As funções familiares regem-se por objectivos de dois níveis: um de nível interno, como a protecção psicossocial dos membros; e o outro de nível externo, como a acomodação a uma cultura e sua transmissão.

A família deve então, responder às mudanças externas e internas de modo a atender às novas circunstâncias sem, no entanto, perder a continuidade, proporcionando sempre um esquema de referência para os seus membros. Existe conseqüentemente, uma dupla responsabilidade, isto é, a de dar resposta às necessidades quer dos seus membros, quer da sociedade (Stahnope & Lancaster, 1999).

Duvall & Miller citados por Stahnope & Lancaster (1999) identificaram como funções familiares, as seguintes:

- gerar afecto, entre os membros da família;
- proporcionar segurança e aceitação pessoal;
- proporcionar satisfação e sentimento de utilidade;
- assegurar a continuidade das relações;
- proporcionar estabilidade e socialização;
- inculcar noção de autoridade e sentimento do que é correcto.

Para além destas funções, Stahnope & Lancaster (1999) acrescentam ainda uma função relativa à saúde, na medida, em que a família dá apoio e resposta às necessidades básicas em situações de doença.

A evolução da sociedade actual tem levado a uma erosão da família nuclear, levando ao aparecimento de configurações familiares atípicas como: famílias reconstituídas, onde pai e madrasta convivem com filhos naturais, meios-irmãos e enteados; famílias monoparentais,

com a mãe ou o pai a viver só com o(s) filho(s); separação e divórcio; uniões de facto entre famílias homossexuais, em igualdade de circunstâncias com as famílias tradicionais. Estas novas configurações familiares têm feito emergir alguns valores até por vezes contraditórios, como sejam a individualidade e a independência, a democraticidade; a igualdade entre os elementos e a cooperação entre si, porque interdependentes uns dos outros.

Apesar destas novas configurações, Giddens (2004) refere-nos que em quase todas as sociedades podemos encontrar as famílias nucleares – dois adultos vivendo juntos num mesmo agregado com os seus filhos biológicos ou adoptados. Falamos em famílias extensas quando outro parente, além do casal e dos filhos, vive na mesma casa ou está em contacto próximo ou contínuo com eles.

De acordo com o INE (2002) a maior parte da população idosa em Portugal vive com o cônjuge, embora esta percentagem seja bastante superior nos homens, o que talvez se relacione com a sobremortalidade masculina, o celibato definitivo feminino, os casamentos de segunda ordem serem mais frequentes entre os homens, e/ou ser menor o tempo decorrido entre a dissolução do casamento anterior e a celebração de nova união em indivíduos do sexo masculino.

De acordo com o INE, com base nos censos de 2001, em 32,5% das famílias clássicas residia pelo menos um idoso e as famílias constituídas apenas por idosos representavam 17,5% do total de famílias. No total de famílias só de idosos, a grande maioria são constituídas apenas por um idoso (50,5%) e por dois idosos (48,1%). De 1991 a 2001 a percentagem de famílias clássicas com idosos aumentou cerca de 2,3%, situando-se em 2001 em 32,5% do total das famílias clássicas. Estes dados estatísticos permitem perceber, quando analisados com outros indicadores como as variações na taxa de desemprego ou na taxa de natalidade, as implicações sociais globais e para o grupo dos idosos.

3.2 - FAMÍLIA E SUPORTE SOCIAL AO IDOSO

A família tem vindo, ao longo das últimas décadas, a sofrer grandes transformações na sua estrutura e dinâmica. Outrora espaço privilegiado de solidariedade intergeracional alicerçado

no modelo de família alargada, hoje o seu espaço está cada vez mais reduzido a duas gerações (Silva, 2001), limitando o suporte e protecção aos indivíduos mais velhos.

No entanto, como refere Relvas (2000) o envelhecimento, ao contrário do que por vezes se veicula, não corresponde a uma fase de abandono pela família. Ao invés parece haver uma alteração de «quem cuida de quem», que nas palavras da autora tem a ver com a evolução sócio-cultural e demográfica, mas em que o papel da mulher se mantém fundamental. Cada vez mais é a chamada terceira idade que tem a seu cargo os mais idosos. São os idosos mais autónomos que cuidam dos idosos mais dependentes (a também chamada 4ª idade, com 80-90 anos).

As profundas transformações na sociedade em geral e em especial na estrutura familiar, como a crescente participação da mulher no mercado do trabalho e na vida pública, o aumento do número de divórcios ou a diminuição da taxa de fecundidade, têm contribuído para que o modelo de família nuclear venha a assumir cada vez mais importância.

As pessoas idosas encontram-se muitas vezes, nos últimos anos da sua vida, sós, em casa, isoladas ou em instituições. Como refere Silva (2001), outrora, a saída dos filhos para casar não os desresponsabilizava face ao envelhecimento, doença ou necessidades dos seus pais e/ou avós. Hoje uma grande parte dessa responsabilidade passou para o Estado e outros organismos de solidariedade.

Como refere Oliveira (1999) não são apenas os familiares e as instituições sociais que têm o dever de apoiar e confortar o idoso, mas também o Estado tem um papel que lhe é conferido pela Constituição da República Portuguesa que dedica aos idosos o artigo 72, onde é referido que: “As pessoas idosas têm o direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia e evitem e superem o isolamento e a marginalização social”.

Quando uma pessoa idosa em situação de dependência (de saúde e/ou económica) faz parte do agregado familiar, as dificuldades da família aumentam e podem desafiar profundamente as relações de solidariedade, sobretudo em situações de doença crónica.

Novos desafios se têm colocado à sociedade actual, relativamente à capacidade de apoio aos membros mais dependentes, pelas famílias: precariedade do emprego; limitações habitacionais; limitações temporais.

Apesar destas dificuldades, ainda é a família que assume maior importância na satisfação das necessidades do idoso dependente, embora cuidar de um idoso dependente possa levar ao esgotamento de recursos físicos, económicos ou emocionais dos familiares (Bris, 1994). As solicitações do doente podem ser de tal forma, que levam a uma grande e contínua sobrecarga física, emocional e social, podendo contribuir para o seu isolamento (Paúl, 1997). Além disto, é uma situação emocionalmente forte ver o familiar física ou cognitivamente incapacitado, podendo o cuidador experienciar um vasto leque de emoções: culpa, raiva, frustração, exaustão, ansiedade, medo, tristeza, amor e sensação de não ter feito um bom trabalho (Lund, 2005).

O papel de prestador de cuidados, é um momento de transição que requer a reestruturação de objectivos, comportamentos e responsabilidades, podendo levar a dificuldades no cumprimento de obrigações familiares e profissionais.

As razões pelas quais alguém se torna cuidador podem ir do voluntarismo afectivo até à obrigação da responsabilidade, ou até mesmo as duas razões em simultâneo. Independentemente das circunstâncias que levam uma pessoa a ter de cuidar de outra pessoa, funcionalmente dependente dos seus cuidados, a maioria das pessoas não está preparada para essa tarefa.

Tornar-se cuidador pode, apesar de tudo, ser também recompensador, quando permite a aquisição de novas competências, de novas forças e de novos amigos e contactos (Lund, 2005). Ser cuidador pode até permitir que se compensem anos de falta de proximidade,

“(...) a felicidade que nos advém de tornar mais doce o fim de vida de que nos é querido, são razões de sobra para tornar positiva a eventual sobrecarga e desgaste físico que a prestação de cuidados a um idoso acarreta.” (Paúl, 1997, pp.128-29)

De acordo com Lund (2005), há alguns anos foi sugerido que cuidar de um membro da família fosse considerado como um acontecimento normativo da vida familiar, dado que,

tornar-se cuidador significa entrar numa nova fase, com perdas e ganhos que determinarão reajuste e um novo rumo na vida familiar.

As redes sociais de apoio ou suporte são um aspecto crucial da vida dos idosos, mesmo num contexto institucional, sendo decisivas no sentimento de bem-estar físico e psicológico dos indivíduos. O suporte disponibilizado por quem assume o papel de cuidador, por obrigação moral ou social, é geralmente um esforço intencional reconhecido socialmente, que pode surgir espontaneamente ou a pedido de quem dele necessita (Ornelas, 1994).

O *suporte familiar* refere-se às funções desempenhadas para o indivíduo idoso por membros da família. Quando nos referimos a suporte sócio-emocional consideramos o apoio em que são veiculadas emoções como: o amor, a estima, a confiança, ou preocupação. O *suporte familiar instrumental* diz respeito a bens, equipamentos, dinheiro, tempo ou esforço para ajudar com tarefas ou actividades da pessoa idosa que dele necessita.

O termo *cuidador informal*, habitualmente utilizado no contexto de cuidados à pessoa com algum grau de dependência, refere-se ao indivíduo, familiar ou amigo que assegura a maior parte dos cuidados que a pessoa em situação de dependência requer no domicílio, e surge habitualmente do sistema de relações do doente. A designação *cuidador formal*, refere-se aos profissionais dos serviços de saúde, que prestam cuidados e que formalmente assumem o exercício de uma profissão, para a qual optaram de livre vontade e tiveram preparação académica e profissional.

O cuidador primário seja familiar ou amigo, tem a incumbência de desempenhar e de se responsabilizar por determinadas tarefas relacionadas com a prestação de cuidados ao doente. Complementam a sua acção os chamados cuidadores secundários, aqueles que pontualmente, colaboram na prestação dos cuidados.

A relação com amigos e vizinhos difere da que se mantém com familiares, porque resulta de escolhas estruturadas, feitas na base de opções dentro do próprio meio social da pessoa. As amizades são relações expressivas baseadas na escolha e partilha de interesses e estão na base de trocas subjectivas significativas. As escolhas dos amigos são mais fluidas e livres do que as de vizinhos, que apesar de tudo se baseiam mais na relação de proximidade e de suporte instrumental. Quer os amigos, quer os vizinhos, fornecem importantes tipos de apoio e assistência que contribuem para o bem-estar e independência dos idosos (Paúl, 1991) e são muitas vezes o único apoio de que dispõem.

Embora sejam os familiares a maior fonte de apoio físico e emocional dos idosos, os amigos têm um forte efeito no seu bem-estar subjectivo. Os amigos são, assim, uma importante parte das redes de apoio social, implicando múltiplos aspectos que vão desde a partilha de intimidades, apoio emotivo, oportunidades de socialização e apoio instrumental.

Enquanto os encontros com a família nem sempre são fáceis, podendo ser ritualizados, estéreis e mais frequentemente resultam em conflito; o encontro com os amigos pode ser mais estimulante e positivo para o idoso (Paúl, 1991). Dentre os amigos, os mais íntimos têm um potencial diferente e mais forte em termos relacionais, o que se manifesta no acompanhamento ao doente idoso hospitalizado.

3.3- SÍNTESE

O conceito de família tem evoluído ao longo dos tempos, reflectindo as modificações contemporâneas. De forma genérica, apesar das novas configurações familiares que vêm trazer novos desafios às concepções mais tradicionais, pode considerar-se a família como uma reunião de indivíduos unidos pelos laços do sangue, vivendo sob o mesmo tecto ou num mesmo conjunto de habitações, e numa comunidade de serviços

O aumento da população idosa, em particular com doença crónica e dependência, levou a

alterações na estrutura demográfica das famílias, o que tem apelado à sua função de suporte.

Embora se discuta a perda do papel solidário, outrora atribuição da família, não é de estranhar a repercussão que algumas exigências da vida contemporânea têm tido nesta evolução. A mulher, cuidadora por excelência, está menos tempo em casa e tem menos tempo disponível para cuidar dos idosos que necessitam. Assiste-se também ao aumento da prestação de cuidados a idosos por outros idosos.

O tipo de suporte, ou apoio, fornecido pela família pode ser de diversos tipos, desde o instrumental ao afectivo. Cuidadores formais, informais, primários e secundários, todos desempenham um papel fundamental no apoio ao idoso dependente.

Os amigos também são uma ajuda preciosa para o suporte emocional ao idoso, pois desempenham funções que complementam a dos familiares.

4 -... **EM PARCERIA** ...

4.1 - UM CONCEITO ACTUAL

Definitivamente o termo parceria entrou no vocabulário contemporâneo, emergindo como um aspecto positivo e a promover, sendo crescente a sua utilização no vocabulário comum, técnico-científico e também académico.

Não sabemos porém, se essa maior utilização linguística corresponde a uma maior, e sobretudo, a uma mais efectiva utilização em concreto da parceria, com melhores resultados, independentemente do âmbito em que seja utilizado.

Alguns autores utilizam o conceito de parceria definindo-o de forma clara, enquanto outros o fazem sem o definirem, exigindo portanto um esforço de inferência.

O conceito de parceria tem vindo a ser utilizado por várias áreas do conhecimento com particular relevância para o Serviço Social, a Gestão Empresarial, a Educação ou a

Enfermagem. O âmbito das parcerias, tende no entanto, a ultrapassar estas fronteiras artificiais, já que é cada vez mais comum (e benéfico) a inter-relação entre estas áreas.

A parceria intersectorial é um dos paradigmas chave do Health for All da Organização Mundial de Saúde e de alguns relatórios da União Europeia (Squire, 2005). A parceria com as pessoas idosas é uma das ideias chave das directivas para o apoio integrado a Idosos, com a chancela da Organização das Nações Unidas.

No âmbito da prestação de cuidados de enfermagem constata-se a associação do conceito de parceria a uma visão interpessoal, ao contrário da visão inter-organizacional de outras áreas como a gestão.

No campo dos cuidados de saúde, a área que mais promoveu a perspectiva de parceria foi provavelmente a saúde materna e infantil (Darling, 2000), pelo papel que os pais desempenham no suporte aos filhos.

4.2 - CIRCUNSCREVENDO O CONCEITO

No Dicionário Universal da Língua Portuguesa (2002) o conceito de Parceria surge como uma *reunião de indivíduo para um certo fim de interesse comum*. Esta definição relaciona-se talvez com a proveniência do termo de Partnership como relação entre sócios, numa mesma equipa (Zay citado por Gomes, 2002).

Como refere Rodrigues & Stoer (1998), a noção de parceria, apesar de não ser nova em Portugal, foi impulsionada pela participação de projectos portugueses em programas europeus.

Das várias definições explícitas de parceria que é possível encontrar, salientam-se algumas que pela sua maior clareza, ou por incorporarem algumas ideias que julgamos centrais, poderão ajudar a clarificar o conceito. Assim, parceria pode ser considerado:

- No âmbito da promoção de saúde, “respeitar as perspectivas das outras pessoas, analisar as nossas atitudes face aos cuidados sociais e de saúde e chegar a consensos e a decisões conjuntas acerca das actividades e programas de promoção da saúde”; é a “partilha de ideias, conhecimentos e capacidades com outros” (Squire, 2005, p. 204-205);
- Processo dinâmico negociado, em conjunto por duas partes, doentes/famílias e enfermeiros, aproveitando saberes, o querer e o sentir de cada um, respeitando as crenças e saberes, no intuito de querer alcançar um objectivo comum (Gomes, 2002, p. 210). Na opinião da autora falta a noção de reflexão, que deve ser promovida no doente;
- No âmbito da Educação em Enfermagem, para Lopes & Rebelo (2000) é entendido como projecto de envolvimento numa acção comum, concreta e negociada;
- Uma negociação entre duas ou mais partes, utilizando as capacidades de cada uma delas, visando um resultado vantajoso, no interesse do grupo social (Cerqueira et al. Citados por Carvalho, 2002);
- Um “compromisso numa acção comum negociada”, para Zay & Gonnin-Bolo citados por Gomes (2002, p. 66);
- Um “processo durante o qual o doente e o enfermeiro trabalham juntos para amortecer o impacto com a hospitalização” (Martins, 2002, p. 10).

Nas definições explícitas apresentadas identificam-se alguns aspectos comuns. Esta transversalidade de alguns atributos centrais permite ajudar a centrar o conceito, o que vem ao encontro do que refere Honoré (1998), segundo o qual todas as acepções de parceria, se encontram algumas ideias comuns: associação; actividade onde o benefício tem um carácter aleatório e ideia de sinergia pela qual cada um depende do outro.

O grande enfoque dado à negociação, que parece ser comum às várias definições, talvez se funde no pressuposto que, na parceria não há homogeneidade ou consenso, mas sim uma heterogeneidade, em que se reconhece a possibilidade de conflito que obriga à construção de um compromisso (Gomes, 2002), surgindo este como outro dos aspectos recorrentes mais relevantes nas diferentes definições de parceria.

Apesar da contribuição das definições de parceria apresentadas, será que se poderá dizer que só poderá falar em parceria se todos os atributos que definem parceria estiverem presentes? Basta que alguns deles estejam presentes? Se sim, quais? Quais de entre eles são fundamentais? São dúvidas como estas que demonstram a complexidade do conceito.

Gomes (2002), no seu estudo sobre a operacionalização do conceito de parceria no processo de cuidados de enfermagem ao idoso, identificou níveis de parceria, condicionados essencialmente pelo comportamento dos actores envolvidos. Nesse estudo, foi feita uma hierarquização da parceria em quatro níveis, com base nos atributos definidores: existe um nível máximo, caracterizado por uma acção conjunta negociada entre os parceiros; existem dois níveis intermédios, em que o enfermeiro informa em função da solicitação do doente, ou informa em função da natureza da acção; num nível inferior – nível zero – o doente é excluído da acção, ou seja, não é tornado parceiro. Neste último nível, depreende-se que já não poderemos falar em parceria.

Os dois eixos que resultam nesta hierarquização, estão sobretudo dependentes de dois grandes factores: querer ser e o tornar parceiro (Gomes, 2002, p. 212). É da intersecção do querer ser parceiro – uma dimensão intrapessoal – e do tornar parceiro – uma dimensão interpessoal – que resultam os diferentes níveis de parceria. Importa não esquecer que ser, é diferente de ter capacidade para, e é neste processo de capacitação de um e de outros para serem parceiros, que se poderá falar em níveis de parceria (Gomes, 2002).

4.3 - SER PARCEIRO

O que se entende por ser parceiro? De uma forma simplista, pode-se dizer que é uma pessoa (dimensão agente) à qual um Outro se associa (dimensão relação), num jogo em que praticam (dimensão acção) certas actividades. Esse jogo (exige regras, o que alude à dimensão ética) pode ser um agir, procurando (dimensão processo) fazer face aos problemas encontrados (dimensão resolução de problemas/objectivos). Integra uma certa noção de co-responsabilização e de imprevisto que está associada ao jogo e que poderemos encontrar na parceria.

No modelo proposto por Young & Flower (2001), defende-se que pacientes e cuidadores devem criar uma parceria, procurando que o paciente mantenha o sentido de controlo sobre o seu corpo e sua vida, estabelecendo uma base de conhecimento e aumentando a sua participação. Estas são algumas das condições para se ser parceiro que é comum a vários autores.

Ser parceiro implica querer-ser parceiro. Está dependente da vontade de querer ter um papel activo, no trabalho com o Outro. Ser parceiro implica fazer-com ao invés de fazer-por (Santos, 2002). Christensen apresenta-nos um modelo de parceria, que salienta o papel de cliente-trabalhador, que ultrapassa o papel de mero receptor de cuidados, tornando-se participante no cuidar (Martins, 2004; Santos). Emerge claramente uma dimensão proactiva do papel do doente.

A nível nacional, a Lei de Bases da Saúde – lei nº 48/90, de 24 de Agosto, refere que os cidadãos enquanto utentes devem ter um papel activo na promoção da sua própria saúde, fazendo valer os seus direitos e cumprindo os seus deveres. Esta aponta claramente para o papel activo do utente.

De acordo com Squire (2005), existe na União Europeia uma tendência crescente das expectativas do público quanto à prestação de serviços, que poderá estar na base do cada vez maior interesse em ser parceiro, ou das entidades prestadoras em tornar parceiro.

O critério para considerar uma pessoa parceiro poderá variar em função do conceito de parceria subjacente. Tendo uma concepção de parceria apoiada essencialmente na participação, o critério para se ser considerado parceiro pode ser o grau de intervenção na acção concreta ou instrumental.

No que respeita à enfermagem autores como Henderson (1939); Orem (1959); Abdellah (1960); Parse (1987); Roy (1971); Collière (1989) e Hesbeen (2000), ajudaram-nos a clarificar e a perceber a evolução e o desenvolvimento do conceito de parceiro nos cuidados de enfermagem. Gomes (2002) estabeleceu as linhas essenciais do conceito de parceria nos principais modelos e teorias de enfermagem, sintetizadas no quadro nº.1, que apresentamos

na página seguinte.

Quadro 1 – Evolução do Conceito de Parceiro nos Paradigmas e Escolas de enfermagem

Autores	Paradigma	Escola	Papel do doente como parceiro
Florence Nightingale (1859)	Categorização Colocava ênfase na organização e manipulação do ambiente físico, social e psicológico de maneira a colocar as pessoas nas melhores condições possíveis de modo a que a natureza agisse.	Orientação para a doença e saúde pública.	Neste paradigma as enfermeiras são vistas como técnicas detentoras do saber; o doente é mero recebedor de cuidados e não é convidado a participar. É a enfermeira que realiza as acções necessárias para modificar ou manipular o ambiente de modo a contribuir com as condições ideais para a recuperação ou melhoria da saúde da pessoa.
Virgínia Herderson (1939); Dorothea Orem (1959); Faye Abdellah (1960).	Integração Intervir significa agir com a pessoa, tendo em conta a sua globalidade, a pessoa como ser bio-psico-socio-cultural-espiritual.	Necessidades O cuidado é centrado na independência, na satisfação das necessidades fundamentais ou na capacidade de concretizar o auto-cuidado	A enfermeira deve assumir a responsabilidade da pessoa até ela estar pronta para assumir por si. A pessoa é reconhecida como participante activo nos seus cuidados, mas é a enfermeira quem identifica às áreas, dentro das necessidades definidas, que o doente pode fazer por si. O Enfermeiro adopta uma posição paternalista que visa modificar o que não está bem dizendo-lhe o que deve fazer e pensar.
Hildegard Peplau (1952-1988); Josephine Paterson e Loreta Zderard (1976); Ilda Orlando (1972); Joice Travelbee; Ernestine Wiednbach e Imoge King (1971).	Integração Intervir significa agir com a pessoa, tendo em conta a sua globalidade, a pessoa como ser bio-psico-socio-cultural-espiritual.	Interacção Inspiram-se nas teorias da fenomenologia e existencialismo e centram os seus objectivos no processo de interacção enfermeiro/ pessoa.	As interacções enfermeira-cliente são a base essencial da identificação de objectivos e dos meios para atingir esses objectivos. O Enfermeiro assume o papel de autoridade detentora do saber e o doente è deste modo relegado para um papel de passividade. O conflito pode ocorrer se a enfermeira e o doente não concordam com as metas a atingir.
Dorothy Jonson, Lydia Hall (1961); Myra Levine (1973), Callista Roy (1976) e Betty Neuman (1974).	Integração Intervir significa agir com a pessoa, tendo em conta a sua globalidade, a pessoa como ser bio-psico-socio-cultural-espiritual.	Efeitos desejados Esta escola propõe que os cuidados tenham em atenção a pessoa vista como um sistema em constante interacção com o ambiente	A pessoa é o centro dos Cuidados, o objectivo de enfermagem é promover as respostas adaptativas de modo a tornar a pessoa independente. Mas na prática o que se passa é que as significações do doente são interpretadas de acordo com os valores e crenças do enfermeiro.

Mory Allen (1963)	Integração Intervir significa agir com a pessoa, tendo em conta a sua globalidade, a pessoa como ser bio-psico-socio-cultural-espiritual.	Escola da promoção da saúde Esta escola defende que os cuidados de enfermagem são direccionados para a promoção de comportamentos de saúde, através, da implementação de acções de enfermagem que envolvem toda a família.	A enfermeira serve de guia à pessoa/família, realiza em colaboração com eles a planificação dos seus cuidados. Para que uma modificação se dê a pessoa e família devem ter uma participação activa nos cuidados.
Martha Rogers (1970) e Rosemarie Parse (1981)	Transformação Caracteriza-se por uma abertura sobre o mundo, intervir significa estar com a pessoa.	A escola do Humano Unitário Caracteriza-se por considerar a existência de um processo de transformação contínuo em que a pessoa doente e o enfermeiro se cruzam, mas é o doente que dirige o processo.	O doente tem um papel activo e orienta o sentido das suas escolhas. O enfermeiro não toma decisões sozinho. Enfermeiro e doente são co-parceiros. Há uma tentativa de cortar com uma visão centrada na resolução de problemas para passar a um processo de cuidados centrados na pessoa.
Lenninger (1970) com a sua Teoria Transcultural do Cuidar e Watson (1978) com a Teoria do Human Care	Transformação Caracteriza-se por uma abertura sobre o mundo, significa estar com a pessoa.	Escola do caring Orientação para o cuidar, Caracteriza-se por respeitar os valores e as crenças, modo de vida e cultura das pessoas.	Há lugar a uma parceria entre enfermeiro e doente que passa por uma compreensão das significações da pessoa, dos seus valores e fundamentos que suportam o seu comportamento. Tanto o enfermeiro como o doente são detentores de conhecimento que importa valorizar. O enfermeiro deve promover no doente a reflexão e a tomada de decisão. A Pessoa é responsável pelo seu projecto de vida e saúde.

Fonte: Gomes (2002)

4.4 - CARACTERIZAÇÃO DIFERENCIAL

A polissemia associada ao conceito de parceria é acentuada. A variação de interpretações dadas, surge em larga medida associada à utilização de outros conceitos que estando relacionados, ou partilhando com ele alguns dos seus atributos, não significam o mesmo, embora por vezes a sua utilização indiferenciada o sugira.

De entre os eles salientamos os seguintes: *Partenariado*; *Empowerment*; *Participação*; *Colaboração*; *Aliança*; ou *Cooperação*.

Rodrigues & Stoer (1998) distinguem *partenariado* e *parceria* como duas variantes do *partenariado*. De acordo com estes autores as raízes do termo *parceria*, estão na importação do termo “*partenariado*” para a língua portuguesa. Apesar do termo *parceria* ter começado a ganhar mais relevo do que *partenariado*, do qual derivou, ainda é por vezes utilizado como sinónimo.

Rodrigues & Stoer (1998) propõem uma diferenciação entre *parceria* e *partenariado*: a *parceria* tem uma orgânica mais informal, baseada em processos comunicacionais, menos contractualizados e orientada para os interesses de um desenvolvimento comunitário integral; *partenariado* é formalmente organizado, aproveitando recursos exógenos, adoptando por vezes abordagem verticalizada e com intuítos de garantir eficácia nos investimentos.

A *cooperação* difere de *parceria*, pois é considerado o trabalho conjunto com determinado fim (Squire, 2005) mas cuja natureza do vínculo ou os atributos do trabalho dos actores não são valorizados.

Uma *aliança* significa união, ou acordo para cooperar. É portanto um pressuposto da *cooperação*, em que se salienta a ligação entre as partes actantes. Uma *aliança* para a saúde pode fazer parte de uma *parceria* de indivíduos e organizações.

A *participação* pode ser considerada como a possibilidade de um indivíduo estar envolvido num processo de tomada de decisão ou numa acção. Em alguns aspectos a ideia de *participação* sobrepõe-se à de *parceria*, mas não podemos falar em *parceria* se não houver *participação* dos actores, no entanto, é possível existir *participação* sem existir *parceria*. No conceito de *participação*, importa salientar que a maioria dos autores quando a ele se referem, o utilizam

na acepção de participação activa, já que para a participação passiva a presença (mesmo apenas física) é condição suficiente.

O envolvimento por sua vez, é um processo unidireccional, sobretudo em tarefas simples que não exigem, por exemplo, tomada de decisão (Cahill citado por Gomes, 2002, p. 57), e ao contrário de parceria não exige o consenso dos envolvidos.

A colaboração pode ser considerado o envolvimento conjunto em actividades que impliquem tomada de decisão, exigindo esforço cooperativo. Como refere Mestrinho (2004) citando Steele, McEwen & Sullinger, o conceito de colaboração tem sido utilizado para descrever associações entre pessoas e o de parceria para associações entre instituições, no entanto, esta distinção não faz sentido actualmente. A parceria mesmo interpessoal pressupõe a colaboração das pessoas envolvidas.

Um dos conceitos que por vezes se sobrepõe ao de parceria é o de empowerment (algumas traduções utilizam o termo capacitação como sinónimo), que pode ser considerado o processo social de reconhecimento, promoção e desenvolvimento das pessoas para conhecerem as suas próprias necessidades, resolver os seus próprios problemas e mobilizar os recursos necessários de forma a sentir um maior controlo das suas próprias vidas (Kendall, 1998).

4.5 - SÍNTESE

O conceito de Parceria, entrou definitivamente no âmbito da disciplina de enfermagem, o que justifica um “olhar sobre” o modo como tem sido utilizado. Vários são os autores que utilizam este conceito, embora nem sempre fazendo uma explicitação clara do conceito. Da análise efectuada a diversos autores encontramos definições explícitas (independentemente da área do conhecimento que o utiliza) e/ou a inferência sobre os atributos do conceito de parceria.

A apropriação do conceito pelos enfermeiros tem razões que derivam certamente da sua pertinência “no dizer” e “no fazer”, que o tem feito ganhar visibilidade. Aspectos como: partilha, objectivos comuns, interactividade, sinergia e comunicação eficaz, são indubitavelmente importantes para a enfermagem e estão associados ao conceito de parceria. Não sendo um conceito universalmente entendido, justificando uma definição diferencial com conceitos como empowerment, colaboração, aliança ou partenariado, é no entanto um

conceito transdisciplinar. A operacionalização da parceria apesar das vantagens que tem, como a otimização de recursos ou o conhecimento mútuo, exige algumas condições que deverão ser salvaguardadas.

Ser parceiro pressupõe a existência de determinadas características fundamentais, em que se poderá dizer que a “vontade de ser” parceiro é talvez a principal. A proactividade é central no papel do parceiro, o que corresponde, no fundo, ao corolário da exortação do papel proactivo do doente que tem sido promovido nas últimas décadas, no âmbito dos cuidados de saúde.

5 - ...NUM CONTEXTO HOSPITALAR

5.1 – ESPAÇO DE CUIDADOS

O hospital como espaço de cuidados, evoluiu de forma vertiginosa desde os séculos em que as funções “de assistência” eram efectuadas sob um desígnio caritativo e religioso, até ao espaço actual em que estão disponíveis cuidados altamente técnicos, medicalizados, especializados e diferenciados.

Os índices e velocidade de envelhecimento contemporâneos propiciaram o aumento dos pedidos de serviços sócio-sanitários e em especial de admissões hospitalares. O aumento da longevidade e a tendência de aumento de doenças crónicas, traduzem-se numa maior necessidade de cuidados, sobretudo especializados, para os quais os hospitais são os locais preferenciais para dar resposta.

Tem-se assistido nos últimos anos a uma preocupação crescente relativamente ao tempo de duração e taxa de internamentos hospitalares, pelos elevados custos económicos e sociais que um internamento, por curto que seja, implica. O espaço hospitalar é um espaço de resposta limitado, no qual os utentes deverão estar o tempo estritamente necessário, pois outros precisarão desses mesmos recursos hospitalares.

Além destas razões baseadas em preocupações de cariz economicista e de afectação de recursos, outro factor tem contribuído para se repensar a estratégia relativa aos internamentos hospitalares: a assumpção de que o espaço domiciliário, com todo o suporte sócio-familiar que lhe é característico, é propício à recuperação do doente, e até à sua morte tranquila, junto das pessoas que lhe são significativas.

O hospital inclui uma grande variedade de unidades/serviços que apresentam características muito diferentes, apesar de inter-relacionados, tornando-a uma organização heterogénea e complexa. A estrutura, objectivos, técnicos e vivências num serviço de urgência, serão

significativamente diferentes dos que poderemos encontrar num serviço de pediatria ou num serviço de medicina. As especificidades de cada um devem ter-se em conta em qualquer tipo de análise que se faça sobre os cuidados prestados no hospital.

O contacto dos utentes com o hospital, sobretudo quando em situação de internamento, é uma experiência significativa acompanhada por um conjunto de sentimentos, quase sempre marcantes, pois o hospital é um mundo à parte, local de projecção de sentimentos (Cabete, 2004) tão diversos como: incerteza, segurança, tristeza, alegria, frustração, ansiedade, isolamento, medo, angústia, expectativa, ambivalências, que cada indivíduo exprime de acordo com a sua personalidade, de forma singular (Ramos, 1996).

A incerteza poderá surgir em resultado das dúvidas sobre o que espera a pessoa, não apenas relativamente ao tipo de tratamentos e técnicas a que irá ser submetido, como ao percurso da própria doença, que poderá levar a mais sofrimento ou até à morte.

O doente pode recear a lesão corporal, a invalidez ou ainda outro tipo de receios como: medo de ser manipulado; medo de que não se ocupem dele; medo de ser mobilizado; medo de exames diagnósticos dolorosos; medo das mãos inábeis ou muito bruscas; medo de ficar diminuído; medo de ser humilhado; medo de ser inútil; medo da decadência; ou medo do sofrimento (Quirin citado por Silva, 1993). No caso dos idosos, além destes medos, pode também existir com particular relevo, o medo de ser abandonado, uma vez que frequentemente receiam mais o abandono do que da morte em si (Cabete, 2004).

Pode sobrevir também o medo de não ser informado, embora nem todos os doentes desejem ser informados, sobretudo se percebem essa informação como ameaçadora. Alguns preferem não conhecer os riscos reais a que estão expostos, enquanto outros, pelo contrário não se sentem em segurança se não tiverem em seu poder as informações que consideram importantes.

Muitos dos medos dos doentes hospitalizados advêm da ameaça que sentem à integridade física e à alteração da sua imagem corporal.

A imagem corporal é uma base da identidade, por isso, toda a mudança na estrutura corporal é sentida como uma ameaça. Essa ameaça pode ter por base, não apenas a doença, como também

as acções e comportamentos dos prestadores de cuidados. É difícil a certos doentes aceitar serem tocados e observados por outras pessoas inclusive por profissionais de saúde.

Em termos comportamentais, o indivíduo que se confronta com o internamento, passa a ter de se reajustar a uma situação nova em que o seu papel passa a ser o de doente. Paralelamente surgem alterações nos outros papéis sociais desempenhados.

A agravar esta situação de stress vivido pelo doente, poderá estar o comportamento dos profissionais, que demonstra que as suas preocupações se relacionam sobretudo com a dimensão física do doente, em detrimento da preocupação com o mal-estar existencial da pessoa doente, não permitindo ao doente a expressão dos seus sentimentos. A doença do corpo vivido fica à margem, é esquecida, ignorada, desvalorizada, como se apenas importasse a disfunção orgânica, ou o desequilíbrio funcional (Cabete, 2004).

Alguns comportamentos de alguns profissionais de saúde revela falta de preparação para se lidar com a pessoa que sofre, e entre eles estão: o predomínio do modelo de tarefa na organização das intervenções; um certo distanciamento ou neutralidade afectiva; identificação da pessoa pela doença ou pelo número da cama; tratar todos os doentes por igual; ou nas situações em que é a patologia identificada que dita os cuidados e as preferências do doente ficam em segundo plano.

O espaço hospitalar não é apenas um espaço de sentimentos negativos. É também o espaço em que se resolvem situações, que de outra forma agravavam a morbilidade e mortalidade das pessoas. Pode ser um espaço que transmita segurança, pois é onde se oferecem condições para prevenir, tratar ou reabilitar o problema de saúde que preocupa as pessoas.

Os profissionais de saúde lidam com o sofrimento de forma continuada e estão por isso sujeitos a um stress acrescido, apesar da crescente formação na área da psicologia nos curricula dos técnicos de saúde. A este respeito, salientamos o estudo de Menzies citado por Silva (1995), para quem as estratégias mais frequentemente utilizadas pelos enfermeiros, no sentido de diminuir a ansiedade provocada pelo sofrimento são: a ruptura da relação enfermeiro-doente; a despersonalização do doente; categorização e negação do significado da individualidade; o controlo dos próprios sentimentos (sem implicação pessoal ou emocional no outro); ignorar

os sentimentos do doente; a rotinização e a desresponsabilização na tomada de decisões. Os doentes que pedem esclarecimentos, comentam ou contestam, são considerados os “maus doentes” ou os doentes difíceis.

Esta rotinização contribui para um ambiente despersonalizado em que um padrão normativo dita as regras, quer na hora do banho, na hora das refeições, de dormir ou de receber visitas.

A rotinização deixa pouco espaço ao ajuste ao indivíduo e às suas preferências e necessidades específicas, confluindo numa certa “impotência aprendida” (Silva, 2005), veiculada pelo papel de «bom doente», do qual o doente não se quer afastar, pois receia represálias ou um pior tratamento.

Face aos sentimentos de impotência e insegurança, o doente assume um comportamento de dependência de quem o cuida. Essa dependência dos outros para os gestos mais familiares como: beber, comer, andar, lavar-se ou vestir-se vai acentuar o sentimento de impotência e insegurança. Esta dependência reforçada pelo ambiente hospitalar e pela doença geram um sentimento de inferioridade. Este sentimento pode, por sua vez, reforçar o sentimento de dependência.

5.2 – A PESSOA IDOSA NO HOSPITAL

Nem todos os serviços do hospital têm as mesmas características. Os serviços de medicina, porque vocacionados para um conjunto de doenças ditas não especializadas, em oposição aos serviços especializados, com tecnologia de ponta (Carapinheiro, 1993) fazem com que nos mesmos se concentrem maior número de pessoas idosas.

Tendo uma clientela idosa, frequentemente com polipatologia e doenças crónicas associadas, são frequentemente os doentes que permanecem mais tempo no hospital. A estes aspectos acrescem frequentes situações sociais complexas, que condicionam o apoio antes, durante e após o internamento.

As consequências físicas do internamento na pessoa idosa são diversas, podendo potenciar e agravar alterações físicas associadas ao processo de envelhecimento. As consequências

possíveis da interacção entre envelhecimento, doença e hospitalização não estão completamente estudadas, mas Creditor citado por Cabete (2004) evidencia aspectos como:

- A diminuição da água corporal torna o indivíduo mais vulnerável à desidratação e à hipotensão;
- O internamento com permanência na cama e a administração de sedativos aumenta o risco de síncope e de quedas;
- A oxigenação celular diminui, assim como a massa muscular;
- A imobilidade leva a uma perda de 5% de força muscular por dia, o que pode pôr em risco, ao fim de pouco tempo, a capacidade de andar, aumentando o risco de quedas;
- A redução da capacidade respiratória que acompanha o envelhecimento, quando associada à imobilidade, leva a uma menor ventilação, podendo conduzir a confusão mental, sonolência, dispneia e ao risco de pneumonia;
- No caso das mulheres a permanência na cama leva a uma aceleração da desmineralização, com agravamento da osteoporose, e maior risco de fracturas;
- As características da pele alteram-se ficando mais fina e menos vascularizada; a permanência na cama aumenta a sua fragilidade com maior risco de úlceras de pressão.

O internamento condiciona a pessoa idosa uma readaptação na gestão do seu espaço pessoal, enquanto espaço que reserva à sua volta para um comportamento social adequado.

A adaptação do doente, e em especial do doente idoso, é uma questão fulcral no modo como ele controla a sua relação com o ambiente, este último com a dupla dimensão ameaçadora e securizante. Num espaço que lhe é estranho, a pessoa idosa pode ter a noção de perda de controlo, podendo corresponder ou não a situações de perda de controlo real.

A perda de controlo percebido pelo idoso, pode dever-se ao facto de os indivíduos subestimarem as suas capacidades auto-regulatórias, e/ou às suas capacidades de exercer componentes comportamentais, subestimando a sua capacidade para conseguir uma certa resposta ao ambiente. Noutros casos ainda, as percepções de pouco controlo podem ser muito realistas, no sentido em que reflectem deficiências reais no controlo (Paúl, 1991), como

acontece num ambiente hospitalar em que lhe é dado pouco espaço de autonomia.

Quando os profissionais de saúde tomam as decisões pelos idosos, estão a contribuir para a perda da sua autonomia e simultaneamente para o aumento da passividade.

Os serviços hospitalares têm uma dinâmica específica, muito modelada pela rotinização e padronização de actividades, que são diferentes da rotina diária do idoso, o que pode contribuir para agravar a sua passividade, levar à desorientação e à confusão. O simples facto de a rotina hospitalar diferir da rotina diária dos idosos pode ser uma fonte de irritação e, como refere Cabete (2004), por vezes a única forma de demonstrar a sua autonomia é contradizendo as orientações dadas pelos enfermeiros.

5.3 – HOSPITAL E RELAÇÕES SOCIAIS

Quando existe necessidade de hospitalização do doente idoso, sobretudo de forma repetida ou prolongada, pode assistir-se a uma perda do seu papel sócio-familiar, pela quebra de funções habituais, de relações e pela diluição ou anulação dos papéis de responsabilidade (Cabete, 2004).

O internamento hospitalar, diferente em objectivos e implicações dos internamentos de longa duração, geralmente em lares ou residências para idosos, podem paradoxalmente levar a uma tendência para o aumento de contactos sociais, relativamente aos que o idoso tinha no seu domicílio. Não significa no entanto, que sejam acompanhados de um aumento qualitativo de eficácia da rede de suporte.

Em situação de internamento hospitalar, o espaço físico em que ocorre o contacto entre os familiares ou pessoas significativas e os idosos, passa a ser um espaço estranho e por vezes hostil. Tradicionalmente esse espaço/tempo de contacto tem ocorrido no período chamado a visita. As visitas, habitualmente ocorrem num único período diário, com um número controlado de pessoas em simultâneo, num horário nem sempre adaptado às exigências quotidianas das famílias.

O contacto entre idoso internado e a família acabam por ocorrer de forma esporádica e pontual, sobretudo nos hospitais públicos. As pessoas com quem se partilha a vida de todos os dias,

passam a ser as visitas, com quem se passa a compartilhar apenas alguns momentos tempo limitado, o que pode levar a sentimentos de desorientação e desespero na pessoa idosa internada (Sousa, 2000).

Nem todas as pessoas que visitam o doente e/ou o acompanham se implicam nos seus cuidados. Interessante é a tipologia de visitas a que Martins (2004) faz referência, segundo a qual, as características do comportamento das pessoas que visitam os doentes se integram num dos quatro tipos seguintes: (1) pessoas que têm uma presença bem delimitada no tempo, utilizam linguagem estereotipada, mas por vezes disponibilizam-se para algum tipo de apoio; (2) pessoas que permanecem junto do doente, procurando partilhar e mostrando disponibilidade; (3) Pessoas que são movidas pela curiosidade; (4) e pessoas que visitam o doente, movidas por um compromisso social.

O segundo tipo de visitas, parece ser aquele que mais se aproxima de uma perspectiva humanista e mais facilmente poderá fazer parte do projecto de cuidados ao doente. É aquele que se encontra em melhor posição para contribuir para ajudar o doente a ultrapassar esta fase problemática que é o internamento.

A visita de alguém significativo é muito relevante para a pessoa idosa, pelo que se o doente não tem quem o visite no hospital, pode sentir solidão e receio de ser abandonado. Esta solidão é mais acentuada quando os outros doentes têm visitas e ele não. No entanto, o medo da separação, pode também ser sentido pelo doente que tem visitas, isto é, quando este tem de despedir-se das pessoas amigas ou familiares que o visitam no hospital e aí os momentos imediatos após a visita são particularmente difíceis para o doente (Silva, 1990)

A hospitalização pode representar uma perda de papel sócio-familiar, nomeadamente pela quebra de funções habituais, de relações e pela diluição ou anulação dos papéis de responsabilidade (Cabete, 2004). No hospital, para além da perda de saúde e dos papéis, o doente tem outras perdas muito significativas, como seja a separação do seu ambiente familiar ou a interrupção nas actividades que lhe poderiam dar satisfação.

É cada vez mais frequente que pessoas idosas sejam também as cuidadoras de cônjuges, irmãos e/ou outros familiares, e o seu internamento poderá ter implicações gravosas na pessoa de quem

cuida habitualmente.

Barnes segundo Silva (1995), na revisão de vários estudos constatou que a maior preocupação dos doentes durante o período de admissão no hospital, era resultado da separação do ambiente familiar.

Também não é de menosprezar a variedade de reacções que os familiares dos doentes podem ter perante uma situação de internamento e doença deste último – aceitação ou rejeição, solidariedade ou pena, confiança ou apreensão, curiosidade ou aversão, estima ou desprezo – e a influência que a percepção destes sentimentos pode ter na pessoa doente (Cabete, 2004).

5.4 - SÍNTESE

O Hospital é um sistema sócio-técnico e psicossocial complexo e heterogéneo, onde a pessoa está presente simultaneamente como produtor e beneficiário de serviços, num cenário ambiental em que nem sempre é fácil conviver.

Tem-se assistido nos últimos anos a uma preocupação para que os períodos de internamento sejam o mais curto possível.

Dentre as razões para que tal aconteça, estão naturalmente os custos económicos e sociais, bem como, as vantagens que o espaço domiciliário tem como espaço privilegiado para a recuperação do doente.

O contacto dos utentes com o hospital, sobretudo quando em situação de internamento, é uma experiência significativa acompanhada por um conjunto de sentimentos, quase sempre marcantes, a maioria deles negativos.

Em termos comportamentais, o indivíduo que se confronta com o internamento, passa a ter que se reajustar a uma situação nova em que o seu papel passa a ser o de doente.

A hospitalização pode representar uma perda de papel sócio-familiar, nomeadamente pela quebra de funções habituais, de relações e pela diluição ou anulação dos papéis de

responsabilidade

O internamento condiciona a pessoa idosa a um ambiente e espaço pessoal diferente do que lhe é habitual e ao qual poderá ter dificuldade de se adaptar.

A doença e o internamento têm repercussões no doente, mas também na família, que também terá de se reajustar a esta nova situação.

PARTE I

CONTEXTO CONCEPTUAL

1 – O IDOSO DOENTE...

1.1 – ENVELHECIMENTO

No Homem, o ciclo da vida é constituído por três fases sucessivas: o crescimento, a maturidade e a senescência. Estas fases desenvolvem-se segundo o ritmo característico da espécie humana, têm uma evolução não linear e são influenciadas por factores internos e externos que se interrelacionam. Esta visão do ciclo de vida respeita e valoriza a natureza dinâmica e desenvolvimental do envelhecimento. Embora haja para todas as espécies uma duração máxima de vida, e esse limite seja precedido por um período de envelhecimento (Ermida, 1999), encarar a velhice como um período do fim da vida é perder o processo de envelhecimento, a variedade de percursos e a multiplicidade de resultados (Fonseca, 2004).

O número crescente de pessoas que estão, ou se aproximam da faixa etária em que são consideradas idosas, bem como das implicações que isso tem, a nível individual e colectivo, tornam a problemática do envelhecimento aliciante e desafiadora. É um desafio individual, sobretudo para quem envelhece, mas também para a sociedade em geral,

“Viver mais tempo requer um esforço continuado de adaptação quer identitário quer de compreensão e identificação das mudanças e transformações sociais envolventes para constante reposicionamento individual. Representa já um grande desafio (...) para as actuais e futuras gerações mais velhas (...) é simultaneamente uma enorme vantagem face às gerações anteriores que deve ser explorada em todas as suas potencialidades” (Fernandes, 2004, p.36).

O envelhecimento individual assenta essencialmente na longevidade dos indivíduos, ou seja, no aumento da esperança de vida. Em termos demográficos, assume particular significado o peso que a proporção das pessoas idosas têm na população geral, o que acontece em detrimento de faixas etárias mais jovens.

Quando pensamos em idade, pensamos geralmente em tempo. Esta dimensão cronológica, em que a idade é atribuída por referência a uma unidade de tempo, que se vai sucedendo, é uma forma simples de organização dos acontecimentos, com a qual estamos

familiarizados. Os problemas surgem, quando a idade cronológica, é usada como índice de informação acerca de uma pessoa e do seu desenvolvimento, já que por si não explica muito. Qualquer limite cronológico é sempre arbitrário e não traduz as implicações ao nível biológico, psicológico e sociocultural, associadas ao processo de envelhecimento.

Mais importante do que o tempo decorrido, é compreender que o comportamento humano é afectado por experiências que ocorrem durante a passagem desse tempo: "O que estudamos no desenvolvimento durante a idade adulta e a velhice é o resultado dos processos que dependem do tempo – ou da idade – não o resultado da idade em si mesma" (Cavanaugh citado por Fonseca, 1997, p.14).

Face à diversidade de factores que condiciona o envelhecimento e à grande amplitude etária em que se integram a faixa dos mais velhos, faz com que este grupo seja muito heterogéneo. A Organização das Nações Unidas divide as pessoas idosas em três categorias: Os pré-idosos (entre 55 e 64 anos) os idosos jovens (entre 65 e 79 anos, ou entre 60 e 69 anos para quem vive na Ásia e regiões do pacífico) e os idosos de idade avançada (com mais de 80 anos). Esta nomenclatura associada às diferentes idades pode variar consoante os autores, podendo ser encontradas outras tipologias. Os idosos de idade mais avançada também são chamados *grandes idosos* e os menos idosos, com cerca de 67-70 anos, de *velhos novos*.

Birren & Cunningham citados por Fonseca (2004) consideram ser vantajoso proceder à diferenciação de diferentes "categorias" de idade:

- Idade biológica – refere-se ao funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano; é importante para a consideração dos problemas de saúde que afectam os indivíduos, pois sabe-se que a capacidade de auto-regulação do funcionamento desses sistemas diminui com o tempo;
- Idade psicológica – relativa às capacidades psicológicas que as pessoas utilizam para se adaptarem às mudanças de natureza ambiental; inclui sentimentos, cognições, motivações, memória, inteligência e outras competências que sustentam o controlo pessoal e a auto-estima;
- Idade sócio-cultural – refere-se ao conjunto de papéis sociais que os indivíduos

adoptam e à cultura a que pertencem, tendo em conta os comportamentos, hábitos ou estilos de relacionamento interpessoal.

Actualmente tem vindo ganhar terreno o conceito de idade funcional, que é considerada o conjunto de indicadores (capacidade funcional, tempo de reacção, satisfação com a vida ou amplitude das redes sociais) que permitem compreender, como se podem criar condições para um envelhecimento satisfatório.

A maioria das definições de envelhecimento procura englobar as dimensões biológica, psicológica e sociocultural, como a que é apresentada pela Direcção Geral de Saúde, segundo a qual o envelhecimento humano pode ser entendido como, o “processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida” (Direcção Geral de Saúde, 2004), podendo ser entendido como a perda de capacidade de adaptação com o tempo (Squire, 2005).

A senescência, por sua vez, é o efeito da idade na saúde, e refere-se ao declínio da capacidade física que frequentemente, mas não inevitavelmente, acompanha o envelhecimento.

Segundo Ermida (1999, p. 4), a senescência é "um processo de diminuição orgânica e funcional não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo". Isto significa que o envelhecimento não é uma doença, embora possa ser agravado ou acelerado por ela (Cabete, 2004).

Embora se reconheça um conjunto de traços típicos do envelhecimento humano, como cabelos brancos, pele enrugada, diminuição do vigor, dentre outras alterações morfológicas, orgânicas e funcionais identificadas como senescência, trata-se de uma experiência extremamente diversificada entre os indivíduos, contribuindo que a heterogeneidade do grupo dos idosos.

Como refere Ermida (1999), se o início e as etapas do envelhecimento assentam em

alterações estruturais e funcionais suficientemente significativas e evidenciáveis, as causa e natureza do processo ainda não estão esclarecidas.

Não parece haver consenso científico, relativamente às teorias de envelhecimento (Oliveira, 1999). De acordo com Ermida (1999), Medvedov recenseou em 1990 cerca de 300 teorias, que de acordo com as suas afinidades teóricas, podem ser agrupadas em sete categorias: desgaste; dano; programação genética; evolucionistas; das alterações específicas; físico-matemáticas e unificadas.

Enquanto umas defendem factores genéticos, outras, alterações citológicas e/ou fisiológicas, outras ainda, fazem interpretações à luz das alterações genéticas, como a hipótese de erros aleatórios no fluxo de informação genética. O efeito de Hayflick, aproxima-se de uma explicação baseada na longevidade programada das células. Como refere Oliveira (1999) as diversas teorias não se contradizendo até poderão ser vistas como complementares, embora na sua base esteja a tentativa comum de explicar a morte celular, fenómeno central do envelhecimento.

1.2 - O ENVELHECIMENTO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Desde o século XVIII que a longevidade na Europa não parou de aumentar (31 anos para os 74 anos em média actuais). Segundo a Organização Mundial de Saúde, estima-se que as pessoas idosas sejam actualmente 580 milhões, dos quais 61% vivem em países desenvolvidos.

O prolongamento da vida, associado a uma diminuição da taxa de fecundidade, tem conduzido ao envelhecimento populacional. Vivemos numa sociedade em envelhecimento, onde a proporção de pessoas mais velhas está a aumentar. O envelhecimento, enquanto questão social, está na ordem do dia e é das que levanta mais desafios à sociedade actual, constituindo uma oportunidade de desenvolvimento social.

A maioria dos países industrializados estão a passar por um fenómeno de *agrisalhamento* da população, como lhe chama Giddens (2004). A percentagem de cidadãos com mais de

sessenta e cinco anos está a aumentar, de forma progressiva, e continuará a crescer assim durante as próximas décadas.

Também a sociedade Portuguesa não foge a esta tendência. A população idosa residente estimada em 1.709.099 pessoas (Direcção Geral de Saúde, 2004), representa cerca de 16,5% da população total. A esperança de vida à nascença é em Portugal, de 80,3 anos para as mulheres e de 73,5 anos para os homens. Este aumento da esperança de vida à nascença será positivo se, corresponder a um aumento da esperança de vida com saúde, autonomia e sem deficiência.

Outro indicador importante quando analisamos o impacto do envelhecimento na sociedade é o índice de dependência. O índice de dependência corresponde à relação existente entre o número de idosos e a população em idade activa (INE, 2002), que tem aumentado, sobretudo graças à diminuição da população jovem. O índice de longevidade (relação existente entre a população com 75 e mais anos e a população com 65 e mais anos) é um indicador adicional da medida de envelhecimento de uma população e tem aumentado significativamente nas últimas décadas em Portugal. De acordo com o INE (2002), a esperança de vida sem incapacidade de longa duração, também aumentou na população portuguesa.

A esperança de vida sem incapacidades, frequentemente utilizada como sinónimo de esperança de vida com saúde, é no entanto, bastante mais reduzida nas mulheres do que nos homens. Este aspecto é importante dado que, são os homens que acabam por estar mais dependentes e necessitar do apoio das mulheres, que tradicionalmente têm o papel de cuidadoras.

Estes dados são reveladores dos novos desafios que se colocam à sociedade contemporânea, sobretudo na área social e da saúde.

Ao nível social, entre outros e variados aspectos, a pessoa ao envelhecer pode experimentar uma retracção da sua vida social, existe maior probabilidade de perda de familiares e amigos, perda do papel desempenhado a nível do emprego, da sociedade e da família (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Esta retracção, não significa, como é por vezes veiculado, que a velhice corresponda a uma espécie de “segunda infância”. Esta ideia tem contribuído para uma certa infantilização, dependência e diminuição da responsabilidade individual dos idosos, conduzindo a uma inevitável redução do seu estatuto social e perpetuação de alguns mitos, preconceitos e estereótipos relacionados com a pessoa idosa: "A visão de que as pessoas idosas são no mínimo incompetentes e talvez até senis, é parcialmente responsável pela tendência da sociedade para discriminá-las, ignorá-las, ou não levá-las a sério" (Hoffman, Paris & Hall citados por Fonseca, 2004).

Uma das consequências mais graves associadas ao idadismo (sinónimo de ageísmo ou agismo) – comportamento discriminatório tendo por base a idade mais avançada – reside no facto de suscitar uma atitude negativa, o que afecta o comportamento dos mais novos em relação aos mais velhos. Tais comportamentos discriminatórios, podem contribuir para que os próprios idosos olhem para si próprios, de acordo com uma imagem socialmente conforme às expectativas generalizadas, isto é, incompetentes e incapazes.

Talvez o estereótipo mais enraizado acerca da velhice, é o de que a pessoa idosa tem comportamentos conservadores, inflexíveis e rígidos, tendo dificuldades em mudar de uma forma de comportamento para outro ou que têm pouca iniciativa ou actividade, o que parece não ser confirmado nos estudos sobre a personalidade dos idosos (Lima, 1999).

Outros estereótipos associados à velhice são: ausência de desejo e de actividade sexual, incapacidade para aprender ou dependência generalizada. Também são considerados menos activos e mais rígidos, embora também nestes casos, não existam evidências que o confirmem (Lima, 1999).

1.3 - A SAÚDE NO IDOSO

A velhice não é uma doença, pelo contrário é a prova de que se teve saúde para a atingir. Mais do que um problema, é uma parte do ciclo vital, que se constitui numa oportunidade para viver de forma saudável e autónoma, durante o maior período de tempo possível. Ao contrário do que por vezes é veiculado na sociedade contemporânea, o envelhecimento pode

ser considerado uma experiência positiva pelos próprios idosos (Lima, 1999).

O facto de a prevalência de doenças, sobretudo de doenças crónicas, ser maior à medida que se vive mais tempo, dificulta a avaliação e a distinção do que corresponde ao envelhecimento normal, daquilo que corresponde ao envelhecimento patológico.

O panorama das doenças e incapacidades que afectam os idosos não é substancialmente diferente do de outras faixas etárias, apesar da sua prevalência ser superior. No entanto, a sintomatologia e as repercussões da doença no bem-estar global dos idosos, é habitualmente maior, existindo maior probabilidade de afectar a sua autonomia e o seu ânimo (Paúl & Fonseca, 1999).

A maioria dos idosos goza de saúde física, mental e social, sendo totalmente independentes mesmo quando atingem idades bastante avançadas. Contudo, a ausência de saúde e a incapacidade aumentam com a idade.

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui assim, hoje um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução significativa no desenvolvimento social e económico dos países.

Envelhecer significa ter uma maior probabilidade de vir a ter uma ou mais doenças, embora, nem sempre seja fácil distinguir o que são alterações derivadas do próprio processo de senescência (envelhecimento primário) ou, o que é acelerado em virtude de problemas de saúde intercorrentes, ou envelhecimento secundário.

Falar de saúde do idoso é, sobretudo, falar de capacidade de adaptação, da capacidade de ir superando as crises e incapacidades e de manter uma autonomia de vida, baseada na boa evolução do seu estado funcional (Cabete, 2004).

O objectivo último do paradigma do envelhecimento bem sucedido é a melhoria da qualidade de vida, a diminuição da expressão das doenças e a prevenção do aparecimento de novas doenças. Um dos aspectos do envelhecimento bem sucedido é a capacidade de *coping*, o que implica saber lidar com a mudança, as perdas e o declínio. Isto assume um papel

bastante relevante, se pensarmos que, os problemas de saúde dos idosos são sobretudo crónicos. A maioria das pessoas com mais de 65 anos tem pelo menos uma doença crónica, sendo frequente que tenha duas ou até mais.

A deterioração gradual da saúde e o aumento da probabilidade de sofrer de doenças e incapacidades, que exigem mais cuidados sociais e de saúde, têm contribuído para reforçar a imagem do idoso como doente, que condiciona uma abordagem biomédica face aos cuidados de saúde das pessoas idosas.

É, portanto, pouco surpreendente, descobrir que muitos dos cuidados de saúde disponíveis para as pessoas idosas, reflectem aquela abordagem e perpetuam o estereótipo negativo de uma população idosa dependente. O fenómeno do ageísmo profissional (Novo & Ferreira-Alves, 2006) – atitudes discriminatórias por parte dos profissionais de saúde para com os idosos baseados na idade destes – ainda tem alguma preponderância nos contextos de saúde, apesar do maior enfoque sobre a problemática do envelhecimento na formação profissional generalista e a cada vez maior formação profissional especializada na área do idoso.

Uma perspectiva mais positiva, da saúde de uma população em envelhecimento, encontra-se na teoria da compressão da morbilidade (Fries citado por Squire, 2005). Este autor desafia a assunção de que, a doença é um resultado inevitável da idade avançada, e de que, uma população em envelhecimento irá requerer um acréscimo de cuidados sociais e de saúde. O autor argumenta que, devido a termos agora melhores cuidados de saúde disponíveis para as pessoas idosas, que vivem em condições sociais e ambientais melhoradas, a sociedade actual está a afastar a doença e a incapacidade até uma fase mais tardia da vida.

Fries citado por Squire (2005) crê que o ciclo de vida natural está fixado entre os 85 e os 90 anos e que nos estamos a aproximar do nosso limite biológico. Dadas as melhores condições sócio-sanitárias, poderemos inferir que poderemos ter um maior período da nossa vida livre de incapacidade, o qual será então seguido por um breve período de incapacidade antes da morte.

A capacidade funcional reflecte os comportamentos específicos, que ocorrem em ambiente real, e que são relevantes para a vida ou para a concretização de objectivos da pessoa. A avaliação funcional compreende sempre uma interacção entre a execução de uma determinada tarefa e as condicionantes ambientais, sejam pessoas, regras, barreiras físicas ou limitações de tempo.

Com o envelhecimento algumas funções, como as que já fizemos referência no plano físico, necessariamente diminuem de eficácia, outras que estabilizam, e.g., algumas variáveis da personalidade e outras que, na ausência de doença, experimentam um crescimento ao longo de todo o ciclo de vida, sobretudo as ligadas ao uso da experiência e de conhecimentos prévios.

A saúde psicológica das pessoas idosas evoca, muitas vezes, uma imagem muito negativa; na melhor das hipóteses, perda de memória e confusão e, na pior das hipóteses, senilidade.

1.4 – GERIATRIA E GERONTOLOGIA

A preocupação com o envelhecimento como área do conhecimento parece ter tido maior desenvolvimento no século XX, com o aparecimento e desenvolvimento da Gerontologia e da Geriatria.

A Gerontologia é o ramo da ciência que se propõe estudar o processo de envelhecimento e os múltiplos problemas que envolvem a pessoa idosa. É uma disciplina que devido à diferenciação dos aspectos que concorrem para o envelhecimento, se relaciona com todos os aspectos da vida do ser humano em sociedade e está ligada a várias disciplinas como a Psicologia, a Sociologia ou a Filosofia.

A Geriatria é o ramo da medicina que aborda os aspectos médicos, psicológicos e sociais da saúde e doença nos idosos (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Correia, 2003).

É uma disciplina relativamente recente, que procura abordar o fenómeno do envelhecimento sob diversas perspectivas: envelhecimento físico; o envelhecimento psicológico e as transformações nos processos sensoriais, perceptivos, cognitivos e afectivos;

envelhecimento comportamental com as expectativas, papéis sociais, motivações, personalidade; e o envelhecimento social com a influência que a sociedade e o indivíduo exercem um sobre o outro (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

A Enfermagem Gerontológica, integrando-se nessa abordagem multidisciplinar e transdisciplinar, que é a Gerontologia, tem procurado desenvolver-se acompanhando a essa perspectiva plural. O enfermeiro procura avaliar o estado de saúde e funcional do idoso, diagnosticar, planejar e intervir adequadamente, tendo em conta conhecimentos próprios e específicos sobre a pessoa idosa.

A enfermagem em Gerontologia tornou-se uma especialidade e uma competência, ultrapassando o carácter caritativo-vocacional que lhe tem sido atribuído (Agreda, 1999). Como refere Berger & Mailloux-Poirier (1995), cuidar de idosos não é uma competência inata, adquire-se através de formação, experiência e da procura pessoal e de um desejo de criar, de se realizar, aceitando desafios. Este tipo de cuidados deve apoiar-se em noções teóricas e práticas específicas, num contexto de colaboração, amor e respeito entre profissionais, idosos, famílias e demais actores envolvidos nos cuidados aos idosos. Esta é também uma forma de procurar combater a ideia que cuidar de idosos é uma atribuição de segunda categoria (Berger & Mailloux-Poirier, 1995), o que talvez se relacione com a imagem desvalorizada do idoso.

Os cuidados aos idosos são simultaneamente preventivos, curativos e paliativos e estão sobretudo ligados à cronicidade. Os idosos raramente têm problemas de saúde muito específicos, pelo que a componente técnica dos cuidados ocupa um lugar secundário.

A finalidade da enfermagem nos cuidados à pessoa idosa é ajudar o próprio idoso a desenvolver-se, aproveitando ao máximo as suas potencialidades e capacidade funcional.

Os cuidados de enfermagem à pessoa idosa têm objectivos específicos que Berger & Mailloux-Poirier (1995) sistematizaram da seguinte forma: (1) proteger e promover a saúde do idoso; (2) prevenir complicações de situações patológicas; (3) satisfazer necessidades de saúde identificadas, percebidas e/ou expressas; (4) favorecer a identidade e autonomia da pessoa idosa; (5) prevenir o isolamento social; (6) ajudar a pessoa na preservação das suas

capacidades físicas, psicológicas e sociais; (7) ajudar a pessoa no desenvolvimento de novas capacidades; (8) estimular a pessoa a inserir-se no seu meio.

1.5 - SÍNTESE

As alterações demográficas no último século, com as modificações da estrutura das pirâmides etárias, têm implicado desafios individuais e sociais relevantes.

O surgimento de novos conhecimentos científicos, a descoberta de novas tecnologias na área da saúde e as alterações políticas vigentes, tornam a relação população idosa e população activa cada vez mais próxima, originando mudanças em toda a estrutura económica e demográfica das populações, além de condicionar os diversos sectores da organização social.

Envelhecer é um processo contínuo que tem início ainda antes de nascermos. Nos nossos dias, aos “olhos” da sociedade em geral, o envelhecimento e ser velho é encarado de forma negativa. Socialmente, estar ou ser velho, significa um conjunto de perdas, de desapego, de solidão, de vazio e de falta de identidade de papéis.

Com o envelhecimento algumas funções necessariamente diminuem de eficácia (sobretudo as de natureza física), outras que estabilizam (como por exemplo algumas variáveis da personalidade) e outras que, na ausência de doença, experimentam um crescimento ao longo de todo o ciclo de vida (ligadas ao uso da experiência e de conhecimentos prévios).

Com a idade aumenta a morbilidade, podendo a doença ser um factor determinante no processo individual de envelhecimento.

Os cuidados ao idoso visam essencialmente ajudá-lo a desenvolver-se, reconhecendo-lhe potencialidades para o fazer. A enfermagem gerontológica e/ou geriátrica, apesar de recente tem procurado acompanhar esta perspectiva, mobilizando os conhecimentos específicos que os cuidados à pessoa idosa exigem.

2 - ... O ENFERMEIRO ...

2.1 - ENFERMAGEM: DO OFÍCIO À DISCIPLINA

Até meados do século XX a referência mais marcante para os enfermeiros, foi o legado de Florence Nightingale que, apesar de não ser considerado um modelo/teoria conceptual, conduziu a prática de enfermagem durante mais de um século.

No início do século XX, o papel do enfermeiro começou a perder o seu carácter oblativo, tornando-se um esforço para prestar correctamente os cuidados prescritos pelo médico.

Nos anos 50 surgiram as primeiras abordagens teóricas da ciência de enfermagem, nomeadamente os trabalhos desenvolvidos pelos finalistas do curso do *Columbia University's Teachers College*, que procuravam responder às necessidades de formação, para o desempenho de novas funções atribuídas aos enfermeiros, nomeadamente nas áreas do ensino e da gestão.

Os primórdios da enfermagem moderna transportavam ainda uma clara influência religiosa, mantendo valores como o ideal de servir, espírito de sacrifício e de missão. O papel do enfermeiro era grandemente modelado pelo papel do médico que geria o tratamento, e o papel (predominantemente passivo) do doente, procurando satisfazer todos desejos e necessidades deste último.

A prática de cuidados, não apenas no âmbito da enfermagem, mas também das demais profissões de saúde, era guiada pelo modelo biomédico. A acção que tem na base esta concepção desvaloriza a natureza psicossocial e humanista dos cuidados e assenta na base de uma dicotomia mente-corpo, valorizando sobretudo o “tratamento” da doença, como núcleo da acção global do profissional de saúde.

Com o avanço tecnológico da medicina emerge uma nova ideologia de profissionalismo, baseada na competência técnica. O enfermeiro tem acesso a conhecimentos e capacidades

técnicas, sobretudo de âmbito médico. A tecnicidade passa a ser um objectivo da sua formação e acção, uma forma de ter acesso ao conhecimento médico e uma compensação para a servidão dos cuidados aos doentes (Collière, 1989; Kérouac et al., 1994).

O objectivo dos cuidados é, nesta óptica, a cura do corpo físico e não o bem-estar proporcionado pelos cuidados prestados a um Ser único, no seu todo. Este paradigma tecnicista/biomédico enfatiza a rotinização e as boas práticas alicerçadas na perícia dos procedimentos instrumentais, que numa certa visão maniqueísta, procura «repor o dano». É um modelo que favorece a rotinização de tarefas, e que, dada a tangibilidade dos resultados, com predomínio do saber-fazer, é por vezes alvo de valorização social, o que tem contribuído para que os enfermeiros, “a pouco e pouco, vão encontrar na tecnicidade uma compensação para a servidão dos cuidados aos doentes” (Collière, 1989, p. 94).

O conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (1949), como “um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou mal-estar físico”, veio contribuir para a tentativa de ruptura com o modelo biomédico.

Os cuidados de enfermagem começam, reflexo da evolução social a revelar preocupações humanistas e começam a centrar-se no que o cliente define que é o melhor para si. Intervir passa a significar ser com a pessoa, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, no seu ritmo e segundo o caminho que ela própria escolher. Começa a ganhar algum sentido a noção de parceria e a enfermeira e cliente procuram ser parceiros nos cuidados individualizados (Kérouac et al., 1994).

Do outrora *ofício* de ser enfermeiro, chegou-se à profissão de enfermagem. A reivindicação de um novo estatuto parece legítima, dado que os cuidados de enfermagem respondem aos critérios apontados por Parsons (citado por Martin, 2004) para o estabelecimento de uma profissão e disciplina específicas: (1) elevado nível de competências técnicas com uma formação académica específica; (2) relação com os clientes caracterizada por uma assimetria, associada à desigual distribuição das competências; (3) respeito por um código de ética; (4) renúncia da procura dum proveito pessoal; (5) existência de uma autoridade superior, que exerce um controlo sobre as actividades profissionais.

A reivindicação do estatuto profissional e disciplinar baseia-se também na argumentação de que a enfermagem possui os seus próprios instrumentos: o processo de cuidados, os diagnósticos de enfermagem, as metodologias derivadas das teorias de cuidados, as práticas, métodos e discursos próprios (Martin, 2004).

Hesbeen (1999), no entanto, alerta-nos para a dificuldade que existe em precisar as características dos cuidados de enfermagem, dado que eles são vastos, por vezes um pouco ténues, e sobretudo pouco sistemáticos e não espectaculares. Pela sua natureza, na opinião do autor, toda a tentativa de descrição exaustiva do cuidado de enfermagem está votada ao fracasso.

O carácter autónomo da profissão complementa o carácter interdependente das intervenções dos enfermeiros, na articulação com os demais profissionais de saúde e em particular os médicos, pela relação tradicional e funcional.

As principais linhas orientadoras de âmbito regulamentar do exercício da enfermagem em Portugal são: o Regulamento para o Exercício da Profissão de Enfermagem (Decreto-lei n.º 161/96 de 4 de Setembro); o Código Deontológico dos Enfermeiros (Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril, artigos 74.º a 92.º) e o Enquadramento conceptual e Padrões de Qualidade, que integram as competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, da Ordem dos Enfermeiros, estas suportadas nas orientações do International Council of Nursing.

A recentemente criada, Ordem dos Enfermeiros, veio contribuir para, uma maior regulamentação da profissão, a consolidação de uma autonomia responsável da profissão e um fortalecimento do seu papel social. Entre as suas atribuições destacam-se: promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem; regulamentar e controlar o exercício da profissão de enfermeiro e assegurar o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional.

O Regulamento para o Exercício Profissional de Enfermagem, procurou clarificar o âmbito da profissão, definindo Enfermagem como a profissão que, na área da saúde, tem como

objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade tão rapidamente quanto possível (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, 1998).

2.2 - CUIDAR: NO EPICENTRO DA ENFERMAGEM

É possível agrupar os conceitos centrais da disciplina de enfermagem em seis escolas: a das *necessidades*, a da *interacção*, a dos *efeitos desejados*, a da *promoção da saúde*, a do ser *humano unitário* e a do *cuidar* (Kérrouac et al., 1994).

Desde os anos 70, que a chamada Escola do Cuidar, tem vindo a dominar a teorização em enfermagem. Bento (1997) refere que este papel central se deve a, pelo menos, duas teóricas desta escola: Leininger, que utiliza como pressuposto, que o cuidado é a essência da enfermagem, o seu foco principal, dominante e unificador; e Watson, para quem a enfermagem consiste na ciência, arte e na filosofia do cuidar. A Enfermagem torna-se nesta linha, a profissionalização da capacidade cuidar.

Diferenciando-se da prática que encara o cuidado como um meio para atingir um fim, que se refugia na valorização da tecnologia, nas tarefas e procedimentos visando um maior estatuto social, o modelo que tem por base a ciência e a arte de cuidar, considera-o como um fim em si mesmo.

As práticas de cuidados, no entanto, têm revelado um comportamento por vezes “pouco cuidador”. Gordon citada por Jacono (1993) analisando as razões de uma prática que subestima o paradigma do cuidar, identifica, por um lado, que os enfermeiros, ao relacionar o cuidar com o papel de submissão da mulher, procuram na técnica, uma forma de o realizar sem se colocarem numa posição de subserviência, e por outro lado, uma sociedade que não valoriza, também ela, o cuidar.

Os enfermeiros porém, não detêm o monopólio de ser cuidador, de prestar cuidados ou das intervenções alicerçadas numa perspectiva humanista, como por vezes se procura fazer

entender.

Se os cuidados de enfermagem se enquadram no cuidar, não devem no entanto, confundir-se com este. A atenção prestada ao outro – o cuidado – diz respeito a todos os profissionais de saúde. O que deve distinguir os diferentes agentes das profissões e saúde, não deve ser a perspectiva de cuidar, dado que também elas procuram ajudar a pessoa e família, mas as características do exercício da profissão (Hesbeen, 1999).

Cuidar pode ser entendido, como uma atenção particular a uma pessoa que vive uma situação que lhe é particular, numa perspectiva de o ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a saúde (Hesbeen, 1999). Os cuidados de enfermagem são a atenção particular prestada por um enfermeiro a uma pessoa/família ou grupo de pessoas. Estes cuidados inserem-se numa relação interpessoal e compreendem o que o enfermeiro faz, dentro da sua esfera de competência.

Partindo da análise do trabalho de Jean Watson, Hesbeen (1999) faz uma reflexão sobre o que é essencial e acessório nas profissões de ajuda e que está directamente relacionado com a perspectiva de cuidar. A essência da prática de cuidar baseia-se na relação interpessoal de um beneficiário de cuidados que precisa de ajuda, e de alguém que tem por missão ajudar, numa situação em que o prestador é chamado a intervir. O acessório da prática de cuidados diz respeito aos vários meios, mais ou menos específicos de cada profissão, que é o suporte para a sua acção de cuidar. Se a essência pode ser comum a todos os prestadores de cuidados, o acessório pode ser específico a cada um.

A *perspective soignante*, essencialmente francófona, que não colide, antes complementa a visão de Watson apresentada. Hesbeen (1999) refere-nos que o *caring* é diferente da *perspective soignante*, embora ambas, sejam no fundo, cuidar. As duas perspectivas reforçam a importância que o cuidar tem na enfermagem e apresentam uma tonalidade claramente humanista, que permite promover a reflexão dos profissionais.

O *caring* representa uma teoria, uma ciência e uma filosofia; o *prendre soin* uma filosofia, um valor e uma forma de caminhar na existência. Desta forma, o *caring* pode aparecer como menos favorável à abertura e à criatividade. De acordo com Hesbeen (1999), o risco de tal

acontecer com o *prendre soin* é menor, porque ele não pretende o estatuto de um saber científico.

O *caring* inscreve-se numa abordagem existencial de âmbito exclusivo da enfermagem, ao passo que o *prendre soin* é essencialmente multidisciplinar. Não é raro que os enfermeiros se apropriem da exclusividade do domínio do cuidar, deixando aos médicos em particular, as acções relativas à reparação do «corpo-objecto». Esta tendência é fortemente marcada pela preocupação de reconhecimento da profissão de enfermagem, contrariando deste modo, a perspectiva dominante da primeira metade do século XX, de predomínio tecnicista/mecanicista da acção do enfermeiro.

A *demarche soignante*, é o termo que designa a capacidade da pessoa de se mobilizar, de ir ao encontro do Outro, visando caminhar com ele e tecer relações de confiança, apoia-se em dois conceitos: um encontro e um acompanhamento.

A *demarche soignante* integra-se na *perspective soignante*. Esta é utilizada em sentido amplo, reagrupando o conjunto dos intervenientes da equipa pluridisciplinar que têm por missão prestar cuidados às pessoas. O termo *soignante* ultrapassa largamente o estatuto profissional, designa assim uma intenção. Não é necessário ser enfermeiro, médico ou outro profissional para se ser cuidador; estes profissionais poderão integrar um corpo de conhecimentos específicos na intenção de cuidar.

Mais do que atribuir aos médicos ou outros técnicos de saúde a perspectiva curativa e aos enfermeiros a perspectiva de cuidadores, seria benéfico que houvesse no âmbito pluridisciplinar, uma perspectiva *soignante* que, dê visibilidade na acção, ajuda e benefício a quem cuida e a quem é cuidado. Esta perspectiva reforça o papel da pluridisciplinaridade.

2.3 – JEAN WATSON

Jean Watson desenvolveu uma filosofia e teoria de enfermagem, considerando o cuidar nas suas várias vertentes. Conhecida como *Teoria do Cuidar Humano*, foi desenvolvida entre 1975 e 1979, ano em que a autora publica a sua primeira obra mais relevante: *Nursing: The*

Philosophy and Science of Caring.

Watson classifica a sua teoria como fenomenológica existencial e espiritual, desenvolvida a partir de um referencial humanista e suportada pelas ciências humanas, que são as que, na opinião da autora, fundamentam a ciência do cuidar. A definição de saúde proposta por Jean Watson considera alguém saudável quando existe "unidade e harmonia entre mente, corpo e alma" (Watson, 1999). O resultado terapêutico da acção do enfermeiro, visa essencialmente contribuir para o bem-estar do paciente, afastando-se da perspectiva restritiva de tratar.

O enfermeiro é co-participante no processo que se pretende de transacção de cuidados humanos entre uma e outra pessoa, cabendo ao enfermeiro prestar cuidados profissionais, pessoais, científicos, estéticos, humanos e éticos.

Os conceitos essenciais e específicos do modelo teórico de Watson são: o cuidado transpessoal, o campo fenomenológico e o momento do cuidado actual.

Para Watson (1999), o objectivo proposto para a enfermagem é ajudar as pessoas a adquirirem um nível mais elevado de harmonia entre mente, corpo e alma, o que é gerador de processos de auto-conhecimento, auto-respeito, auto-cura e auto-cuidado, permitindo o crescimento da diversidade.

Na teoria de Watson (1985) existem de acordo com a autora quatro pontos essenciais: (1) para ser eficaz o cuidar deve promover a saúde, bem como, o crescimento individual ou familiar; (2) o ambiente de cuidar é propício ao desenvolvimento de potencialidades, permitindo a uma pessoa escolher a melhor acção por si próprio, num dado momento; (3) a prática de cuidar associa conhecimentos biofísicos e conhecimentos do comportamento humano; (4) e a prática do cuidar está no centro da disciplina de enfermagem.

Watson define cuidar como um conjunto de factores, que designa de *caratif factors* (traduzidos por alguns autores como *factores cuidativos*), que fundam um processo de cuidados, favorecendo o restabelecimento ou manutenção da saúde, ou de uma morte tranquila (Watson, 1985, p. 21). O neologismo *cuidativo*, opõem-se ao termo curativo, este mais generalizado e determinando uma perspectiva de tratamento da patologia. Os *factores*

cuidativos são, os que na opinião de Watson, a enfermeira utiliza para proporcionar cuidados aos pacientes/clientes.

Estes *factores cuidativos* são suportados por uma filosofia humanista e por um corpo de conhecimentos científicos, que não cessa de se desenvolver e servem de guia estruturante para compreender o processo terapêutico interpessoal, que se instaura entre enfermeira e pessoa cuidada (Watson, 1985).

Os *factores cuidativos* estão na base da concepção da disciplina de enfermagem como actividade profundamente humana, contribuindo para o estudo e compreensão dos cuidados de enfermagem e para a concepção de enfermagem como a ciência do cuidar. Estes factores, são pela autora considerados centrais no processo de cuidados, sendo utilizados para ajudar o cliente a conservar e alcançar a sua saúde, ou mesmo, obter uma morte tranquila e são os seguintes:

- I. Formação de um sistema de valores humanista-altruísta;
- II. Instilação de fé-esperança;
- III. Cultivo da sensibilidade ao próprio e ao das demais pessoas;
- IV. Desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança;
- V. Promoção e a aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos;
- VI. Uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisão;
- VII. Promoção do ensino-aprendizagem interpessoal;
- VIII. Provisão de um ambiente de apoio e protecção mental, física, sociocultural e espiritual;
- IX. Assistência visando a satisfação das necessidades humanas;
- X. Permissão de forças existenciais fenomenológicas.

Watson considera que, os três primeiros factores de cuidar, interagem de forma a estabelecer uma fundamentação filosófica para a prática de enfermagem.

Tendo em conta o papel que a relação tem na acção de cuidar e a evidência empírica, que demonstra, que a qualidade da relação é o elemento mais significativo na efectividade da ajuda (Watson, 1985), compreende-se a importância da relação de confiança-ajuda como factor cuidativo. O estabelecimento da relação pressupõe o conhecer a pessoa, o seu espaço e o seu campo fenomenológico e baseia-se em elementos da Relação de Ajuda como a empatia ou a congruência.

A pesquisa e resolução sistemática de problemas implicam a utilização do processo de enfermagem como facilitador da tomada de decisão.

Providenciar um ambiente de apoio e protecção, tem uma dimensão operacional em que a autora propõe: a promoção do conforto, garantir a privacidade, garantir a segurança, promover a limpeza e a estética (Watson, 1985). Este elemento estético é particularmente inovador e dele emerge um olhar atento e ecológico ao que nos rodeia, num ruptura como modelo biomédico.

Os elementos ambientais, como por exemplo, o conforto, ou a privacidade, são pressupostos para uma relação de confiança, entre paciente e enfermeiro, e para o bem-estar do doente. A sua ausência, pode levar a situações prejudiciais como a humilhação, o embaraço do doente e no fundo a despersonalização dos cuidados (Watson, 1985).

As acções de enfermagem visam assistir o paciente na satisfação do padrão de necessidades humanas básicas, que a autora hierarquiza em biofísicas (na base da pirâmide) ou de ordem inferior e as de ordem superior ou psicossociais (Watson, 1985).

A autora subordina a satisfação das necessidades básicas de ordem inferior a uma finalidade mais vasta, nomeadamente ao desenvolvimento do paciente enquanto pessoa, e à concretização dos seus objectivos de vida, visando a auto-realização, ou seja, a satisfação das necessidades que a autora considera de ordem superior.

De acordo com Watson, é fundamental reconhecer a individualidade e a identidade de cada pessoa, o que se relaciona com modo particular e único como cada pessoa vive a sua experiência subjectiva. A incorporação de factores fenomenológico-existenciais na ciência

do cuidar, ajuda o enfermeiro a compreender o sentido que o paciente encontra na vida (Watson, 1985), partindo da forma como as coisas se lhes apresentam, da totalidade da sua experiência enquanto Ser-no-mundo (Watson, 1999). O quadro de referência da pessoa só pode ser do conhecimento da própria, embora possa ser conhecido pelo enfermeiro através de inferências empáticas.

A resposta do paciente quando se confronta com os problemas da sua existência, depende, não apenas da realidade objectiva, mas também, do campo fenomenal (realidade subjectiva) em que a experiência é percebida, o que faz com que a resposta seja sempre única, de modo a desenvolver um significado pessoal para a sua vida.

2.4 - SÍNTESE

A enfermagem evoluiu de um cariz oblativo-religioso, para uma cada vez maior diferenciação profissional. A crescente preocupação humanista e de desenvolvimento profissional, que passa pela melhoria da relação com o utente, contrapõe-se a um predomínio da perícia técnica instrumental, que durante algum tempo modelou a enfermagem.

Os cuidados de enfermagem têm vindo a desenvolver-se num contexto de mudança do papel dos utentes, evolução das concepções de saúde e doença, evoluções técnicas e sociais aos mais diversos níveis.

O progressivo afastamento da estrutura de cura, campo de certa forma exclusivo da autoridade médica, tem permitido aos enfermeiros a individualização dos cuidados de enfermagem e a definição dos limites das suas intervenções.

Jean Watson, teórica de enfermagem da *Escola do Caring*, propõe uma Teoria do Cuidar Humano que se constitui também como uma filosofia, uma ciência e uma arte. Nesta tonalidade geral do desempenho do enfermeiro, é explicitamente humana e releva essencialmente da corrente existencial, quer dizer, atenta à pessoa na singularidade da sua existência.

Vários outros aspectos caracterizam o pensamento de Watson. Mas de uma forma resumida poderemos dizer que as duas ideias-chave são: O enfermeiro tem em conta a globalidade da experiência da pessoa, num momento específico da sua existência (existencial); e cada pessoa possui um campo fenomenal único, subjectivo e metafísico que lhe permite fazer face às diferentes situações da vida (fenomenológico).

3 -... E A FAMÍLIA ...

3.1 - CONCEITO DE FAMÍLIA

O conceito de família foi mudando ao longo dos séculos e continua em evolução, porque a sua concepção está intrinsecamente ligada às alterações na sociedade – as mudanças sociais implicam mudanças nos padrões familiares e as mudanças nos padrões familiares contribuem para mudanças sociais – não fora também ela uma agregação social.

Várias têm sido as abordagens de compreensão e intervenção no âmbito familiar. Os autores que se dedicam à análise e estudo da família, em modelos de inspiração sistémica, convergem no sentido de a considerar como um sistema, vivo, uno, que deve ser entendido na sua globalidade e que só nessa perspectiva holística pode ser compreendido (Relvas, 2000). Este carácter uno, emerge dos elementos que a compõem e a tornam única. A família como sistema é um todo, mas integra-se em sistemas mais vastos, como a comunidade.

A família, constituída por uma união socialmente aprovada, de um homem, uma mulher e os filhos de ambos, pode ser considerada um fenómeno universal, que se encontra presente em todos os tipos de sociedade (Oliveira, 2002).

A polissemia associada ao conceito de família surge em virtude da diversidade das suas estruturas, formas de organização e representações, de tal modo que qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum, pode ser encarado como família.

Apesar da heterogeneidade conceptual algumas definições encontram algum consenso. Castellan citado por Oliveira (2002) define a família como "uma reunião de indivíduos unidos pelos laços do sangue, vivendo sob o mesmo tecto ou num mesmo conjunto de habitações, e numa comunidade de serviços" (p.19). A estrutura mais difundida na contemporaneidade, refere-se à família conjugal nuclear como a coabitação e a cooperação

socialmente reconhecidas de um casal e dos seus filhos.

Na classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE), a família é definida como um grupo com as seguintes características específicas: grupo ou conjunto de seres humanos considerados como indivíduos ligados uns aos outros por laços de sangue, parentesco, relações emocionais ou legais, incluindo outras pessoas significativas (International Council Of Nurses, 2000).

Lévi-Strauss citado por Oliveira (2002) elaborou um modelo que serve para designar um grupo social que possuindo, pelo menos, as três características seguintes, poderemos chamar família:

- Tem origem no casamento;
- É formado pelo marido, pela esposa e pelos filhos nascidos do casamento, ainda que outros parentes possam ter lugar no grupo nuclear;
- Os membros da família estão unidos por laços legais; direitos e obrigações económicas, religiosas e de outro tipo; uma rede de direitos e proibições sexuais, além duma quantidade variável e diversificada de sentimentos psicológicos, tais como amor, afecto, respeito, medo.

Analisando noutra perspectiva, a família enquanto grupo doméstico integra os indivíduos que vivem em coabitação (critério de localização), que partilham um conjunto de actividades, de elementos e de modos de vida (critério funcional) e que estão unidos por uma rede de laços que integram a consanguinidade e a aliança (critério de parentesco), a que se poderá juntar um critério normativo, pois que, apesar do aumento das uniões de facto, a grande maioria das pessoas nas sociedades ocidentais, continua a formar família segundo as regras institucionais civis ou religiosas.

Sintetizando, parece existir um carácter universal nesta visão de família ou grupo doméstico, que se define e organiza a partir dum espaço comum, obedece a um certo número de formalidades e funcionalidades e obedece a regras de definição, selecção e distinção dos parentes, com base no sangue, na aliança institucional ou de facto e no contratual, daqueles

que o não são (Giddens, 2004).

As famílias como agregações sociais, têm ao longo dos tempos, assumido ou renunciado às funções de protecção e socialização dos seus membros, como resposta às necessidades da sociedade pertencente. As funções familiares regem-se por objectivos de dois níveis: um de nível interno, como a protecção psicossocial dos membros; e o outro de nível externo, como a acomodação a uma cultura e sua transmissão.

A família deve então, responder às mudanças externas e internas de modo a atender às novas circunstâncias sem, no entanto, perder a continuidade, proporcionando sempre um esquema de referência para os seus membros. Existe conseqüentemente, uma dupla responsabilidade, isto é, a de dar resposta às necessidades quer dos seus membros, quer da sociedade (Stahnope & Lancaster, 1999).

Duvall & Miller citados por Stahnope & Lancaster (1999) identificaram como funções familiares, as seguintes:

- gerar afecto, entre os membros da família;
- proporcionar segurança e aceitação pessoal;
- proporcionar satisfação e sentimento de utilidade;
- assegurar a continuidade das relações;
- proporcionar estabilidade e socialização;
- inculcar noção de autoridade e sentimento do que é correcto.

Para além destas funções, Stahnope & Lancaster (1999) acrescentam ainda uma função relativa à saúde, na medida, em que a família dá apoio e resposta às necessidades básicas em situações de doença.

A evolução da sociedade actual tem levado a uma erosão da família nuclear, levando ao aparecimento de configurações familiares atípicas como: famílias reconstituídas, onde pai e madrasta convivem com filhos naturais, meios-irmãos e enteados; famílias monoparentais,

com a mãe ou o pai a viver só com o(s) filho(s); separação e divórcio; uniões de facto entre famílias homossexuais, em igualdade de circunstâncias com as famílias tradicionais. Estas novas configurações familiares têm feito emergir alguns valores até por vezes contraditórios, como sejam a individualidade e a independência, a democraticidade; a igualdade entre os elementos e a cooperação entre si, porque interdependentes uns dos outros.

Apesar destas novas configurações, Giddens (2004) refere-nos que em quase todas as sociedades podemos encontrar as famílias nucleares – dois adultos vivendo juntos num mesmo agregado com os seus filhos biológicos ou adoptados. Falamos em famílias extensas quando outro parente, além do casal e dos filhos, vive na mesma casa ou está em contacto próximo ou contínuo com eles.

De acordo com o INE (2002) a maior parte da população idosa em Portugal vive com o cônjuge, embora esta percentagem seja bastante superior nos homens, o que talvez se relacione com a sobremortalidade masculina, o celibato definitivo feminino, os casamentos de segunda ordem serem mais frequentes entre os homens, e/ou ser menor o tempo decorrido entre a dissolução do casamento anterior e a celebração de nova união em indivíduos do sexo masculino.

De acordo com o INE, com base nos censos de 2001, em 32,5% das famílias clássicas residia pelo menos um idoso e as famílias constituídas apenas por idosos representavam 17,5% do total de famílias. No total de famílias só de idosos, a grande maioria são constituídas apenas por um idoso (50,5%) e por dois idosos (48,1%). De 1991 a 2001 a percentagem de famílias clássicas com idosos aumentou cerca de 2,3%, situando-se em 2001 em 32,5% do total das famílias clássicas. Estes dados estatísticos permitem perceber, quando analisados com outros indicadores como as variações na taxa de desemprego ou na taxa de natalidade, as implicações sociais globais e para o grupo dos idosos.

3.2 - FAMÍLIA E SUPORTE SOCIAL AO IDOSO

A família tem vindo, ao longo das últimas décadas, a sofrer grandes transformações na sua estrutura e dinâmica. Outrora espaço privilegiado de solidariedade intergeracional alicerçado

no modelo de família alargada, hoje o seu espaço está cada vez mais reduzido a duas gerações (Silva, 2001), limitando o suporte e protecção aos indivíduos mais velhos.

No entanto, como refere Relvas (2000) o envelhecimento, ao contrário do que por vezes se veicula, não corresponde a uma fase de abandono pela família. Ao invés parece haver uma alteração de «quem cuida de quem», que nas palavras da autora tem a ver com a evolução sócio-cultural e demográfica, mas em que o papel da mulher se mantém fundamental. Cada vez mais é a chamada terceira idade que tem a seu cargo os mais idosos. São os idosos mais autónomos que cuidam dos idosos mais dependentes (a também chamada 4ª idade, com 80-90 anos).

As profundas transformações na sociedade em geral e em especial na estrutura familiar, como a crescente participação da mulher no mercado do trabalho e na vida pública, o aumento do número de divórcios ou a diminuição da taxa de fecundidade, têm contribuído para que o modelo de família nuclear venha a assumir cada vez mais importância.

As pessoas idosas encontram-se muitas vezes, nos últimos anos da sua vida, sós, em casa, isoladas ou em instituições. Como refere Silva (2001), outrora, a saída dos filhos para casar não os desresponsabilizava face ao envelhecimento, doença ou necessidades dos seus pais e/ou avós. Hoje uma grande parte dessa responsabilidade passou para o Estado e outros organismos de solidariedade.

Como refere Oliveira (1999) não são apenas os familiares e as instituições sociais que têm o dever de apoiar e confortar o idoso, mas também o Estado tem um papel que lhe é conferido pela Constituição da República Portuguesa que dedica aos idosos o artigo 72, onde é referido que: “As pessoas idosas têm o direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia e evitem e superem o isolamento e a marginalização social”.

Quando uma pessoa idosa em situação de dependência (de saúde e/ou económica) faz parte do agregado familiar, as dificuldades da família aumentam e podem desafiar profundamente as relações de solidariedade, sobretudo em situações de doença crónica.

Novos desafios se têm colocado à sociedade actual, relativamente à capacidade de apoio aos membros mais dependentes, pelas famílias: precariedade do emprego; limitações habitacionais; limitações temporais.

Apesar destas dificuldades, ainda é a família que assume maior importância na satisfação das necessidades do idoso dependente, embora cuidar de um idoso dependente possa levar ao esgotamento de recursos físicos, económicos ou emocionais dos familiares (Bris, 1994). As solicitações do doente podem ser de tal forma, que levam a uma grande e contínua sobrecarga física, emocional e social, podendo contribuir para o seu isolamento (Paúl, 1997). Além disto, é uma situação emocionalmente forte ver o familiar física ou cognitivamente incapacitado, podendo o cuidador experienciar um vasto leque de emoções: culpa, raiva, frustração, exaustão, ansiedade, medo, tristeza, amor e sensação de não ter feito um bom trabalho (Lund, 2005).

O papel de prestador de cuidados, é um momento de transição que requer a reestruturação de objectivos, comportamentos e responsabilidades, podendo levar a dificuldades no cumprimento de obrigações familiares e profissionais.

As razões pelas quais alguém se torna cuidador podem ir do voluntarismo afectivo até à obrigação da responsabilidade, ou até mesmo as duas razões em simultâneo. Independentemente das circunstâncias que levam uma pessoa a ter de cuidar de outra pessoa, funcionalmente dependente dos seus cuidados, a maioria das pessoas não está preparada para essa tarefa.

Tornar-se cuidador pode, apesar de tudo, ser também recompensador, quando permite a aquisição de novas competências, de novas forças e de novos amigos e contactos (Lund, 2005). Ser cuidador pode até permitir que se compensem anos de falta de proximidade,

“(...) a felicidade que nos advém de tornar mais doce o fim de vida de que nos é querido, são razões de sobra para tornar positiva a eventual sobrecarga e desgaste físico que a prestação de cuidados a um idoso acarreta.” (Paúl, 1997, pp.128-29)

De acordo com Lund (2005), há alguns anos foi sugerido que cuidar de um membro da família fosse considerado como um acontecimento normativo da vida familiar, dado que,

tornar-se cuidador significa entrar numa nova fase, com perdas e ganhos que determinarão reajuste e um novo rumo na vida familiar.

As redes sociais de apoio ou suporte são um aspecto crucial da vida dos idosos, mesmo num contexto institucional, sendo decisivas no sentimento de bem-estar físico e psicológico dos indivíduos. O suporte disponibilizado por quem assume o papel de cuidador, por obrigação moral ou social, é geralmente um esforço intencional reconhecido socialmente, que pode surgir espontaneamente ou a pedido de quem dele necessita (Ornelas, 1994).

O *suporte familiar* refere-se às funções desempenhadas para o indivíduo idoso por membros da família. Quando nos referimos a suporte sócio-emocional consideramos o apoio em que são veiculadas emoções como: o amor, a estima, a confiança, ou preocupação. O *suporte familiar instrumental* diz respeito a bens, equipamentos, dinheiro, tempo ou esforço para ajudar com tarefas ou actividades da pessoa idosa que dele necessita.

O termo *cuidador informal*, habitualmente utilizado no contexto de cuidados à pessoa com algum grau de dependência, refere-se ao indivíduo, familiar ou amigo que assegura a maior parte dos cuidados que a pessoa em situação de dependência requer no domicílio, e surge habitualmente do sistema de relações do doente. A designação *cuidador formal*, refere-se aos profissionais dos serviços de saúde, que prestam cuidados e que formalmente assumem o exercício de uma profissão, para a qual optaram de livre vontade e tiveram preparação académica e profissional.

O cuidador primário seja familiar ou amigo, tem a incumbência de desempenhar e de se responsabilizar por determinadas tarefas relacionadas com a prestação de cuidados ao doente. Complementam a sua acção os chamados cuidadores secundários, aqueles que pontualmente, colaboram na prestação dos cuidados.

A relação com amigos e vizinhos difere da que se mantém com familiares, porque resulta de escolhas estruturadas, feitas na base de opções dentro do próprio meio social da pessoa. As amizades são relações expressivas baseadas na escolha e partilha de interesses e estão na base de trocas subjectivas significativas. As escolhas dos amigos são mais fluidas e livres do que as de vizinhos, que apesar de tudo se baseiam mais na relação de proximidade e de suporte instrumental. Quer os amigos, quer os vizinhos, fornecem importantes tipos de apoio e assistência que contribuem para o bem-estar e independência dos idosos (Paúl, 1991) e são muitas vezes o único apoio de que dispõem.

Embora sejam os familiares a maior fonte de apoio físico e emocional dos idosos, os amigos têm um forte efeito no seu bem-estar subjectivo. Os amigos são, assim, uma importante parte das redes de apoio social, implicando múltiplos aspectos que vão desde a partilha de intimidades, apoio emotivo, oportunidades de socialização e apoio instrumental.

Enquanto os encontros com a família nem sempre são fáceis, podendo ser ritualizados, estéreis e mais frequentemente resultam em conflito; o encontro com os amigos pode ser mais estimulante e positivo para o idoso (Paúl, 1991). Dentre os amigos, os mais íntimos têm um potencial diferente e mais forte em termos relacionais, o que se manifesta no acompanhamento ao doente idoso hospitalizado.

3.3- SÍNTESE

O conceito de família tem evoluído ao longo dos tempos, reflectindo as modificações contemporâneas. De forma genérica, apesar das novas configurações familiares que vêm trazer novos desafios às concepções mais tradicionais, pode considerar-se a família como uma reunião de indivíduos unidos pelos laços do sangue, vivendo sob o mesmo tecto ou num mesmo conjunto de habitações, e numa comunidade de serviços

O aumento da população idosa, em particular com doença crónica e dependência, levou a

alterações na estrutura demográfica das famílias, o que tem apelado à sua função de suporte.

Embora se discuta a perda do papel solidário, outrora atribuição da família, não é de estranhar a repercussão que algumas exigências da vida contemporânea têm tido nesta evolução. A mulher, cuidadora por excelência, está menos tempo em casa e tem menos tempo disponível para cuidar dos idosos que necessitam. Assiste-se também ao aumento da prestação de cuidados a idosos por outros idosos.

O tipo de suporte, ou apoio, fornecido pela família pode ser de diversos tipos, desde o instrumental ao afectivo. Cuidadores formais, informais, primários e secundários, todos desempenham um papel fundamental no apoio ao idoso dependente.

Os amigos também são uma ajuda preciosa para o suporte emocional ao idoso, pois desempenham funções que complementam a dos familiares.

4 -... **EM PARCERIA** ...

4.1 - UM CONCEITO ACTUAL

Definitivamente o termo parceria entrou no vocabulário contemporâneo, emergindo como um aspecto positivo e a promover, sendo crescente a sua utilização no vocabulário comum, técnico-científico e também académico.

Não sabemos porém, se essa maior utilização linguística corresponde a uma maior, e sobretudo, a uma mais efectiva utilização em concreto da parceria, com melhores resultados, independentemente do âmbito em que seja utilizado.

Alguns autores utilizam o conceito de parceria definindo-o de forma clara, enquanto outros o fazem sem o definirem, exigindo portanto um esforço de inferência.

O conceito de parceria tem vindo a ser utilizado por várias áreas do conhecimento com particular relevância para o Serviço Social, a Gestão Empresarial, a Educação ou a

Enfermagem. O âmbito das parcerias, tende no entanto, a ultrapassar estas fronteiras artificiais, já que é cada vez mais comum (e benéfico) a inter-relação entre estas áreas.

A parceria intersectorial é um dos paradigmas chave do Health for All da Organização Mundial de Saúde e de alguns relatórios da União Europeia (Squire, 2005). A parceria com as pessoas idosas é uma das ideias chave das directivas para o apoio integrado a Idosos, com a chancela da Organização das Nações Unidas.

No âmbito da prestação de cuidados de enfermagem constata-se a associação do conceito de parceria a uma visão interpessoal, ao contrário da visão inter-organizacional de outras áreas como a gestão.

No campo dos cuidados de saúde, a área que mais promoveu a perspectiva de parceria foi provavelmente a saúde materna e infantil (Darling, 2000), pelo papel que os pais desempenham no suporte aos filhos.

4.2 - CIRCUNSCREVENDO O CONCEITO

No Dicionário Universal da Língua Portuguesa (2002) o conceito de Parceria surge como uma *reunião de indivíduo para um certo fim de interesse comum*. Esta definição relaciona-se talvez com a proveniência do termo de Partnership como relação entre sócios, numa mesma equipa (Zay citado por Gomes, 2002).

Como refere Rodrigues & Stoer (1998), a noção de parceria, apesar de não ser nova em Portugal, foi impulsionada pela participação de projectos portugueses em programas europeus.

Das várias definições explícitas de parceria que é possível encontrar, salientam-se algumas que pela sua maior clareza, ou por incorporarem algumas ideias que julgamos centrais, poderão ajudar a clarificar o conceito. Assim, parceria pode ser considerado:

- No âmbito da promoção de saúde, “respeitar as perspectivas das outras pessoas, analisar as nossas atitudes face aos cuidados sociais e de saúde e chegar a consensos e a decisões conjuntas acerca das actividades e programas de promoção da saúde”; é a “partilha de ideias, conhecimentos e capacidades com outros” (Squire, 2005, p. 204-205);
- Processo dinâmico negociado, em conjunto por duas partes, doentes/famílias e enfermeiros, aproveitando saberes, o querer e o sentir de cada um, respeitando as crenças e saberes, no intuito de querer alcançar um objectivo comum (Gomes, 2002, p. 210). Na opinião da autora falta a noção de reflexão, que deve ser promovida no doente;
- No âmbito da Educação em Enfermagem, para Lopes & Rebelo (2000) é entendido como projecto de envolvimento numa acção comum, concreta e negociada;
- Uma negociação entre duas ou mais partes, utilizando as capacidades de cada uma delas, visando um resultado vantajoso, no interesse do grupo social (Cerqueira et al. Citados por Carvalho, 2002);
- Um “compromisso numa acção comum negociada”, para Zay & Gonnin-Bolo citados por Gomes (2002, p. 66);
- Um “processo durante o qual o doente e o enfermeiro trabalham juntos para amortecer o impacto com a hospitalização” (Martins, 2002, p. 10).

Nas definições explícitas apresentadas identificam-se alguns aspectos comuns. Esta transversalidade de alguns atributos centrais permite ajudar a centrar o conceito, o que vem ao encontro do que refere Honoré (1998), segundo o qual todas as acepções de parceria, se encontram algumas ideias comuns: associação; actividade onde o benefício tem um carácter aleatório e ideia de sinergia pela qual cada um depende do outro.

O grande enfoque dado à negociação, que parece ser comum às várias definições, talvez se funde no pressuposto que, na parceria não há homogeneidade ou consenso, mas sim uma heterogeneidade, em que se reconhece a possibilidade de conflito que obriga à construção de um compromisso (Gomes, 2002), surgindo este como outro dos aspectos recorrentes mais relevantes nas diferentes definições de parceria.

Apesar da contribuição das definições de parceria apresentadas, será que se poderá dizer que só poderá falar em parceria se todos os atributos que definem parceria estiverem presentes? Basta que alguns deles estejam presentes? Se sim, quais? Quais de entre eles são fundamentais? São dúvidas como estas que demonstram a complexidade do conceito.

Gomes (2002), no seu estudo sobre a operacionalização do conceito de parceria no processo de cuidados de enfermagem ao idoso, identificou níveis de parceria, condicionados essencialmente pelo comportamento dos actores envolvidos. Nesse estudo, foi feita uma hierarquização da parceria em quatro níveis, com base nos atributos definidores: existe um nível máximo, caracterizado por uma acção conjunta negociada entre os parceiros; existem dois níveis intermédios, em que o enfermeiro informa em função da solicitação do doente, ou informa em função da natureza da acção; num nível inferior – nível zero – o doente é excluído da acção, ou seja, não é tornado parceiro. Neste último nível, depreende-se que já não poderemos falar em parceria.

Os dois eixos que resultam nesta hierarquização, estão sobretudo dependentes de dois grandes factores: querer ser e o tornar parceiro (Gomes, 2002, p. 212). É da intersecção do querer ser parceiro – uma dimensão intrapessoal – e do tornar parceiro – uma dimensão interpessoal – que resultam os diferentes níveis de parceria. Importa não esquecer que ser, é diferente de ter capacidade para, e é neste processo de capacitação de um e de outros para serem parceiros, que se poderá falar em níveis de parceria (Gomes, 2002).

4.3 - SER PARCEIRO

O que se entende por ser parceiro? De uma forma simplista, pode-se dizer que é uma pessoa (dimensão agente) à qual um Outro se associa (dimensão relação), num jogo em que praticam (dimensão acção) certas actividades. Esse jogo (exige regras, o que alude à dimensão ética) pode ser um agir, procurando (dimensão processo) fazer face aos problemas encontrados (dimensão resolução de problemas/objectivos). Integra uma certa noção de co-responsabilização e de imprevisto que está associada ao jogo e que poderemos encontrar na parceria.

No modelo proposto por Young & Flower (2001), defende-se que pacientes e cuidadores devem criar uma parceria, procurando que o paciente mantenha o sentido de controlo sobre o seu corpo e sua vida, estabelecendo uma base de conhecimento e aumentando a sua participação. Estas são algumas das condições para se ser parceiro que é comum a vários autores.

Ser parceiro implica querer-ser parceiro. Está dependente da vontade de querer ter um papel activo, no trabalho com o Outro. Ser parceiro implica fazer-com ao invés de fazer-por (Santos, 2002). Christensen apresenta-nos um modelo de parceria, que salienta o papel de cliente-trabalhador, que ultrapassa o papel de mero receptor de cuidados, tornando-se participante no cuidar (Martins, 2004; Santos). Emerge claramente uma dimensão proactiva do papel do doente.

A nível nacional, a Lei de Bases da Saúde – lei nº 48/90, de 24 de Agosto, refere que os cidadãos enquanto utentes devem ter um papel activo na promoção da sua própria saúde, fazendo valer os seus direitos e cumprindo os seus deveres. Esta aponta claramente para o papel activo do utente.

De acordo com Squire (2005), existe na União Europeia uma tendência crescente das expectativas do público quanto à prestação de serviços, que poderá estar na base do cada vez maior interesse em ser parceiro, ou das entidades prestadoras em tornar parceiro.

O critério para considerar uma pessoa parceiro poderá variar em função do conceito de parceria subjacente. Tendo uma concepção de parceria apoiada essencialmente na participação, o critério para se ser considerado parceiro pode ser o grau de intervenção na acção concreta ou instrumental.

No que respeita à enfermagem autores como Henderson (1939); Orem (1959); Abdellah (1960); Parse (1987); Roy (1971); Collière (1989) e Hesbeen (2000), ajudaram-nos a clarificar e a perceber a evolução e o desenvolvimento do conceito de parceiro nos cuidados de enfermagem. Gomes (2002) estabeleceu as linhas essenciais do conceito de parceria nos principais modelos e teorias de enfermagem, sintetizadas no quadro nº.1, que apresentamos

na página seguinte.

Quadro 1 – Evolução do Conceito de Parceiro nos Paradigmas e Escolas de enfermagem

Autores	Paradigma	Escola	Papel do doente como parceiro
Florence Nightingale (1859)	Categorização Colocava ênfase na organização e manipulação do ambiente físico, social e psicológico de maneira a colocar as pessoas nas melhores condições possíveis de modo a que a natureza agisse.	Orientação para a doença e saúde pública.	Neste paradigma as enfermeiras são vistas como técnicas detentoras do saber; o doente é mero recebedor de cuidados e não é convidado a participar. É a enfermeira que realiza as acções necessárias para modificar ou manipular o ambiente de modo a contribuir com as condições ideais para a recuperação ou melhoria da saúde da pessoa.
Virgínia Herderson (1939); Dorothea Orem (1959); Faye Abdellah (1960).	Integração Intervir significa agir com a pessoa, tendo em conta a sua globalidade, a pessoa como ser bio-psico-socio-cultural-espiritual.	Necessidades O cuidado é centrado na independência, na satisfação das necessidades fundamentais ou na capacidade de concretizar o auto-cuidado	A enfermeira deve assumir a responsabilidade da pessoa até ela estar pronta para assumir por si. A pessoa é reconhecida como participante activo nos seus cuidados, mas é a enfermeira quem identifica às áreas, dentro das necessidades definidas, que o doente pode fazer por si. O Enfermeiro adopta uma posição paternalista que visa modificar o que não está bem dizendo-lhe o que deve fazer e pensar.
Hildegard Peplau (1952-1988); Josephine Paterson e Loreta Zderard (1976); Ilda Orlando (1972); Joice Travelbee; Ernestine Wiednbach e Imoge King (1971).	Integração Intervir significa agir com a pessoa, tendo em conta a sua globalidade, a pessoa como ser bio-psico-socio-cultural-espiritual.	Interacção Inspiram-se nas teorias da fenomenologia e existencialismo e centram os seus objectivos no processo de interacção enfermeiro/ pessoa.	As interacções enfermeira-cliente são a base essencial da identificação de objectivos e dos meios para atingir esses objectivos. O Enfermeiro assume o papel de autoridade detentora do saber e o doente è deste modo relegado para um papel de passividade. O conflito pode ocorrer se a enfermeira e o doente não concordam com as metas a atingir.
Dorothy Jonson, Lydia Hall (1961); Myra Levine (1973), Callista Roy (1976) e Betty Neuman (1974).	Integração Intervir significa agir com a pessoa, tendo em conta a sua globalidade, a pessoa como ser bio-psico-socio-cultural-espiritual.	Efeitos desejados Esta escola propõe que os cuidados tenham em atenção a pessoa vista como um sistema em constante interacção com o ambiente	A pessoa é o centro dos Cuidados, o objectivo de enfermagem é promover as respostas adaptativas de modo a tornar a pessoa independente. Mas na prática o que se passa é que as significações do doente são interpretadas de acordo com os valores e crenças do enfermeiro.

Mory Allen (1963)	Integração Intervir significa agir com a pessoa, tendo em conta a sua globalidade, a pessoa como ser bio-psico-socio-cultural-espiritual.	Escola da promoção da saúde Esta escola defende que os cuidados de enfermagem são direccionados para a promoção de comportamentos de saúde, através, da implementação de acções de enfermagem que envolvem toda a família.	A enfermeira serve de guia à pessoa/família, realiza em colaboração com eles a planificação dos seus cuidados. Para que uma modificação se dê a pessoa e família devem ter uma participação activa nos cuidados.
Martha Rogers (1970) e Rosemarie Parse (1981)	Transformação Caracteriza-se por uma abertura sobre o mundo, intervir significa estar com a pessoa.	A escola do Humano Unitário Caracteriza-se por considerar a existência de um processo de transformação contínuo em que a pessoa doente e o enfermeiro se cruzam, mas é o doente que dirige o processo.	O doente tem um papel activo e orienta o sentido das suas escolhas. O enfermeiro não toma decisões sozinho. Enfermeiro e doente são co-parceiros. Há uma tentativa de cortar com uma visão centrada na resolução de problemas para passar a um processo de cuidados centrados na pessoa.
Lenninger (1970) com a sua Teoria Transcultural do Cuidar e Watson (1978) com a Teoria do Human Care	Transformação Caracteriza-se por uma abertura sobre o mundo, significa estar com a pessoa.	Escola do caring Orientação para o cuidar, Caracteriza-se por respeitar os valores e as crenças, modo de vida e cultura das pessoas.	Há lugar a uma parceria entre enfermeiro e doente que passa por uma compreensão das significações da pessoa, dos seus valores e fundamentos que suportam o seu comportamento. Tanto o enfermeiro como o doente são detentores de conhecimento que importa valorizar. O enfermeiro deve promover no doente a reflexão e a tomada de decisão. A Pessoa é responsável pelo seu projecto de vida e saúde.

Fonte: Gomes (2002)

4.4 - CARACTERIZAÇÃO DIFERENCIAL

A polissemia associada ao conceito de parceria é acentuada. A variação de interpretações dadas, surge em larga medida associada à utilização de outros conceitos que estando relacionados, ou partilhando com ele alguns dos seus atributos, não significam o mesmo, embora por vezes a sua utilização indiferenciada o sugira.

De entre os eles salientamos os seguintes: *Partenariado*; *Empowerment*; *Participação*; *Colaboração*; *Aliança*; ou *Cooperação*.

Rodrigues & Stoer (1998) distinguem *partenariado* e *parceria* como duas variantes do *partenariado*. De acordo com estes autores as raízes do termo *parceria*, estão na importação do termo “*partenariado*” para a língua portuguesa. Apesar do termo *parceria* ter começado a ganhar mais relevo do que *partenariado*, do qual derivou, ainda é por vezes utilizado como sinónimo.

Rodrigues & Stoer (1998) propõem uma diferenciação entre *parceria* e *partenariado*: a *parceria* tem uma orgânica mais informal, baseada em processos comunicacionais, menos contractualizados e orientada para os interesses de um desenvolvimento comunitário integral; *partenariado* é formalmente organizado, aproveitando recursos exógenos, adoptando por vezes abordagem verticalizada e com intuítos de garantir eficácia nos investimentos.

A *cooperação* difere de *parceria*, pois é considerado o trabalho conjunto com determinado fim (Squire, 2005) mas cuja natureza do vínculo ou os atributos do trabalho dos actores não são valorizados.

Uma *aliança* significa união, ou acordo para cooperar. É portanto um pressuposto da *cooperação*, em que se salienta a ligação entre as partes actantes. Uma *aliança* para a saúde pode fazer parte de uma *parceria* de indivíduos e organizações.

A *participação* pode ser considerada como a possibilidade de um indivíduo estar envolvido num processo de tomada de decisão ou numa acção. Em alguns aspectos a ideia de *participação* sobrepõe-se à de *parceria*, mas não podemos falar em *parceria* se não houver *participação* dos actores, no entanto, é possível existir *participação* sem existir *parceria*. No conceito de *participação*, importa salientar que a maioria dos autores quando a ele se referem, o utilizam

na acepção de participação activa, já que para a participação passiva a presença (mesmo apenas física) é condição suficiente.

O envolvimento por sua vez, é um processo unidireccional, sobretudo em tarefas simples que não exigem, por exemplo, tomada de decisão (Cahill citado por Gomes, 2002, p. 57), e ao contrário de parceria não exige o consenso dos envolvidos.

A colaboração pode ser considerado o envolvimento conjunto em actividades que impliquem tomada de decisão, exigindo esforço cooperativo. Como refere Mestrinho (2004) citando Steele, McEwen & Sullinger, o conceito de colaboração tem sido utilizado para descrever associações entre pessoas e o de parceria para associações entre instituições, no entanto, esta distinção não faz sentido actualmente. A parceria mesmo interpessoal pressupõe a colaboração das pessoas envolvidas.

Um dos conceitos que por vezes se sobrepõe ao de parceria é o de empowerment (algumas traduções utilizam o termo capacitação como sinónimo), que pode ser considerado o processo social de reconhecimento, promoção e desenvolvimento das pessoas para conhecerem as suas próprias necessidades, resolver os seus próprios problemas e mobilizar os recursos necessários de forma a sentir um maior controlo das suas próprias vidas (Kendall, 1998).

4.5 - SÍNTESE

O conceito de Parceria, entrou definitivamente no âmbito da disciplina de enfermagem, o que justifica um “olhar sobre” o modo como tem sido utilizado. Vários são os autores que utilizam este conceito, embora nem sempre fazendo uma explicitação clara do conceito. Da análise efectuada a diversos autores encontramos definições explícitas (independentemente da área do conhecimento que o utiliza) e/ou a inferência sobre os atributos do conceito de parceria.

A apropriação do conceito pelos enfermeiros tem razões que derivam certamente da sua pertinência “no dizer” e “no fazer”, que o tem feito ganhar visibilidade. Aspectos como: partilha, objectivos comuns, interactividade, sinergia e comunicação eficaz, são indubitavelmente importantes para a enfermagem e estão associados ao conceito de parceria. Não sendo um conceito universalmente entendido, justificando uma definição diferencial com conceitos como empowerment, colaboração, aliança ou partenariado, é no entanto um

conceito transdisciplinar. A operacionalização da parceria apesar das vantagens que tem, como a otimização de recursos ou o conhecimento mútuo, exige algumas condições que deverão ser salvaguardadas.

Ser parceiro pressupõe a existência de determinadas características fundamentais, em que se poderá dizer que a “vontade de ser” parceiro é talvez a principal. A proactividade é central no papel do parceiro, o que corresponde, no fundo, ao corolário da exortação do papel proactivo do doente que tem sido promovido nas últimas décadas, no âmbito dos cuidados de saúde.

5 - ...NUM CONTEXTO HOSPITALAR

5.1 – ESPAÇO DE CUIDADOS

O hospital como espaço de cuidados, evoluiu de forma vertiginosa desde os séculos em que as funções “de assistência” eram efectuadas sob um desígnio caritativo e religioso, até ao espaço actual em que estão disponíveis cuidados altamente técnicos, medicalizados, especializados e diferenciados.

Os índices e velocidade de envelhecimento contemporâneos propiciaram o aumento dos pedidos de serviços sócio-sanitários e em especial de admissões hospitalares. O aumento da longevidade e a tendência de aumento de doenças crónicas, traduzem-se numa maior necessidade de cuidados, sobretudo especializados, para os quais os hospitais são os locais preferenciais para dar resposta.

Tem-se assistido nos últimos anos a uma preocupação crescente relativamente ao tempo de duração e taxa de internamentos hospitalares, pelos elevados custos económicos e sociais que um internamento, por curto que seja, implica. O espaço hospitalar é um espaço de resposta limitado, no qual os utentes deverão estar o tempo estritamente necessário, pois outros precisarão desses mesmos recursos hospitalares.

Além destas razões baseadas em preocupações de cariz economicista e de afectação de recursos, outro factor tem contribuído para se repensar a estratégia relativa aos internamentos hospitalares: a assumpção de que o espaço domiciliário, com todo o suporte sócio-familiar que lhe é característico, é propício à recuperação do doente, e até à sua morte tranquila, junto das pessoas que lhe são significativas.

O hospital inclui uma grande variedade de unidades/serviços que apresentam características muito diferentes, apesar de inter-relacionados, tornando-a uma organização heterogénea e complexa. A estrutura, objectivos, técnicos e vivências num serviço de urgência, serão

significativamente diferentes dos que poderemos encontrar num serviço de pediatria ou num serviço de medicina. As especificidades de cada um devem ter-se em conta em qualquer tipo de análise que se faça sobre os cuidados prestados no hospital.

O contacto dos utentes com o hospital, sobretudo quando em situação de internamento, é uma experiência significativa acompanhada por um conjunto de sentimentos, quase sempre marcantes, pois o hospital é um mundo à parte, local de projecção de sentimentos (Cabete, 2004) tão diversos como: incerteza, segurança, tristeza, alegria, frustração, ansiedade, isolamento, medo, angústia, expectativa, ambivalências, que cada indivíduo exprime de acordo com a sua personalidade, de forma singular (Ramos, 1996).

A incerteza poderá surgir em resultado das dúvidas sobre o que espera a pessoa, não apenas relativamente ao tipo de tratamentos e técnicas a que irá ser submetido, como ao percurso da própria doença, que poderá levar a mais sofrimento ou até à morte.

O doente pode recear a lesão corporal, a invalidez ou ainda outro tipo de receios como: medo de ser manipulado; medo de que não se ocupem dele; medo de ser mobilizado; medo de exames diagnósticos dolorosos; medo das mãos inábeis ou muito bruscas; medo de ficar diminuído; medo de ser humilhado; medo de ser inútil; medo da decadência; ou medo do sofrimento (Quirin citado por Silva, 1993). No caso dos idosos, além destes medos, pode também existir com particular relevo, o medo de ser abandonado, uma vez que frequentemente receiam mais o abandono do que da morte em si (Cabete, 2004).

Pode sobrevir também o medo de não ser informado, embora nem todos os doentes desejem ser informados, sobretudo se percebem essa informação como ameaçadora. Alguns preferem não conhecer os riscos reais a que estão expostos, enquanto outros, pelo contrário não se sentem em segurança se não tiverem em seu poder as informações que consideram importantes.

Muitos dos medos dos doentes hospitalizados advêm da ameaça que sentem à integridade física e à alteração da sua imagem corporal.

A imagem corporal é uma base da identidade, por isso, toda a mudança na estrutura corporal é sentida como uma ameaça. Essa ameaça pode ter por base, não apenas a doença, como também

as acções e comportamentos dos prestadores de cuidados. É difícil a certos doentes aceitar serem tocados e observados por outras pessoas inclusive por profissionais de saúde.

Em termos comportamentais, o indivíduo que se confronta com o internamento, passa a ter de se reajustar a uma situação nova em que o seu papel passa a ser o de doente. Paralelamente surgem alterações nos outros papéis sociais desempenhados.

A agravar esta situação de stress vivido pelo doente, poderá estar o comportamento dos profissionais, que demonstra que as suas preocupações se relacionam sobretudo com a dimensão física do doente, em detrimento da preocupação com o mal-estar existencial da pessoa doente, não permitindo ao doente a expressão dos seus sentimentos. A doença do corpo vivido fica à margem, é esquecida, ignorada, desvalorizada, como se apenas importasse a disfunção orgânica, ou o desequilíbrio funcional (Cabete, 2004).

Alguns comportamentos de alguns profissionais de saúde revela falta de preparação para se lidar com a pessoa que sofre, e entre eles estão: o predomínio do modelo de tarefa na organização das intervenções; um certo distanciamento ou neutralidade afectiva; identificação da pessoa pela doença ou pelo número da cama; tratar todos os doentes por igual; ou nas situações em que é a patologia identificada que dita os cuidados e as preferências do doente ficam em segundo plano.

O espaço hospitalar não é apenas um espaço de sentimentos negativos. É também o espaço em que se resolvem situações, que de outra forma agravavam a morbidade e mortalidade das pessoas. Pode ser um espaço que transmita segurança, pois é onde se oferecem condições para prevenir, tratar ou reabilitar o problema de saúde que preocupa as pessoas.

Os profissionais de saúde lidam com o sofrimento de forma continuada e estão por isso sujeitos a um stress acrescido, apesar da crescente formação na área da psicologia nos curricula dos técnicos de saúde. A este respeito, salientamos o estudo de Menzies citado por Silva (1995), para quem as estratégias mais frequentemente utilizadas pelos enfermeiros, no sentido de diminuir a ansiedade provocada pelo sofrimento são: a ruptura da relação enfermeiro-doente; a despersonalização do doente; categorização e negação do significado da individualidade; o controlo dos próprios sentimentos (sem implicação pessoal ou emocional no outro); ignorar

os sentimentos do doente; a rotinização e a desresponsabilização na tomada de decisões. Os doentes que pedem esclarecimentos, comentam ou contestam, são considerados os “maus doentes” ou os doentes difíceis.

Esta rotinização contribui para um ambiente despersonalizado em que um padrão normativo dita as regras, quer na hora do banho, na hora das refeições, de dormir ou de receber visitas.

A rotinização deixa pouco espaço ao ajuste ao indivíduo e às suas preferências e necessidades específicas, confluindo numa certa “impotência aprendida” (Silva, 2005), veiculada pelo papel de «bom doente», do qual o doente não se quer afastar, pois receia represálias ou um pior tratamento.

Face aos sentimentos de impotência e insegurança, o doente assume um comportamento de dependência de quem o cuida. Essa dependência dos outros para os gestos mais familiares como: beber, comer, andar, lavar-se ou vestir-se vai acentuar o sentimento de impotência e insegurança. Esta dependência reforçada pelo ambiente hospitalar e pela doença geram um sentimento de inferioridade. Este sentimento pode, por sua vez, reforçar o sentimento de dependência.

5.2 – A PESSOA IDOSA NO HOSPITAL

Nem todos os serviços do hospital têm as mesmas características. Os serviços de medicina, porque vocacionados para um conjunto de doenças ditas não especializadas, em oposição aos serviços especializados, com tecnologia de ponta (Carapinheiro, 1993) fazem com que nos mesmos se concentrem maior número de pessoas idosas.

Tendo uma clientela idosa, frequentemente com polipatologia e doenças crónicas associadas, são frequentemente os doentes que permanecem mais tempo no hospital. A estes aspectos acrescem frequentes situações sociais complexas, que condicionam o apoio antes, durante e após o internamento.

As consequências físicas do internamento na pessoa idosa são diversas, podendo potenciar e agravar alterações físicas associadas ao processo de envelhecimento. As consequências

possíveis da interacção entre envelhecimento, doença e hospitalização não estão completamente estudadas, mas Creditor citado por Cabete (2004) evidencia aspectos como:

- A diminuição da água corporal torna o indivíduo mais vulnerável à desidratação e à hipotensão;
- O internamento com permanência na cama e a administração de sedativos aumenta o risco de síncope e de quedas;
- A oxigenação celular diminui, assim como a massa muscular;
- A imobilidade leva a uma perda de 5% de força muscular por dia, o que pode pôr em risco, ao fim de pouco tempo, a capacidade de andar, aumentando o risco de quedas;
- A redução da capacidade respiratória que acompanha o envelhecimento, quando associada à imobilidade, leva a uma menor ventilação, podendo conduzir a confusão mental, sonolência, dispneia e ao risco de pneumonia;
- No caso das mulheres a permanência na cama leva a uma aceleração da desmineralização, com agravamento da osteoporose, e maior risco de fracturas;
- As características da pele alteram-se ficando mais fina e menos vascularizada; a permanência na cama aumenta a sua fragilidade com maior risco de úlceras de pressão.

O internamento condiciona a pessoa idosa uma readaptação na gestão do seu espaço pessoal, enquanto espaço que reserva à sua volta para um comportamento social adequado.

A adaptação do doente, e em especial do doente idoso, é uma questão fulcral no modo como ele controla a sua relação com o ambiente, este último com a dupla dimensão ameaçadora e securizante. Num espaço que lhe é estranho, a pessoa idosa pode ter a noção de perda de controlo, podendo corresponder ou não a situações de perda de controlo real.

A perda de controlo percebido pelo idoso, pode dever-se ao facto de os indivíduos subestimarem as suas capacidades auto-regulatórias, e/ou às suas capacidades de exercer componentes comportamentais, subestimando a sua capacidade para conseguir uma certa resposta ao ambiente. Noutros casos ainda, as percepções de pouco controlo podem ser muito realistas, no sentido em que reflectem deficiências reais no controlo (Paúl, 1991), como

acontece num ambiente hospitalar em que lhe é dado pouco espaço de autonomia.

Quando os profissionais de saúde tomam as decisões pelos idosos, estão a contribuir para a perda da sua autonomia e simultaneamente para o aumento da passividade.

Os serviços hospitalares têm uma dinâmica específica, muito modelada pela rotinização e padronização de actividades, que são diferentes da rotina diária do idoso, o que pode contribuir para agravar a sua passividade, levar à desorientação e à confusão. O simples facto de a rotina hospitalar diferir da rotina diária dos idosos pode ser uma fonte de irritação e, como refere Cabete (2004), por vezes a única forma de demonstrar a sua autonomia é contradizendo as orientações dadas pelos enfermeiros.

5.3 – HOSPITAL E RELAÇÕES SOCIAIS

Quando existe necessidade de hospitalização do doente idoso, sobretudo de forma repetida ou prolongada, pode assistir-se a uma perda do seu papel sócio-familiar, pela quebra de funções habituais, de relações e pela diluição ou anulação dos papéis de responsabilidade (Cabete, 2004).

O internamento hospitalar, diferente em objectivos e implicações dos internamentos de longa duração, geralmente em lares ou residências para idosos, podem paradoxalmente levar a uma tendência para o aumento de contactos sociais, relativamente aos que o idoso tinha no seu domicílio. Não significa no entanto, que sejam acompanhados de um aumento qualitativo de eficácia da rede de suporte.

Em situação de internamento hospitalar, o espaço físico em que ocorre o contacto entre os familiares ou pessoas significativas e os idosos, passa a ser um espaço estranho e por vezes hostil. Tradicionalmente esse espaço/tempo de contacto tem ocorrido no período chamado a visita. As visitas, habitualmente ocorrem num único período diário, com um número controlado de pessoas em simultâneo, num horário nem sempre adaptado às exigências quotidianas das famílias.

O contacto entre idoso internado e a família acabam por ocorrer de forma esporádica e pontual, sobretudo nos hospitais públicos. As pessoas com quem se partilha a vida de todos os dias,

passam a ser as visitas, com quem se passa a partilhar apenas alguns momentos tempo limitado, o que pode levar a sentimentos de desorientação e desespero na pessoa idosa internada (Sousa, 2000).

Nem todas as pessoas que visitam o doente e/ou o acompanham se implicam nos seus cuidados. Interessante é a tipologia de visitas a que Martins (2004) faz referência, segundo a qual, as características do comportamento das pessoas que visitam os doentes se integram num dos quatro tipos seguintes: (1) pessoas que têm uma presença bem delimitada no tempo, utilizam linguagem estereotipada, mas por vezes disponibilizam-se para algum tipo de apoio; (2) pessoas que permanecem junto do doente, procurando partilhar e mostrando disponibilidade; (3) Pessoas que são movidas pela curiosidade; (4) e pessoas que visitam o doente, movidas por um compromisso social.

O segundo tipo de visitas, parece ser aquele que mais se aproxima de uma perspectiva humanista e mais facilmente poderá fazer parte do projecto de cuidados ao doente. É aquele que se encontra em melhor posição para contribuir para ajudar o doente a ultrapassar esta fase problemática que é o internamento.

A visita de alguém significativo é muito relevante para a pessoa idosa, pelo que se o doente não tem quem o visite no hospital, pode sentir solidão e receio de ser abandonado. Esta solidão é mais acentuada quando os outros doentes têm visitas e ele não. No entanto, o medo da separação, pode também ser sentido pelo doente que tem visitas, isto é, quando este tem de despedir-se das pessoas amigas ou familiares que o visitam no hospital e aí os momentos imediatos após a visita são particularmente difíceis para o doente (Silva, 1990)

A hospitalização pode representar uma perda de papel sócio-familiar, nomeadamente pela quebra de funções habituais, de relações e pela diluição ou anulação dos papéis de responsabilidade (Cabete, 2004). No hospital, para além da perda de saúde e dos papéis, o doente tem outras perdas muito significativas, como seja a separação do seu ambiente familiar ou a interrupção nas actividades que lhe poderiam dar satisfação.

É cada vez mais frequente que pessoas idosas sejam também as cuidadoras de cônjuges, irmãos e/ou outros familiares, e o seu internamento poderá ter implicações gravosas na pessoa de quem

cuida habitualmente.

Barnes segundo Silva (1995), na revisão de vários estudos constatou que a maior preocupação dos doentes durante o período de admissão no hospital, era resultado da separação do ambiente familiar.

Também não é de menosprezar a variedade de reacções que os familiares dos doentes podem ter perante uma situação de internamento e doença deste último – aceitação ou rejeição, solidariedade ou pena, confiança ou apreensão, curiosidade ou aversão, estima ou desprezo – e a influência que a percepção destes sentimentos pode ter na pessoa doente (Cabete, 2004).

5.4 - SÍNTESE

O Hospital é um sistema sócio-técnico e psicossocial complexo e heterogéneo, onde a pessoa está presente simultaneamente como produtor e beneficiário de serviços, num cenário ambiental em que nem sempre é fácil conviver.

Tem-se assistido nos últimos anos a uma preocupação para que os períodos de internamento sejam o mais curto possível.

Dentre as razões para que tal aconteça, estão naturalmente os custos económicos e sociais, bem como, as vantagens que o espaço domiciliário tem como espaço privilegiado para a recuperação do doente.

O contacto dos utentes com o hospital, sobretudo quando em situação de internamento, é uma experiência significativa acompanhada por um conjunto de sentimentos, quase sempre marcantes, a maioria deles negativos.

Em termos comportamentais, o indivíduo que se confronta com o internamento, passa a ter que se reajustar a uma situação nova em que o seu papel passa a ser o de doente.

A hospitalização pode representar uma perda de papel sócio-familiar, nomeadamente pela quebra de funções habituais, de relações e pela diluição ou anulação dos papéis de

responsabilidade

O internamento condiciona a pessoa idosa a um ambiente e espaço pessoal diferente do que lhe é habitual e ao qual poderá ter dificuldade de se adaptar.

A doença e o internamento têm repercussões no doente, mas também na família, que também terá de se reajustar a esta nova situação.

PARTE II
METODOLOGIA

1 - OPÇÕES METODOLÓGICAS

1.1 - TIPO DE ESTUDO

Partindo do princípio que o enfermeiro que presta cuidados ao idoso hospitalizado tem no familiar um potencial parceiro, sentimos a necessidade de compreender melhor as características da operacionalização desta parceria. Delineámos como objectivo geral deste estudo: Conhecer as características da experiência de cuidar em parceria com a família do idoso hospitalizado num serviço de medicina, na perspectiva dos enfermeiros.

Este objectivo e a questão: quais as características da experiência de parceria nos cuidados aos idosos hospitalizados, com os familiares, na perspectiva dos enfermeiros? Constituem o ponto de partida deste estudo. Além desta questão principal, procuramos atingir os seguintes objectivos específicos que poderão facilitar a compreensão do fenómeno:

- Compreender o significado que os enfermeiros atribuem ao conceito de parceria nos cuidados com a família do idoso;
- Identificar os elementos de suporte da parceria com os familiares nos cuidados ao idoso;
- Identificar as vivências dos enfermeiros na relação com os familiares;
- Identificar as vantagens de perspectivizar o familiar como parceiro no âmbito da prestação de cuidados no contexto hospitalar

Tendo por base o objectivo do estudo, optámos por uma metodologia qualitativa com abordagem fenomenológica. Este tipo de investigação caracteriza-se por uma metodologia que dá ênfase à forma inicial de descoberta dos fenómenos, na perspectiva da pessoa, o que "possibilita um conhecimento mais alargado do fenómeno porque enfatiza o conhecimento, a compreensão e a interpretação cuidada e precisa da natureza e significado de situações ou acontecimentos passados ou actuais" (Leininger, 1985, p.9).

Este método de pesquisa privilegia a compreensão das atitudes humanas, o conhecimento das experiências no seu contexto e a compreensão da visão do mundo das pessoas. Esta ideia é, também, suportada por De La Cuesta (1999) ao referir que as diversas metodologias qualitativas enfatizam a compreensão do mundo da pessoa, através do seu ponto de vista, no fundo a visão das «coisas por dentro», que se relaciona com a intencionalidade.

A experiência dos enfermeiros é significativa para nos revelar o mundo vivido na relação com os utentes e familiares e o fenómeno de cuidar, pelo que existe uma tendência de utilização de teorias qualitativas na ciência de enfermagem (Watson, 1999).

A investigação qualitativa tem como objecto de preocupação o estudo profundo do fenómeno humano e permite ao investigador explorar o significado dos acontecimentos e do «mundo social», o que se torna adequado, dado que, tal como refere Leininger, (1985) este não tem tendência para o formato da medição objectiva, como os utilizados pelas metodologias quantitativas.

Também Benzin & Lincoln citados por Streubert & Carpenter (2002), referem que a investigação qualitativa possibilita encontrar a resposta para questões que se centralizam na experiência social dos indivíduos, como esta é criada e como dá sentido à vida.

Procurámos assumir o papel do investigador que "observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los" (Fortin, 1999, p. 22), tal como se preconiza quando se procura uma compreensão ampla do fenómeno em estudo.

A opção por uma metodologia qualitativa vai também ao encontro do que nos diz Carmo & Ferreira (1998), segundo os quais, a abordagem qualitativa dá uma visão holística, naturalista e humanista do fenómeno, tendo uma natureza indutiva, em que, quem investiga, é mais sensível ao contexto e tem um maior interesse pelo processo de investigação, do que somente pelos resultados que dela surjam.

A abordagem qualitativa dos fenómenos considera a realidade como subjectiva, inserindo o investigador nessa mesma realidade; exige que o mundo seja visto numa perspectiva de que não existem dados adquiridos e que o mundo é uma realidade em movimento.

O estudo descritivo e exploratório parece-nos o adequado à natureza da temática a investigar, pela possibilidade de descrição e compreensão das experiências humanas tal como elas surgem. É descritivo, porque permite compreender e explorar o fenómeno em estudo, e exploratório, dado que se obtêm novos conhecimentos, favorecendo a criação e a explicação de ideias e conceitos.

Para garantirmos a validade interna do estudo utilizámos o método dos juízes. Segundo este método, a análise dos dados é submetida à apreciação de dois juízes com experiência em investigação qualitativa. Neste estudo, os juízes foram duas professoras de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil. O juiz "A", Mestre em Ciências de

Educação e o juiz “B”, Mestre em Comunicação em Saúde, também com experiência em estudos de abordagem fenomenológica.

Após estabelecer os significados e a categorização, reunimos com os juízes, para determinar o índice de concordância. Durante a reunião chegamos a um consenso e o índice ficou estabelecido em cerca de 95%.

Não consideramos a validade externa do estudo, uma vez que não podemos fazer generalizações. Os dados que obtivemos referem-se à amostra em estudo, podendo apenas servir como orientação em amostras semelhantes.

1.2 - LOCAL DO ESTUDO

O primeiro contacto que estabelecemos com o serviço onde se realizou o estudo foi de natureza profissional, pela orientação de estudantes em ensino clínico. Trata-se de um serviço de medicina de um hospital central de Lisboa.

É um serviço de estrutura pavilhonar, com 28 camas de internamento para mulheres com patologias essencialmente do foro médico. Trata-se de uma enfermaria ampla, dividida em boxes de 4 e de 2 camas. A média etária das pessoas internadas é de 68 anos, que foi uma das razões pela opção deste local para o estudo.

Contactámos pessoalmente a Senhora Enfermeira Directora do hospital, onde decorreu o estudo, manifestando-lhe a intenção de o realizar e procurando auscultar as condições institucionais para tal, diligenciando no sentido de ser obtida a necessária autorização institucional.

Num segundo momento, foi enviado um pedido formal para a Direcção de Enfermagem, onde se explicitavam os objectivos do trabalho, local (serviço), meios de recolha de informação e limites temporais previamente calculados. A Senhora Enfermeira Directora solicitou parecer à comissão de ética do hospital, que se revelou positivo (Anexo n.º 1).

A este respeito queríamos referir que procurámos respeitar os princípios éticos fundamentais ao trabalho do investigador, também eles garante da credibilidade e legitimidade do estudo. Polit & Hungler (1995) reforçam esta ideia, alertando para a necessidade de se respeitarem o princípio da beneficência, da autodeterminação, da justiça e da privacidade.

O contacto com os enfermeiros participantes, foi-se estabelecendo à medida que ia decorrendo o ensino clínico de estudantes que orientamos no local de realização do estudo,

iniciando-se cerca de um mês antes da realização da colheita de dados. O regime presencial do referido estágio permitiu, maior à vontade com os enfermeiros do serviço, quebrando um pouco a distância que por vezes se estabelece entre os profissionais e os docentes de enfermagem, que poderia ser constrangedora para os participantes e até para nós como investigadores.

Deslocámo-nos ao serviço onde realizámos as entrevistas aos enfermeiros, durante dez dias, amplitude temporal em que estas decorreram. As entrevistas foram realizadas numa sala isolada, em momentos previamente planeados com os enfermeiros, pois apesar de estarem na hora de serviço, referiram ter disponibilidade para ser efectuada a entrevista, o que se veio a verificar.

1.3 - PARTICIPANTES

Definimos como população do nosso estudo os enfermeiros de um serviço de medicina de um hospital central de Lisboa.

Nos estudos em que se utiliza a metodologia qualitativa, o que interessa é a riqueza da informação obtida, pelo que não existe uma regra que defina o tamanho da amostra. Ela deverá ser intencionalmente reduzida, para que permita seleccionar casos, que nos proporcionem uma informação mais rica, possibilitando um estudo em profundidade, conduzindo deste modo a uma compreensão do fenómeno em estudo. Assim, a nossa amostra foi seleccionada pela técnica de amostragem não probabilística, constituída por 10 enfermeiros.

Patton (1990), refere que, o número de participantes seleccionados para um estudo depende do que se procura, de como serão utilizados os dados e dos recursos que temos à nossa disposição para a sua elaboração. O investigador pode determinar um número reduzido de sujeitos, dado que, na investigação qualitativa deve evitar-se seleccionar uma amostra de grandes dimensões, que conduza a um acumular de dados que se tornam difíceis de analisar (Fortin, 1999).

Morse (1991) considera que a dimensão da amostra depende mais da quantidade de dados que se obtém, do que do número de participantes. A autora refere ainda que, o mais importante na selecção dos participantes do estudo, é que estes sejam bons informantes, ou seja, que estes consigam falar sobre a sua experiência acerca do objecto em estudo e sobretudo, querer partilhá-la com o investigador.

A amostra pode ser considerada uma “amostra por acessibilidade”, no que à escolha dos participantes diz respeito, e por saturação da informação no que se refere ao número de participantes, já que não houve necessidade de efectuar mais entrevistas porque numa análise da informação recolhida, verificou-se que a informação se começava a repetir e não emergiam dados novos.

Utilizamos critérios de escolha intencional, procurando, deste modo, o mais possível, a diversificação dos casos, porque existe um compromisso em realizar entrevistas a pessoas que tenham experiência no fenómeno de interesse (Streubert & Carpenter, 2002).

Os enfermeiros que participam no estudo obedecem aos seguintes critérios de inclusão: serem responsáveis pela prestação de cuidados de enfermagem a doentes idosos no serviço onde se realiza o estudo; aceitarem participar no estudo; e permitirem a gravação áudio das entrevistas.

O **quadro nº. 2**, descreve as características dos participantes no estudo tendo em conta as variáveis: idade, sexo, tempo de curso; tempo de exercício na profissão e tempo de exercício de funções no serviço.

Quadro 2 – Síntese das Características dos Participantes no Estudo

Variáveis	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Idade	37	28	27	28	35	30	24	37	34	24
Sexo	F	F	F	F	M	F	F	F	M	F
Tempo de curso	14	5	2,5	8	11	6,5	2	16	9	1
Tempo de serviço	14	5	2,5	2,5	11	6,5	2	16	6	1

As idades oscilam entre os 24 e os 37, e a média é de 30,4 anos, o que demonstra que estamos perante uma equipa relativamente jovem. Relativamente ao tempo que passou entre a conclusão do curso de enfermagem (de salientar que três das enfermeiras – as com menos tempo de curso – terminaram o curso de Licenciatura em Enfermagem e as restantes o curso de Bacharelato) e o estudo é em média de 7,5 anos, oscilando entre 1 e 16 anos, o que revela também que existe um amplitude razoável, o que pode ser factor positivo na partilha de

experiências. A enfermeira que apenas tem um ano de curso, já tinha feito estágio profissional no serviço, e portanto o tempo de contacto com o serviço é maior do que o tempo de permanência como profissional.

É interessante verificar que a quase totalidade dos enfermeiros estão no serviço desde que terminam o curso, o que sobretudo no caso dos enfermeiros com mais tempo de serviço, revela uma certa fidelização e fixação ao serviço. Para tal não será alheio o sentimento de satisfação dos enfermeiros em desempenhar funções neste serviço (que percebíamos de forma informal), talvez devido às boas relações profissionais entre os enfermeiros.

Relativamente ao sexo dos enfermeiros, oito dos elementos são do sexo feminino e dois do sexo masculino, o que de certa forma reflecte a proporção de enfermeiros do serviço por sexo.

1.4 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Tendo em atenção o tema e tipo de estudo, o objectivo e as questões de investigação, utilizámos como técnica de colheita de dados a entrevista semi-estruturada em profundidade.

Este método de colheita de dados torna-se adequado quando se pretende compreender,

"o sentido que os actores dão às suas práticas e aos seus acontecimentos com os quais se vêem confrontados: os seus sistemas de valores, as suas referências normativas (...) as leituras que fazem das suas próprias experiências, etc" (Quivy & Campenhaut, 1998, p.193).

Assim, optámos pela entrevista semi-estruturada, de modo a termos a possibilidade de explorar, aprofundar e clarificar alguns pontos do discurso dos participantes, possibilitando uma flexibilidade na condução da entrevista, com a finalidade de se conseguir uma explicitação das vivências dos participantes (Morse, 1991).

Este tipo de entrevista vai ao encontro dos objectivos delineados para a temática deste estudo, porque permite colher informação junto dos participantes relativamente às suas ideias, preferências, comportamentos, sentimentos, expectativas e atitudes (Fortin, 1999).

Para a realização da entrevista, elaborámos um guião (Anexo 2) constituído por várias questões com uma sequência pré-estabelecida, embora na sua aplicação sentíssemos necessidade de alguma flexibilização, procurando não quebrar a fluência do discurso dos participantes.

As questões foram submetidas à apreciação do orientador do estudo e de um dos juízes, que concordaram com as mesmas e sugeriram algumas alterações e introdução de questões pertinentes.

Antes da realização das entrevistas, o guião foi testado com um enfermeiro, não pertencente à amostra, mas que satisfazia os critérios da mesma. Como as respostas obtidas se enquadraram nos objectivos do trabalho, não houve necessidade de alterar a formulação das questões.

Testar o instrumento de colheita de dados, proporcionou o aperfeiçoamento de algumas competências relativamente a aspectos relacionados com a prática de técnicas, de validação e clarificação no decorrer da entrevista. Facilitou também o à vontade, adequação de *timings*, espontaneidade e controlo da voz e dicção perante o gravador de áudio.

A entrevista com cada um dos enfermeiros foi realizada individualmente, num único momento e decorreram em ambiente privado, numa sala com características que permitiam privacidade e tranquilidade. As entrevistas foram previamente planeadas de acordo com a disponibilidade dos enfermeiros.

O tempo gasto em cada uma das entrevistas variou entre quarenta a setenta minutos, sendo a média de cinquenta minutos.

Os métodos da investigação qualitativa centralizam-se na relação interpessoal, conduzindo o investigador ao universo do indivíduo. A entrevista, como um dos métodos de colheita de dados, concede-nos acesso ao mundo «interior» dos sujeitos (Patton, 1990), podendo tornar-se incómoda e até invasiva, o que nos pode colocar perante dificuldades de domínio ético.

Relativamente à realização das entrevistas, todas se iniciaram com um «espaço livre» e um período de «aquecimento», durante o qual se falou sobre os motivos e interesse do tema e novamente se explicou os objectivos deste estudo. Foram respeitados os princípios éticos referentes ao consentimento informado, tendo todos os sujeitos concordado verbalmente em colaborar no estudo. Foi respeitado o direito à privacidade, garantindo o anonimato e assegurada a confidencialidade das informações. Foi esclarecido também que a análise dos dados iria ser realizada com base na transcrição das entrevistas, deixando bem claro que estas não seriam utilizadas para outros fins além dos do nosso estudo.

Foram transcritas a totalidade das entrevistas e numeradas de um a dez, tendo-lhes sido atribuído os seguintes códigos respectivamente (E1; ...; E10).

A transcrição das entrevistas foi efectuada por nós. Consideramos esta etapa bastante importante, uma vez que contactar de novo com o que foi verbalizado pelos participantes, ajuda a entrar no “mundo” do entrevistado e a compreender a sua perspectiva.

Para efectuarmos a validação das entrevistas, submetemos a transcrição das entrevistas a uma professora de enfermagem, com experiência nesta metodologia, que considerou estarem adequadas e explícitas relativamente ao fenómeno em estudo.

A análise dos dados é vista como uma etapa vital na investigação fenomenológica, mas reveste-se de alguma complexidade e morosidade. Para o tratamento dos dados emergentes da entrevista recorreu-se a uma análise de conteúdo qualitativa por temas.

Dado o objectivo do estudo, optámos por realizar a análise dos dados numa perspectiva fenomenológica, que permite "(...) a busca de sentido numa descrição da experiência humana (...) a fim de colocar em evidência as unidades de significação da experiência" (Fortin, 1999, p. 315).

Deschamps citado por Fortin (1999, p. 315) considera que "as unidades de significação são os constituintes que determinam o contexto do fenómeno e que forçosamente a parte da significação inerente a esse contexto".

Vários autores como Van Kaam, ou Watson têm procurado desenvolver e descrever os procedimentos deste tipo de análise. Embora os vários autores tenham utilizado caminhos e linguagens diferentes, existe uma uniformidade entre eles ao considerarem como princípio, a importância da "essência de fenómeno".

Na nossa prática profissional temos procurado mobilizar os valores da teoria de Watson (fazendo inclusivé parte do quadro de referência da instituição de ensino de enfermagem onde desempenhamos funções de docente), pelo que nos parece coerente e pertinente, face aos objectivos do estudo, seguir os princípios e procedimentos de análise preconizados por Watson (1999) adoptados na sua obra "*Nursing: Human Science and Human Care – a Theory of Nursing*".

Passamos a descrever os passos que seguimos em consonância com o modelo de análise de Watson:

1. Lemos e releemos várias vezes as transcrições dos dados obtidos em cada uma das entrevistas, com a finalidade de obtermos o sentido geral das mesmas. Após as

sucedidas leituras, excluímos todo o verbatim que se distanciava do objectivo do nosso estudo. Na apresentação dos dados recorre-se ao uso de alguma pontuação suplementar cujo significado se clarifica; aos segmentos do discurso, que não tendo importância para a análise foram rejeitados, foi atribuído o código "..."; aos silêncios e pausas no discurso foi atribuído o código "..."; e às palavras ou frases por nós colocadas para clarificar o significado do testemunho foram colocadas entre “[]”.

2. Cada entrevista à qual foi atribuído a "letra que a codifica" – «E» – foi dividida em *unidades de significação* (também designadas *declarações significativas*), conforme expressas pelos participantes. As unidades de significação, neste estudo, relacionam-se com a experiência de cuidar em parceria com os familiares dos doentes idosos.

Nesta fase do processo, Watson refere ser importante questionar constantemente "será que isto diz algo diferente ao que já foi dito anteriormente sobre o tema?"

De forma a facilitar a organização dos dados, a cada unidade de significação foi dado um número que associado a um código já atribuído possibilitava a localização dessa unidade de significação (e.g., E1 1, E1 2).

3. Em seguida procurámos verificar a relação que existia entre cada unidade de significação e o objectivo do estudo.

4. Procedemos depois à redução das unidades de significação em significados, ou seja, a atribuição de sentido às unidades de significação. Nesta redução houve a necessidade de se proceder a alguma modificação linguística para nos conduzir a uma melhor compreensão do sentido de cada unidade de significação, procurando que se mantivessem o mais próximo possível do que foi dito pelo sujeito. A cada um dos significados formulados foi atribuído a letra "S", que foi adicionado ao código anterior (e.g., E1 S1). Em Anexo 3 apresentamos um exemplo de quadro de significados e declarações significativas de uma entrevista. Foi obtido um total de 176 significados diferentes que foram revistos e agrupados pela semelhança de sentido, o que permitiu a construção do «esquema em árvore» do estudo, apresentado na Parte III.

5. As declarações foram integradas em estruturas, de forma a sintetizar a estrutura global das experiências num todo integrado. Este processo foi exigente, moroso e complexo devido à quantidade de significados que tínhamos. Houve a necessidade de

trabalhar de forma exaustiva, procedendo novamente à leitura dos significados e das entrevistas.

A validação desta etapa do estudo emerge como um aspecto essencial para a consistência dos resultados. Como refere Leininger (1985, p.68), a validade dos estudos qualitativos diz respeito "à obtenção do conhecimento e compreensão da verdadeira natureza, essência, significado, atributos e características de um determinado fenómeno em estudo". Com a finalidade de controlar a nossa subjectividade e envolvimento, começámos por validar a identificação das unidades de significado e dos respectivos significados.

A validação intersubjectiva (um dos métodos de validação preconizados por Watson, 1999) foi efectuada, submetendo as transcrições das entrevistas, das unidades de significação e dos significados à apreciação de duas enfermeiras professoras, com experiência em investigação qualitativa que constituíram os nossos juízes, como foi referido anteriormente.

Esta apreciação foi fundamental e de grande utilidade porque levantou questões pertinentes, proporcionou uma perspectiva diferente que se revelou adequada no momento da análise dos dados. Houve neste processo uma concordância de 97% com o juiz A e de 93% com o juiz B, relativamente ao total das unidades de significação. Nas discordâncias prevaleceu a nossa opinião na maioria dos casos, pois éramos quem estava mais perto do fenómeno em estudo, excepto em duas em que houve necessidade de alterar a linguagem da frase e noutras a ligeiras alterações na construção frásica, sem modificar o sentido.

Após realizarmos a ordenação dos dados surgiram, subcategorias, categorias e áreas temáticas, que permitiu a sintetização em «esquema em árvore», submetida a um tema principal a que chamámos «Experiência de Cuidar em Parceria com os Familiares dos Idosos Hospitalizados».

Relativamente aos termos utilizados no estudo, faremos algumas considerações que julgamos pertinentes, dado que alguns dos conceitos utilizados podem carecer de clarificação, permitindo assim maior coerência e rigor:

- embora considerando como sinónimos os termos cliente, doente, utente e paciente, utilizaremos o termos *doente* para nos referirmos ao idoso hospitalizado e ao termo *utente* englobando quer o doente e/ou o familiar, nas passagens do texto em que é irrelevante distinguir um o outro (dado que são

ambos utentes do serviço de saúde, neste caso uma unidade de medicina de um hospital central);

- utilizamos os termos *hospitalizado* e *internado* como sinónimos neste contexto;

- optamos pela classificação mais usual de considerar idoso como a pessoa com mais de 65 anos de idade, reconhecendo as limitações desta categorização;

- consideramos *familia* a(s) pessoa(s) identificada(s) pelo doente, que lhe proporcionam suporte familiar e são por ele consideradas significativas;

- consideramos como familiar significativo, o(s) elemento(s) da família que demonstrando interesse em participar nos cuidados ou sendo indicado como tal pelo idoso é potencialmente um parceiro nos cuidados; nas situações de dependência do doente corresponde geralmente ao cuidador informal;

- consideramos *factor condicionante* como sinónimo de algo que influencia a ocorrência de determinado fenómeno; uma condição que é necessária para que determinado fenómeno possa ocorrer;

- como *atributo* consideramos a característica que é peculiar a algo; elemento e permite distinguir determinado fenómeno de outros;

- consideramos o termo *unidade de medicina* como sinónimo de *serviço de medicina*;

- consideramos *projecto de cuidados* como sinónimo de *processo de cuidados* e de *plano terapêutico*;

- consideramos *equipa de saúde* como sinónimo de *equipa terapêutica*. Esta é constituída exclusivamente pelos profissionais que fazem parte do processo terapêutico do doente;

- referimos o termo *participante(s)*, como querendo referi-nos ao(s) enfermeiro(s) participante(s) no estudo;

- em algumas passagens do texto utilizamos o termo *actor*, como sinónimo de interveniente ou agente na parceria;

- quando utilizamos a formulação composta dos três intervenientes base na parceria em estudo – doente idoso/familiar/enfermeiro – não utilizamos

qualquer critério na ordem com estes surgem nesta formulação, sendo para nós indiferente, pois estamos convictos que o seu papel embora diferente é igualmente válido para a parceria.

PARTE III

Cuidar do Idoso Hospitalizado em Parceria com a Família

1 - ÁREAS TEMÁTICAS EMERGENTES

A análise dos dados permitiu-nos clarificar o tema central do nosso estudo – A experiência de cuidar em Parceria com os familiares dos idosos internados num serviço de medicina, na perspectiva dos enfermeiros.

Deste tema central emergiram 3 áreas temáticas: A Concepção de Parceria com os familiares dos idosos na prestação de cuidados ao idoso; os Elementos de suporte da parceria e a Vivência relacionada com a experiência de parceria.

Estas áreas foram o resultado do agrupamento de categorias que por sua vez resultaram de significados. A sua construção facilitou a compreensão do fenómeno em estudo. Todas as categorias foram desenvolvidas, analisadas e discutidas neste capítulo, procurando, assim, fazer uma descrição da estrutura essencial da experiência de cuidar em parceria com os familiares dos idosos internados na perspectiva dos enfermeiros.

Iremos fazer referência às unidades de significação e aos significados atribuídos ou até mesmo a ambos, visando a transparência da análise dos dados.

Com o objectivo de elucidar os significados encontrados para cada categoria, subcategoria e sub-subcategoria, no início da análise e discussão de cada uma delas, apresentamos um quadro onde são apresentados os significados para cada área temática, bem como as entrevistas em que foram identificados.

No sentido de facilitar a apresentação dos dados, as declarações significativas aparecerão no texto em itálico e os significados em negrito.

Na Figura 1, da página seguinte apresentam-se em “esquema em árvore” as principais áreas temáticas, categorias e subcategorias, que constituem a estrutura do fenómeno em estudo.

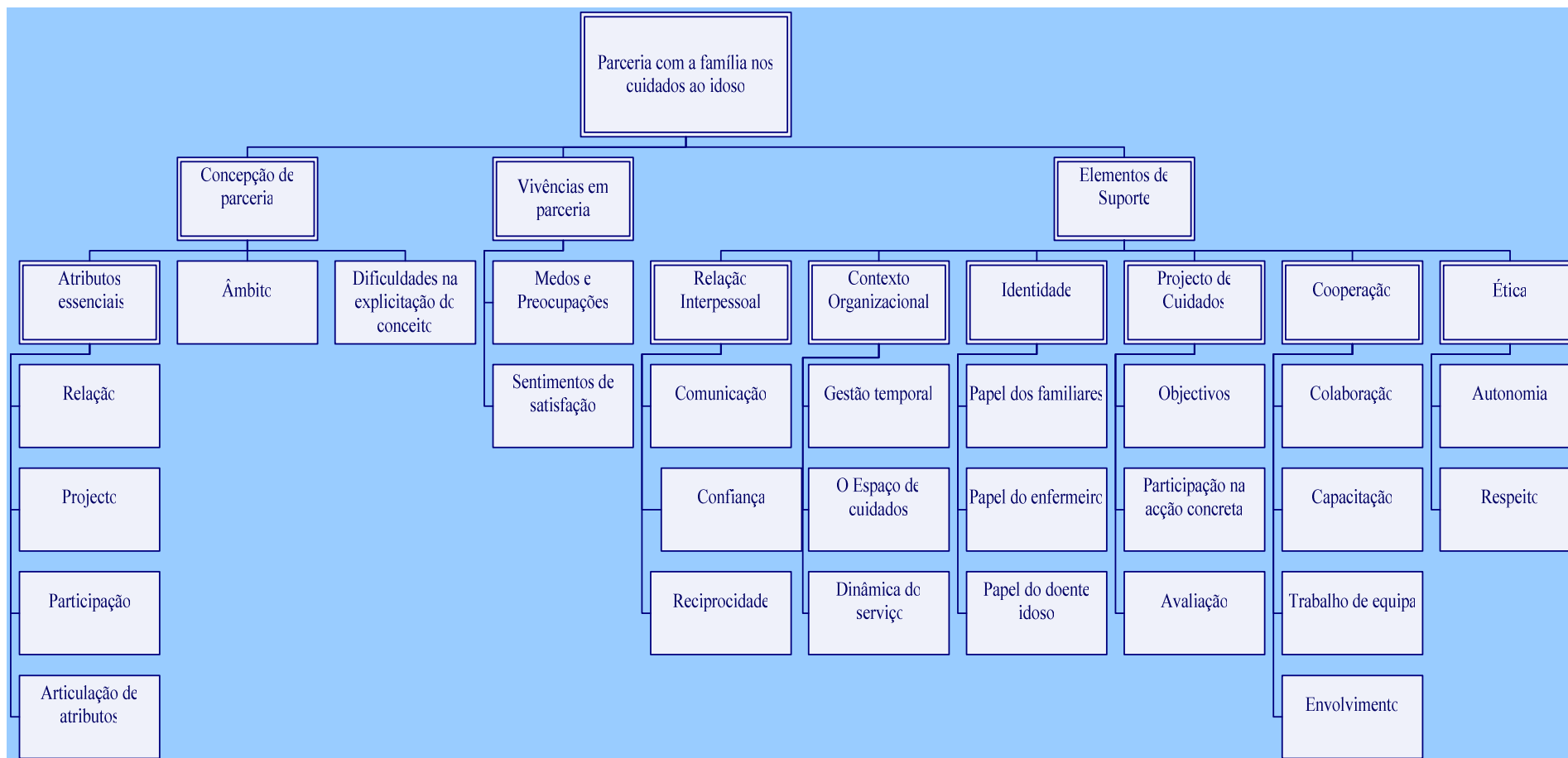


Figura 1 – Esquema em “árvore” do fenómeno em estudo

1.1 - CONCEPÇÃO DE PARCERIA

Esta área temática foi construída, tendo por base três categorias que emergiram dos dados: *atributos essenciais da parceria, âmbito da parceria e dificuldades na explicitação do conceito.*

1.1.1 – Atributos Essenciais da Parceria

Em relação aos atributos essenciais do conceito de parceria, ou seja os elementos que servem para caracterizá-lo, encontramos os significados que se encontram no quadro n.º 3. Esses atributos correspondem às características sem as quais, na perspectiva dos enfermeiros não se poderá falar em parceria no âmbito da prestação de cuidados com a família.

Quadro nº.3 – Categorias, Significados e Entrevistas Relativos à Área Temática Concepção de Parceria

Área Temática	Categorias	Significados	Entrevistas
Atributos essenciais	Participação	Parceria implica participação dos familiares nos cuidados directos	E1 S4, E4 S41
		Parceria implica que o familiar "faça com" o enfermeiro	E7 S5, E5 S6, E4 S7
		Participar não implica ser parceiro	E1 S30, E3 S38, E2 S12, E1 S39
		Parceria é mais abrangente que “fazer”	E1 S37
		Parceria não implica ter de prestar cuidados	E1 S17, E1 S35, E2 S23
		Familiar parceiro é aquele que participa e está integrado no processo de cuidados	E4 32, E9 18
	Relação	A relação que se estabelece é ponto fulcral da parceria	E7 S7
		A Parceria é diferente de visita porque exige relação	E4 S46
		Parceria é relação com uma intenção	E1 S28
		A parceria como relação de dádiva	E2 S4
		Parceria como relação de cumplicidade	E9 S34
		Parceria como relação de igualdade	E2 S6
		Parceria é disponibilidade para a relação	E6 S1
		Parceria é partilha na Relação	E5 S20
		Parceria exige relação de Proximidade	E7 S31
	Projecto	A parceria implica colaborar para um fim	E1 S1, E8 S25, E2 S22
		Parceria é colaboração dos familiares	E5 S24
		Parceria como uma intenção num projecto comum	E5 S37, E3 S19
	Articulação de atributos	Parceria exige convergência de vários atributos	E2 S30, E9 S23, E1 S51

Âmbito	Intervenientes	Parceria exige vários intervenientes	E4 S21, E8 S6
		Parceria tem diversos tipos de intervenientes	E4 S24, E6 S36
		Parceria pode ser interacção pontual	E7 S42, E5 S56
		Integra a parceria quem deseja ser parceiro	E7 S58
		O idoso é o elemento chave da parceria tripartida	E9 S13, E9 S11, E3 S37
		Parceria como relação indivíduo organização	E5 S41
	Formalização	Parceria necessita formalização	E7 S34, E4 S13, E4 S11
		Parceria é sobretudo informal	E3 S52, E1 S34
		Parceria conceito difícil de definir	E4 S12, E3 S11, E4 S27, E8 S50, E10 S21, E7 S21

(continuação)

	Parceria é conceito desconhecido	E3 S7
	Parceria conceito usado sem se conhecer o sentido	E9 S5
	Enfermeiros sempre foram parceiros mesmo sem uma clara definição conceptual	E9 S26, E8 S20
	Enfermeiro sabe o que é parceria na prática	E4 S31, E5 S38, E5 S5, E5 S31

Participação

A participação dos actores implicados tem sido uma das referências recorrentes nas diferentes concepções de parceria encontradas na bibliografia. A pessoa que participa, ou seja aquele que toma parte, é uma ideia ambígua; “fazer parte de...” pode ser entendido como: estar presente; ter desempenho no processo; ou estar incluído em determinado processo ou estrutura.

Quando os participantes no estudo referem: “*para mim, para falar em parceria tem de haver uma participação, isto é, as pessoas devem fazer também junto connosco, neste caso os familiares não é..!*” (E1 4) ou ainda “*sim, sim, sem fazerem não acho que se possa falar em parceria*” (E4 41), parece existir uma ideia comum: a **parceria implica participação dos familiares nos cuidados directos**. Depreende-se que o familiar apenas será considerado parceiro, se efectivamente estiver incluído na prestação de cuidados directos, numa acção instrumental.

A prestação de cuidados pressupõe, o planeamento, execução e avaliação dos actos de enfermagem, não ficando claro nestas declarações se a participação se dirige apenas à acção concreta que corresponde à execução dos cuidados, ou a uma participação que inclua as outras fases do processo de cuidados.

É certamente diferente considerar que um familiar participa apenas se executar determinada actividade ou tarefa, como dar a alimentação ao doente, de forma extemporânea, ou se efectivamente está integrado no processo de cuidados, que inclui também a avaliação e planeamento.

A participação parece adquirir nas palavras seguintes uma nova *nuance*:

“(...) os familiares para serem parceiros têm que, tal com o próprio termo indica estarem ao nosso lado, mas não é para ver, é para fazer mesmo! A fazer é que se aprende” (E7 5);

“Parceria implica que [familiar] faça connosco, sim isso sem dúvida (...)” (E5 6);

“A ideia que tenho é que é algo em comum não é? Quando penso acho que é algo que fazemos juntos... porque se for em separado já não é parceria...” (E4 7).

A participação na parceria incluindo claramente a execução como dimensão instrumental – **parceria implica que o familiar “faça com” o enfermeiro** – surge como ideia complementar às anteriores, nas quais não se conseguia perceber se a participação nos cuidados seria ou não numa perspectiva de «lado – a – lado» com os enfermeiros.

Santos (2002) num estudo efectuado sobre a parceria como metodologia de trabalho, encontrou resultados semelhantes, que evidenciaram que se considera o familiar como parceiro, apenas aquele que presta cuidados: “esta pessoa não só deverá fazer companhia ao doente, como também participar nos cuidados que lhe são prestados, tendo em conta a continuidade dos cuidados, a sua eficácia e o apoio ao doente.” (Santos, 2002, p.136)

Participar pressupõe então uma dimensão instrumental, ou seja, considera-se que o familiar participa se fizer algo em concreto, podendo ser esta acção efectuada sozinho com o doente ou em colaboração com a equipa de cuidados.

No entanto, esta participação instrumental ou acção concreta, *per se* não significa que o elemento que participa seja considerado efectivamente parceiro, pois ao referirem, “ (...) *quer dizer eles [familiares] podem participar e até fazer alguma coisa sem sequer serem parceiros*” (E1 30), ou “ (...) *não é obrigatório fazer [participar nos cuidados para ser parceiro]*” (E3 38), os enfermeiros salientam a ideia de que o familiar pode participar nos cuidados, sem que seja considerado parceiro – **participar não implica ser parceiro**. Subentende-se que apenas a participação não pode, sendo um atributo importante da parceria, definir parceria, como reforça um dos participantes ao referir que, “*as pessoas podem fazer coisas connosco porque cá apareceram e até têm curiosidade, esse não é um direito de serem parceiros, não os considero como tal*” (E2 12).

A participação, enquanto execução de cuidados, não pode assim, ser o único critério para uma definição de parceria dado que “ (...) *às vezes há quem faça e não é parceiro, está ali porque tem que ser não é?! (...)*” (E1 39). Quem participa pode fazê-lo por obrigação ou dever, podendo inviabilizar a perspectiva de parceria. Colocar o foco da parceria apenas na acção concreta, sugere uma aproximação perigosa ao modelo biomédico.

O “fazer” ganha preponderância no processo de cuidar, visando a cura da doença e não a vivência da pessoa doente. Estaremos assim, no campo da “tarefa” para ultrapassar a dificuldade observada e não na proposta de ajuda à pessoa que quer ultrapassar uma dificuldade sentida.

“Acho que parceria não pode ser só fazer, tem que ser mais qualquer coisa senão limitamo-nos a andar a fazer coisas...lá está, vamos voltar a cair no dar injecções...assim em vez de nós, são eles [família], o que não acho bem” (E1 37)

Esta declaração significativa alerta para que a participação executando alguma acção ao definir parceria, entramos no campo da rotinização e do cuidar à tarefa.

Dessa forma, a **parceria é mais abrangente que “fazer”**, o que pressupõe que, embora a execução seja importante como atributo da parceria, existirão outros elementos que ajudem à sua definição, complementando assim a ideia de participação.

As declarações seguintes dão-nos outra perspectiva complementar: *“pode-se bem ser parceiro sem ter de prestar cuidados, parece-me uma ideia que não é bem a mais certa” (E1 17); “podem até não prestar cuidados, isso não me faz confusão...e ainda assim serem parceiros...pode só estar lá connosco “ (E1 35); ou ainda, “[parceria] não quer dizer prestar cuidados” (E2 22).*

Emerge uma nova ideia de sentido contrário à anterior – **parceria não implica ter de prestar cuidados**. O familiar pode efectivamente ser considerado parceiro sem que no entanto, tenha de prestar cuidados. A participação deixa de ser o aspecto fundamental. É frequente que alguns dos familiares de doentes idosos sejam também eles idosos. A probabilidade de terem algumas limitações, sobretudo do domínio motor, até provocadas pelo esgotamento de cuidarem dos doentes no domicílio, por vezes por longos períodos, podem limitar a sua capacidade de participação. Ajudar a levantar o doente para a cama, cuidar da sua higiene ou dar-lhe a alimentação, mesmo no hospital e apoiados pelos técnicos de saúde, pode ser uma actividade difícil e extenuante.

Complementando a ideia de participação, surge a de integração no processo de cuidados: **o familiar parceiro é aquele que participa e está integrado no processo de cuidados**.

“Tem [o familiar] de fazer parte da equipa... mas não é só na teoria... acho que se estivessem ao nosso lado e soubessem porque é que fazemos as coisas, aí sim, era fazer as coisas e saber porquê... aí sim, pode-se falar em ser parceiro “ (E4 32)

“Só fazer e mais nada não estou a ver [que seja parceiro] ... não fazer é pouco também...o ideal é fazer e mais qualquer coisa não sei...não estar a fazer só às vezes...faz mas é porque há plano de cuidados para essa pessoa [doente] ” (E9 18)

Desta forma, sugere-se a integração da dimensão instrumental num planeamento comum. É uma visão holística do processo de cuidados, por oposição a uma ideia de fraccionamento

das actividades, em que cada actor tem o seu desempenho específico e em que o papel da família surge desintegrado do papel da restante equipa de saúde. Na primeira declaração, sugere-se que a participação conjunta permitiria poder falar-se em parceria, porque o familiar compreenderia a razão da acção do enfermeiro. Não é apenas a acção, mas a compreensão da acção global dos vários actores, porque tendo um sentido partilhado, que pode contribuir para a perspectiva de parceria.

A segunda declaração (E9 18) introduz outro aspecto importante, a da continuidade da participação. Executar uma actividade pontualmente não é compreendido por este participante como fazendo parte de uma parceria. Embora se trate de uma visão um pouco extremada, dado que a incapacidade do familiar em desempenhar tal actividade, ou então, não existir a necessidade da mesma, pode não permitir outro tipo de participação. O estado de saúde do doente e os cuidados diferenciados que a situação exija, também pode não o permitir.

Relação

O exercício profissional do enfermeiro centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, como é salientado pelo *Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais* (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Esta disposição vai mais longe ao estabelecer uma conexão entre a relação (terapêutica) e a parceria: “*A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades*” (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Esta ideia parece já ter sido integrada no discurso dos enfermeiros, dado o papel preponderante da associação que estabelecem entre a relação e a parceria – **A relação que se estabelece é ponto fulcral da parceria** – quando referem: “*penso mesmo que sem relação não interessa falar em ser parceiro... é como querer falar com alguém e essa pessoa não estar lá, não é?*” (E7 7). A relação surge como o alicerce fundamental da parceria, sem a qual esta não se efectua.

Os participantes fazem a distinção entre relação e presença, atribuindo à primeira um significado mais profundo do que a mera presença física. As visitas ao doente hospitalizado são um exemplo paradigmático da presença física do familiar que pode não ser interpretada

como relação. **A parceria é diferente de visita porque exige relação** e os participantes salientam-no ao referir:

“(...) ser só visita não chega a ser parceiro (...) bem, é que senão todos seriam parceiros e aí já não interessava nada a parceria outra vez” (E4 46)

Nesta declaração significativa, surge uma ideia interessante: a relação é de tal modo importante para a parceria que a sua ausência, isto é a mera presença sem uma relação, tiraria o sentido à parceria.

Surge-nos também a intenção associada à relação na parceria – **Parceria é relação com uma intenção**,

“(...) para mim quem vem cá dar rosas e bananas não é parceiro, não acho mal, mas a relação que se estabelece não tem o mesmo valor obviamente que não, tem de haver mais qualquer coisa nesta relação é o porquê se calhar é o porquê da relação que se estabelece (...)” (E1 28)

Esta última asserção subentende que a relação é importante para existir parceria, mas para tal, terá de ter um atributo fundamental – a intenção – o que está de acordo com o que nos diz Patrão Neves (2002), para quem a relação só poderá ser de parceria, atendendo à intenção que conduz ao encontro entre os intervenientes.

Outros participantes caracterizam o tipo de relação que se estabelece numa parceria nos cuidados de outra forma. A relação pode surgir como dádiva, cumplicidade ou igualdade. Quando é referido: *“não concebo parceria senão como uma relação em que há muito para dar uns aos outros”* (E2 4) está a caracterizar-se **a parceria como relação de dádiva**. Por outro lado, ao referir *“(...) penso logo, que antes de mais [na parceria] vem a relação de cumplicidade, estamos todos no mesmo pé... sem qualquer dúvida”* (E9 34), sugere-se a **parceria como relação de cumplicidade**.

A **parceria como relação de igualdade**, inclui uma equivalência de poderes entre os profissionais e os utentes, sobretudo com os familiares, embora se trate de uma situação desejável, pelo que a parceria surge como inviabilizada à partida pelo participante. O relacionamento equilibrado e simétrico nos poderes, como lhe chama Patrão Neves (2002, p. 431) *“a desejada parceria exige um relacionamento simétrico”*, é do domínio do possível mas exige mudanças, *“no dia em que tivermos uma relação com o mesmo poder dentro do hospital aí pode-se falar em parceria, até lá acho mesmo que ainda há muito a fazer”* (E2 6).

Quando é feita alusão às condições que são necessárias para a relação com os familiares e idosos, surge a disponibilidade como sendo fundamental. **Parceria é disponibilidade para a relação com o outro:**

“(...) eu só serei efectivamente parceiro se puder estar disponível para os ajudar, poder relacionar-me com tempo e disponibilidade (...)” (E6 1)

Esta ideia é reforçada por Gonçalves *et al.* (2001) quando refere que “A relação de parceria enfermeiro/doente/família deverá ser pautada pelo dinamismo, disponibilidade e mudanças de atitude encorajando também a família como membro da equipa.” (p.17)

Outra das características da relação na parceria é a partilha – **Parceria é partilha na relação** – como é evidenciado quando o enfermeiro refere: “ *quando penso em parceria assim, na prestação de cuidados acho que penso logo é em dar e receber é em partilhar numa certa relação, acho!!!*” (E5 20).

A relação surge como atributo basilar da parceria, que por sua vez permite que se estabeleça uma certa partilha, isto é, a ideia de que cada um dos intervenientes na parceria dá algo, para que ela se efectue.

Nesta perspectiva dos cuidados em parceria alicerçada na partilha, reconhece-se que as interacções entre prestadores dos serviços e utentes, criam um novo sistema social para o qual ambas as partes dão contributos importantes para os resultados do serviço prestado (Darling, 2000).

A proximidade enfermeiro/familiar surge também como aspecto indissociável da relação que se estabelece entre eles. Não existindo uma relação próxima seria inviável falar de parceria, dado que a **parceria exige relação de proximidade**, de uma forma que se infere não ser do domínio físico apenas, mas sim uma proximidade intersubjectiva, como preconiza Watson (1999).

“ (...) Hoje ainda acho que não temos grande espírito de parceiros com a família porque estamos ainda afastados, temos de nos aproximar senão nada feito, tem que ser também uma relação de proximidade.” (E7 31)

A proximidade, a partilha e a disponibilidade, ajudam a tornar a relação significativa e assim tornam-na interessante para a parceria, definindo-a, ou ajudando a defini-la.

Projecto

A noção de projecto de cuidados tem pontos em comum com a de parceria, sobretudo no dinamismo e complexidade que invoca, procurando afastar-se de uma dimensão utilitarista, pelas noções de cidadania, de comunidade, de sociedade, invocando assim o homem social (Honoré, 1996).

Um dos aspectos que um projecto pressupõe é a noção de trabalhar em conjunto para determinado fim – **A parceria implica colaborar para um fim** – o que se aproxima claramente da noção de projecto, pois com refere Honoré (1996), a *démarche* de projecto, é a maneira de operar a decisão, de a tomar e de seguir as operações que daí decorrem, dando um sentido à acção referente a uma missão.

São exemplo de declarações que reforçam esta ideia as seguintes:

“ uma [situação de parceria] assim marcante, marcante, onde eu me envolvi bastante foi numa das que todos fazíamos o que era preciso para o mesmo fim (...)” (E1 1);

“ (...) eu acho que sempre que exista parceria tem que haver um envolvimento, um fazer pró mesmo... de nós, da pessoa [doente] e da família porque é disso que se trata... mas temos é de saber o que queremos e não podemos querer uns umas coisas, outros outras, senão não dá.” (E8 25);

“ Ser parceiro é cada um fazer a sua parte no bem do doente...e no fundo no bem de todos nós... que não nos podemos esquecer que somos pessoas e também podemos ficar doentes” (E2 22).

O sentido da acção dos actores implicados, tem de partir de um envolvimento particular na busca de um sentido que seja um sentido colectivo. Uma das declarações (E2 22), refere que esse sentido comum é, no âmbito da parceria de cuidados ao idoso internado, o bem deste último. Ao encarar a possibilidade de poder vir a estar no lugar dos doentes e/ ou familiares, o participante consegue colocar-se no lugar do outro, aspecto fundamental na relação de cuidados, mas sobretudo na perspectiva de parceiro, em que a sensibilidade ao outro e o nivelamento de poderes e papéis num “pé” de igualdade é fundamental.

Embora sem colocar a ênfase no sentido da acção, mas sim na comunhão na acção, foi referido pelos enfermeiros que **a parceria é colaboração dos familiares,**

“ (...) para que ela seja efectivamente uma parceria e como deve de ser, logicamente têm [familiares] que estar envolvidas e colaborem no processo durante o internamento (...)” (E5 24).

A colaboração que emerge nesta declaração como um aspecto fundamental da parceria é essencial na parceria, que pressupõe uma actividade coordenada, entre familiares/enfermeiros/idosos que é o resultado de uma tentativa continuada de construir e manter uma concepção compartilhada de um problema. Este poderá ser o problema de saúde do doente que motivou o internamento, ou outro objectivo que este no seu projecto de saúde deseje atingir e, para o qual, os enfermeiros e os familiares possam contribuir de acordo com as suas potencialidades. A *demarche* de cuidados, deve repousar sobre a descoberta por cada um das suas próprias potencialidades de prestar cuidados, em cooperação, com os outros prestadores (Honoré, 1998, p. 31).

Subjacente a algumas declarações já apresentadas parece existir uma noção de intenção que se torna mais evidente nas declarações seguintes, enfatizando a **parceria como uma intenção num projecto comum**,

“ Para mim a parceria é aquilo que a gente quer fazer juntos, é o caminho (...) que faz com que se diga «isto agora é uma parceria!», porque podemos estar a fazer muita coisa e tal...e haver muito material, e a gente deixar que as pessoas venham cá ajudar, mas se toda a gente não andar para o mesmo lado não vale a pena e não tiver a ideia de ser parceiro não vale a pena.” (E5 37)

“ (...) então só se é parceiro se toda a gente tiver na cabeça e souber que estamos em parceria... isso é que tem de estar bem definido... temos de saber o que temos para dar e para receber.” (E3 19)

Estas declarações significativas parecem ter em comum a ideia de que agir em parceria supõe uma procura de um sentido para a acção, de uma intenção que faz parte de um projecto comum entre os intervenientes, ou como refere Honoré (1998) a parceria supõe “a procura constante de uma compreensão mútua e de um entendimento comum sobre o sentido da acção” (p. 31).

Esta noção de intenção subjacente ao projecto de cuidar, é um aspecto particularmente caro aos enfermeiros, dado que a importância dada à intenção na prática de cuidados, é tanto mais relevante, quanto é o sentido dado às acções de cuidados que estabelecem a diferença entre tratar e cuidar, talvez mesmo entre cuidar e prestar cuidados. Esta é uma das principais mais valias da parceria.

A comunhão num projecto comum responsabiliza de igual forma os intervenientes, apesar da especificidade dos seus papéis. É o que todos quiserem fazer juntos, como refere um dos

participantes. É o caminho que é proposto e não imposto. É o oposto de situações em que o familiar chega ao hospital e recebe a notícia de que o seu familiar tem alta, tendo de dar continuidade aos cuidados em casa, sem ter existido uma prévia avaliação de capacidades e recursos nem o acordo de *timings*.

1.1.2 - Articulação de Atributos

A maioria das definições de parceria encontradas na bibliografia especializada, sugere a ideia de que na definição de parceria estão presentes vários atributos, e que é da sua articulação que emerge o conceito, já que poucas foram as definições encontradas em que apenas um atributo surge como caracterizando a parceria.

Quase sempre as definições referidas pelos participantes se referem a mais do que um atributo ou característica de parceria.

Os relatos dos enfermeiros são coincidentes com a ideia de que **parceria exige convergência de vários atributos**. São diversas as declarações significativas que ilustram esta ideia, como as seguintes:

“ parceria é na minha óptica várias coisas que tem de estar presentes (...) se calhar é isso, não é só uma coisa” (E2 30);

“ dos livros sei que para haver parceria tem de existir muita comunicação, muito boa relação, muita ...partilha, mas da prática acho que ainda temos de misturar ainda uns pozinhos de paciência, sensibilidade, de carinho para as outras pessoas, neste caso os familiares, enfim isto tudo misturado pode funcionar em parceria... ou não” (E9 23);

“ como já tinha dito, para haver parceria só assim tem de haver uma série de coisas juntas, tipo não se pode dizer que é só uma coisa, então com a família temos de ter em conta nós, os doentes e a família, olhe que é uma grande confusão uma parceria assim ” (E1 51).

A segunda declaração significativa refere vários elementos que devem estar presentes na parceria: *muita comunicação, boa relação, muita partilha, paciência, sensibilidade, carinho*. Embora qualquer destes elementos, ou atributos sejam um pouco ambíguos e amplos, a sua utilização permite inferir que para se definir parceria é necessário a presença de vários atributos.

É possível, no entanto, considerar que mesmo estando presentes estes vários atributos ainda assim não se possa falar em parceria, como é sugerido na declaração (E9 23), ou porque faltam outros elementos ou porque é do seu conjunto articulado que surge a noção de

parceria. A utilização de conceitos tão genéricos, como por exemplo “boa relação”, ou “muita partilha” pode relacionar-se com a percepção dos enfermeiros de que a parceria é um conceito um pouco difuso.

1.1.3 – Âmbito

A parceria, aqui em estudo surge como já foi referido com um âmbito pré-definido: a prestação de cuidados de enfermagem ao idoso internado. Os actores em presença também foram genericamente definidos: idoso doente/ familiar e enfermeiro. No entanto, outros actores – individuais ou colectivos – podem ser considerados também como parceiros, se perspectivarmos a parceria integrada num sistema mais abrangente. É benéfico que assim seja. No âmbito ou campo de intervenção da parceria emergiram os *intervenientes* e o tipo de *formalização* da mesma.

Intervenientes

Para os participantes a **parceria exige vários intervenientes**:

“(...) para mim falar em parceria assim integro nela toda a gente do serviço, todos têm uma palavra (...) cada um no seu papel, não pode também ser só os três que estamos a falar [enfermeiros/doentes/familiares] é a dietista... é a D. T. [técnica administrativa]” (E4 21);

“(...) só que todos têm de trabalhar para o mesmo para ser mesmo uma parceria e quando digo todos é mesmo toda a equipa, mesmo que a gente é que seja o parceiro quando está com o doente” (E8 6).

A parceria quando estabelecida entre várias pessoas, neste caso enfermeiro/idoso/familiar, enquadra-se numa parceria interpessoal. No entanto, é possível admitir que uma parceria interpessoal de sentido mais restrito seja enquadrada numa parceria interpessoal de sentido mais amplo, *i. e.*, seja concomitante a outra de sentido mais amplo com os outros membros da equipa.

As declarações seguintes sugerem a perspectiva de que a **parceria tem diversos tipos de intervenientes**.

“ Quando ouço falar nisso já me tenho posto a pensar se é parceria...ser parceiro é só com uma pessoa ou com a família também?...é que se for só com a família é uma coisa, se não, é outra completamente diferente.” (E4 24)

“ Eu posso ver só isso [parceria] como uma coisa a fazer com a visita que é mais habitual...no fundo é comigo e com ela mesmo que não esquecendo a senhora D., ela [familiar] também é pessoa (...)”. (E6 36)

Nestas declarações parece evidente que a parceria pode ser perspectivada em sentido restrito, apenas entre o enfermeiro e o doente, mas também numa vertente globalizante, incluindo os familiares.

A declaração seguinte introduz a ideia de que independentemente das características dos intervenientes na parceria, existe um pressuposto fundamental: querer ser parceiro. *“O doente tem de ser o centro do esquema montado... só assim é uma parceria com as pessoas que tratam dele, mas também são parceiros os que querem ser, isso é que é o principal”* (E7 58). Esta posição de que **integra a parceria quem deseja ser parceiro**, vai ao encontro da perspectiva de Brodie (2004) quando refere que colocar-se numa posição de parceria, exige uma certa predisposição do parceiro.

A parceria pode surgir com um carácter interpessoal pontual, porque em determinado momento as pessoas agem integrando os princípios da parceria, ou enquanto processo contínuo, em que esses princípios estruturam a relação entre os intervenientes de forma mais consistente e continuada. Um dos participantes considera que a **parceria pode ser interação pontual**,

“eu vejo as duas maneiras se calhar até estou errado não sei... mas vejo que posso ser parceiro... quando estou a tratar de um doente... pode até ser a atitude que eu tenha (...) e vejo que pode haver outra parceria diferente em que nós equipa somos parceiros... se calhar é porque não sei bem o que é” (E7 42)

Apesar de não demonstrar segurança na concepção de parceria, o participante considera como possível a existência de dois níveis de parceria: um primeiro que poderá considerar-se uma parceria pontual, neste caso entre enfermeiro e doente, em que se refere existir uma *atitude de parceria*, e outro mais abrangente, em que a parceria integra também outros intervenientes em outros momentos.

Na parceria pontual existe uma integração dos princípios de parceria numa interação pontual entre dois intervenientes, trata-se de uma interação de parceria. Noutro nível poderemos considerar que se trata de um processo de parceria entre estes dois ou incluindo mais intervenientes, trata-se de um processo de parceria.

A noção de parceria interpessoal tem portanto duas leituras: pode ser pontual ou pode ser integrada num processo. A declaração seguinte reforça a ideia de que na interacção, ainda que de forma pontual pode existir parceria

“ (...) Quando eu me predisponho a ser parceiro com o familiar (...) naquele momento eu posso estar em parceria” (E5 56)

Quando no hospital os familiares, os enfermeiros e restante equipa, procuram fazer o possível por ajudar o doente a ultrapassar este momento crítico na sua vida, terão objectivos e necessidades diversas, mas um objectivo comum: ajudar o doente a conseguir dar prossecução ao projecto de saúde. Desta forma, não é de estranhar que o idoso seja considerado o centro da parceria enfermeiro/doente/família – **o idoso é o elemento chave da parceria tripartida:**

“Para mim é óbvio que têm de estar as três partes a trabalhar no mesmo sentido senão não é parceria, mas lá está o idoso nunca pode ficar de fora (...)” (E9 13);

“ (...) quando penso se é parceria quem entra? Quem conta? Não consigo conceber assim só eu...eu equipa... e a família... ou o familiar... a doente também faz parte... é tudo por lá... estamos a trabalhar por ela... ela tem de estar englobada” (E9 11);

“ (...) daí que não se possa falar em família sem falar no doente e falar em parceria com a família sem falar neles [doentes]” (E3 37).

Esta ideia sugere que mesmo nas acções que não são levadas à prática com o doente ou junto dele, ele surge como elemento omnipresente. Desde que se considere que existe uma parceria em benefício de alguém, esse elemento é considerado à partida como integrante da equipa. Esta ideia é importante uma vez que assistimos com alguma frequência nas práticas de cuidados, a situações em que o idoso internado, não é considerado nas decisões que lhe dizem respeito.

Le May (1998), autor que sugeriu esta nomenclatura – parceria tripartida – refere que esta tríade pode complicar a parceria, pela complexidade que introduz, quando comparada com uma situação em que são apenas duas pessoas os parceiros. Na opinião do mesmo autor, pode no entanto ser uma mais valia, desde que as vozes em conflito possam ser escutadas. Nestes casos, a negociação é fundamental para a continuidade da parceria.

Quando existe uma tentativa organizacional de procurar que os seus serviços sejam prestados numa perspectiva de parceria, aí estamos perante a **parceria como relação indivíduo/organização,**

“(...) porque também se pode ver de outro lado... a parceria mas é com a equipa... de um lado o familiar e do outro o serviço... no fundo uma espécie de trabalho de equipa a sério (...)” (E5 41)

Nesta situação, parece-nos que parte sempre da organização a tentativa de promover no familiar o papel de parceiro, dado que este, de forma individual, não tem capacidade nem poder para induzir modelos de trabalho nem filosofias de prestação de cuidados.

1.1.4 – **Formalização**

Consideramos que formalizar a parceria é entendido como a utilização de normas e/ou protocolos que regulamentem a implementação ou a manutenção da parceria.

Alguns enfermeiros consideram que só existe parceria se existir uma certa formalização – **Parceria necessita formalização,**

“(...) deve existir alguma coisa mais forte... é claro que eu posso ser parceiro porque ajudo as pessoas, porque me consideram como tal... mas ainda assim acho que deve existir algo mais forte que dê o aval ao que se passa” (E7 34)

Percebe-se a necessidade que o participante sente da formalização da sua acção em parceria, mesmo existindo uma assunção tácita de que existe parceria. Existe a necessidade de um aval que dê um carácter que reforce a parceria, que talvez se funde numa perspectiva burocratizante. Esta ideia pode estar relacionada com a concepção ou filosofia de cuidados do participante, com os valores institucionais integrados pelo profissional, ou até com a sua concepção de parceria. Esta pode ser a de um processo que exige uma maior estruturação ao invés de outras perspectivas, já mencionadas que estão mais focalizadas na interacção pontual profissional/utente e no seu carácter informal.

Trabalhar em parceria é um trabalho complexo, pela necessidade de integração de princípios e pessoas em dinâmicas já estabelecidas e nem sempre compatíveis. A formalização pode ser considerada uma forma de reconhecimento e sustentação dessa acção na complexidade.

A necessidade de formalização poderá ter também um efeito dinamizador, de vinculação e de reconhecimento, *“(...) não pode ser só porque achamos que é a melhor forma... eu já sei como é quando alguém decide não achar... devem ser estabelecidas as normas dessa parceria com os familiares” (E4 13).*

Na declaração seguinte, a formalização surge, talvez numa perspectiva utilitarista alicerçada na existência de um instrumento regulamentador que facilita o trabalho em parceria, *“(...) se*

estiver estipulado como vamos agir em conjunto e estivermos a trabalhar todos de acordo com as mesmas normas (...) isso é fundamental para a parceria” (E4 11).

Santos (2002) numa posição que defende a parceria formalizada, salienta a importância da elaboração de um regulamento definindo os moldes sobre os quais a parceria poderia/deveria desenvolver-se, sob pena de a linguagem e atitudes serem tão diferentes que poderão originar alguns constrangimentos. Deveria portanto ser consensual entre os profissionais, mas também ser aceite pelos familiares. É de salientar que o autor é omissivo quanto à autorização do doente neste processo.

Numa perspectiva em que a **parceria é sobretudo informal**, antagónica à anterior, os participantes referem: *“A parceria pode ser na minha opinião algo que se estabelece entre várias pessoas neste caso os enfermeiro e a família e o doente, mas não é preciso nada escrito... para mim não (...) ” (E3 52).* Parece emergir o carácter mais informal, mais espontâneo, como quando é referido: *“(...) aí nessa situação, nada muito rígido... foram momentos em que houve parceria...” (E1 34)*

Honoré (1998) defende a necessidade de se manterem as parcerias no âmbito da prestação de cuidados, num plano informal baseando-se numa argumentação que refere que:

- a formalização progressiva dos modos de acção tendem a enfraquecer o processo de parceria com o aparecimento de procedimentos instituídos;
- tornamo-nos parceiros pelo desejo de jogar em conjunto; tal desejo não pode resultar de um decreto nem de uma regra instituída;
- nestas condições as redes informais transformam-se rapidamente em redes-estrutura tecidas sobre a rede médica dominante, já que todos os projectos hospitalares estão baseados no projecto médico.

1.1.5 – Dificuldades na Explicitação do Conceito

A revisão bibliográfica sobre o conceito de parceria evidenciou dificuldades em encontrar um núcleo de atributos comuns ao conceito de parceria, o que parece encontrar eco nas definições dadas pelos participantes.

De acordo, com os relatos dos participantes o conceito de parceria parece ser de difícil explicitação, dado que os enfermeiros consideram o **conceito difícil de definir**, com

atributos difíceis de especificar ou mesmo que, sabendo o que significa na prática, consideram que a parceria é um conceito difícil de definir.

Apesar do reconhecimento de que tem havido alguma evolução na consciência que os enfermeiros têm sobre a parceria, quer seja devido à veiculação pelos *media*, quer seja pela maior utilização do conceito no âmbito dos cuidados de saúde, os participantes referiram algumas dificuldades na sua explicitação.

Apesar de alguma ênfase de âmbito corporativo que tem sido dado para que os enfermeiros integrem a(s) parceria(s) nas práticas de cuidados, um dos participantes refere que, “*sou sincera acho que devia saber até porque já li nos papéis da ordem que devemos ser parceiros (...) mas não sei definir concretamente, tenho umas luzes*” (E4 12), o que faz subentender que o conceito ainda não foi completamente assimilado. As directivas dos organismos reguladores da profissão e a bibliografia técnico-científica, apesar de terem dado mais visibilidade ao conceito, não têm sido suficientes para que os enfermeiros os integrem nas suas práticas.

“(...) agora que me está a falar nisso acho que nunca tinha pensado nessa perspectiva...acho que sim... que nem sei muito bem explicar o que é...acho que sei o que é... mas explicar é pior tenho alguma dificuldade em dizer... se calhar é porque não está arrumado na minha cabeça não é...” (E3 11).

“(...) o conceito [de parceria] em mim não está muito claro (...)” (E4 27).

“sou parceiro se fizer a papinha toda? Não! Não é? Então se não é assim, há-de ser mais qualquer coisa... ou se é ou não se é parceiro... se calhar é por isso que não sei bem dizer se sou ou não parceiro... nem se faço parcerias....” (E8 50).

Esta última declaração é elucidativa das interrogações que se colocam ao participante a respeito do que é parceria, apesar de apresentar uma justificação para o que considera que a parceria não é: “*fazer a papinha toda*”, que se aproxima de uma ideia central na parceria: o *fazer por* é genericamente o oposto de *fazer com*, este sim, integrando a perspectiva de parceria. O enfermeiro que procura *fazer com* os familiares, procura integrá-los no processo de cuidados.

Embora tendo uma ideia do que é a parceria, um dos participantes não o consegue traduzir em palavras,

“ Bem, se me disserem para dizer não sei se sei dizer bem o que é... eu sei que sei o que é mas... se tiver de dizer nem sei bem se sei dizer... é isso não sei bem dizer como se calhar até deveria não é?” (E10 21)”

Numa outra perspectiva o participante considera que as dificuldades não estarão tão relacionadas com uma sua dificuldade em traduzir por palavras o que é parceria, mas sobretudo uma dificuldade intrínseca ao próprio conceito, que é por si difícil de definir: *“ para mim não existe bem uma coisa que se diga que é parceria (...) não há assim nada que se diga, porque há isto ou aquilo então já é parceria, é difícil dizer o que é ” (E7 21).*

Nesta linha, um dos participantes tem a percepção que a sua dificuldade em definir parceria, é partilhada pelos outros enfermeiros, já que a **parceria é conceito desconhecido** referindo: *“ (...) ninguém sabe muito bem o que é!” (E3 7).*

Num plano diferente, um dos participantes refere o seguinte: *“acho que agora fica bem dizer-se que se é parceiro...toda a gente é parceiro... usa-se porque fica bem não porque se saiba bem porquê.” (E9 5),* o que pressupõe a **parceria conceito usado sem se conhecer o sentido** mas com uma certa ideia de actualidade.

Utiliza-se o conceito porque se reconhece que tem receptividade, sobretudo nos pares, para a qual poderá ter contribuído a crescente divulgação em bibliografia especializada e as directivas dos órgãos regulamentadores da classe dos enfermeiros. Apesar da cada vez maior visibilidade do conceito e da sua actualidade, ao referir *“sempre fizemos as coisas com parceiros... ou pelo menos tentávamos... agora é que se usa mais” (E9 26),* parece evidente que os **enfermeiros sempre foram parceiros mesmo sem ser clara a sua definição conceptual,**

“ daqui a uns tempos lembram-se e inventam outro nome para a parceria... ou para a forma como estamos com os doentes e as famílias e aí vem outra ideia para uma coisa que sempre fizemos... é como o cuidar” (E8 20)

Apesar das dificuldades de caracterização do conceito de parceria no plano teórico, no entanto parece que o **enfermeiro sabe o que é parceria na prática:** *“ eu sei ser parceiro, ou pelo menos acho que sei, mas estar a dizer é só isto ou só aquilo tenho dificuldade” (E4 31); “ (...) é a partir da ideia que tenho que eu tento estabelecer a parceria, mesmo que não seja da forma que eu acho que deveria ser” (E5 38); “ eu sei o que é porque é daqueles conceitos que mesmo que não saiba dizer com as palavras certas, se for preciso acho que sei ser parceiro da família (...).” (E5 5); “Nós no dia-a-dia somos parceiros dos doentes e da*

família, além disso na maior parte dos casos eu parece-me que não há grandes dúvidas não é?!... agora quando me dizem assim diz-me o que é já é mais difícil” (E5 31).

1.2 – ELEMENTOS DE SUPORTE DA PARCERIA

Como elementos de suporte, consideramos as circunstâncias ou condições que da experiência dos enfermeiros, estes consideram fundamentais para a acção de cuidar em parceria com os familiares dos idosos internados, o que vai ao encontro do que nos refere Turnbull *et al.* (2002), segundo o qual, vários factores podem facilitar ou dificultar o estabelecimento de parceria.

O quadro nº. 4, apresentado na página seguinte indica as principais categorias, significados e entrevistas relativos aos elementos de suporte da parceria

Quadro nº. 4 - Categorias, Significados e Entrevistas relativos à área temática *Elementos de Suporte da Parceria*

Categoria	Subcategoria	Significados	Entrevistas
RELAÇÃO INTERPESSOAL	Comunicação	Dificuldades na partilha de informação enfermeiro/família	E10 S47
		Informações dadas pelo familiar facilitam prestação de cuidados individualizados à doente	E7 S49
		Diálogo franco é fundamental na relação profissional-doente	E2 S29
		Familiars não entendem linguagem dos enfermeiros	E1 S15,E7 S35,E5 S50
		Enfermeiros procuram fazer com que familiares entendam a sua linguagem	E10 S34,E9 S15,E7 S18
		Familiars distorcem informações que não compreendem	E8 S27
		Os enfermeiros têm facilidade de adaptação da linguagem aos utentes	E8 S22
		Enfermeiro sente necessidade de desenvolver competências de comunicação	E6 S12
	Reciprocidade	A equipa de enfermagem está sensibilizada para ajudar a família	E3 S46, E3 S48
		Familiars ficam sensibilizados quando o enfermeiro demonstra atenção para com ele	E4 S5
		Interesse em participar por parte da família sensibilizou a enfermeira	E7 S43
	Confiança	Perda de confiança dificulta a relação enfermeiro/familiar	E6 S16, E5 S28
		Agir no melhor interesse dos familiares favorece confiança	E4 S37 E4 S39
		Confiança favorece um ambiente relacional agradável	E4 S41
Familiars confiam nos enfermeiros		E3 S22	
COOPERAÇÃO	Trabalho de equipa	Cada actor deve fazer a sua parte	E9 S30
		Falta de trabalho de equipa com os médicos é constrangedora para a parceria	E6 S25
	Envolvimento	Empenhamento ajuda a ultrapassar dificuldades	E9 S12.
		Não há muitas famílias que se envolvam nos cuidados	E3 S41
		Parceria exige que haja um envolvimento activo	E9 S44
		Se o idoso é independente a família não fica tão envolvida	E8 S9
		Os familiares por vezes demonstram falta de interesse na continuidade de cuidados	E5 S7

COOPERAÇÃO		Estar envolvido nos cuidados é estar envolvido na organização	E5 S15
		Família tem de ser trabalhada para estar envolvida nos cuidados	E1 S25
		Integração da família no processo de cuidados necessita ser melhorada	E4 S22
		O envolvimento deve partir dos familiares	E4 S20
		Familiares que respondem ao apelo de aprender são apenas os que estão envolvidos	E3 S43
		Empenhamento dos enfermeiros ajuda a ultrapassar dificuldades	E9 S7
	Colaboração	Enfermeiros estimulam a colaboração dos familiares	E5 S47
		Pessoas gostam intrinsecamente de ajudar	E2 S21
		Doentes sentem-se úteis através da colaboração	E9 S25
		Familiares colaboram se sentirem disponibilidade do enfermeiro	E10 S25
		Enfermeiro está em posição privilegiada para ser <i>pivot</i> da equipa	E5 S25, E3 S44
		Enfermeiro assume papel de <i>pivot</i> na equipa	E9 S19, E6 S30
		Falta de informação dos enfermeiros dificulta papel de <i>pivot</i>	E1 S42
		Familiares esperam que enfermeiros giram informação	E5 S32
	Capacitação	Capacitação dos familiares é um aspecto positivo	E4 S29
		Enfermeiros procuram negociar com familiares	E10 S15
		Familiares desconhecem as suas potencialidades	E2 S51
		Enfermeiros não possibilitam partilha de pontos de vista	E10 S40
		Familiares estão pouco à vontade para serem mais interventivos	E5 S33
		Familiar idoso prefere ter papel passivo	E9 S22
		Ser mais velho é ter menos poder	E6 S35
		Técnicos de saúde são os decisores	E10 S33, E2 S22
		Os utentes devem ser os decisores sobre o seu processo de cuidados	E9 S43
		Familiares/enfermeiros e idoso doente não formam uma equipa capaz de tomar decisões	E9 S20
		Enfermeira defende maior capacidade dos familiares na tomada de decisão	E1 S32
		Práticos não conseguem criar condições para participação dos utentes nas decisões	E2 S60
		Evolução positiva no papel dos utentes na tomada de decisão	E9 S27

IDENTIDADE DOS ACTORES	Papel dos familiares	A mudança no papel tradicional dos familiares	E7 S11
		Familiares são actualmente mais reivindicativos	E9 S41
		Actualmente os familiares têm mais dificuldade em visitar os familiares	E4 S47; E2 S33
		Familiares mais idosos têm mais disponibilidade	E3 S56
		Familiares idosos têm dificuldades em ajudar	E2 S52
		Quadro de valores sobre os papéis influencia querer ser parceiro	E3 S30
		Parceria pode ser dificultada pelo cansaço do cuidador	E5 S45
		Familiares sabem que têm responsabilidades para com os doentes	E3 S29
		Complementaridade de papéis é benéfica para a parceria	E4 S34
		Presença de familiar é elemento facilitador dos cuidados ao doente	E2 S35
	Papel do doente idoso	Idosos podem dar contributo à parceria	E5 S30
		Doente sabe o que é melhor para si	E3 S50
		Os doentes não têm espaço para um papel mais activo	E4 S33
		Papel do idoso é dizer o que é melhor para si	E2 S20
		Idoso deve concordar com o papel que lhe é proposto	E3 S45
	Papel do enfermeiro	Papéis nem sempre são claros para os actores	E1 S53
		Conhecimento do papel do enfermeiro pelo familiar é facilitador da parceria	E8 S18
		Os enfermeiros mais novos dão mais apoio à família	E3 S28, E3 S32
		Experiência pessoal do enfermeiro deveria influenciar apetência para ser parceiro	E5 S19
		Predisposição pessoal do enfermeiro para cuidar de idosos ajuda à parceria	E7 S20
ÉTICA	Autonomia	Enfermeiro assume quem é o parceiro implicitamente sem a opinião expressa do idoso	E7 S12
		Enfermeiro reconhece nunca se ter questionado sobre opinião do idoso	E7 S16
		Os enfermeiros abordam quem visita a doente para obter informações sem consultar o idoso	E3 S24
		Enfermeiros não perguntam ao doente quem é a pessoa significativa	E4 S43
		Enfermeira questiona-se porque não perguntam ao idoso quem deve ser o familiar parceiro	E4 S44
		Enfermeiros procuram saber quem é significativo para a doente	E3 S23

ÉTICA	Autonomia	Idoso não tem opinião sobre quem colabora nos seus cuidados	E4 S42	
		Estado confusional do doente condiciona identificação do parceiro	E6 S6	
		As condições do idoso podem inviabilizar que decida quem quer que seja parceiro	E5 S36	
		O familiar pode participar nos cuidados se a doente autorizar	E6 S38	
		Enfermeiro questiona idoso sobre quem quer que seja parceiro desde que este esteja em condições para decidir	E5 S34	
		Desconhecimento do significado de parceria dificulta consentimento pelos familiares	E10 S27	
		Doente deve escolher quem quer para parceiro	E1 S8,	
		Parceria é vantajosa para o doente se tiver o seu consentimento	E4 S48	
	Respeito	Enfermeiros respeitam vontade da doente	E7 S38	
		Enfermeiros respeitam vontade da doente relativamente à presença dos filhos	E8 S37	
		Deve ser respeitada a opinião do idoso relativamente à pessoa que deseja ter mais próximo	E4 S71	
		Familiar compreende importância de respeitar vontade da doente	E1 S12	
		Familiar decide contra a vontade da doente	E3 S2	
	PROJECTO DE CUIDADOS	Avaliação	Enfermeiros procuram avaliar se o familiar tem capacidade para ser parceiro	E7 S15, E7 S14
			Enfermeiro procura averiguar percepção da situação pelo familiar	E3 S25
Perceber como a família vive a situação			E3 S54	
Objectivos		Bem-estar do doente deve estar no centro da parceria	E9 S31	
		Objectivo comum é o bem-estar do doente	E3 S33	
		Profissionais do serviço não trabalham todos para o mesmo objectivo	E2 S45	
		Enfermeiro defende convergência entre os objectivos dos enfermeiros e dos doentes	E5 S23	
		Objectivos são comuns mesmo que de forma tácita	E8 S43	
Participação nos cuidados		Participação nos cuidados permite aos familiares conhecer o trabalho dos enfermeiros	E6 S34	
		Participação nos cuidados promove a aproximação doente/família/enfermeiro	E2 S27	
		Enfermeira fica dividida relativamente à participação dos familiares nos cuidados	E8 S34	
		Participação facilita continuidade dos cuidados após alta	E5 S46	
		Enfermeira tem dúvidas se recusa de participação do familiar inviabiliza parceria	E10 S13	

		É negativo abordar os familiares averiguando interesse destes em participar nos cuidados	E1 S5
		O enfermeiro perde menos tempo se fizer sem explicar ao familiar como fazer	E5 S49
CONTEXTO ORGANIZACIONAL	Organização temporal	Flexibilização da presença dos familiares é facilitadora da parceria	E1 S18
		Enfermeira evoluiu para uma maior tolerância na permissão das visitas	E1 S19
		Flexibilização do horário das visitas responde às necessidades dos familiares	E2 S16
		Flexibilização total do horário das visitas	E4 S57
		Enfermeiros facilitam permanência dos familiares se solicitado por estes	E2 S17
		Horário de visitas demasiado rigoroso prejudicial para parceria	E1 S14
		Visitas podem ser factor de perturbação para o doente:	E9 S40, E2 S52
		Tempo é um factor que condiciona disponibilidade para o familiar	E4 S4
		Falta de tempo é obstáculo à parceria	E5 S9
		Os enfermeiros não fazem perguntas aos familiares por falta de tempo	E5 S14
		Passar mais tempo com um familiar implica menos tempo para os outros doentes	E5 S12
		Enfermeiros perdem mais tempo a explicar como se faz aos familiares que se tiverem de fazer	E5 S18
		Mais solicitação do enfermeiro pelo familiar obriga a maior dispêndio de tempo	E5 S48
		O Espaço de cuidados	Parceria exige condições físicas
	Familiares sentem-se perdidos no serviço		E4 S49
	Ambiente hospitalar é confuso para os familiares		E4 S40
	O espaço físico dificulta a privacidade		E8 S19
	Falta de privacidade leva a que os familiares e doentes não se sintam à vontade		E6 S26, E8 S47
	Espaço não individualizado dificulta a comunicação em privado com os familiares		E1 S21
	Doente e família são limitados pelos enfermeiros no controlo do espaço		E10 S23
	Falta de privacidade inibe participação nos cuidados		E10 S45
			Condições físicas não permitem a participação dos familiares nos cuidados
		Enfermeiros não procuram integrar os familiares nos cuidados por rotinização das actividades	E5 S11

CONTEXTO ORGANIZACIONAL	Dinâmica do serviço	Enfermeiros não estão disponíveis para reorganizar os cuidados facilitando participação dos familiares	E3 S42
		Participação dos familiares nos cuidados exige reorganização dos cuidados	E3 S47
		Modelos de trabalho instituídos dificultam mudanças no trabalho com as famílias	E6 S33
		Falta de pessoal condiciona o apoio aos familiares	E3 S39
		Melhorar o desempenho em parceria implica mais recursos humanos	E5 S7
		Familiares não devem substituir enfermeiros	E4 S30
		Incluir o familiar nos cuidados ao doente é mais trabalhoso para o enfermeiro	E5 S21

1.2.1 – **Relação Interpessoal**

A relação enfermeiro-utente é fundamental para a prestação de cuidados de saúde e para o estabelecimento de parcerias, sendo mesmo um dos atributos que caracteriza a parceria, como se constata no sub-capítulo 1.1. A preocupação com a relação e a comunicação tem sido dos temas mais recorrentes nos estudos e bibliografia de enfermagem. Como refere (Honoré, 1996, p. 104) “Um interesse novo se desenvolve para a relação e a comunicação. Não apenas a comunicação como meio de vender e de se vender mas como abertura às possibilidades fundamentais da vida em comum”.

Desta forma este investimento em pesquisa e em aplicação nas práticas deve ser preservado e desenvolvido, pois o tipo de relação originária que se estabelece no encontro entre o profissional de saúde e o utente, exige um “forte investimento no sentimento de empatia, um esforço continuado na comunicação franca e a abertura constante à possibilidade de aconselhamento” (Patrão Neves, 2002, p. 427).

Greg & Poxton citados por Glasby & Peck (2004) quando apresentam o enquadramento de parcerias efectivas, referem alguns factores que são fundamentais, como sejam o desenvolvimento e manutenção de relações pessoais.

Os relatos dos enfermeiros evidenciaram alguns elementos que, fazendo parte da relação interpessoal, devem estar presentes, o que por sua vez contribuirá para o processo de parceria com os familiares na prestação de cuidados ao idoso doente.

Comunicação

A comunicação é essencial nas relações interpessoais. Os profissionais têm de comunicar com os utentes e têm de comunicar com os outros profissionais. No estudo de qualquer modelo de relação ou de parceria, é essencial procurar perceber as características da comunicação.

No seu modelo mais comum, a comunicação é concebida como troca de informação, entre indivíduos através de um código comum ou como acto de comunicar ou estabelecer uma relação com algo ou alguém, ou de forma também simplificada, a comunicação pode ser descrita como um complicado sistema no qual a mensagem passa de uma para a outra pessoa (ou grupo de pessoas), através de uma série de diferentes canais/caminhos (Le May, 1998;

Freixo, 2006). A comunicação bem sucedida é um complexo processo que envolve a transmissão, reconhecimento, compreensão e interpretação de sinais verbais e não verbais.

Qualquer alteração na capacidade de empreender este processo resultará em comunicação comprometida, que por sua vez levará a sentimentos de reduzido bem-estar. É particularmente relevante nas pessoas idosas devido a alterações na capacidade de comunicação que podem surgir decorrentes do processo de envelhecimento, sobretudo quando a sua capacidade para comunicar a sua perspectiva, sentimentos, necessidades e desejos a outros está alterada (Le May, 1998).

Ainda se verifica actualmente um afastamento entre utente-enfermeiro, vestígios da prestação de cuidados baseada no modelo biomédico, e no profissional como detentor do saber: “ (...) *eu noto que fica muito por dizer na relação com as famílias... eles não são capazes de dizer e nós não somos capazes de perguntar...*” (E10 47). Este afastamento condiciona algumas **dificuldades na partilha de informação enfermeiro/família.**

Nas parcerias, as competências de comunicação, têm o potencial para desenvolver uma relação/afinidade entre cuidador e idoso, o que constrói confiança, suporte e entendimento, tal como facilita a tomada de decisão em colaboração (Le May, 1998).

A escassez de informações, leva a que o conhecimento dos actores sobre cada um deles e sobre a situação que os levou a serem potenciais parceiros fique dificultada, uma vez que, agir em parceria requer uma pesquisa comum para apreciação das situações e uma comunicação sem reservas das informações que cada um dispõe (Honoré, 1998). Ao não partilhar com os enfermeiros, informações relevantes para o processo de cuidados ao idoso doente e a sua vivência da situação, os familiares limitam as possibilidades de intervenção do enfermeiro.

A individualização dos cuidados apoia-se sobretudo, na especificidade de uma pessoa, o que ganha sentido pelas informações e conhecimentos que o enfermeiro tenha sobre a pessoa e a sua situação, que lhe permita adaptar as intervenções às necessidades e desejos do doente. Assim, as **informações dadas pelo familiar facilitam prestação de cuidados individualizados à doente:**

“ (...) tivemos outra senhora em que realmente vinha cá a filha e dizia, a minha mãe não gosta muito de ter a mão aí desse lado (...) ou gosta mais de estar virada para este lado e isso realmente ajudou-nos. ” (E7 49)

Quando os enfermeiros não procuram partilhar o que sabem, ou não procuram tirar partido das informações que o familiar pode fornecer, a visão holística da situação e mais uma vez as possibilidades de intervenção ficam potencialmente comprometidas. Os actores, enfermeiros, idosos e familiares, podem não ser chamados a partilhar o que sabem, ou pelo contrário não se sentirem à vontade para o fazer.

A relação que se estabelece baseada num diálogo autêntico é a que permite a partilha de dificuldades e a solicitação de ajuda face a essas dificuldades, em que cada um possa falar e escutar e para que possa existir coincidência de objectivos entre profissional de saúde e o utente (Patrão Neves, 2002). Como refere um dos participantes: “ (...) *eu nessa altura disse-lhe [à familiar] francamente as dificuldades que tinha e o que achava que era melhor naquela situação (...) devemos dizer o que achamos que faz falta dizer... não falar é que não é bom para ninguém*” (E2 29) – **diálogo franco é fundamental na relação profissional/doente**. No pólo oposto ao diálogo autêntico, está a ausência de comunicação entre enfermeiro e familiares.

Com alguma frequência os **familiares não entendem a linguagem dos enfermeiros**, como quando referem: “(...) *a gente fala mas nem sempre eles [familiares] entendem o que a gente diz (...)*” (E1 15), *ou ainda, “(...) há palavras que só a gente entende por isso às vezes nem vale a pena perder tempo... e eles baralham um bocado as coisas... além disso já nem se lembram muita vez...”* (E7 35).

Santos (2002), alerta para a importância de numa perspectiva de trabalho em parceria, ser fundamental a utilização unânime de algumas terminologias próprias da saúde, sob pena de falhar pela utilização de linguagens diferentes. A utilização de termos técnicos, tal como é sugerido quando referem – “ (...) *dessa vez eu sei que ela [familiar] não entendeu nada do que eu lhe disse, embora me dissesse que sim... mas era muito técnico entende?*” (E5 50) – pode não ser adequado na comunicação em parceria (Turnbull *et al.*, 2002, p. 143).

O profissionais de saúde usam frequentemente o jargão, o que pode comprometer a comunicação com quem não pertence a esses grupos profissionais, podendo ser evitado. A demasiada simplificação da linguagem ou a utilização de linguagem codificada, pode fazer com que os idosos (quer doentes, quer familiares) sintam que têm uma incapacidade para compreender, o que pode ter um efeito constrangedor na parceria.

A dificuldades na comunicação que podem condicionar negativamente a parceria, podem ainda ter na base a utilização de linguagem padronizada, de linguagem infantilizante, ou o ignorar da expressão de pontos de vista (Le May, 1998).

Percebe-se, no entanto, um esforço dos enfermeiros em tornar compreensível a sua linguagem – os **Enfermeiros procuram fazer com que familiares entendam a sua linguagem:**

“(...) ela [familiar] não entendia nada e cada vez que vinha voltávamos a explicar tudo para ver se ela entendia (...) e falávamos para ela entender (...)” (E9 15);

“(...) nesse caso não nos podem dizer que não dissemos veio a A. e disse-lhe, veio a T. e disse-lhe (...) não foi falta de esforço (...)” (E10 34).

Por outro lado, nem sempre é fácil para os enfermeiros compreender e procurar incorporar a linguagem da família, na comunicação de forma a torná-lo mais efectivo como refere Turnbull *et al.* (2002).

De acordo com Clark citado por Le May (1998) os práticos têm a responsabilidade de traduzir o mundo vivido do doente para termos médicos e os termos médicos para linguagem do paciente:

“(...) eu vi que a senhor a não estava a entender nada e às tantas já nem eu a percebia a ela... e foi a velhota [a doente] que traduzia p’rá outra...foi bem engraçado...mas aprendi umas coisas como elas falam” (E7 18)

É esta procura de um significado partilhado através da comunicação, que é fundamental para a parceria (Le May, 1998) e como refere Turnbull *et al.*, (2002) uma “parceria efectiva requer uma comunicação efectiva” (p. 142).

Embora não sendo clara a razão das dificuldades de compreensão referidas, sabemos que pessoas de diferentes gerações podem, apesar da mesma linguagem, encontrar significados para as mesmas palavras, o que pode conduzir a ambiguidades na comunicação (Le May, 1998, p. 94).

A diferença na interpretação dos significados pode levar a distorções na informação por parte dos familiares – **familiares distorcem informações que não compreendem:** “ (...) eles [familiares] apanham tudo o que dizemos e nem sempre entendem o que dizemos e depois fazem ideias que nem sempre são as correctas... e chegam a dizer coisas que não dissemos ou que queriam ouvir” (E8 27). A possível distorção entre o que foi transmitido pelo enfermeiro e o que foi entendido pelo familiar, pode levar a que a sua vivência da situação e

até a transmissão ao doente da sua interpretação tenha repercussões no seu bem-estar e no do doente.

Apesar de algumas dificuldades na partilha de informação um dos participantes considerou que **os enfermeiros têm facilidade de adaptação da linguagem aos utentes** – “*Eu acho que nós somos dos membros da equipa que tem maior facilidade da adaptação da nossa linguagem ao conhecimento dos familiares e dos doentes.*” (E8 22). Scott *et al.* (2003) refere que neste campo ainda existe muito a fazer para que se consiga estabelecer uma comunicação eficaz, numa perspectiva de parceria.

A comunicação eficaz exige uma optimização do processo comunicacional, que passa não apenas pela linguagem verbal, como por outros elementos a ter em conta nesse processo, como sejam os elementos da comunicação não verbal ou os factores ambientais a ter em conta. Desta forma surge como natural que o **enfermeiro sente necessidade de desenvolver competências de comunicação:**

“Acho que existe um longo caminho a percorrer... nós tentamos fazer o nosso melhor mas nem sempre assim acontece... é algo [comunicar com os doentes] que aprendemos na escola e depois vai saindo naturalmente... mas há muito a fazer para estar perfeito” (E6 12)

Se formos capazes de informar convenientemente o doente/família sobre os cuidados necessários capacitando os utentes, diminuiremos certamente, a relevância de alguns dos problemas que surgem durante o internamento e que possam beneficiar a reabilitação do doente e a sua reinserção social (Marques, 2000).

Reciprocidade

Ford citado por Le May (1998) baseando-se em entrevistas a idosos estabeleceu que a reciprocidade é um dos elementos que os idosos sentem como centrais na relação entre eles e as enfermeiras.

A reciprocidade inclui uma permuta, o que pressupõe, no âmbito das práticas de ajuda, que cada um dê de si e tente perceber no outro o que é necessário dar-lhe, uma certa sensibilidade ao outro. Le May (1998) descreve as parcerias como um processo de dois sentidos em que cada um dos actores – enfermeiros e utentes – têm importantes contribuições a fazer. De acordo com dois dos participantes, **a equipa de enfermagem está sensibilizada para ajudar a família:**

“Nós somos uma equipa bastante sensível e também consoante a disponibilidade do serviço, nós também estamos mais disponíveis para isso [ajudar a família], portanto eu acho que a nossa equipa funciona muito bem nesse aspecto (...)” (E3 46).

“(...) estamos desportos para ver quando as pessoas [familiares] estão mal e para ajudar quando a gente se apercebe que não estão bem. Eu acho que isso é conseguido aqui.” (E3 48)

Desta forma, não é tanto em termos de dever cumprido ou de dedicação à adequação ao acto que o serviço toma sentido; é o bem-estar da pessoa, como um todo que importa ao enfermeiro. Um mesmo gesto pode ser feito com “presença” ou *objectivar* a pessoa. O serviço, enquanto acção profissional, é também sensibilidade e responsabilidade pelo outro.

Um dos participantes, que é sensível a esta perspectiva, considera que os **familiares ficam sensibilizados quando o enfermeiro demonstra atenção para com eles.**

“Mas este senhor fez-nos um elogio (...) disse uma coisa, que as pequenas coisas que nós às vezes não pensamos, mas que as pessoas acabam por ligar muito, é o facto de nós olharmos para a pessoa e dizer “Olá, como está?” Isso é um pormenor e eu fiquei muito sensibilizada por ele me dizer aquilo” (E4 5)

São estas «pequenas coisas» que dão um sentido aos cuidados de enfermagem (Hesbeen, 1997); são estes pormenores de atenção ao outro, que tornam significativa a relação enfermeiro/familiar.

Um profissional empenhado e que procura envolver os familiares nos cuidados, fica atento à participação dos familiares no processo de cuidados. Se reconhece como positivo que o familiar faça parte deste processo, naturalmente considera significativo que o familiar queira tomar parte de um processo que considera comum – **interesse em participar por parte da família sensibilizou a enfermeira:** *“(...) não digo que seja recente, mas foi a que me marcou mais (...) a família realmente estava bastante interessada (...)” (E7 43).*

Considerar a reciprocidade como uma aspecto central na parceria, não parte apenas de mera argumentação teórica, mas de algo sentido pelos idosos. Ford citado por Le May (1998) baseando-se em entrevistas efectuadas a idosos estabeleceu os elementos que estes sentem como centrais na relação entre eles e as enfermeiras, que incluem a reciprocidade, enquanto, amizade, a partilha e resolução de problemas em comum.

Confiança

A confiança na parceria é sem dúvida um dos aspectos chave focados por vários autores. Turnbull *et al.* (2002) propõem que a parceria se apoie em sete princípios, dos quais a confiança é a pedra fulcral. Nenhum dos outros princípios se mantém se não existir confiança; sem ela a parceria é fraca ou pode nem existir (Turnbull *et al.*, 2002).

Greg & Poxton citados por Glasby & Peck (2004) quando apresentam o enquadramento de parcerias efectivas, referem alguns factores que são fundamentais, como o desenvolvimento e manutenção de relações pessoais e a necessidade de dar especial atenção para confiança mútua.

(Turnbull *et al.*, 2002) descrevem a confiança como existindo num *continuum* que inclui desconfiança, confiança condicional e confiança incondicional e quando a parceria é bem sucedida, tipicamente a confiança ocorre gradualmente de um plano de menor, para um plano de maior confiança.

A falta de confiança pode resultar de mal entendidos e atribuição de significados diferentes às palavras, o que pode resultar numa redução da confiança na parceria, com repercussões a diversos níveis como por exemplo, limitar oportunidades para a tomada de decisão (Le May, 1998). Desta forma a **perda de confiança dificulta a relação enfermeiro/familiar,**

“(...) e já não valia a pena porque ela [familiar] depois já a [enfermeira] via com maus olhos e primeiro que voltasse a encará-la foi o cabo dos trabalhos.” (E6 16),

“(...) foi uma das situações em que eu acho que se tivéssemos ganho a confiança deles [familiares] as coisas tinham corrido melhor.” (E5 28)

A desconfiança é o oposto de confiança e apesar das dificuldades que pode trazer à relação, pode no entanto, ser particularmente desafiadora no âmbito da prestação de cuidados, quando os profissionais têm uma forte disposição para confiar e os familiares o contrário (Turnbull *et al.*, 2002). A confiança dos enfermeiros nos familiares pode ser uma mais valia para a parceria. Dado que habitualmente são os enfermeiros que promovem e coordenam a parceria com os familiares, no âmbito dos cuidados de enfermagem, seria mais gravoso se apenas os familiares confiassem nos enfermeiros e o contrário não acontecesse. A desconfiança de ambas as partes é particularmente constrangedor para a parceria.

Quando os familiares compreendem que existe uma preocupação dos enfermeiros de agir no seu melhor interesse, eles sentem que podem confiar nos enfermeiros (Baier *et al.*, citados por Turnbull *et al.*, 2002) e dessa forma **agir no melhor interesse dos familiares favorece confiança**.

“ (...) A partir desse momento [em que enfermeiro mostrou preocupação com familiares] eu podia fazer com eles o que queria, porque eles aceitavam o que eu dizia” (E4 S37).

A opinião de Turnbull *et al.* (2002) é a de que de uma forma geral as famílias que confiam se inclinam para considerar como positivo o que os profissionais fazem e vice-versa, o que é um ponto de partida para a parceria. Obviamente que a confiança, existindo num *continuum* pode ser maior ou menor e pode até, face a determinada situação deixar de existir, o que pode dificultar a parceria, dado que é mais fácil investir tentando manter a confiança e continuar no *continuum*, do que reparar a confiança perdida (Turnbull *et al.*, 2002, p. 169).

“Eles [familiares] sabem que nós fazemos o que pudermos para os ajudar... mesmo que ao princípio não confiem muito na gente, porque têm aquelas ideias dos Hospitais, depois vêm que neste serviço há uma preocupação com eles e em lhes dar o melhor (...) acabam por confiar” (E4 S39)

A parceria pode assentar em níveis de pouca confiança, sem que no entanto, fiquem anuladas as perspectivas de uma parceria eficaz. Como num ciclo vicioso, a parceria que se vai fortalecendo, poderá contribuir para o aumento da confiança, da mesma forma que o aumento da confiança entre os familiares e os enfermeiros, pode potenciar o estabelecimento ou fortalecimento da parceria.

A **confiança favorece um ambiente relacional agradável**, e como num ciclo vicioso positivo, o ambiente de desconfiança mútua ou de uma das partes pode colocar em perigo a parceria, do mesmo modo que a confiança torna as relações agradáveis e a parceria efectiva (Turnbull *et al.*, 2002).

“Sinceramente é melhor para todos [confiança mútua]... senão cria-se um clima em que ninguém se chega ao pé de ninguém e nós já não nos aproximamos deles e ele olham-nos de lado [risos] ou até de baixo para cima...” (E 4 41)

Como refere Patrão Neves, referindo-se à relação entre o doente e o médico (que nos parece poder ser transferida para a enfermagem enquanto profissão de ajuda), esta é caracterizada pelos sentimentos de *“compaixão e de solidariedade por parte do que se*

voluntariza para ajudar e de confiança e esperança por parte do que apela a solicitude”
Patrão Neves (2002, p. 424).

Numa perspectiva positiva um dos participantes considera que os **familiares confiam nos enfermeiros:**

“Eu penso que os familiares confiam em nós... sobretudo aqueles que já cá vêm há algum tempo, percebem que sim... e têm mesmo que confiar porque quem trata dele somos nós... em casa já se sabia como era....”
(E3 22).

Ford citado por Le May (1998) considera que um dos elementos que os idosos sentem como centrais na relação entre eles e as enfermeiras, é a confiança que se materializa na ideia de que aquela é a «a sua enfermeira», o que demonstra em simultâneo confiança, uma certa familiaridade e um sentimento de pertença e posse.

1.2.2 – **Cooperação**

Tal como é referido por Santos (2002) citando Christensen, um dos princípios fundamentais subjacentes à prática de enfermagem hospitalar baseada no modelo de parceria, é o trabalho mútuo. Significa que cada actor age de acordo com a sua competência/capacidade.

Ao doente cabe “o trabalho de sobreviver” às circunstâncias causadas pelo seu problema de saúde e ao enfermeiro cabe colocar ao dispor do doente, trabalhando em conjunto, estratégias que facilitem o transpor da situação por parte do doente. Todas as fases do modelo de parceria preconizado por Christensen, pressupõem trabalho do doente e do enfermeiro, que só academicamente são separáveis, pois na prática eles interligam-se (Santos, 2002).

Esta dimensão *proactiva* do papel do doente implica um certo «trabalho» da sua parte, para um projecto final que é o seu próprio bem. É esta convicção de que o familiar age no seu próprio interesse, e de que esse interesse passa pelo bem do doente, que a acção em parceria no âmbito da prestação de cuidados com os familiares faz sentido.

Trabalho de equipa

Como refere Squire (2005), não nascemos com as competências para trabalhar em equipa e, dependendo da nossa socialização, educação, cultura e emprego/profissão, podemos precisar de ajuda e suporte a fim de podermos trabalhar em equipa e em parceria.

A importância do trabalho de equipa no âmbito da parceria, tem particular relevo, como sugerem Turnbull *et al.* (2002), “mais poder é gerado porque todos trabalhando em conjunto para um objectivo comum. Energia individual transforma-se em sinergia” (p. 151).

Cada actor deve fazer a sua parte – “(...) e se eles [familiares] fizessem a parte deles, as coisas talvez funcionassem melhor, porque se cada um puxa para seu lado é bem mais complicado” (E9 S30). Esta noção de complementaridade da acção, contrapondo-se a uma acção dicotómica entre os envolvidos na parceria, permite assegurar os benefícios de fazer o que não pode ser feito se se actuar isoladamente (Glasby & Peck, 2004).

Algumas dificuldades no trabalho de equipa são frequentemente apontadas à acção conjunta no contexto hospitalar, sobretudo no que se refere à acção multidisciplinar; habitualmente existe uma acção parcelar do médico, do psicólogo, do nutricionista, do fisioterapeuta. Esta acção sectorizada, surge da visão biomédica da situação do doente. A acção da família enquanto elemento da equipa de saúde também surge, nesta visão parcelar, como uma acção desintegrada das restantes.

Funcionalmente existe alguma interdependência entre alguns destes profissionais. Por norma o médico prescreve e o enfermeiro cumpre determinada prescrição, que surja no âmbito das suas intervenções interdependentes. Agir desta forma não tem exigido um verdadeiro entrosamento que passe por uma partilha contínua e sistemática de informações, conhecimentos e formas de sentir. O campo das intervenções autónomas do enfermeiro também não tem sido diferente, pois nem sempre procura articular com os demais elementos da equipa de saúde.

As parcerias exigem um verdadeiro entrosamento entre os diversos actores, e no âmbito dos cuidados de saúde em internamento a **falta de trabalho de equipa com os médicos é constrangedora para a parceria.**

“(...) Às vezes o que é mais complicado é com a parte médica (...) não liga às nossas opiniões (...) relativamente aos cuidados do doente, passam-se certas coisas e eles não ligam, passa-lhes ao lado, eu acho que isso é mau para trabalho de parceria, porque se trabalhássemos em equipa mesmo, as coisas funcionavam muito melhor.” (E6 25)

Independentemente de cada actor na parceria ter o que Santos (2002) chama um «padrão de trabalho» próprio, a articulação dessa especificidade de forma sistemática, é um dos valores da parceria. Esta articulação implica que cada um dos actores se preocupe com o que o outro contribui para o trabalho conjunto. Esta forma de agir em conjunto, quando efectuada de forma integrada e integradora, contribui para uma “Concepção prometedora (...) em novos modos de acção pluri e interdisciplinares” (Honoré, 1998, p. 33).

Envolvimento

O envolvimento em determinado processo, confunde-se por vezes, com parceria, mas ao contrário desta, trata-se de um processo unidireccional, sobretudo em tarefas simples que não exigem, por exemplo, necessidade de tomada de decisão ou consenso dos envolvidos (Cahill citado por Gomes, 2002).

Poderíamos assim dizer que o envolvimento dos actores, sendo um dos ingredientes da parceria, pode ser perspectivado de duas maneiras – o envolver e envolver-se – como duas faces da mesma moeda.

«Envolver» implica integrar, socializar, integrar, apoiar; tem um carácter extrínseco.

Por outro lado, «o envolver-se», como sinónimo de empenhar-se, significa mostrar interesse, esforçar-se por, este último com uma atitude proactiva, ou seja de antecipação face a acontecimentos futuros. Tem um carácter essencialmente intrínseco.

A certificação do exercício da profissão de enfermeiro, não lhe dá inerentemente o empenho na relação com os utentes, ou no cuidado numa perspectiva de parceria. Da mesma forma que, o termo parceria, embora fazendo parte do enunciado da profissão de enfermagem (Ordem dos enfermeiros, 2003) não significa que na prática seja operacionalizado. A parceria pressupõe o empenhamento na relação, sobretudo no projecto assumido pelos parceiros, ultrapassando uma perspectiva individualista.

Estabelecer uma parceria é por si só um desafio, que se soma aos desafios que se deparam à própria parceria no decorrer da acção. No entanto, profissionais empenhados não permitem que a complexidade dos desafios os demova (Turnbull *et al.*, 2002) como na situação seguinte:

“Fizemos sempre o que podíamos mesmo quando às vezes fazíamos dois turnos seguidos... ainda temos de ter paciência...mas é assim

mesmo...estamos motivados para isto [apoio aos familiares] o que nem sempre acontece e aí ser parceiro é coisa mais dura” (E9 12).

Parece ser nas dificuldades que fica mais evidente que em parceria o **empenhamento ajuda a ultrapassar dificuldades**.

Na realidade dos nossos contextos de cuidados em internamento, excepto em serviços de pediatria, ou em hospitais privados, o empenhamento dos familiares nos cuidados ainda não acontece de forma sistemática, ou como emerge do relato de um dos participantes, **não há muitas famílias que se envolvam nos cuidados** – “ (...) *por acaso até não há muitas famílias que se envolvam na prestação de cuidados (...)*” (E3 41).

O empenhamento no processo terapêutico exige um empenhamento activo em vista do projecto que é comum à equipa de saúde e a si próprio (Patrão Neves, 2002). Só desta forma, na opinião de um dos participantes, o utente poderá ser considerado um parceiro efectivo – a **parceria exige que haja um envolvimento activo**.

“Para se estabelecer a parceria as pessoas tem mesmo que estar nisto a sério. A visitinha não dá... isto custa, custa ver o sofrimento... custa vir cá e ver que não há melhoras... que temos de os levar para casa se nos disserem que é para isso... só muito dentro dos cuidados e por vontade própria se vai lá.” (E9 44)

O empenhamento muitas vezes só se verifica quando os familiares participam nos cuidados, mas o estado de saúde do doente pode condicionar esta participação. **Se o idoso é independente a família não fica tão envolvida**, pois “ (...) *no caso de o idoso ser independente, nesse aspecto acaba a família não ficando tão envolvida (...)*” (E8 9). Nestas situações, compreende-se que a necessidade de apoio dos familiares é potencialmente menor, uma vez que não será necessário ajudar o idoso na actividade em que se sente dependente e a família pode sentir uma certa desresponsabilização.

Numa perspectiva de optimização do processo de cuidados, mesmo numa situação em que o idoso seja independente, e desde que este assim o deseje e a família também, o papel dos familiares pode ser relevante; existem várias possibilidades de participação dos familiares nos cuidados, sem que seja necessariamente na execução de tarefas de apoio à dependência; numa perspectiva de parceria, o envolvimento do familiar nos cuidados pode ser benéfico para o próprio, pelo apoio que pode receber e pela partilha de conhecimentos, entre outros aspectos.

Quando o doente tem alta clínica, isso significa que ele de momento não necessita de cuidados de saúde especializados, que só no hospital podem ser assegurados. No entanto, esse momento não é absolutamente coincidente com o momento em que a pessoa deixa de senti-lo como problema. Por vezes, esse é o momento em que realmente os problemas vão começar para a pessoa; poderão advir problemas sociais, que por sua vez poder-se-ão de novo vir a repercutir na saúde do doente e até da família. Daí a importância da continuidade dos cuidados, ou da continuidade do apoio pela equipa de saúde.

O apoio pode até assumir a forma de prevenção de uma situação de doença recorrente, que no idoso é frequente, face à menor capacidade de adaptação que vai acompanhando o processo de senescência.

O papel da família assume aqui particular relevo pela proximidade ao doente e papel de suporte. No entanto, **os familiares por vezes demonstram falta de interesse na continuidade de cuidados** no domicílio, como se demonstra nas palavras seguintes:

“(...) por vezes parece-me que é por falta de interesse [dos familiares], do tipo, pronto depois lá em casa logo se vê, se não vem para o hospital outra vez. Falta de interesse no sentido de continuar com os cuidados no domicílio.” (E5 7)

Existe na sociedade actual uma falta de cultura de prevenção, que ultrapassa o âmbito da saúde, mas que nele se vem geralmente a reflectir.

As dificuldades do exercício da cidadania têm também o seu reflexo na relação com as organizações prestadoras de cuidados de saúde. Dado que é no contexto institucional que as situações que exigem internamento são alvo de cuidados, importa que exista uma interacção profícua entre os utentes e a instituição prestadora dos mesmos. De acordo com um dos participantes, **estar envolvido nos cuidados é estar envolvido na organização.**

“(...) ela [familiar] dizia-me que já se sentia parte da equipa, só a deixarem entrar fora de horas já demonstrava que ela era de certa forma... especial, pois participava nos cuidados já dizia que se sentia da casa e já sabia como tudo isto funcionava.” (E5 15)

O envolvimento assume aqui um carácter de participação efectiva e de conhecimento do funcionamento da instituição, o que é um aspecto positivo, pois como referem Glasby & Peck (2004, p.33), “o envolvimento dos utentes e responsabilidade da organização para com a perspectiva dos utentes foi visto como um aspecto do sucesso”. Estar envolvido permite que as probabilidades de serem ouvidas as opiniões dos utentes sejam maiores.

O envolvimento dos utentes, enquanto inclusão nas actividades comuns do projecto de cuidados, depende em larga medida, das actividades levadas a cabo pelos enfermeiros no sentido de os integrarem, o que vem ao encontro do que é referido por um dos participantes, que considera que a **família tem de ser trabalhada para estar envolvida nos cuidados,**

“(...) parece que estamos sempre com medo dessa avaliação [dos familiares], se não punctionamos à primeira, por exemplo, no início incomodava-me estar a punctionar o doente e a família ali, agora não, não me incomoda nada, se querem assistir assistem, se não querem não assistem. Se conseguir, consegui, se não consegui (...).” (E1 25)

Esta constatação sublinha o trabalho *proactivo* do enfermeiro no envolvimento dos familiares, criando as condições para a sua inclusão no processo de cuidados. A própria Ordem dos Enfermeiros reconhece que várias são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida envolvendo as pessoas significativas (família, convivente significativo) ao cliente individual (Ordem dos Enfermeiros, 2003) e que tal pode ser benéfico para os cuidados ao doente.

Apesar desta constatação da necessidade de integração dos familiares no processo de cuidados, um dos participantes reconhece que **a integração da família no processo de cuidados necessita ser melhorada:** *“(...) parece-me que há muito a fazer [pelos enfermeiros] em relação a esse aspecto [integração da família no processo de cuidados]”.* (E4 22)

Este envolvimento exige, na opinião de Le May (1998), um desejo de fazer parte da parceria, que deve nas palavras do autor, ser um dos factores a «temperar» uma parceria. A opinião de um dos participantes é de que este **envolvimento deve partir dos familiares** – *“eu acho que [a família] devia ser ela a querer e não porque nós nos lembramos de que é melhor a parceria... tem que ser uma coisa a vir deles (...).”* (E4 20). Tal envolve a percepção pelos familiares de que existem condições para tal.

O envolvimento é fundamental para a participação no processo de cuidados, pois como um dos participantes constata, **os familiares que respondem ao apelo de aprender são apenas os que estão envolvidos:** *“(...) eles [os familiares] dizem que sim mas até nem vêm [aprender a cuidar] ou quando vêm são aquelas pessoas realmente envolvidas (...).”* (E3 43).

O empenhamento dos enfermeiros é um aspecto que os familiares consideram significativo. Quando este descrevem os profissionais que consideram parceiros efectivos, referem-se a aos profissionais empenhados, como aqueles que demonstram que estão a fazer mais do que um trabalho e demonstram um interesse genuíno (Turnbull *et al.*, 2002), “(...) *nós ultrapassamos essas chatices porque queremos o melhor para eles e envolvemo-nos com as pessoas...*” (E9 7) – **empenhamento dos enfermeiros ajuda a ultrapassar dificuldades.**

Colaboração

O conceito de colaboração e cooperação têm sido, no âmbito dos cuidados de saúde, utilizados de forma por vezes indiferenciada.

Na cooperação, a coordenação das actividades é apenas requerida quando é necessário reunir resultados parciais, como numa divisão de tarefas em que cada pessoa é responsável por uma parcela do trabalho. A colaboração pressupõe uma actividade sincronizada, coordenada, que é o resultado de uma tentativa continuada de construir e manter uma concepção compartilhado de um problema; é um empenhamento mútuo dos participantes, num esforço coordenado para resolver um problema. Está mais próxima da noção de parceria.

A colaboração pode ser estimulada, pelos profissionais, dado que estes reconhecem pela sua formação que o trabalho em colaboração e desta forma, os **enfermeiros estimulam a colaboração dos familiares**: “(...) *procuramos que eles [familiares] façam também a sua parte, mas nem todos estão muito para aí virados... alguns nem podem... são tão velhos e doentes como os internados*” (E5 47).

É bastante relevante a perspectiva do autor de que deveria existir o chamado “responsável de primeira linha”, para “*que todo o plano subjacente à parceria tenha «um» único responsável: o doente, o familiar e um enfermeiro*” (Santos, 2002, p. 140).

Apesar de alguma responsabilidade na procura de envolvimento dos familiares num trabalho conjunto, sempre que existam condições para que tal aconteça, é opinião de um dos participantes que as **pessoas gostam intrinsecamente de ajudar**, pelo que refere: “*As pessoas [utentes] gostam de ajudar e nós gostamos de ajudar... não acho que seja por mal que não colaboram mais... há outras coisas a ter presentes*” (E2 21). Esta opinião está de acordo com a de Honoré (1998) “O desejo de ligação cooperativa está presente em cada um, mas ele espera manifestar-se, em qualquer situação em que é necessário agir em conjunto” (p. 32).

Uma das vantagens da colaboração entre os actores é sentida por um dos participantes do sentimento de utilidade – os **doentes sentem-se úteis através da colaboração**.

“Elas [doentes idosas] quando se sentem úteis também se sentem bem... algumas só de fazerem a cama já acham que fizeram uma grande coisa e ficam todas contentes, e nem sempre nos ajudam porque não fica nada de jeito... mas ajudam e sentem que ajudam.” (E9 25)

Uma das condições que alicerça a possibilidade de colaboração efectiva entre práticos e utentes é a relação que se estabelece entre ambos. A disponibilidade entre os actores, e em especial por parte do enfermeiro, é um ingrediente da relação que pode ser promotor da colaboração entre os actores – **familiares colaboram se sentirem disponibilidade do enfermeiro**.

“Eu não tenho razão de queixa porque acho que as famílias se nós nos tornarmos disponíveis também estão sempre disponíveis ajudar” (E6 S20).

“Só quando [os familiares] já percebiam que estávamos ali para ajudar é que se abriam mais um bocado e depois colaboravam até melhor... era mais fácil para todos.” (E10 25).

A coordenação dos diferentes contributos na parceria, exige uma articulação que é efectuada através da coordenação das actividades. Habitualmente, o enfermeiro, pela proximidade ao utente e família, dada a sua presença em continuidade no serviço, permite-lhe estar em posição privilegiada para o efectuar – **enfermeiro está em posição privilegiada para ser pivot da equipa**, como se denota nas seguintes declarações significativas:

“Tem de haver alguém como o enfermeiro que no fundo é quem fala com toda a gente as 24 horas que gira as coisas, sem dúvida” (E5 25);

“(...) o nosso papel mais nobre se calhar também é esse... se fôr preciso ligamos para as pessoas [familiares] à noite... somos nós que estamos no centro do processo todo mesmo às vezes sem saber de tudo [sobre o que se passa com o doente] (...)” (E3 44)

A ideia do papel do enfermeiro como *pivot* no seio da equipa de prestação de cuidados, vem sendo cada vez mais recorrente, fazendo inclusive parte dos *Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros* (Ordem dos Enfermeiros, 2003) “*Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, prevendo-se vantajoso o assumir de um papel de pivot no contexto da equipa*”. As seguintes declarações significativas reforçam esta ideia de que o **enfermeiro assume papel de pivot na equipa**, o que numa situação de parceria pode ser relevante.

“Quem é que fala com o médico se é preciso? Nós...quem ouve coisas que não gostamos muito? Nós... mas mesmo assim estamos lá...e fazemos

tudo no melhor do doente, no fundo funcionamos como o árbitro que vai orientando o jogo” (E9 19).

“É por sermos nós que estamos sempre cá e eles sabem que nós é que falamos com toda a gente que trata dos velhotes que eles [família] gostam e nos reconhecem” (E6 30).

Nestas declarações significativas parece existir a assumpção de que os familiares reconhecem nos enfermeiros, este papel central de coordenação dos esforços da equipa. Poderemos no entanto, estar face a um papel de *pivot* como mero distribuidor de informação, como acontece quando partilha as informações do estado clínico do doente com o familiar, geralmente após solicitação deste último. Podemos pelo contrário, estar perante um papel de coordenação estratégica, em que existe um planeamento e uma procura de sentido das acções, certamente num papel de *pivot* mais próximo dos princípios da parceria.

A primeira perspectiva aproxima-nos, como já vimos, do papel de distribuidores de informação. A segunda de uma perspectiva de liderança. Greg & Poxton citados por Glasby & Peck (2004) apresentam a liderança efectiva como um dos factores fundamentais para o enquadramento de parcerias efectivas.

Alguns constrangimentos são identificados pelos participantes relativamente ao papel de *pivot* que o enfermeiro pode assumir na relação da equipa com os familiares, nomeadamente a falta de informação. *“Acho que também podíamos ser nós a coordenar melhor as coisas, mas nem nós sabemos o que se passa... só sabemos que às vezes vão fazer exames quando os chamam e assim é difícil” (E1 42) – a falta de informação dos enfermeiros dificulta papel de pivot.* Esta dificuldade surge do deficit de entrosamento entre os profissionais de saúde.

Mesmo sendo os profissionais que estão em continuidade mais próximos dos doentes e família, nem sempre estão a par do plano médico para o doente. No entanto, os familiares recorrem frequentemente ao enfermeiro de forma a obterem informações, que de outro modo dificilmente teriam acesso. Da mesma forma os familiares **esperam que enfermeiros giram a informação** que confiam aos enfermeiros para que estes a utilizem da forma mais adequada. Como referem Turnbull *et al.* (2002, p. 144) as famílias querem que os profissionais coordenem a informação e não apenas que a providenciem.

“Dizem as coisas e depois esperam que a gente diga aos médicos... eles não nos dizem só por dizer ou por mais nada... dizem geralmente porque sabem que a gente depois diz aos médicos o que é mais importante” (E5 32)

Capacitação

Utilizamos o termo «Capacitação» (tornar capaz, habilitar – Dicionário Universal da língua Portuguesa, 2002), embora, reconhecamos que o seu significado não é absolutamente sobreponível ao conceito de «*Empowerment*». Este é mais fiel ao que pretendemos dizer no contexto dos cuidados de saúde. No entanto, assumindo que se tratam de termos que habitualmente são já utilizados como sinónimos e à maior facilidade de construção frásica, utilizamos um ou outro de forma indiferenciada, partindo do princípio que os interpretamos como sinónimos.

Não existe uma definição universalmente acordada de *empowerment*, no entanto, apesar de algumas incertezas de definição, existe uma unanimidade tácita de que o *empowerment* é algo positivo (Tones, 1998). Numa parceria de ajuda, o *empowerment* é um processo de reconhecimento, promoção e aumento da capacidade da pessoa resolver os seus problemas e mobilizar os recursos necessários para que possa sentir que controla a sua vida (Kendall, 1998). Esta tem sido uma base para o estudo e aplicação do *empowerment* nos modelos profissionais da prática de cuidados de saúde. A questão do *empowerment* surge com particular evidência nos chamados grupos potencialmente vulneráveis, como sejam os idosos (Kendall, 1998).

Embora seja assumido que a capacitação dos doentes é tida como algo positivo – **capacitação dos familiares é um aspecto positivo** (E4 29) – existe pouca investigação indutiva sobre ela, o que tem contribuído para o paradoxo de que apesar de aparecer como algo bom, não tem sido no entanto validada, sobretudo por aqueles a quem se procura capacitar (Kendall, 1998). Ao referir, “*Nós procuramos que sejam eles [família] a dar o comer... e no fundo tratar dela... se fizerem bem, tão depressa não precisam de vir nem andar nesta aflição constante e era bom para todos (...)*” (E4 29), subentende-se que ao terem capacidade de acção, reduz-se o tempo de necessidade de internamento e a ansiedade dos familiares.

Capacitar os familiares está relacionado com a negociação de um projecto em parceria. Ao procurar negociar com o familiar, reconhecesse-lhe a capacidade de decidir, implicando-o assim na procura de um acordo. A negociação, na parceria, passa pela permuta de pontos de vista. Daqui surge a importância da negociação, criando uma parceria em que a pessoa idosa e o seu cuidador estejam aptos para negociar abordagens para a intervenção, levando a uma

decisão mutuamente determinada que pode ser implementada e avaliada (Le May, 1998) – **enfermeiros procuram negociar com familiares:**

“(...) um dos aspectos que mais me tem marcado nessas situações que agora falámos é que a gente procura que as coisas não sejam impostas, o que até nos dá mais trabalho mas vamos tentar fazer com que seja feito o melhor para todos” (E10 15).

A procura de consenso, que se opõe à imposição, é uma forma de permitir que os utentes sintam controlo, sobre a situação. É um processo de valorização dos implicados (Kendall, 1998). Negociar exige ter capacidade para defender os seus pontos de vista e o reconhecimento quer dos enfermeiros, mas sobretudo dos próprios familiares de que têm algo a dar e a receber – **familiares desconhecem as suas potencialidades** – *“(...) depois quando se apercebeu que a sua ajuda era preciosa acho que até se sentiu bem (...) podem [os familiares] de facto ajudar mais do que julgam” (E2 51).*

A negociação pressupõe que os enfermeiros dêem espaço e lhe reconheçam capacidade de dar e receber, discutindo sobre as potencialidades dessa permuta. A capacidade de negociação dos familiares fica comprometida quando **enfermeiros não possibilitam partilha de pontos de vista**, *“(...) dessa vez, foi um bocado imposto porque achávamos, se calhar mal, que era mais depressa... a coisa estava a ficar complicada e não foi dada margem de manobra para grandes conversas nem discussões sobre ao assunto” (E10 40).*

A questão da capacidade de negociação surge associada à do poder dos diferentes actores. «Ter poder» e «sentir poder para», pressupõem uma capacidade para fazer valer a força, que os familiares nem sempre conseguem ter. Como foi referido pelo participante, não foi dado espaço para que houvesse possibilidade de discussão, o que pode constituir um constrangimento à manifestação do poder do familiar, ideia que se opõe à do benefício sinérgico da partilha de poder, que é um dos princípios da parceria.

Esse domínio do profissional sobre o utente, é consciente para um dos participantes, emergindo a ideia de que os **familiares estão pouco à vontade para serem mais interventivos**, o que é demonstrativo da falta de poder de intervenção:

“(...) acho que eles [familiares] sentem que não podem fazer muito... às vezes até tenho pena porque nota-se que as pessoas estão impotentes só à espera que alguém lá chegue e dê uma palavrinha... porque não se sentem à vontade não sei... não são capazes de dizer eu quero saber ou eu acho que deve ser assim” (E5 33).

A partilha de poder exige que o familiar ou doente se sintam em condições de exercê-lo. Algumas posturas dos utentes podem fazer entender que não desejam manifestar esse poder,

e.g., na participação na tomada de decisão (Le May, 1998, p. 95). Em algumas situações o **familiar idoso prefere ter papel passivo** – “(...) e sempre que chegava eu como estava responsável mais a aluna dizíamos-lhe, quer fazer? E ao início ela que também já tinha alguma idade, até queria mas depois acho que queria era estar mais descansada e que não a incomodassem muito” (E9 22).

A passividade parece tratar-se, neste caso, de uma vontade aparente do próprio utente que os enfermeiros procuram respeitar. Em algumas situações é difícil determinar se, se trata de auto-determinação do próprio, resultado de algum cansaço, ou se é resultado da falta de condições que lhe são proporcionadas, para manifestar a sua posição em sentido contrário. O familiar ou o doente podem desejar ter um papel mais activo, mas não encontrar as condições desejáveis para o fazer.

Por vezes existe a crença de que os idosos são marcadamente menos activos que os mais novos. No entanto, os estudos apontam para a estabilidade dos níveis de actividade, embora seja uma variável influenciada por factores físicos, sociais e culturais. (Lima, 1999).

As diferenças de poder podem estar relacionadas com o estatuto profissional e até com o estatuto etário. Gratz & Parson citados por Ferreira & Novo (2006), consideram que o “*Professional Ageism*” se trata de um tipo de preconceito e discriminação dos profissionais de saúde, contra as pessoas idosas que pode condicionar negativamente as possibilidades e a eficácia do tratamento. Ao estereotipar os idosos como dependentes, os práticos, associamos à falta de poder e de autonomia (Le May, 1998). Um dos participantes reconhece que faz parte dos profissionais deste grupo que considera que **ser mais velho é ter menos poder**: “(...) ou então quando assumimos que por serem mais velhos aí já não são tão capazes ou não têm grande poder... contra mim falo mas é verdade...” (E6 35).

Em muitas culturas e sociedades, os idosos são a última categoria de cidadãos a ser capacitados devido à relativa pobreza e devido às expectativas culturais e estereótipos (Tones, 1998).

A legislação actual enfatiza a necessidade de considerar os cuidadores mais explicitamente na tomada de decisão do que acontecia anteriormente, o que os conduz mais activamente para a parceria (Le May, 1998). No entanto, essa não é a opinião expressa por um dos participantes do estudo, uma vez que segundo ele os **técnicos de saúde são os decisores**: “Mas quem decide na realidade somos nós, são os médicos... às vezes sem sabermos bem como são as coisas [no domicílio do doente] mas temos de tomar decisões porque nos

pressionam (E10 33); ou “(...) *há muitas coisas que temos de ser nós a decidir... são coisas da área profissional*” (E2 22).

Embora quando se fale em decisão seja de uma forma genérica, o quadro de situações em que a tomada de decisão se torna importante e o conjunto de factores e condições implicadas tem grande variabilidade no contexto da prestação de cuidados. Num estudo, Scott *et al.* (2003) procuram perceber a percepção que enfermeiros e idosos têm sobre a participação destes na tomada de decisão. A sua visão relativamente à participação na tomada de decisão, parece ser divergente. Os primeiros consideram que implicam os idosos nas tomadas de decisão, ao passo que os idosos tinham opinião contrária, não se sentindo implicados.

Quando os utentes, têm capacidade de decidir sobre as acções de cuidados que lhes dizem respeito, o processo de cuidados deve ter nas suas decisões uma linha condutora. Esta mesma opinião tem um dos participantes, ao descrever uma situação que ilustra a importância de os decisores de primeira linha no processo de cuidados que lhes dizem respeito, serem os utentes.

“Desde o início ela [doente] e a irmã diziam o que queriam e como queriam... assim é que deve ser nós dizemos e elas decidem sobre o que é melhor, desde que saibam, embora haja coisas que temos mesmo de ser nós a indicar a melhor opção... ou pelo menos a ajudar” (E9 43)

Esta ideia de que os **utentes devem ser os decisores sobre o seu processo de cuidados**, está intimamente relacionado com o princípio da autonomia e com o consentimento informado.

O estudo de Scott *et al.* (2003) já referido anteriormente, revelou que relativamente à tomada de decisão existe uma diferença significativa entre as percepções da equipa de enfermagem e as dos doentes idosos. Um aspecto interessante que o estudo revelou é que um dos factores implicados na tomada de decisão sobre o seu tratamento é o número de internamentos anteriores. Quanto mais internamentos o doente tiver mais capacidade tem para decidir o seu próprio tratamento (Scott, 2003, p. 164).

O *empowerment* surge de forma mais natural se existir uma compreensão partilhada da situação entre profissionais e utentes idosos, sobretudo se estes se sentirem capazes de expressar a sua opinião (Le May, 1998). Mesmo para os familiares, tal como refere Gordons citado por Kendall (1998), o *empowerment* implica que a decisão deva ser mais baseada em conhecimento e reflexão do que na aceitação da norma social. Os **familiares/enfermeiros e Idoso doente não formam uma equipa capaz de tomar decisões esclarecidas** – “(...) *eles*

[familiar e doente] *não decidiram porque não tinham como decidir... não sabiam o que fazer e a culpa é da equipa... nós não somos uma equipa*” (E9 20). Esta posição afasta-nos da posição ideal numa parceria, na qual cada um seria capaz de resolver desafios, influenciar resultados e participar em actividades de tomada de decisão conjuntas (Turnbull *et al.*, 2002).

Esta é a posição de um dos participantes – **enfermeira defende maior capacidade dos familiares na tomada de decisão** – como se percebe nas suas palavras: “(...) *de início estavam [familiares] sempre sossegados, depois olhe, ganharam à vontade e eles é que decidiam... só queria que visse a diferença (...) e assim é que deve ser*” (E1 36).

Nesta declaração significativa salientam-se duas ideias fundamentais: o carácter processual da parceria e a ideia de liderança por parte dos familiares. Emerge também uma associação entre o ambiente de à vontade, que se cria entre os intervenientes, e a capacidade de controlo pelos actores, em especial pelos familiares. Evitam-se assim situações consideradas negativas pelos familiares de que o controlo é exclusivamente dos profissionais (Turnbull *et al.*, 2002).

O controlo surge aqui numa perspectiva de domínio, em que o papel do poder é enfatizado. Ao estarem implicados na tomada de decisão, assiste-se a uma transferência do «poder sobre» para o «poder partilhado». As decisões no processo de cuidados dizem respeito e terão repercussão na vida do doente e família, pelo que se compreende a importância de poderem participar activamente nas decisões que lhe dizem respeito.

Além do carácter intrínseco da tomada de decisão são necessárias condições extrínsecas para que tal aconteça. Na opinião de um dos participantes, **os práticos não conseguem criar condições para participação dos utentes nas decisões**: “*Eu em teoria acho que deveriam participar mais e decidir também... mas tem que ser com condições e nós na prática temos de saber dar-lhes as condições obviamente (...) não, não somos capazes...em teoria sim...*” (E2 60). Desta forma se reconhece que apesar de considerarem teoricamente importante, na prática a equipa não cria condições para os utentes participarem nas decisões. Por norma o profissional decide partindo do princípio que é no melhor interesse do utente embora não lhe dando espaço para decidir também.

Apesar de algumas opiniões expressas, actualmente têm-se assistido a uma **evolução positiva no papel dos utentes na tomada de decisão** “*agora não é como quando eu acabei*

o curso, mesmo não sendo há muito tempo lembro-me que não era assim. Agora [os familiares] já vão dando «bitates» sobre as coisas, já querem saber e mais ... dizer às vezes como é que eles acham (...) (E9 27). Esta evolução encontra sentido na ideia de Honoré (1996), segundo o qual, os utentes, cada vez melhor informados sobre os progressos médicos e com mais conhecimentos de base, desejam ser implicados no processo de decisão.

1.2.3 – **Identidade**

A identidade é um conceito multifacetado e pode ser abordado por diversas perspectivas. A identidade social compreende as características que os outros atribuem a um indivíduo (Giddens, 2004), e tem particular relevância em situação de parceria. Nesta, os papéis tradicionalmente desempenhados pelos enfermeiros, pelos familiares e doentes ganham novas dimensões e como tal a identidade social de cada um modifica-se.

A noção de papel está intimamente relacionada com a ideia de actor, termo este que utilizamos para nos referirmos aos intervenientes na parceria. Ser actor, diferencia-se de ser agente; este último tem uma conduta onde todos os aspectos são previstos e precisos numa determinada função (Honoré, 1998). Ao actor, embora seja reconhecido num papel que os outros podem esperar dele, existe também uma ideia de imprevisibilidade e incerteza da actuação. Desta forma, pensamos que a noção de actor e do papel desempenhado, se enquadra na perspectiva de parceria.

Além da importância de ser reconhecido no papel de parceiro, pelos demais parceiros, é importante que cada um conheça o seu papel na parceria. O processo de parceria e sobretudo de participação nos cuidados pressupõe que todos os actores conheçam o seu papel (Conceição & Ramos, 2004).

Papel dos familiares

A família representa geralmente a primeira instituição a que recorremos para garantir o suporte social indispensável à reabilitação do doente.

Enquanto célula de solidariedade interpessoal, a família é um parceiro essencial na acção da equipa de reabilitação. Martins (2006, p. 7) refere que as “repercussões da doença não afectam só o doente, estende-se também à família provocando uma situação de desorganização e de stress familiar”. Vários autores referem que a doença, mas sobretudo o internamento hospitalar, é um factor de desequilíbrio familiar (Martins, 2006).

Nos últimos anos a relação profissional de saúde-utente tem vindo a sofrer alterações significativas (Patrão Neves, 2002) ocorrendo uma **mudança no papel tradicional dos familiares** – “(...) *antigamente era tudo em função do médico... bem ainda é assim... os processos e tal... mas agora eles [familiares] já têm um papel diferente...mais reivindicativo talvez (...)*” (E7 11). A mudança no papel dos familiares de um papel tradicionalmente passivo, para um papel mais exigente com os cuidados que lhe são prestados, é um bom indicador para poder exercer o papel de parceiro.

Uma das manifestações desta mudança de papel parece ser que os **familiares são actualmente mais reivindicativos**, como se demonstra na declaração seguinte: “(...) *hoje eles já dizem o que querem e o que têm a dizer... chateiam quem têm de chatear... antigamente é que [os familiares] se calavam (...)* agora não (...)” (E9 41).

A mudança de comportamento dos familiares na visita aos doentes tem a montante algumas evoluções sociais, como é patente no significado que emergiu da declaração significativa de um dos participantes – **actualmente os familiares têm mais dificuldade em visitar os familiares** – quando refere: “(...) *hoje já não é como era... às vezes nem podem cá vir... às vezes pensamos que é por mal mas não acho... não se vão despedir nem atirar os filhos fora...não é? (...)*” (E4 47); na mesma linha surge a declaração seguinte, “(...) *noto que as pessoas não podem e não conseguem vir... ligam mas não vêm porque a hora das visitas também não calha (...)*” (E2 33), que revela que os familiares têm dificuldades em visitar o doente, o que por vezes se relaciona com dificuldades de coordenação do horário das visitas com outros papéis desempenhados pelos familiares.

No entanto, é opinião de um dos enfermeiros que **familiares mais idosos têm mais disponibilidade**, “*A maioria são também velhotas... elas vêm para aí e estão aí enquanto podem...e podem o dia todo... o resto da família tem menos disponibilidade*” (E3 56), o que de certa forma poderá ser verdade, mas também corresponde a um estereótipo sobre os idosos (Berger, 1998). Por vezes veicula-se a ideia de que os idosos têm uma total disponibilidade temporal, porque já não têm actividade profissional. Esta ideia torna-se perigosa, sobretudo quando usada para desvalorizar o idoso e o papel activo que pode ter.

Por um lado, a possível maior disponibilidade dos idosos é uma mais valia para a parceria, no entanto, um dos enfermeiros considera que o idoso como parceiro pode ter algumas limitações uma vez que “(...) *algumas [familiares] vem ajudar mas a gente é que as tem de ajudar a elas... andam um pouco perdidas...dá-me pena sabe... porque vejo que também*

têm dificuldades” (E2 52), e desta forma as **familiares idosas têm dificuldades em ajudar** em virtude das limitações que a idade lhes impõe.

A acção em parceria consiste numa acção em conjunto, na qual os actores se suportam mutuamente naquilo que desejam fazer (Honoré, 1998), e ajudando-se mutuamente, assumindo as fraquezas de cada um. As limitações da idade, não podem ser uma limitação à participação do familiar nos cuidados ao doente; a participação na parceria é feita tendo em conta o que os parceiros conseguem fazer dentro das suas limitações. A visita de um familiar, mesmo que não tenha capacidade para executar nenhuma actividade ou acção de cuidados, pode pela sua presença ser uma ajuda preciosa para o doente e enfermeiros.

As crenças que cada pessoa tem sobre a outra, incluindo os mitos, preconceitos ou estereótipos, podem condicionar as expectativas sobre o papel de parceiro, afectando a capacidade para estabelecer parcerias (Turnbull *et al.*, 2002). Desta forma, o **quadro de valores sobre os papéis influencia querer ser parceiro**, como quando é referido: “(...) *não sei se, se eles querem ser parceiros... alguns deles ainda o que querem é o médico e o enfermeiro à moda antiga.*” (E3 30).

Quer a pessoa do enfermeiro quer a pessoa-cliente dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual (Ordem dos Enfermeiros, 2003), que nem sempre são de acordo com os princípios ou valores da parceria.

Além da divergência de valores, **a parceria pode ser dificultada pelo cansaço do cuidador:**

“(...) em situações que o doente já tem um grau de dependência antes do internamento e que o familiar vem cansado (...) cria algumas barreiras na construção de uma parceria, pois o familiar está cansado de cuidar (...)” (E5 45)

Esta dificuldade que se coloca sobretudo a quem já cuida de um familiar dependente há algum tempo, não invalida que os familiares não considerem que cuidar dos seus entes não seja da sua responsabilidade. Pelo menos um dos participantes está em consonância com esta ideia de que os **familiares sabem que têm responsabilidades para com os doentes**: “A maioria [dos familiares] *quer mesmo ajudar e sabe também que têm essa responsabilidade (...) alguns mais que outros mas as pessoas gostam dos seus e preocupam-se (...)*” (E3 29).

As responsabilidades para com os seus familiares fundam a atribuição de papéis específicos, que lhes são dados pelo facto de serem a «família» de determinada pessoa. Esses papéis específicos devem complementar e ser complementados pelo papel dos profissionais e dos

restantes actores envolvidos para benefício da parceria – a **complementaridade de papéis é benéfica para a parceria** – “*a família são eles... eles é que tem de fazer o papel deles não é, para podermos trabalhar todos para o mesmo, mas cada qual tem o seu papel, se calhar só assim somos parceiros!*” (E4 34). Como refere Glasby & Peck (2004, p. 29) em todas as parcerias, “colaborações próximas imediatamente iluminaram áreas de duplicação de actividade nos cuidados”.

A família pode ser o elo de ligação na relação entre enfermeiro/doente, facilitando o conhecimento e a intervenção de ambos. Collière (1999) reforça esta ideia referindo que a família é o eixo dos cuidados detendo em si própria um valor terapêutico. Desta forma se compreende que a **presença de familiar é elemento facilitador dos cuidados ao doente**.

“ (...) *só por lá estar a neta até parece que toda ela se ria... eu estava a ver e percebi que a neta era o comprimido dela e ela [neta] ajudava, no fundo, e já quando era preciso alguma coisa com ela cá era mais fácil (...)*” (E2 35).

No âmbito da parceria enfermeiro-visita de referência, como lhe chama Martins (2004), esta autora defende que, apenas as visitas com determinado tipo de comportamento, pode ter o privilégio de se tornarem em parceiros no cuidar do doente:

“Vêm disponibilizar-se a partilhar os momentos difíceis e por isso estão muito mais dispostos a permanecer junto ao doente. Normalmente calados, são grandes observadores e usam o olhar como o principal meio de comunicação com o doente, bem como o sorriso ou um gesto; geralmente estas visitas são pessoas da intimidade do doente” Martins (2004, p.11)

Papel do doente idoso

Nos últimos anos a relação enfermeiro-doente, tem vindo a sofrer alterações significativas, tal como tem vindo a evoluir o papel e estatuto do doente (Patrão Neves, 2002). O papel de doente é e foi grandemente modelado pela evolução na relação que sempre estabeleceu com os profissionais de saúde, em especial com os médicos.

Um dos aspectos que mais tem influenciado esta relação é a representação que cada um dos parceiros tem do outro. Embora fosse de esperar que os profissionais de saúde pela sua formação não tivessem comportamentos discriminatórios para com a pessoa idosa, tal não acontece na prática. As ocorrências de discriminação mais frequentemente percebidas situam-se em interacções com profissionais de saúde – *agismo profissional*, como lhe

chama Gatz e Pearson – em que os interlocutores supõem *a priori* que a pessoa idosa já não ouve bem ou não compreende bem (Ferreira-Alves & Novo, 2006).

Palmore constatou que no que respeita aos contextos e às relações onde existem maior frequência de ocorrências de discriminação, surgem em primeiro plano os contextos de saúde e a interações com o médico ou o enfermeiro. A explicação plausível para esta situação, poderá ser a de que, os profissionais de saúde lidam muito mais com a patologia do que com o envelhecimento normal e, na medida em que quando contactam pessoas idosas elas têm patologia, por mecanismos básicos associam à velhice, a expectativa de um conjunto de patologias. (Ferreira-Alves & Novo, 2006).

Os estereótipos sobre os idosos podem limitar a possibilidade de vê-los como parceiros. Um dos participantes contraria esta ideia reconhecendo que os **idosos podem dar contributo à parceria**: “ *mesmo sendo mais velhos [os doentes] têm algo a dar e não ser só esperar que nós façamos... há situações em que não fazem porque não querem outras que nem lhes damos oportunidades*” (E5 30).

Os mitos sociais acerca dos idosos são muito acentuados nos profissionais de saúde e ainda mais nos enfermeiros, pois estes ao lidarem predominantemente com as pessoas em situações de crise generalizam as suas vivências e experiências profissionais com efeitos negativos nos cuidados (Moody & Wells citados por Lopes, 2005). Como refere Le May (1998) o mito de que os idosos não têm *per se* potencial de empowerment é ageísta, inaceitável e largamente falsa.

Como referem Wood & Middenam, (Darling, 2000, p. 14) “os clientes tendem a ser os melhores consultores sobre as suas próprias dores e necessidades, o que vai ao encontro da declaração significativa seguinte: “*Eles é que sabem o que é melhor para eles e devem poder dizer isso, se calhar o papel deles também é esse não é?*” (E2 20), demonstrando claramente que no fundo o **papel do idoso é dizer o que é melhor para si**.

No fundo é o papel do paciente que mediatiza as práticas profissionais que oscilam entre o modelo biomédico e o modelo centrado na pessoa (Honoré, 1996, p. 132). As práticas pelas quais são efectuadas as acções para a saúde não implicam apenas os profissionais mas também os utentes. Como para todo o actor de saúde, o utente, habitualmente profano em medicina, pode ser implicado na prática em diferentes níveis, sendo objecto de uma

intervenção; agindo sobre ele próprio para modificar as suas atitudes e comportamentos, descobrindo a saúde nos seus novos aspectos (Honoré, 1996).

Greg & Poxton citados por Glasby & Peck (2004) referem-nos que um dos factores fundamentais para o enquadramento de parcerias efectivas é a concordância de papéis, ou seja, o **idoso deve concordar com o papel que lhe é proposto**: *“Eles só podem saber o que esperamos deles se lhes dissermos... e se eles concordarem, porque podemos achar que eles podem e eles não podem por qualquer coisa”* (E3 45).

Assim, terá de estar subjacente a este trabalho o facto de o enfermeiro não ver o doente como um receptor de cuidados, mas sim como um participante nos cuidados. «Fazer por» tem de ser abolido e substituído por «fazer com» (Santos, 2002). De acordo com Darling (2000), é importante ter em conta que, a maioria dos clientes age no seu próprio interesse, e que este pode ser um princípio base a nortear a parceria.

Neste sentido o **doente sabe o que é melhor para si**, o que por si só define um aspecto importante no papel a desempenhar no seio da equipa: *“ (...) ela [doente idosa] já cá vem por diversas vezes... sabe como agimos e também tem mais experiência de vida... e sabe o que é melhor para ela”*(E3 50). O modelo de parceria rejeita o profissional como *expert* que dita ao cliente o que é melhor para si, e em que este assume um papel submisso (Darling, 2000).

Em algumas situações os idosos são remetidos a um papel de passividade, não por vontade própria, mas porque não lhes é dado espaço para desenvolverem um papel mais activo, como se percebe nas palavras de um dos participantes: *“(...) porque o hospital se formos a ver também não é feito prós doentes... eles ainda ficam mais doentes de cá estar (...) ficam assim sem fazer nada o dia todo”* (E4 34). Os enfermeiros contribuem para esta situação pois não contrariam e por vezes até promovem um papel de passividade, ao não delinear estratégias de promoção de um papel activo. Tradicionalmente os doentes, sobretudo em unidades de medicina, permanecem ao longo do dia restritos à sua unidade, ou caminham pelo serviço entre a casa de banho e o refeitório, aguardando as solicitações ou intervenções por parte dos técnicos de saúde (Serra, 2004).

Papel do enfermeiro

O decreto-lei n.º 257 (1991) que regulamenta a carreira de enfermagem, refere que o cuidar do doente e sua família insere-se nas funções do enfermeiro.

Numa das estratégias propostas por Brodie (2004), para utentes e cuidadores sentirem que estão numa posição de parceria, cada membro deve sentir que o seu papel é claro e que tenha treino e orientação. No entanto, **os papéis nem sempre são claros para os actores:** “*penso que para este trabalho em conjugação é preciso estar bem esclarecido o que é que cada um faz não é? E acho que isso não está bem claro... nem sempre a gente sabe bem o que é preciso fazer...*” (E1 53).

Reforçando esta ideia surge a declaração seguinte, “*(...) depois as coisas vão-se desenrolando e quando as famílias não nos conhecem e já sabem o que podem fazer e esperar de nós é que se torna engraçado... e mais fácil para todos...*” (E8 18), que revela que **o conhecimento do papel do enfermeiro pelo familiar é facilitador da parceria.**

A prestação de cuidados aos doentes idosos é geralmente efectuada por pessoas mais novas, que tiveram uma socialização num tempo diferente dos idosos, com um conjunto de imperativos culturais diferente do que os dos grupos mais velhos (Dowd citado por Le May, 1998). Estas diferenças têm um potencial de influenciar a relação entre profissionais e idosos. No entanto, na opinião de dois participantes estas diferenças têm um sentido positivo, uma vez que **os enfermeiros mais novos dão mais apoio à família**, como se compreende nas palavras dos próprios: “*(...) O que eu noto na equipa, é que é assim, se calhar os elementos mais novos estão mais direccionados para essa parte do apoio à família, tipo expormo-nos mais (...)*” (E3 28); “*(...) noto que o pessoal mais novo está mais sensibilizado para isso [relação com os familiares]*” (E3 32)

Estas declarações vão num sentido diferente do que nos referem Buchanan & Middleton citados por Le May (1998), quando sugerem dificuldades na comunicação e relação entre jovens e idosos, uma vez que os mais novos podem sentir dificuldade em compreender a perspectiva e sentimentos dos idosos, dado que não o experienciaram (Le May, 1998).

Os mais velhos experienciaram a juventude noutro contexto cultural, e desse modo, pode ser minimizado o potencial para a partilha de experiências, já que os idosos podem considerar que não vale a pena partilharem a sua experiência, porque não vão ser compreendidos. Essa posição pode diminuir a possibilidade de ser estabelecida uma parceria, uma vez que a combinação de experiências pode comprometer a oportunidade para a compreensão empática e outras dificuldades na compreensão, aspectos centrais na vida das pessoas idosas (Clark citado por Le May, 1998).

Em cada nova situação de cuidados em que exista a potencialidade de se formar uma parceria com os familiares e os doentes, os profissionais trazem a sua história individual e colectiva (Turnbull *et al.*, 2002) e desta forma a **experiência pessoal do enfermeiro pode influenciar a apetência para ser parceiro**: *“Nós não entramos mais em parceria nem sei porquê (...) até se calhar deveríamos... porque já quase todos tivemos experiência com os nossos doentes [familiares do próprio enfermeiro] e sabemos como gostamos de ser tratados”* (E5 19).

A história pessoal do enfermeiro, a sua cultura pessoal e profissional podem influenciar a sua forma de estar nos cuidados, bem como as suas potencialidades para o estabelecimento da parceria nos cuidados (Le May, 1998), ou seja a **predisposição pessoal do enfermeiro para cuidar de idosos ajuda à parceria** – *“ já tem a ver comigo... eu acho que tem a ver comigo... é uma apetência minha (...) gosto de tratar dos velhotes e acho que é o que me dá gozo...é trabalhar com eles e com as famílias numa relação de parceiros”* (E7 20).

1.2.4 – Ética

A análise da prática diária de enfermagem, através de uma lente configurada para os aspectos éticos da acção dos enfermeiros, é importante porque as intervenções de enfermagem incluem muitas situações em que a autonomia e privacidade podem ser violadas (Rawnsley citado por Scott, 2003).

De acordo com o ponto 1, do art.º 8, do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Decreto-lei n.º 161/96 de 4 de Setembro), no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética, actuando no respeito pelos direitos e interesses, legalmente protegidos dos cidadãos.

A Ética como campo da filosofia, que tem por objectivo o juízo de apreciação que distingue o bem e o mal, o comportamento correcto e o incorrecto, procura estabelecer princípios que se constituem como directrizes, pelas quais o homem rege o seu comportamento, tendo em vista uma filosofia moral dignificante. Os códigos de ética são dificilmente separáveis da deontologia profissional, pelo que não é pouco frequente os termos ética e deontologia serem utilizados indiferentemente.

Os últimos 50 anos têm sido palco de grandes alterações no que se refere à ética das profissões de saúde, com repercussões no relacionamento entre os profissionais de saúde e aos que a eles recorrem, para restauração da sua saúde (Patrão Neves, 2002).

No que se refere ao relacionamento com os familiares dos idosos internados, os dados e resultados emergentes, que considerámos inseridos numa dimensão ética, foram agrupados em duas subcategorias: *Autonomia* e o *Respeito*.

Autonomia

Os conceitos de autonomia e consentimento informado surgem, no âmbito dos cuidados de saúde inter-relacionados e de acordo com Scott (2003, p. 158) são elementos importantes no suporte das escolhas e direitos dos pacientes.

“A necessidade de obter o consentimento informado do paciente relaciona-se com o princípio do respeito pela autonomia e pelo direito do paciente escolher e tomar decisões relativamente ao seu corpo e aos cuidados de saúde” (Scott, 2003, p. 160).

No entanto, Patrão Neves (2002) alerta para a necessidade de considerar o processo que conduz ao consentimento informado, como particularmente relevante para a sua legitimidade ética, não apenas como mero acto final, jurídico e formal.

No âmbito dos cuidados de saúde é particularmente importante, o reconhecimento dos limites da autonomia do paciente, implicada no estado de doença, dependência ou vulnerabilidade, como o sugere Scott (2003).

Quando em determinadas situações de prestação de cuidados o enfermeiro integra os familiares no plano de cuidados, sendo ou não numa perspectiva de parceria, nem sempre é consentida, ou pelo menos escutada a opinião do idoso. Não que todos os aspectos dessa relação sejam necessariamente do âmbito do processo de cuidados ao idoso, mas na realidade existem aspectos que a ele dizem respeito. Esta ideia é confirmada quando o **enfermeiro assume quem é o parceiro implicitamente sem a opinião expressa do idoso** e o **enfermeiro reconhece nunca se ter questionado sobre opinião do idoso** relativamente à ajuda do familiar, ilustradas respectivamente pelas seguintes declarações:

“ (...) realmente o idoso... é uma perspectiva que eu nunca tinha pensado nisso, a perspectiva que o doente devia ser questionado se quer ou não esse auxílio [pelo familiar].” (E7 12);

“ (...) nós normalmente, eu pelo menos confesso que nunca fiz, perguntar ao doente se quer que aquele familiar auxiliasse com alguma coisa...” (E7 16).

Como Chadwick & Tadd citados por Scott (2003) notaram, quando adultos são rotulados como idosos, existe uma tendência para o princípio do respeito pela autonomia ser rejeitado,

na base da incompetência pela capacidade de tomada de decisão. No entanto, estar doente, não torna a pessoa automaticamente incapaz de tomar decisões sobre a sua vida ou cuidados de saúde. Estes exemplos vão em sentido contrário ao que refere Richter & Farrell citados por Scott (2003) segundo os quais, os enfermeiros consideram que respeitam a autonomia do doente.

Uma das situações que poderemos considerar que consigna a ausência de consentimento relativamente à participação, ou inclusão do familiar, neste processo de cuidados em comum (enfermeiro/familiar/ idoso) dito em parceria, é a seguinte: “(...) *os familiares que vem [visitar a doente], nós fazemos aquela abordagem, com quem é que a senhora vive, se está num lar, se com quem vive precisa de ajuda (...)*” (E3 24), que demonstra que **os enfermeiros abordam quem visita a doente para obter informações sem consultar o idoso.**

Independentemente de o processo de cuidados de enfermagem se inscrever ou numa perspectiva de parceria, um dos participantes refere que “ (...) *habitualmente nem sequer perguntamos ao doente. Agora que me está a dizer isso, eu não me lembro nunca de ter perguntado ao doente se queria que os familiares estivessem juntos, connosco e não sei quê (...)*” (E4 43), o que revela que **os enfermeiros não perguntam ao doente quem é a pessoa significativa.**

Por detrás deste comportamento estarão certamente razões que não foram explicitadas, embora um outro participante, concordando que tal desempenho é habitual nas práticas de cuidados, vai mais longe questionando-se pela razão de tal comportamento – a **enfermeira questiona-se porque não perguntam ao idoso quem deve ser o familiar parceiro** – como é sugerido ao referir: “ (...) *acho que aí está, porque é que nós não o fazemos [perguntar ao idoso quem quer como parceiro]?*” (E4 44).

No sentido oposto ao referir, “ (...) *nós perguntamos com quem vive [com a doente], quem é que cuida delas, temos esse cuidado (...) no fundo quem é significativo*” (E3 23) infere-se que os **enfermeiros procuram saber quem é significativo para a doente.**

Embora não se conseguindo perceber a razão porque tal acontece, parece ser encarada com alguma naturalidade, a ideia de que **o idoso não tem opinião sobre quem colabora nos seus cuidados:** “ *eu acho que é a pessoa [familiar] que se mostra mais disponível, acho que o idoso acaba por não ter grande opinião acerca de quem está aqui perto dele (...)*” (E4 42).

Em algumas situações é o estado do doente, que pode condicionar a acção de consentir por parte do idoso – que exige acções do enfermeiro consentâneas com esse exercício – relativamente a quem quer que seja parceiro, no processo de cuidados que a ele diz respeito. Uma dessas situações ocorre quando o **estado confusional do doente condiciona identificação do parceiro**, por exemplo: “ (...) *quando as pessoas [doentes] estão confusas, eu às vezes nem me lembro desse pormenor* [perguntar que o doente quer que seja o parceiro com a equipa] (...)” (E6 6). Nesta declaração, apesar de o enfermeiro partir do princípio que o estado do doente não lhe permitia dar o seu consentimento, ele assume que nem sequer se lembrou de o fazer, ficando por esclarecer a relação de causa efeito, isto é, se foi por o doente estar confuso, ou pelo contrário, se de forma recorrente o enfermeiro não o faz.

De forma mais clara, o participante seguinte refere, “ (...) *a maior parte das vezes* (...) [o idoso] *não está é em condições para decidir* [quem quer que seja parceiro nos seus cuidados] (...)” (E5 36) e desta forma assume-se claramente que, **as condições do idoso podem inviabilizar que decida quem quer que seja parceiro**.

Em algumas situações o estado de saúde do doente não lhe permite dar o consentimento no que respeita a aspectos relativos ao processo de cuidados e entramos assim no campo do consentimento presumido, que não deve no entanto, substituir o consentimento efectivo do doente sempre que existam possibilidades para o fazer.

Este não parece no entanto ser um comportamento generalizado dos enfermeiros, uma vez que um enfermeiro referiu que “(...) *se estiverem conscientes e se a doente não se importar penso que sim* [podem participar nos cuidados]. *Mas isso já tem que ser com autorização da doente* (...)” (E6 38), o que demonstra que o enfermeiro considera que **o familiar pode participar nos cuidados se a doente autorizar**. Em algumas situações o **enfermeiro questiona idoso sobre quem quer que seja parceiro desde que este esteja em condições para decidir** – “(...) *quando* [o idoso] *está* [em condições de decidir quem quer para parceiro nos seus cuidados] *normalmente pergunta-se* [quem ele quer que seja o familiar de referência]” (E5 34).

Como já referido anteriormente, o consentimento informado mais do que um momento formal, é um processo que exige uma série condições, que o torne um consentimento esclarecido. No âmbito dos cuidados em parceria, questionar os actores envolvidos se querem ou não ser parceiros, adquire uma particular acuidade, no caso do idoso – porque a

ele diz respeito o processo de cuidados – quem deseja que faça parte desse processo de parceria.

Perguntar a alguém se quer fazer parte de determinado processo, só fará sentido se essa pessoa souber do que se trata. Neste sentido, como refere um dos participantes, o **desconhecimento do significado de parceria dificulta consentimento pelos familiares**, como se demonstra no que referiu: “(...) *também não sei se é possível perguntar isso [se quer ser parceiro] às pessoas [familiares] porque as pessoas não sabem bem o que isso é não é verdade?*” (E10 27).

Um pouco contracorrente ao que tem sido apresentado, um participante considera que o **doente deve escolher quem quer para parceiro**, ao referir: “(...) *se ele [o doente] está consciente para escolher [quem quer para parceiro] obviamente que acho que sim.*” (E1 8), o que vai o encontro dos resultados de um estudo de Scott (2003), que revelou que os pacientes idosos ficavam satisfeitos de puderem exercer a sua autonomia, situação com a qual os enfermeiros também envolvidos no estudo concordavam.

Um dos participantes vai mais longe fazendo a ponte entre o trabalho em parceria e o consentimento do idoso, assumindo que a **parceria é vantajosa para o doente se tiver o seu consentimento**, como se percebe pelas suas palavras: “(...) *acho que [a parceria com os familiares] era vantajoso para o doente, desde que fosse com consentimento dele, não é?!*” (E4 48).

Respeito

Os princípios humanistas de respeito pelos valores, pelos costumes, pelas religiões e por todos os demais previstos no código deontológico, enformam a boa prática de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

A formalidade da relação que se estabelece com os familiares ou a forma como se lhes dirigirmos, dizendo primeiro o nome, a forma como olhamos para eles ou até o local do encontro deve revelar respeito (Turnbull *et al.*, 2002).

Todos os pacientes necessitam de suficiente informação para fazer as suas escolhas, o que na opinião de Blaxter citado por Le May (1998) os componentes chave de qualquer parceria.

O respeito é um conceito que envolve várias dimensões. As declarações dos enfermeiros estão sobretudo relacionadas com o respeito pela vontade do doente. Os três exemplos seguintes, referem-se a situações relativas ao respeito da vontade expressa, e decisões do idoso, por parte dos enfermeiros.

“(...) nesse caso a própria senhora, quando nós lhe íamos dar banho, ela dizia... «ah a minha filha é capaz de vir, gostava que fosse ela» e nós [enfermeiros] respeitávamos (...)” (E7 38);

“ (...) a doente não queria a presença de todos os filhos e isso foi respeitado, só entrou o filho que ela pretendeu...” (E8 37) “;

(...) saber qual é a pessoa mais próxima [do idoso] (...) estas coisas têm que ser respeitadas independentemente de [o idoso] estar num ambiente familiar ou não (...)” (E4 71).

Na primeira declaração apresentada **os enfermeiros respeitam vontade da doente**. Na segunda, os **enfermeiros respeitam vontade da doente relativamente à presença dos filhos**. No mesmo sentido se encontra o significado que refere que **deve ser respeitada a opinião do idoso relativamente à pessoa que deseja ter mais próximo**, uma vez que quando os enfermeiros procuram dizer o que é melhor para o doente estão a contrariar as posturas centradas no respeito pelo outro e na individualização (Martins, 2004).

Por outro lado, relativamente à demonstração do respeito dos familiares pelos idosos, as declarações e significados mais relevantes foram os seguintes, embora em sentidos divergentes. Na primeira percebe-se que o **familiar compreende importância de respeitar vontade da doente** de morrer em casa:

“(...) este irmão compreendeu perfeitamente a situação (...) este irmão percebeu perfeitamente e portanto deu para isso, para ela [doente] falecer em casa. (...) acho que foi bom para a doente, porque foi para o seu meio, foi para a casa, onde ela gostava de estar...” (E1 12)

Na segunda, ao referir

“ (...) [O marido] estava um bocado contra o irmão e um bocado também contra a própria senhora [doente], via-se que estava, até que ele acabou por aceitar, contrapondo a decisão dela, também porque ela já estava num estado... de inconsciência, sim... portanto acabou-se por fazer a transfusão (...)” (E3 2)

Parece claro que nesta situação **o familiar decide contra a vontade da doente**, o que revela uma falta de respeito pela pessoa idosa. Reconhecer o outro como Pessoa é um aspecto fundamental e basilar da nossa vivência em sociedade, com particular ênfase nas profissões de ajuda. O reconhecimento do “paciente como pessoa” (Patrão Neves, 2002) conduz necessariamente ao reconhecimento do “paciente como parceiro”.

1.2.5 – Projecto de Cuidados

A noção de projecto tem pontos em comum com o de parceria, sobretudo no dinamismo e complexidade que invoca, procurando afastar-se de uma dimensão utilitarista. Surge próximo das noções de cidadania, de comunidade, de sociedade. Invoca o homem social, que está próximo do conceito de parceria.

Um projecto de saúde, como lhe chama Honoré (1996) supõe condições de informação, de educação, de formação evitando a submissão a um discurso dominante. Esta riqueza de relações a ter em conta no plano da gestão faz parte de uma “concepção prometedora se suscitar um aviso da parceria em novos modos de acção pluri e interdisciplinares (...) no cumprimento de um projecto.” (Honoré, 1998, p. 33).

Avaliação

A avaliação, no âmbito do processo de cuidados de enfermagem, independentemente do modelo ou filosofia adoptado, possibilita a apreciação das condições em que determinado problema ocorre, a percepção que os actores têm da situação, a apreciação dos recursos e constrangimentos à implementação do projecto de cuidados.

Trata-se de uma avaliação prévia, ainda que possa decorrer ao longo do processo em marcha. Existe ainda a possibilidade de avaliação contínua do processo e da apreciação global da forma como o processo decorreu e dos resultados alcançados. Uma apreciação a montante do problema, no decorrer do processo que visa ultrapassá-lo e finalmente dos resultados alcançados, face ao proposto inicialmente.

Nesta linha, tendo em conta uma perspectiva de parceria, Darling (2000) refere-nos que antes de poder ajudar os utentes, os prestadores de cuidados necessitam entender a definição do cliente da situação ou do problema, prioridades e recursos e entendimento dos seus encontros com os profissionais de ajuda.

Embora os enfermeiros necessitem de avaliar a situação para prestar cuidados, tendo em conta a metodologia do processo de enfermagem, tal como definido pela Ordem dos Enfermeiros e pelo Regulamento para o exercício da profissão de enfermagem, numa perspectiva de parceria importa também perceber em que medida é dada oportunidade aos utentes para participarem na auto-co e hetero-avaliação do (e no) processo de cuidados. Como refere Honoré (1998), a parceria implica aceitar uma auto e uma co-avaliação

construtiva, ao que acrescentamos a possibilidade de os utentes conhecerem e colaborarem no processo de hetero-avaliação.

No campo da avaliação dos recursos, **os enfermeiros procuram avaliar se o familiar tem capacidade para ser parceiro**: “ (...) *depois com o acompanhamento e estando ao pé das pessoas é que a gente vê se realmente a pessoa [familiar] tem capacidade ou não [para ser parceiro participando nos cuidados] (...)* (E7 15). É sublinhada a necessidade de se acompanhar para avaliar, o que indica o carácter de continuidade e da prestação de cuidados lado-a-lado com os familiares, facilitadora da avaliação.

Reafirmando esta ideia de avaliação da capacidade “(...) *nós também vamos ver se a pessoa também tem capacidade para isso [para ser parceiro] (...)*” (E7 14). Desta forma, parece ser implícito para os enfermeiros que para se ser parceiro existe a necessidade de uma capacidade ou atributos específicos. Não se é parceiro apenas porque se deseja ser parceiro, exige capacidades que o enfermeiro procura avaliar.

Uma intervenção adequada numa perspectiva de parceria, pressupõe que se avalie previamente a percepção que os actores têm da situação, procurando assim um ponto de partida, uma visão comum da situação. Um dos participantes refere que “ (...) *a gente perguntou-lhe o que é que ele achava, como é que ela se sentia com tudo o que se estava a passar, era pelo menos uma forma de a ajudar (...)*” (E3 25) e assim **o enfermeiro procura averiguar a percepção da situação pelo familiar**. Esta perspectiva vem na linha do que defende Darling (2000), para quem a definição da situação pelo doente pode ser um ponto de partida apropriado para a interacção em parceria.

Esta forma de actuar não é generalizada, quando a **enfermeira não procura perceber como a família vive a situação** – “(...) *não costumo procurar saber (...) como estão [os familiares] a passar por isto [situação de internamento do idoso] (...)*” (E3 54).

Objectivos

Agir em parceria, supõe uma procura constante de uma compreensão mútua e de um entendimento comum (Honoré, 1998), baseado numa avaliação da situação, sobre o sentido da acção, o que subentende a necessidade da convergência de objectivos entre os diversos actores.

Um dos objectivos tácitos da prestação de cuidados é a procura do bem-estar do doente; assim, o **bem-estar do doente deve estar no centro da parceria**, como refere o

participante, “ (...) *nessa situação que lhe falei há bocado da parceria? O que era o que fazia ter sentido era que o melhor para o doente estava antes de tudo... era (...) digamos o centro*” (E9 31).

O bem-estar pode, neste contexto, ser interpretado como o melhor para o doente e portanto o que é do seu interesse, partindo do princípio como já foi referido que o utente age no seu próprio interesse. Os autores Glasby & Peck (2004) falam em três elementos de uma abordagem em parceria, em que um deles corresponde aos desejos e interesses dos utentes, que por sua vez irão estar no centro do processo de tomada de decisão.

A parceria com a família tem uma *nuance* importante: tem sempre o idoso doente e as suas necessidades e objectivos, guiando a acção conjunta dos parceiros. Ainda que cada um dos intervenientes – enfermeiro/doente/familiar – tenham os seus objectivos e necessidades e devam ser valorizadas, o centro da acção em parceria, é o bem-estar do doente – o **objectivo comum é o bem-estar do doente** – “ (...) *aqui trabalham todos para o mesmo que é o doente... claro que a gente tem de se sentir bem... mas é por ele que a família cá vem (...)*” (E3 33). Este objectivo colectivo que alicerça a parceria e que guia a acção, tem na base a procura de resultados que sejam aceitáveis para os diversos actores (Turnbull *et al.*, 2002).

Os objectivos do projecto de saúde do doente são diferentes do projecto profissional e do projecto da instituição, no entanto têm pontos de intersecção, que justificam a parceria. Como refere Honoré (1996), a desarticulação entre a missão do hospital e a dos parceiros levam a disfunções nas próprias missões hospitalares.

O projecto da instituição nem sempre consegue fazer confluir os objectivos e estratégias de actuação dos profissionais que aí trabalham. “(...) *as pessoas cá no serviço... e não tou a falar só dos da nossa classe [enfermeiros] devem trabalhar todas para o mesmo... mas isso não se vê sinceramente*” (E2 45), o que demonstra que os **profissionais do serviço não trabalham todos para o mesmo objectivo**.

Procurando dar resposta a este problema, infere-se do que um dos participantes referiu que os **objectivos dos enfermeiros devem convergir com os dos doentes/família**, “ (...) *os meus objectivos aqui não podem ir contra os dos doentes nem contra os das famílias senão algo vai mesmo mal.*” (E5 23).

O encontro profissional/doente corresponde, regra geral, ao reconhecimento tácito de um objectivo comum, como já dissemos anteriormente: o de recuperar a saúde, restabelecer o

bem-estar ou, no caso de situações terminais ou críticas, proporcionar o máximo conforto (Patrão Neves, 2002). Os **Objectivos são comuns mesmo que de forma tácita,**

“Mesmo que não se diga muito, nós sabemos que estamos a fazer para bem deles e eles também lá no fundo sabem disso, lá está é também a confiança... sabem que queremos o melhor que também é o que eles [doente/família] querem” (E8 43).

Participação na acção concreta

Relativamente à participação, Bronwlea citado por Gomes (2002, p. 57) definiu-a como “a possibilidade do indivíduo estar mais ou menos envolvido num processo de tomada de decisão ou numa acção”.

Saunders citado por Gomes (2002, p. 57) corrobora esta ideia, referindo que é um processo activo, envolvendo um desempenho ou envolvimento na tomada de decisão. Barardo citado por Santos (2002) defende que os familiares participem nas tarefas hospitalares, argumentando que devem, juntamente com os doentes, ser envolvidos nos planos de cuidados.

Atendendo a que os profissionais estão, por inerência às próprias funções, condicionados à participação (porque os planeiam e executam) nos cuidados de saúde e no caso em estudo dos cuidados de enfermagem, coloca-se a questão da participação dos idosos e dos familiares.

A **participação nos cuidados permite aos familiares conhecer o trabalho dos enfermeiros**, uma vez que “*ao participarem e estarem lado a lado connosco pode ser que fiquem com uma ideia diferente do nosso trabalho.*” (E6 34) Foram consideradas vantagens do estudo de Santos (2002) sobre a participação nos cuidados como metodologia de trabalho alicerçada na participação dos cuidados a visibilidade do hospital.

Uma outra vantagem da maior participação dos familiares na dinâmica de cuidados é que essa **participação nos cuidados promove a aproximação doente/família/enfermeiro**. “*Eles [familiares] se fizerem as coisas acabam por estar mais próximos dos doentes e até de nós... é uma forma de não estarem todos tão preocupados porque assim estão a ver e a fazer*” (E2 27). Foram consideradas vantagens do estudo de Santos (2002) sobre a participação dos familiares nos cuidados como metodologia de trabalho de parceria: a manutenção do vínculo familiar; a preparação para a continuação dos tratamentos no domicílio; e a visibilidade do hospital.

Apesar destes resultados, a participação dos familiares nos cuidados também tem aspectos que levantam algumas dúvidas, como na opinião defendida a seguir: “(...) *por um lado acho que eles devem participar, e defendo isso, mas por outro lado há muita coisa que eles não podem fazer (...) como a medicação por exemplo...*” (E8 34), que demonstra que a **enfermeira fica dividida relativamente à participação dos familiares nos cuidados**.

Esta posição da enfermeira denota uma certa ambivalência; considera que os familiares devem participar nos cuidados, embora reconheça que em alguns desses cuidados a sua participação é inviável. Na administração de terapêutica é possível considerar que são necessárias competências específicas, para as quais só os enfermeiros estarão habilitados, no entanto, essa situação não pode ser generalizada dado que os familiares são habitualmente os cuidadores informais e são eles que administram a medicação, quando no domicílio o doente não tem capacidade.

O risco de não se reflectir maduramente sobre as potencialidades da participação na prestação de cuidados é que, “*muitas vezes não somos congruentes entre aquilo que acreditamos e o que fazemos, pois muitas vezes não reconhecemos aos familiares competência de participarem nos cuidados aos seus doentes*” (Pinto, 2000 p. 163).

Uma das principais preocupações dos familiares quando acompanham idosos doentes em situação de dependência, cuja necessidade de algum tipo de apoio se irá prolongar após a alta, é a forma como irão prestar essa ajuda. Esta preocupação geralmente agrava-se quando se aproxima o momento da alta. O acompanhamento desde a admissão do doente pelo familiar e a sua **participação facilita continuidade dos cuidados após alta**. Esta é também a opinião de um dos participantes, quando refere: “(...) *eles [familiares] podem e devem participar nos cuidados, pois se depois vão ser eles lá em casa que têm a batata quente... e nós não estamos lá, convém ver e fazer para não vir outra vez para cá a correr*” (E5 46).

A participação do familiar é tanto mais relevante para a continuidade após a alta do doente se ele participar no planeamento da alta e nos ensinamentos ao doente, sobretudo se o fizerem numa perspectiva de parceria.

Compreende-se que possa causar algum constrangimento ao enfermeiro perguntar ao familiar se quer ou não fazer parte da equipa de trabalho. Primeiro, porque a equipa não trabalha de forma sistemática utilizando uma lógica de parceria, e depois porque o

enfermeiro poderá sentir que isso não seja bem recebido pelo familiar ou pelo doente, “(...) *também não se vai chegar e dizer quer participar... não acho bem, nem as pessoas estão preparadas*” (E1 5), subentendendo-se que o enfermeiro sente que **é negativo abordar os familiares averiguando interesse destes em participar nos cuidados**. A averiguação da vontade do familiar em participar nos cuidados pode ser feita tentando perceber nos sinais não verbais que o familiar envia que sejam reveladores de disponibilidade e interesse em participar, ou então por questionamento directo.

A recusa do familiar em participar pode causar alguma perplexidade no enfermeiro, sobretudo se este considera que a participação dos familiares é um aspecto positivo e fundamental para se falar em parceria. Se assim for, a **enfermeira tem dúvidas se recusa de participação do familiar inviabiliza parceria**: “ (...) *ela [família] não queria fazer nada e aí? Que se faz... não pode haver parceria... ou pode?* (E10 13). Em primeiro lugar é necessário tentar perceber a razão desta recusa. Se é uma recusa pontual por não se sentir capaz de assumir a responsabilidade da participação em determinado momento, ou se pelo contrário não deseja mesmo fazer parte do processo de cuidados. Consideramos que esta é uma situação a encarar com alguma naturalidade, pois como sugere Patrão Neves (2002), a parceria na prestação de cuidados de saúde, alicerçada no reconhecimento do paciente como pessoa, enfrenta dificuldades de vária ordem, podendo inclusive existir uma recusa do utente em participar activamente no seu processo terapêutico.

Um dos factores que pode inviabilizar a disponibilidade do enfermeiro para procurar integrar o familiar no processo de cuidados é a percepção por parte dele de que essa participação pode ser morosa e exigente, por contraponto à acção do enfermeiro, que pela sua perícia técnica exigirá menos tempo e porventura ter menos riscos. “*Eu tenho ideia que se eu fizer as coisas é muito mais rápido e perco menos tempo do que se estiver a explicar [ao familiar] e isso é um dos grandes obstáculos.*” (E5 49) e desta forma o **enfermeiro perde menos tempo se fizer sem explicar ao familiar como fazer**.

1.2.6 – Contexto Organizacional

A compreensão do contexto organizacional é essencial em relações de ajuda, pois como refere Darling (2000) os resultados do encontro utente-profissional, são determinados, pelo

menos em parte, pelas condições estruturais da vida do cliente e pela organização da estrutura de ajuda.

Independentemente do modelo adoptado para o trabalho com os utentes, facilmente se compreende que as condições estruturais ou de contexto, são de grande importância para a eficácia desse mesmo trabalho. Glasby & Peck (2004) referem que o progresso da experiência de trabalho em parceria pode ser promovido ou travado por uma combinação de factores contextuais.

A análise destes factores pode ser efectuada de acordo com o tipo de parceria em análise. Numa parceria de nível interpessoal, em interacção, os factores a analisar são diferentes dos factores que influenciam parcerias enquanto processos mais abrangentes, envolvendo vários intervenientes e com envolvimento das estruturas institucionais. A esta última dimensão Darling (2000) chama *macro*, por oposição às primeiras ditas de tipo *micro*.

A análise destes factores é importante para no seu controlo poder contribuir para ajudar a construir um lugar para a família nas instituições, ou como refere Honoré, (1998) é necessário transformar as estruturas de saúde, em estruturas de cuidados. A perspectiva de humanização dos contextos hospitalares tem partido dos enfermeiros, ainda que de forma pouco sustentada. A integração do projecto de enfermagem, do projecto médico e dos restantes profissionais, num projecto global de cuidados do serviço é uma forma de contribuir para a humanização dos serviços de saúde, sobretudo se este se dirige a doente/família, procurando fomentar neles o papel de parceiro.

Gestão de Tempo

O contacto físico directo que os familiares têm com o serviço, acontece essencialmente na hora da visita – permissão normalizada geralmente a um ou dois períodos por dia, ou quando é solicitado ao familiar por um técnico de saúde (ou também pelo doente) que esteja presente, ou ainda por espontânea vontade do familiar, quando julga necessário ou pertinente.

A tarefa de fazer cumprir essas normas institucionais, tem sido maioritariamente acometida aos enfermeiros, como forma de contribuir para o “ambiente suportivo” nos cuidados como lhe chama Watson (1998). Essa gestão tem permitido aos enfermeiros alguma margem de flexibilização, apoiada no seu juízo crítico e que exige o conhecimento das situações. O

controlo do cumprimento das normas, tem por outro lado, sido uma forma de demonstrar algum poder.

O tempo que é permitido ao familiar para que esteja no serviço, é uma pedra basilar para a parceria, uma vez que a interacção exige o encontro entre os actores e para participarem nos cuidados os familiares têm de estar presentes fisicamente.

Numa perspectiva de parceria, o modelo de controlo da presença dos familiares no serviço deveria dar lugar a um modelo de utilização do espaço hospitalar pelos familiares, quando estes sentissem essa necessidade. Embora ambicioso seria uma forma de co-responsabilização. Ao profissional caberia a responsabilidade de educar o familiar para uma presença que favorecesse a recuperação do doente, e ao familiar, a responsabilidade por dar qualidade ao tempo de permanência no serviço, percebendo que essa qualidade influencia a vivência da situação de doença pelo doente.

Relativamente ao horário das visitas, a flexibilização do horário foi um dos aspectos mais focados pelos participantes. Distinguem-se claramente duas perspectivas – uma que defende uma maior flexibilidade da presença dos familiares (esta liberalização poderia ir de um ligeiro aumento na amplitude do horário, até uma flexibilização total), e uma outra perspectiva, em que se denota maior resistência à presença dos familiares, alicerçada no argumento da perturbação na dinâmica do serviço e do estado dos doentes.

De acordo com um dos participantes, a **flexibilização da presença dos familiares é facilitador da parceria**, referindo: “(...) *o alargamento do horário das visitas... acho que sim... [facilita a parceria] nós não somos muito rígidos e eu cumpro as normas*” (E1 18). O critério major no controlo do acesso dos familiares ao serviço por vezes ainda é a norma institucional, em detrimento de uma avaliação individualizada das necessidades dos doentes e dos familiares.

Quando refere, “ *eu dantes era uma das pessoas, onde a família era às três horas e depois fechava-se a porta. Quanto a isso acho que, acho que mudei muito... e ainda bem* ” (E1 19), parece claro que a **enfermeira evoluiu para uma maior tolerância na permissão das visitas**, embora não se conseguindo compreender pelo que é dito a razão de tal mudança, o participante reconhece que a flexibilização é um aspecto positivo.

Na declaração significativa seguinte, consegue identificar-se a razão para a flexibilização do horário relativamente à norma instituída, ou seja, a **flexibilização do horário das visitas responde às necessidades dos familiares**. O foco de atenção e preocupação do enfermeiro

deixa de ser apenas o doente e passa a ser também o familiar – “ (...) *ela* [enfermeira chefe] *propôs o alargamento para bem delas* [familiares] *para ir ao encontro das suas necessidades já que algumas não podiam cá estar e gerava ansiedade como se compreende (...)*” (E2 16)

Numa linha de flexibilização de âmbito mais alargado surge a declaração seguinte:

“ (...) *eu não gosto muito de horários, sabe? Eu por mim era das 08h00 às 20h00, por mim vinham* [familiares] *cá quando quisessem à hora que quisessem, por isso eu não sou muito a favor destes horários, mas pronto (...)*” (E4 57)

Esta posição em que o participante defende a **flexibilização do horário das visitas**, diz respeito apenas a um período limitado de doze horas, durante o dia. No entanto, o período da noite é crítico para os mais idosos, sobretudo em ambientes estranhos (Berger, 1995), pelo que um alargamento maior poderia ser vantajoso.

Denotando uma atitude intermédia, que no fundo é reveladora de alguma necessidade de controlo da permanência dos familiares por parte dos enfermeiros, um dos participantes refere, “ *alargamos mais* [o tempo de duração da visita], *deixamos as pessoas estarem* [para além do horário pré-estabelecido para a visita] *desde que as pessoas nos peçam autorização, facilitamos sempre (...)*” (E2 17), o que demonstra que os **enfermeiros facilitam permanência dos familiares se solicitado por estes**. Apesar de ser demonstrativo da boa vontade do enfermeiro, denota que terá de ser o familiar a solicitar a referida autorização, quando numa perspectiva de parceria o enfermeiro teria a responsabilidade de procurar auscultar a necessidade dos familiares, enquanto parceiros.

Santos (2002) num estudo sobre a implementação de um modelo de parceria na prestação de cuidados, sugere o alargamento da hora das visitas. O autor salienta que diariamente existe uma flexibilização/facilitação da presença dos familiares, em duração superior ou em horário não estipulado, mas tal como refere, trata-se apenas de “uma situação que acontece diariamente enquanto «perversão» do sistema” (Santos, 2002, p. 140) e que valeria a pena experimentar enquanto situação instituída.

Alguns participantes estabelecem uma relação entre o tempo de contacto directo dos familiares no serviço (em interacções com profissionais, doentes ou outros familiares) e as possibilidades de estabelecimento da parceria. O **horário de visita demasiado rigoroso é prejudicial para parceria**, como se percebe nas palavras de um dos participantes: “*já se*

sabe que se o horário fôr muito apertado a relação de parceria é mais difícil porque há logo um constrangimento, perde-se logo a liberdade à partida” (E1 14).

Em alguns hospitais tem sido prática corrente, a total abertura do horário aos familiares sem que exista algum estudo concreto que permita referir se tal prática é prejudicial para os doentes, familiares, profissionais ou organização de saúde. Em determinadas situações os enfermeiros fazem norma da autorização de permanência fora do horário pré-estabelecido (Santos, 2002), o que levanta a questão da pertinência de determinadas normas hospitalares.

Dois dos participantes referiram que as **visitas podem ser factor de perturbação para o doente**: “ (...) *era uma confusão... nem é para nós nem para eles... às vezes eles não devem cá estar mesmo (...)* “ (E9 40); “ (...) *em certos casos as famílias não devem estar... não ajudam só atrapalham (...)*” (E2 52)

No primeiro caso a presença dos familiares é, na opinião do participante, em certas situações completamente contraproducente, embora não sejam claras as razões que levam a essa opinião. A segunda declaração fundamenta a sua posição nas dificuldades acrescidas para a dinâmica assistencial do serviço.

Na perspectiva de Andrade (2000), tanto os doentes, como os enfermeiros, acreditam nos benefícios das visitas aos doentes, contudo os enfermeiros acham que as visitas prolongadas são causa de perturbação nas enfermarias. Uma ideia interessante a que o autor se refere é a de que a maioria dos doentes “pioram” após a saída dos familiares. No entanto, Andrade (2000) refere que os doentes acham que, apesar do cansaço que pode implicar a visita, acham-na preferível à sua ausência, não estando de acordo com a ideia de que estas são motivo de perturbação para os serviços.

Passando agora para outro aspecto da dimensão temporal associada à presença dos familiares no serviço, que é o da gestão da relação com o familiar pelo enfermeiro, como se percebe na seguinte declaração significativa: “*O factor tempo realmente tem muito a ver [com a disponibilidade do enfermeiro para a família], porque a gente raramente consegue dar a atenção que gostava (...)* (E4 4), parece evidente que **o tempo é um factor que condiciona disponibilidade para o familiar**.

Estamos perante dois tipos de disponibilidade que se confrontam. A disponibilidade interior, enquanto predisposição para algo e a disponibilidade temporal. O participante manifesta que a falta de tempo condiciona a capacidade de dar atenção ao familiar. Embora reconhecendo

que a falta de recursos é uma realidade nalguns dos nossos hospitais, por vezes o que está em causa é o estabelecimento de prioridades. Nem sempre a relação com os familiares é uma prioridade para os enfermeiros, uma vez que o foco da actuação é o doente. Numa perspectiva de parceria com os familiares, considerá-los parceiros, permite tê-los também como foco da atenção.

Poder-se-á colocar a questão da dispersão da atenção do enfermeiro por dois elementos, no entanto, a responsabilidade para com o doente não iliba o enfermeiro das responsabilidades para com a família, também ela considerada no seu todo como utente dos cuidados de saúde e simultaneamente como um elemento da equipa de saúde a ter em conta. Além disso, como já foi referido, o bem-estar de um condiciona o bem-estar dos outros (familiares e doentes).

Para um dos participantes a falta de tempo disponível para o contacto com os familiares é claramente um obstáculo ao estabelecimento da parceria – **falta de tempo é obstáculo para a parceria** – o que se percebe no que refere:

“o principal obstáculo [à parceria] é que não temos tempo disponível e quando temos tempo disponível (...) se não estivéssemos fechados nessas actividades [cuidados de higiene e medicação] podíamos desenvolver outro tipo de competências.” (E5 9)

Parece existir uma certa dissociação entre a prestação de cuidados directos, ditos instrumentais e a disponibilidade temporal para a relação com os familiares. Nesta perspectiva de uma certa incompatibilidade entre os cuidados que o enfermeiro tem que prestar e a interacção com o familiar, só fará sentido nas situações em que seja inviável a presença do familiar. A dissociação entre prestar cuidados e a possibilidade de interacção com os familiares surge de uma concepção em que o familiar apenas assiste aos cuidados e não pode ter ele também um papel activo.

Reflectindo sobre esta posição, poder-se-á perguntar se quando o doente for para casa, sobretudo em situação de dependência, não serão os familiares que lhe prestam cuidados? O argumento dos conhecimentos e perícia técnica que são necessários em contexto hospitalar, perde alguma força pois, quando os doentes têm alta clínica, os cuidados que num dia são prestados pelo enfermeiros noutro, já no seu domicílio passam a ser prestados pelos familiares, ou outros cuidados informais.

Em algumas situações é verdade que são exigíveis cuidados mais especializados, no entanto, a transição para os cuidados prestados pelos familiares no domicílio será menos abrupta se o familiar começar a ser integrado na prestação de cuidados ainda no hospital. Como tal, não

se justifica na gestão de cuidados ao doente, que exista um tempo para os cuidados ao doente e um tempo para a família. Em algumas situações será necessário que tal aconteça, no entanto, será a especificidade das situações a determiná-lo e não a dinâmica de cuidados que crie previamente esta dissociação.

A permissão da participação nos cuidados ao doente pelos familiares, como por exemplo nos cuidados de higiene ou alimentação, é considerada possível e positiva pelos enfermeiros (Santos, 2003), desde que salvaguardados princípios éticos como o consentimento do doente, o que nos parece uma forma de aproximação entre enfermeiros, familiares e doente.

Por vezes é mesmo a exiguidade de recursos humanos que coloca dificuldades na gestão dos cuidados, como nas situações em que **os enfermeiros não fazem perguntas aos familiares por falta de tempo**, de que são ilustrativas as palavras de um dos participantes: “ *nós muitas vezes não vamos perguntar [se o familiar precisa de alguma coisa], talvez por falta de tempo (...) somos poucos* “ (E5 S14).

A dificuldade de gestão nos cuidados face à exiguidade de recursos temporais, pode colocar ao enfermeiro questões de ordem ética, uma vez que **passar mais tempo com um familiar implica menos tempo para os outros doentes**,

“ (...) *eu se estiver meia hora a conversar, mesmo que seja para explicar algumas coisas, sei que meia-hora me faz diferença no resto que também me consome muito tempo, ou perco ali “meia-hora” e sei que o resto vai ter que ser compensado e as coisas vão ter que ser obrigatoriamente mais apressadas (...)*” (E5 S12).

Está em causa o princípio da justiça e é legítimo o desconforto que o enfermeiro sente quando percebe que tem que dar apoio aos familiares e tem doentes para cuidar; no entanto, a diversidade das situações de internamento e de necessidades, leva-nos a reflectir sobre a licitude de colocar as necessidades do doente em primeiro plano, face a algumas situações de sofrimento dos familiares, que também elas podem exigir a intervenção prioritária do enfermeiro.

A visão de parceria, ainda que não ultrapasse a dificuldade da falta de recursos, ou o sentimento de impotência do enfermeiro quando não consegue dar resposta em tempo útil às solicitações dos doentes, permite no entanto, ultrapassar um sentimento de injustiça de que, estando a dar atenção aos familiares, não está a dar atenção aos doentes, uma vez que na perspectiva de parceria as necessidades dos vários intervenientes (incluindo as dos enfermeiros) são de valorizar e são potencialmente alvo de ajuda.

A participação dos familiares nos cuidados tem algumas limitações, como a necessidade de disponibilidade temporal, uma vez que para o ensino aos familiares é necessário algum tempo, que o enfermeiro pela sua formação e perícia na execução de procedimentos e técnicas não necessita. Na maioria das situações de ensino aos familiares os **enfermeiros perdem mais tempo a explicar como se faz aos familiares que se tiverem de fazer**, como é referido por um dos participantes:

“(...) outra coisa é ela [familiar] entrar directamente aqui e ajudar-nos a nós nesses cuidados de higiene e logicamente perde-se muito tempo a explicar, perde-se mais tempo a explicar do que a fazer (...)” (E5 18)

Esta perspectiva pode reforçar nos enfermeiros a ideia de que é mais fácil fazer do que ensinar, o que pode ser um factor dissuasor de um empenhamento na parceria com os familiares, dado que aumenta as probabilidades de que tais situações ocorram.

Esta dimensão formativa não é inconciliável com a presença dos familiares, desde que exista uma boa capacidade de gestão dos cuidados e clarificação de papéis, numa visão positiva da participação dos familiares, perspectivando as visitas familiares como actividades de promoção de saúde (Martins, 2004) e não como situações constrangedoras para os cuidados.

O ensino à população sobre como visitar o familiar doente é uma actividade de enfermagem, no entanto, julgamos que este problema tem raízes mais profundas que passam por mudar toda uma filosofia de relação com os familiares (Martins, 2004).

Nesta linha de pensamento, Franco & Martins (2000) referem-nos que é importante encarar positivamente a ocorrência de alterações organizacionais que favoreçam a permanência dos familiares junto do seu ente hospitalizado, permitindo-lhe uma maior abertura para a participação no cuidar.

A actividade assistencial de prestação de cuidados de cuidados de enfermagem, enquanto actividade baseada no respeito pela individualidade, tem intrinsecamente um problema: nem todos os doentes e famílias, porque pessoas únicas em situações também elas únicas e irrepetíveis, têm necessidades iguais de cuidados.

Esta evidência está na base de alguma dificuldade de gestão de cuidados, que situações mais exigentes em matéria de cuidados de enfermagem, provocam. Um exemplo desta constatação surge nas palavras de um participante:

“ (...) posso ter ali cinco [doentes] com o mesmo grau de dependência, mas que têm família e uma família preocupada, que quer receber ensino que quer receber informação, que solicita, que pergunta, que questiona e

eu se calhar com esses cinco doentes vou necessitar de muitas mais horas do que com os outros dez (...)” (E5 48)

Desta forma se reforça a ideia de que **mais solicitação do enfermeiro pelo familiar obriga a maior dispêndio de tempo.**

Esta declaração deixa implícita uma ideia que é comum nas últimas declarações apresentadas: o enfermeiro demonstra disponibilidade face às solicitações dos familiares, no entanto, disponibilizar tempo para os familiares dificulta a gestão dos cuidados. Esta perspectiva enquadra-se numa postura de uma certa reactividade. O enfermeiro procura, de acordo com os participantes, dar resposta às solicitações face às contingências que tem. No entanto, a noção de parceria exige uma certa proactividade, *i.e.*, procurar ir ao encontro dos familiares, demonstrando-lhes disponibilidade para trabalhar com eles.

O Espaço de Cuidados

O espaço de cuidados em contexto hospitalar é necessariamente um espaço diferente do espaço em que habitualmente doentes e familiares vivem. É um ambiente inóspito para a maioria dos familiares dos doentes, mas para os profissionais é, pelo contrário, o espaço em que se movimentam e que controlam. É portanto um espaço que lhes é familiar. A socialização dos utentes ao serviço, sobretudo aqueles que pela primeira vez têm contacto com a estrutura e dinâmicas da unidade, faz parte das atribuições genéricas dos enfermeiros (Ordem do Enfermeiros, 2003), mas também é enquadrada por directivas próprias das unidades, com regras de utilização do espaço da unidade e normas de acolhimento/ socialização ao serviço.

Scott (2003) reflecte sobre a necessidade de se dar maior atenção a assuntos como o espaço pessoal, no contexto hospitalar, uma vez que pode ser um aspecto bastante significativo na qualidade do internamento, com repercussões na evolução clínica do doente e no bem-estar dos familiares. No entanto, *“os familiares dos idosos continuam a fazer parte do grupo de pessoas estranhas ao serviço”* Pinto (2000, p. 162), o que condiciona o seu comportamento e as possibilidades de serem parceiros nos cuidados.

Um dos participantes considera que a **parceria exige condições físicas**, referindo: *“ (...) mas isso [parceria com os familiares] seria possível se houvesse condições físicas e estruturais para que os familiares possam cá estar (...)”* (E5 54). Além de estar subjacente que na unidade em que foi desenvolvido o estudo não existem condições, é assumido que são necessárias determinadas condições físicas para que os familiares possam permanecer no serviço e assim se possa efectivar a parceria. Também Santos (2002) refere que a qualidade

arquitectónica, quer de material, quer de equipamento é importante para a parceria, embora tal como na declaração significativa apresentada, não sejam explicitadas quaisquer condições concretamente.

Nas unidades de prestação de cuidados, cada vez mais se vai assistindo a uma heterogeneidade e diferenciação dos espaços. Longe vai o tempo das enfermarias amplas, com vários doentes na mesma sala. A preocupação vai sendo promover o bem-estar do doente. No entanto, não é ainda a regra, já que ainda existem muitos serviços em que estão vários doentes na mesma sala, como acontece no serviço em que foi efectuado o estudo.

Associado a uma estruturação característica do meio hospitalar, estão dinâmicas que se baseiam em modelos que privilegiam aspectos como o controlo da infecção hospitalar, controlo de gastos de material ou eficácia tecnológica dos instrumentos utilizados. É um espaço dito «medicalizado».

Na organização do espaço de cuidados, os enfermeiros têm um papel preponderante. A consciência das dificuldades que os familiares sentem, pode ser um aspecto importante para a melhoria da gestão do espaço com os familiares, pois como refere um dos participantes, “(...) *para eles tudo é novo e estranho... andam um pouco perdidos... até se encolhem e a nossa obrigação é ajudar neste campo.*” (E4 49), que evidencia a ideia de que os **familiares sentem-se perdidos no serviço**. O enfermeiro sente como responsabilidade sua a socialização dos familiares ao serviço, pois reconhece que o espaço de cuidados é um espaço hostil para eles.

O ambiente no serviço coloca barreiras ao familiar, que por vezes tem um efeito dissuasor da interacção com os enfermeiros e com os outros profissionais de saúde e que não deixa o familiar à vontade junto do doente. A padronização cromática da roupa, o comportamento semelhante dos doentes e a dificuldade de identificação dos profissionais, podem agravar esta situação, levando um dos participantes a considerar que o **ambiente hospitalar é confuso para os familiares**: “(...) *se fosse eu estava mais que perdido que eles [familiares], porque tudo aqui é muito confuso e eles quase que vão visitar os doentes que não são deles (...) porque ficam baralhados (...)*” (E4 40).

A seguinte descrição ilustra bem as dificuldades que se podem colocar aos familiares e aos doentes.

“ Desde a primeira porta que dá acesso ao território do hospital até à porta que dá entrada no serviço, sucedem-se as fronteiras que separam espaços cada vez menos «públicos» em direcção aos espaços de maior

«privacidade hospitalar», verdadeiras antecâmaras do coração das actividades hospitalares, as enfermarias. “ Carapinheiro (1998, p.101)

A gestão do espaço nas unidades de saúde, tem de ter em conta as contingências estruturais, sobretudo em espaços exíguos ou pouco adaptados à realidade actual, como acontece em alguns hospitais centrais. Como refere Martins (2004), a organização dos nossos hospitais em torno da patologia, bem como da sua arquitectura dominante, desprova o doente da sua individualidade. Esta mesma ideia enquadra-se no que nos refere um dos participantes:

“(...) por mais que queiramos introduzir uma certa privacidade, acabamos aprontando coisas que fica a pessoa um bocadinho exposta, porque existe um diálogo e o espaço físico não possibilita realmente essa privacidade (...)” (E8 19)

Fica claro que na opinião deste enfermeiro **o espaço físico dificulta a privacidade**. De acordo com um estudo de Santos (2002), os enfermeiros tendo por base a estrutura arquitectónica, elegeram a impossibilidade de respeito da privacidade, como um aspecto constrangedor da implementação da parceria. De uma forma geral, os enfermeiros estão conscientes dos direitos de privacidade dos doentes, mas parece ser difícil respeitar estes direitos, o que de acordo com Scott *et al.* (2003) sugere que a falta de privacidade nos hospitais, pode surgir como resultado de faltas de recursos humanos ou de outros recursos.

No contexto da prática profissional de enfermagem, a «privacidade» é reconhecida como um conceito importante, embora não exista uma definição universal deste conceito (Scott *et al.*, 2003). Trata-se de um conceito multidimensional e varia, por exemplo, com aspectos culturais. Na Suécia os enfermeiros tentam mantê-lo como um princípio orientador da prática, tratando a pessoa como um indivíduo único. Em Inglaterra, os enfermeiros tendem a responder de forma mais concreta, referindo que a forma de respeitar a privacidade se consegue correndo as cortinas (Scott *et al.*, 2003).

O doente internado numa unidade de medicina, geralmente tem à sua disposição um espaço limitado, que nem sempre ele pode gerir da forma que mais lhe agrada, numa manifesta limitação da sua autonomia – **o doente e família são limitados pelos enfermeiros no controlo do espaço,**

“ a gente não os deixa mexer muito também é verdade (...) também aprendemos que a unidade do doente é para estar direita (...) é verdade

que eles às vezes escondem lá [na gaveta da mesa de cabeceira] coisas e as famílias trazem-lhes porcaria que não lhes fazem bem (...) (E10 23)

Esta dificuldade imposta pelos enfermeiros na gestão do espaço que lhes foi atribuído, mas que depois é invadido sob argumentos de natureza terapêutica, são exemplos de falta de respeito pela autonomia e privacidade do doente. Esta dificuldade em gerir o seu espaço que lhe é “emprestado” durante a sua permanência no serviço, pode ter implicações no seu bem-estar, pois como refere Lopes (2006, p.69), “*gerir o espaço privado ou público ajuda a pessoa idosa a ter mais o controlo sobre o seu self e a preservar a sua identidade*”. Scott *et al.* (2003), num estudo sobre a autonomia do doente idoso, no qual participaram doentes idosos e enfermeiros, revelou que os primeiros ficavam satisfeitos quando podiam exercer a sua autonomia, sobretudo nos aspectos relativos à sua privacidade, o que foi da concordância dos enfermeiros do estudo.

A comunicação é fundamental para que as pessoas, doentes e famílias, se relacionem no momento em que interagem, por vezes num período de tempo limitado, que é o da visita, numa situação de crise como pode ser a do internamento hospitalar. Dificuldades impostas à comunicação, como sejam as que não permitem uma privacidade adequada, podem ser particularmente constrangedoras, como se demonstra nas seguintes declarações significativas, a **falta de privacidade leva a que os familiares e doentes não se sintam à vontade:**

“(...) eu acho que aqui mesmo os familiares não têm privacidade, não é uma cortina que dá privacidade, aquilo ouve-se tudo, sente-se tudo e há certas pessoas que não se sentem à vontade (...)”. (E6 26);

“(...) Mesmo para os familiares, podem querer ter uma conversa mais íntima (...) Acho que as pessoas não se sentem à vontade.” (E8 47)

Pelo contrário, o **espaço não individualizado dificulta a comunicação em privado com os familiares,**

“(...) se calhar facilitava mais se os quartos fossem mais individualizados, não é? Porque dá para falar noutras coisas que não dá aqui, no meio do nosso corredor, ou ali junto do doente, onde tenho que fechar a cortina, e pronto.” (E1 21)

Autores como Turnbull *et al.* (2002) propõem algumas estratégias para a comunicação em parceria no hospital, como seja partilhar a informação em local privado, o que se torna difícil face a estruturas físicas desadequadas e com limitações de espaço.

A falta de privacidade, além das limitações à comunicação, podem ainda causar outro tipo de limitações, como sejam as relativas à participação nos cuidados: “ (...) *elas* [familiar e doente] *até estavam a fazer bem, mesmo como tínhamos dito, mas estava sempre alguém a olhar e isso inibia-as*” (E10 45) e desta forma a **falta de privacidade inibe participação nos cuidados** pelos familiares.

Além da privacidade e das limitações à comunicação, o espaço físico hospitalar impõe outro campo de reflexão – o da participação dos familiares nos cuidados. Basta atentar nos exemplos seguintes:

“(...) e porque as condições físicas [dos serviços] também não permitem que eles façam cá nada (...)” (E3 40);

“(...) por exemplo, água quente só temos de manhã, então o banho, se a família não tiver possibilidade de vir de manhã dar os cuidados de higiene é humanamente impossível (...) é completamente impossível nós disponibilizarmos uma hora do banho do doente fora do padrão normal (...)” (E8 13);

“(...) mas eu também pergunto se houvesse se calhar uns seis ou sete [familiares] de manhã a vir prestar os cuidados connosco (...) [para] as condições do serviço e a nossa disponibilidade como é que seria?” (E3 53).

Estes exemplos são elucidativos de como na opinião dos participantes **as condições físicas não permitem a participação dos familiares nos cuidados**. Na primeira declaração, não são apresentadas as razões pelas quais existe uma limitação à participação dos familiares nos cuidados, nas duas seguintes, essas limitações surgem associadas às dificuldades inerentes à presença de vários familiares em simultâneo, o que pode contribuir para dificuldades significativas na dinâmica dos cuidados.

Dinâmica do serviço

As dinâmicas institucionais são particularmente importantes no estabelecimento das parcerias. Como referem (Glasby & Peck, 2004), por muito estruturado que esteja o «design» da parceria, ela não poderá ser bem sucedida se não se tiver em conta a cultura e comportamento organizacionais.

Os serviços hospitalares são profícuos em normas, protocolos e regras que ajudam na regulamentação das dinâmicas hospitalares, nas quais se incluem as práticas de cuidados. Lhuiller (1998) apesar de reconhecer a sua importância refere que, importa pensar os

serviços de saúde não apenas no seu aspecto formal, a regra, a ordem, a organização. Frequentemente a ordem transforma-se em rotina e a rotina em tarefa. Se nas actividades de cuidados indirectos essa rotinização ou lógica *taylorista*, pode até ser benéfica, nas práticas de cuidados directas com doentes e familiares podem ser prejudiciais à individualização e humanização dos cuidados e assim ao estabelecimento da parceria.

Como refere um dos participantes “(...) *nós começamos a trabalhar no duro e entrar em algo muito rotineiro e acabamos por nunca adquirir o enraizamento daquela actividade* [integrar os familiares nos cuidados] (...)” (E5 11), que revela que **os enfermeiros não procuram integrar os familiares nos cuidados por rotinização das actividades**. Um dos aspectos que pode ser salientado da declaração apresentada, é que a integração dos enfermeiros ao serviço não favorece a parceria com os familiares, por rotinização de actividades que não promovem a integração dos familiares nos cuidados.

A readaptação de modelos de trabalho dos enfermeiros para a integração dos familiares exige um esforço, que parece não ser facilitado dado que os **enfermeiros não estão disponíveis para reorganizar os cuidados facilitando participação dos familiares**, pois “(...) *as pessoas* [enfermeiros] *também se calhar não estão muito disponíveis para reorganizar a sua maneira de trabalhar* [facilitando participação do familiares]” (E3 42).

Nesta mesma linha emerge o seguinte significado – **a participação dos familiares nos cuidados exige reorganização dos cuidados,**

“(...) se calhar aí [permitir participação dos familiares nos cuidados] tínhamos que reorganizar, por exemplo o banho, se tivéssemos quatro acamados, se calhar tínhamos que deixar dois banhos para o meio-dia (...)”. (E3 47)

A organização do trabalho dos enfermeiros reflecte, por vezes, lógicas subjacentes às teorias clássicas da organização, nas quais o trabalho diário segue um modo tendencialmente rotinizado. Compreende-se assim que a integração dos familiares nos cuidados exija um esforço acrescido de reorganização de práticas de cuidados, que por sua vez também é condicionada pela limitação de recursos. Fazer um esforço para integrar os familiares nos cuidados, privilegiando a relação com estes, ao invés de privilegiar as rotinas e as tarefas, vem ao encontro da perspectiva de Lhuiller (1998).

Para este autor, um serviço não pode ser apenas a obediência a procedimentos, regras e horários, é também a relação de pessoas entre elas, mesmo e sobretudo se as tarefas, as velocidades exigidas pesem bastante. Importa também recordar que o ponto 4 do art.º 9º do

Regulamento para o Exercício da Profissão de Enfermagem, refere que os enfermeiros devem potenciar os recursos existentes, criando a confiança e a participação activa do indivíduo, da família, dos grupos e da comunidade.

Por outro lado, **modelos de trabalho instituídos dificultam mudanças no trabalho com as famílias:**

“(...) mesmo que a gente queira ter uma maneira diferente de trabalhar com as famílias está tudo (...) o sistema de trabalho (...) já feito de tal maneira que não dá para muito não.” (E6 33)

Como referem Glasby & Peck (2004), os principais desafios para o estabelecimento de parcerias surgem, sobretudo ao nível operacional, nas formas de trabalho. É comparativamente mais fácil desenvolver e estabelecer protocolos, do que estabelecer relações interpessoais, lidando com os desafios e exigindo novas formas de trabalhar menos padronizadas mas mais criativas, tornando as parcerias genuínas e sustentáveis (Glasby & Peck, 2004).

Importa recordar que no ponto 4 do art.º 9 do REPE, os enfermeiros devem potenciar os recursos existentes, criando a confiança e a participação activa do indivíduo, da família, dos grupos e da comunidade.

O trabalho em parceria com os familiares, alicerçado em novas formas de trabalhar, exige recursos humanos suficientes. Na opinião de um participante a **falta de pessoal condiciona o apoio aos familiares**, como se infere das suas palavras: *“(...) não ia ser fácil apoiá-los [aos familiares na prestação conjunta de cuidados] também! Por falta de pessoal” (E3 39)*. No mesmo sentido vem a declaração seguinte de um enfermeiro, “[para melhorar o desempenho em parceria] (...) continuo a achar que necessitamos de mais enfermeiros ou então os enfermeiros fiquem libertos de algumas actividades (...)” (E5 7), para quem **melhorar o desempenho em parceria implica mais recursos humanos**.

A presença dos familiares junto do doente não pode ser vista como o colmatar de carências de pessoal (Santos, 2002), o que está de acordo com um dos significados encontrados, segundo o qual **os familiares não devem substituir enfermeiros** – *“(...) embora eu ache que eles [familiares] podem ajudar e nós até somos pouco podiam-nos aliviar... mas não acho bem que se deixe as coisas para eles fazerem (...) acaba por sobrar para nós” (E4 30)*.

A integração do familiar nos cuidados, não pode ser considerada como uma forma de substituir os enfermeiros, ou de lhes aliviar a carga de trabalho, porque **incluir o familiar nos cuidados ao doente é mais trabalhoso para o enfermeiro:**

“(...) é verdade que se for uma inclusão nos cuidados [do familiar pelo enfermeiro] como deveria ser, é muito mais trabalhoso para nós, pode não ser tão trabalhoso em termos físicos, mas mais trabalhoso em termos da disponibilidade de ensino e da supervisão...” (E5 21)

Numa perspectiva de parceria a contribuição do familiar é importante e desejável, procurando assim contributos para desenvolver um novo sistema «com» e não «para» os utentes (Braye & Preston-Shoot citados por Brodie, 2004), no entanto, é mais exigente do que modelos de trabalho tradicionais em que a tarefa predomina.

Um dos aspectos que pode inviabilizar a parceria é a rotinização dos cuidados. De acordo com Santos (2002), a implementação de uma metodologia de trabalho assente na parceria, tem como exigência a utilização do método de trabalho individual, que se opõe ao método de tarefa, em que o critério para a execução de determinada actividade é o tipo de tarefa e não a pessoa a quem se dirige a actividade.

O método individual procura o cuidado global, sendo apenas um enfermeiro a prestar todos os cuidados a determinado utente. Este método, de acordo com Collière citada por Santos (2002), revaloriza a relação entre quem presta e quem recebe os cuidados. Assenta em pontos como o holismo, o humanismo e a autonomia.

1.3 – VIVÊNCIA EM PARCERIA

A vivência de situações que os enfermeiros consideram ter sido uma experiência de parceria, evidenciou alguns aspectos significativos, nomeadamente: *medos e preocupações* por um lado e *sentimentos de satisfação* por outro.

O quadro nº. 5, que se apresenta na página seguinte, encontram-se as categorias, significados e entrevistas relativos às *vivências em parceria*.

Quadro nº. 5 – Categorias, Significados e Entrevistas relativos à área temática Vivências em Parceira

Categoria	Significados	Entrevistas
MEDOS E PREOCUPAÇÕES	Preocupação com as necessidades do familiar	E2 S34
	Preocupação com o bem-estar do familiar	E10 S46
	Preocupação com o que preocupa o familiar	E7 S13, E8 S53, E4 S45
	Medo de não ser competente	E7 S32
	Proximidade aos familiares aumenta medo de errar	E3 S34, E7 S23
	Preocupação com o que os familiares pensam	E2 S36
	Medo de ser criticado pelos colegas	E8 S44
SENTIMENTOS DE SATISFAÇÃO	Parceria permite sentir à vontade	E5 S43, E9 S36
	Parceria permite satisfação como profissional	E3 S51, E3 S53
	Parceria permite satisfação como pessoa	E5 S40, E10 S24
	Elogio dos familiares sensibiliza o enfermeiro	E4 S8, E10 S26
	Sentimento de incómodo inicial transforma-se em algo positivo	E3 S20

1.3.1 – Medos e Preocupações

Um dos participantes manifestou **preocupação com as necessidades do familiar**: “(...) *sentimos grande preocupação em ver se eles precisam de alguma coisa... às vezes não temos é tempo...*” (E2 34). Apesar de contingências temporais parece existir a preocupação intrínseca de tentar perceber se os familiares necessitam de alguma coisa. É a preocupação com o Outro, que no fundo é o âmago da profissão de enfermagem. A preocupação com os familiares, resulta de uma atenção especial que emerge do seu conhecimento pelo enfermeiro.

O foco da acção do enfermeiro numa experiência de parceria com os familiares pode ser múltiplo, pois à preocupação com o bem-estar do doente soma-se a preocupação com o bem-estar do familiar. O próprio doente pode estar preocupado com o modo como o seu familiar está, também ele, a viver esta situação de internamento.

Apesar de procurar perceber como os familiares estão a viver a situação ser um desafio, numa perspectiva de parceria é importante que assim aconteça, porque por um lado, para serem um recurso é necessário que estejam bem consigo, por outro, se estiverem a viver o internamento com algum sofrimento, o doente ao aperceber-se sente como sua esta dificuldade, podendo inclusive sentir-se culpado.

Relativamente à **preocupação com o bem-estar do familiar**, quando o participante refere “*A partir daí se calhar por... lá está... haver mais aquela aproximação...passei a preocupar-me muito... mesmo muito*” (E10 46). Parece existir uma associação entre a preocupação com os familiares por parte dos enfermeiros e a relação que se foi estabelecendo entre eles. Foi a aproximação aos familiares que condicionou a preocupação. Como já tinha ficado evidente na concepção de parceria, a relação significativa é um dos seus aspectos basilares.

A preocupação com o Outro, tem na base a procura de ajudar e o desejo de bem-estar, para o qual a benevolência tem um papel interessante, pois é uma característica de uma profissão altruísta como a enfermagem (Martins, 2004).

A **preocupação com o que preocupa o familiar** é também um dos aspectos que emergiu dos relatos dos participantes.

“(...) nem sei como fiquei! porque sabia que o senhor [marido da doente] não dizia nada mas não estava bem... estava «super-preocupado»” (E7 13).

“Como me senti mais próximo dela [familiar] era óbvio que até já pensava se estava bem ali... e já esperava por ela para saber como estava.” (E8 53).

“Eu até cheguei a ligar para eles, lá para casa para saber como é que estavam, porque os vi sair daqui de rastos.” (E4 45).

Estas declarações demonstram que os enfermeiros numa situação de parceria estão sensíveis aos sentimentos dos familiares. Para Watson (1999) um dos seus *factores cuidativos* é a promoção da sensibilidade aos sentimentos do doente e sensibilidade aos próprios sentimentos do enfermeiro. Este ao tentar perceber os sentimentos dos familiares está a cuidar deles. Esta atitude contrasta com uma certa neutralidade afectiva, de que os enfermeiros são frequentemente acusados, e que até há alguns anos, estavam ligados a um certo modelo de boas práticas.

Uma das razões que sempre foi atribuída a este comportamento é a da defesa contra o sofrimento, dado que este poderia perturbar o enfermeiro, além disso, a demonstração dos sentimentos era de certa forma incompatível com a competência e perícia técnica. A integração da dimensão humana na dimensão instrumental tem vindo a ganhar terreno.

É um dado inquestionável que cuidar em parceria leva a uma maior exposição dos enfermeiros aos familiares e doentes. A presença do enfermeiro junto do familiar e junto do doente, não se coaduna com comportamentos de fuga aos familiares, como acontece quando na hora da visita os enfermeiros se isolam na sala de trabalho ou na passagem do turno, evitando dessa forma o contacto directo com o familiares. Essas dinâmicas desmobilizam os familiares da sua intenção de se aproximar dos enfermeiros.

O enfermeiro que procura integrar o familiar, procura proporcionar-lhe um melhor acompanhamento, aumentando a probabilidade de estarem lado-a-lado, quer seja na prestação de cuidados em conjunto se tal se proporcionar, quer seja partilhando informações, dúvidas e inquietações.

A maior exposição aos familiares nos cuidados em parceria pode ser sentida como uma ameaça pelos enfermeiros, dado que aumenta a probabilidade de se ser avaliado e de se ser criticado. Os enfermeiros poderão sentir-se sob uma constante fiscalização ou exigências, ou ameaçados nas suas competências profissionais (Franco & Martins, 2000).

Desta forma, podem surgir medos no enfermeiro que trabalha em parceria, como o **medo de não ser competente** pode surgir associado à presença dos familiares: “(...) *até cheguei a dizer para não ser eu a ir lá [prestar cuidados com os familiares presentes] porque achava que não ia ser capaz de estar à altura (...)*” (E7 32).

A montante deste receio poderá estar a insegurança do profissional no seu desempenho, que leva a que evite o contacto com o familiar, tentando inclusive que seja outro enfermeiro a fazê-lo. Tal pode ser devido à dificuldade que os enfermeiros tenham em se adaptarem à potencial ameaça, de serem os utentes a assumir um maior controlo nas interações. Esta dificuldade pode ser causada pelos sentimentos de falta de controlo sobre as situações de trabalho e tomada de decisão profissional, dos enfermeiros.

A maior exposição ao olhar do familiar, que a maior proximidade proporciona, pode como se viu acima, ser factor de receio do enfermeiro de não ser competente. Este medo pode ter na base o confronto com o “erro”. As dificuldades na *metabolização do erro*, como lhe chama Lobo Antunes (1999) podem ter implicações na auto-imagem do enfermeiro, que por sua vez é condicionada pela ideia que faz do que os familiares pensam sobre ele. Desta forma a **proximidade aos familiares aumenta o medo de errar**. Esta ideia é reforçada nas seguintes declarações significativas: “(...) *não nego que ao princípio... quando comecei a trabalhar que as coisas eram mais difíceis porque estava sempre com medo de fazer alguma coisa mal e os familiares me chamassem à atenção...*” (E3 34), ou ainda, “*quanto mais próximos estamos, mais fácil é sentirmos...que... se calhar podemos ser apanhados em coisas menos bem feitas não é?!*” (E7 23).

Quando o participante refere “(...) *eu preocupava-me a sério com o que eles [familiares] achavam de mim... porque eu estava a fazer o que podia e era uma forma de dar o meu melhor*” (E2 S36), demonstra uma certa **preocupação com o que os familiares pensam**, não ficando indiferente à sua opinião, o que representa para ele uma forma de procurar melhorar o seu desempenho. Além de representar o oposto da indiferença que por vezes é associada ao contacto do profissional de saúde com os familiares, agir na presença dos familiares pode ser um factor de estímulo para um melhor desempenho do enfermeiro.

A aproximação aos familiares pelos enfermeiros, não parece ser uma ideia unanimemente bem aceite pela equipa de enfermagem:

“(...) eu sei porque o faço [aproximação aos familiares]... eu estou sabendo porque o faço, acho que é o melhor...mas nem toda a gente compreende sabe como é? E às vezes não se faz mais por receio de ser criticada e mal interpretada [pelos colegas]” (E8 S44)

O medo de ser criticado pelos colegas pela aproximação aos familiares, pode condicionar essa mesma aproximação, inibindo alguns enfermeiros a essa aproximação.

A aproximação aos familiares mais do que um aspecto positivo, pode ser interpretado como um constrangimento, que pode partir do receio de ser alvo de críticas dos seus pares. Esta situação é em parte talvez devida à cultura de fuga dos familiares, que alguns comportamentos diferentes podem pôr em causa. O enfermeiro que põe em causa esta regra tácita está a abrir precedentes para comportamentos de abertura aos familiares. Este tipo de comportamentos e receios poderá ser um dos principais obstáculos ao estabelecimento de parcerias com os familiares.

1.3.2 – Sentimentos de Satisfação

Cuidar numa perspectiva de parceria pode ter associados sentimentos de satisfação.

À medida que a relação com os familiares numa perspectiva de parceria se vai desenvolvendo, podem os enfermeiros ficar mais à vontade na relação com os familiares – **parceria permite sentir à vontade** – *“Nós passamos a estar mais à vontade com eles e eles conosco e aproximamo-nos mais” (E5 43); “(...) já nos conhecíamos melhor [enfermeiro e família] e já estávamos mais à vontade uns com os outros e isso facilitou o processo” (E9 36)*. Percebe-se que a relação satisfatória entre os actores favorece o desenvolvimento da parceria. Agir numa perspectiva de parceria ajuda à aproximação dos actores e, por sua vez, a maior aproximação e o estabelecimento de uma relação satisfatória facilita o desenvolvimento da parceria.

Se a nível interpessoal a parceria pode ter impacto nas relações estabelecidas, a nível individual, a **parceria permite satisfação como profissional**: *“(...) é [a relação de parceria] o que dá mais satisfação, sem dúvida... sentimo-nos profissionais (E3 51);* ou ainda, *“(...) há uma sensação [no trabalho em parceria] de dever cumprido... de que fizemos as coisas bem feitas que faz a pessoa ficar bem (...)” (E3 53)*. Na segunda declaração emerge simultaneamente a ideia de dever cumprido e de que trabalhar em parceria é uma forma

adequada de acção com os familiares. Na declaração significativa E3 51, embora não sejam referidos os outros modelos de prestação de cuidados, é feita uma comparação ainda que de forma subtil, sugerindo que é a parceria aquela dá mais satisfação.

Outro dos aspectos positivos associados ao cuidar em parceria com os familiares é que a **parceria permite satisfação como pessoa**, que surge associada a um certo reconhecimento que o enfermeiro faz da sua acção, mas também do reconhecimento dos familiares relativamente a essa acção, como se percebe nas declarações seguintes:

“(...) bem, quando vi a senhora com a caixa de chocolates até me vieram as lágrimas aos olhos (...) sim de contentamento por saber que fiz o que estava ao meu alcance” (E5 40);

“(...) nesse caso eu senti que tinha feito o que se calhar achava que teriam feito por mim e era essa a satisfação... era porque gostava que mo tivessem feito aos meus...” (E10 24).

O reforço positivo dado pelos familiares à acção do enfermeiro é particularmente gratificante para o enfermeiro – **O elogio dos familiares sensibiliza o enfermeiro**: *“(...) a mim marcou-me (...) que ele me disse isto [o elogio do familiar] e eu fiquei bastante sensibilizada... é daquelas coisas que nos marcam, no fim vale bem a pena o esforço (...)” (E4 8)* ou ainda na declaração seguinte:

“(...) o que ela [familiar] me desejou no fim, que eu achei engraçadíssimo, foi que eu encontrasse alguém na vida, quando isso [internamento de familiar] me acontecer a mim para encontrar alguém como eu” (E10 26).

O processo de cuidar em parceria não é um processo uniforme. Passa por várias fases, tal como os sentimentos que os actores vão sentindo à medida que ela se vai desenrolando: *“ao início sente-se assim um bocado de incómodo, porque nunca se sabe o que se espera mas depois isso passa... e transforma-se numa coisa boa” (E3 S20)* – **Sentimento de incómodo inicial transforma-se em algo positivo**.

O desafio do imprevisto e do desconhecido, que a relação com o familiar se pode tornar, sobretudo no início do processo de cuidados, pode ser constrangedor, mas o esforço geralmente é compensador, quando o processo é bem conduzido e satisfatório para os actores.

2 - A Estrutura Global da Experiência de Cuidar do Idoso Hospitalizado em Parceria com a Família

Apesar das dificuldades que alguns participantes evidenciaram na explicitação do conceito de parceria, em todos foi perceptível que consideram que agem em parceria, em algumas situações.

A parceria no âmbito da prestação de cuidados com os familiares é concebida basicamente de duas formas:

- Integrando a interação, entre os enfermeiros e os familiares dos doentes idosos. Nesta, a parceria baseia-se sobretudo na vontade de ser parceiro. Parte dos próprios envolvidos; existe a intenção de ajuda; tem na base a identificação de uma dificuldade pontual, ou de trabalhar num projecto comum. **Trata-se de agir numa lógica de parceria, num dado momento; tem associada a noção de interacção significativa; ganha mais visibilidade nas profissões de ajuda.**
- Integrando um processo formalizado, em que está previamente estabelecido que devem ser integrados aspectos previamente considerados pela equipa de cuidados, como enquadrando uma parceria. **Trata-se de agir, fazendo cumprir os princípios que estão na base de uma lógica de parceria** e que estão previamente estabelecidos e acordados; **tem implícita a ideia de processo;** e tem analogias com o conceito de parceria utilizado em outras áreas, como a Educação ou a Gestão.

Os **atributos essenciais** revelam as características da parceria que os enfermeiros participantes consideraram fundamentais para a definir. São conceitos centrais, sem os quais não poderemos falar de parceria no âmbito da prestação de cuidados. Sem eles não existe parceria, embora isoladamente por si não a definam. Esta ideia é interessante, pois pode-se

afirmar que entre os familiares de determinado doente e os enfermeiros existirá uma parceria, se os familiares participarem nos cuidados e/ou, existir uma relação que seja significativa entre eles e/ou que tenham um projecto em conjunto.

Os atributos essenciais da parceria configuram-se também como princípios, que estando presentes, permitem dizer que se trata de uma parceria ou de uma lógica de parceria. Esses atributos são:

- Relação – integra uma ou mais interações significativas e tem algumas características como a disponibilidade, a cumplicidade;
- Participação – pressupõe uma acção dentro das suas capacidades (obviamente diferentes entre enfermeiros e familiares); e vontade de querer participar;
- Projecto – existe uma intenção de agir, de traçar um caminho e sentido em comum de acordo com os desejos e necessidades dos actores (doente idoso/família/enfermeiro); existe um sentido tácito e subjacente que é ajudar o idoso a ultrapassar o seu problema de saúde, que naturalmente diz respeito a quem lhe é significativo.

Embora seja possível considerar algumas situações, em que apenas um destes elementos esteja presente, para que se trate de uma situação de parceria, noutras, não é claro que se possa afirmar que caso exista um destes atributos – e.g. *participação, relação* – se trata de uma parceria. Podemos então afirmar que a parceria surge sobretudo da intersecção desses atributos, mais do que da sua reunião.

Resumindo, poderemos considerar três situações possíveis. Os enfermeiros consideram que se trata de uma situação de parceria, quando:

1. Um atributo está presente – e.g., participação nos cuidados;
2. Existe reunião de atributos – e.g., os familiares participam nos cuidados ou existe uma relação significativa com os enfermeiros;
3. Existe uma intersecção de vários atributos – e.g., existe uma relação significativa e os familiares participam nos cuidados.

A terceira formulação é a que permite uma maior aproximação às definições de parceria que julgamos mais completas e possivelmente a que permite maior rentabilização de recursos. Trata-se de uma *perspectiva multidimensional* de parceria.

A maioria das definições de parceria dos participantes, refere-se a mais do que um atributo. Tal não é de estranhar, se as compararmos com as diferentes definições de parceria habitualmente utilizadas. Estas, no entanto, embora apresentem alguns atributos comuns, poucas são absolutamente coincidentes, o que ilustra a complexidade e riqueza do conceito de parceria, e simultaneamente as dificuldades que se colocam a uma definição operacional.

A *participação* tem sido referência recorrente nas diferentes concepções de parceria encontradas na bibliografia especializada. Na perspectiva dos participantes do estudo, o familiar apenas será considerado parceiro, se efectivamente estiver incluído na prestação de cuidados. A prestação de cuidados pressupõe o planeamento, execução e avaliação dos actos de enfermagem, não tendo ficado absolutamente claro se a participação referida, se dirige à acção concreta, que corresponde à execução dos cuidados, ou a uma participação que inclua as outras fases do processo de cuidados.

É certamente diferente considerar que um familiar participa apenas se executa determinada acção, de forma extemporânea, ou se efectivamente está integrado no processo de cuidados e no processo de avaliação e planeamento dos cuidados.

Participar pressupõe uma dimensão operacional, ou seja, não apenas como fazendo «parte de», mas sobretudo, enquanto alguém que estando integrado, efectua alguma acção concreta, ao contrário do que a simples presença física, associada à ideia de «fazer parte», poderia sugerir. No entanto, participar *per se* não significa que o elemento que participa se considere efectivamente parceiro. Por outro lado, o familiar pode efectivamente ser considerado parceiro sem ter que prestar cuidados.

A participação que define o familiar como parceiro assume diferentes possibilidades:

- Familiar presta cuidados directos (dimensão sobretudo instrumental);
- Familiar não presta cuidados directos, mas está envolvido no plano de cuidados.

A figura nº. 2 resume em esquema as situações em tendo em conta o atributo participação, poderemos considerar que os familiares são parceiros.

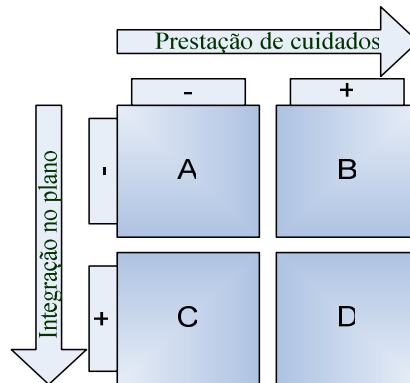


Figura nº. 2 – Participação como função da integração no plano de cuidados e da prestação de cuidados

- Na situação A, o familiar não participa nem está integrado no plano de cuidados;
- Na situação B, o familiar presta cuidados, geralmente de forma pontual, mas não está integrado no plano de cuidados;
- Na situação C, embora participando no planeamento dos cuidados, o familiar não executa nenhuma acção concreta;
- Na situação D, o familiar está integrado no planeamento e participa na acção concreta de cuidados, individualmente ou em colaboração com os técnicos de saúde.

A participação do familiar é importante e positiva, mesmo se não for inicialmente efectuada de forma voluntária mas apenas reactiva, uma vez que o mesmo se sinta frequentemente constrangido no início do processo, sendo importante incentivá-lo e apoiá-lo.

A *relação* emerge como ponto fulcral da parceria. Os enfermeiros salientam que a relação é algo mais profundo do que a mera presença física do familiar. A relação define a parceria se for uma relação de dádiva, cumplicidade, igualdade, disponibilidade, partilha ou

proximidade. Assume-se como algo significativo para os actores. Os familiares e os enfermeiros ao relacionar-se são potencialmente parceiros, embora sejam as características dessa relação, que podem configurar uma situação de parceria.

A parceria é entendida pelos participantes como um *projecto*. Este pressupõe o trabalho para determinado fim, tomando as decisões e seguindo as operações que daí decorrem. Exige um sentido colectivo. Está essencialmente associado à ideia de parceria como processo, ao contrário do atributo *relação* que os participantes relacionam sobretudo com situações pontuais de interacção.

A parceria, surge neste estudo, com um âmbito pré-definido – a prestação de cuidados de enfermagem ao idoso internado – podendo ainda ser enquadrada num outro mais abrangente: a prestação de cuidados de saúde, que por sua vez engloba os de enfermagem.

A parceria no âmbito dos cuidados de enfermagem com os familiares acontece essencialmente num plano interpessoal, embora possa existir empenho organizacional no estabelecimento dessa parceria. Quando tal acontece, surge associada a ideia de formalização da parceria.

Relativamente à formalização da parceria existem duas posições nos participantes: os que concebem a parceria como algo formal (com determinadas regras e normas protocoladas institucionalmente) e os que defendem a parceria como algo informal, que surge espontaneamente na interacção entre familiares e enfermeiros. A defesa desta última perspectiva, alicerça-se no argumento de que a formalização não é muito importante, podendo mesmo ser prejudicial, podendo essa formalização enviesar os princípios inerentes à parceria, que resultam em larga medida de uma certa espontaneidade e intenção individual de trabalhar em parceria.

No local do estudo, as situações descritas que foram vivenciadas pelos enfermeiros participantes, enquadram-se numa lógica sobretudo informal e interpessoal, embora seja perceptível a possibilidade e até o desejo de uma maior formalização, incluindo o estabelecimento de uma dinâmica organizacional apoiada nos princípios da parceria (e.g. participação mais organizada dos familiares na prestação de cuidados).

A revisão bibliográfica sobre o conceito de parceria evidenciou dificuldades em encontrar um núcleo de atributos comuns, o que parece encontrar eco nas definições dadas pelos participantes, seja porque é um conceito complexo, ou porque é um conceito ainda desconhecido, embora os enfermeiros o utilizem, ou já tenham utilizado, nas práticas de cuidados.

A parceria com os familiares dos doentes idosos é desejável se houver necessidade disso e se houver condições para que se concretize. Nem sempre existe essa vontade por parte dos actores potencialmente envolvidos. Os idosos podem não sentir como necessário que alguém da sua família seja implicado nos cuidados, ou porque se sentem autónomos, ou porque não o desejam. Por seu lado, os familiares também podem não considerar necessário, não terem capacidade ou não se sentirem motivados. Estas são condições essenciais que devem ser respeitadas, mesmo percebendo as possíveis vantagens de cuidar em parceria com os familiares.

Os elementos de suporte da parceria, correspondem aos factores ou condições que os participantes consideram fundamentais para o exercício da parceria, e integram-se em seis dimensões fundamentais: *Relação Interpessoal*, *Cooperação*, *Identidade*, *Ética*, *Projecto de Cuidados* e *Contexto Organizacional*.

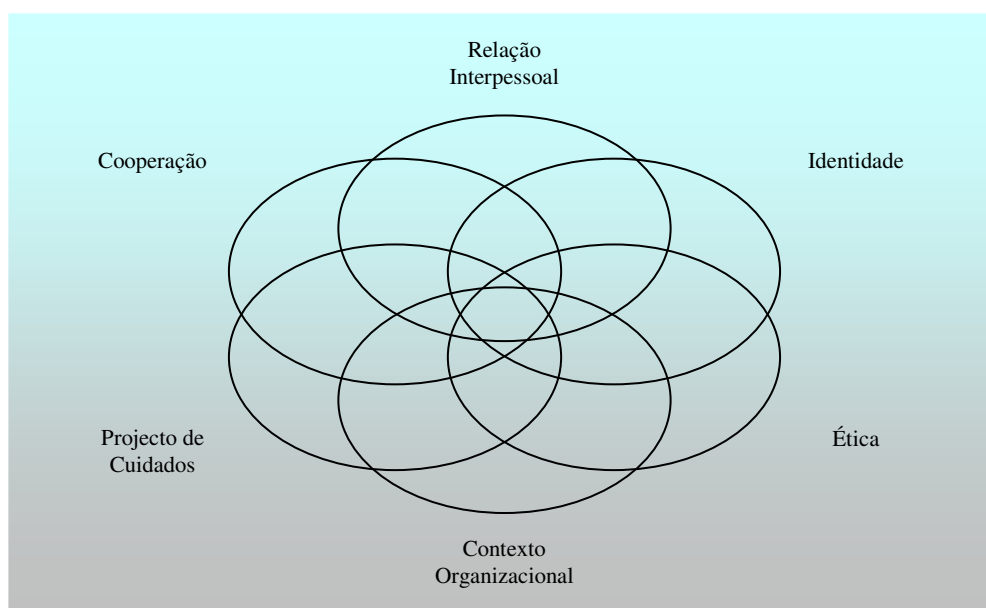


Figura nº. 3 – Dimensões que enquadram os elementos de suporte da parceria

Em cada uma dessas dimensões existem factores que ajudam a estruturar uma parceria e idealmente, todos deveriam ser considerados para o estabelecimento de uma parceria com a família do doente idoso. A intersecção das dimensões, que a figura nº. 3 sugere, baseia-se no argumento de que todas deverão estar presentes, interrelacionados, mas também que existem factores que têm características comuns a várias dimensões.

Na relação interpessoal a *comunicação* assume particular relevo, embora se verifiquem algumas dificuldades a este nível quando os parceiros se relacionam: o tipo de linguagem que os enfermeiros utilizam, quer seja pelo uso do *jargão*, quer seja pela desadequação à capacidade de compreensão dos familiares; a escassez de informações e ausência de partilha de forma espontânea. Os familiares por vezes também não se sentem à vontade para questionar e partilhar o que sabem e que é importante para o processo de cuidados. Estas dificuldades podem dificultar a individualização dos cuidados ao idoso, dado que o acesso ao que o caracteriza como pessoa está dificultado, pela falta de comunicação eficaz que permita o acesso a essas informações. Embora se reconheça um esforço a este nível, ainda existe um longo caminho a percorrer, tal como é reconhecido pelos enfermeiros.

A *reciprocidade* inclui uma permuta, o que pressupõe, no âmbito das práticas de ajuda, que cada um dê de si e tente perceber no outro o que ele necessita e proporcionar-lho. É um processo de dois sentidos, em que fica de lado o papel do familiar como mero assistente dos cuidados prestados ao seu familiar, ou como mero receptor de informações. Frequentemente os familiares solicitam aos enfermeiros “*notícias do estado do seu doente*”, o que fazem, algumas vezes, com uma atitude de passividade, sem compreender o que lhe é dito. Além das questões de domínio ético que tal poderá levantar, esta transmissão de informação processa-se num modelo de mera receptividade/passividade na recepção da informação, que não se coaduna com o papel de parceiro.

Num clima de reciprocidade, os participantes consideram que os familiares são muito sensíveis à atenção que os enfermeiros demonstram para com eles, quando os familiares sentem que são escutados os seus pontos de vista. Os enfermeiros, por sua vez, também ficam sensibilizados com a atenção que os familiares demonstram para com eles, sobretudo

no reconhecimento do seu desempenho. O papel do profissional que assume uma certa neutralidade afectiva, não se coaduna com a perspectiva de parceria.

A *confiança* é outro dos ingredientes major incluídos no domínio da relação. A *desconfiança*, enquanto pólo oposto, pode ser um factor constrangedor para a parceria. Existe a percepção por parte dos participantes que os familiares confiam nos enfermeiros.

Um dos princípios fundamentais subjacentes à prática de enfermagem hospitalar baseada na parceria é o trabalho mútuo. As diversas fases de uma parceria exigem que os actores tenham actividades determinadas, já que se trata de uma acção em comum, e uma das mais valias advém precisamente de um trabalho conjunto ser mais benéfico do que uma actividade isolada. Existe um trabalho específico que faz parte das atribuições de cada um. Os familiares tem direitos, deveres, responsabilidades, recursos e necessidades muito específicas, tal como o doente e o enfermeiro. As funções de cada um, complementam as dos outros, e devem ser valorizadas e integradas num trabalho comum.

Agir em parceria supõe um empenhamento comum no risco e uma *convivência*, uma cumplicidade. Relativamente ao envolvimento dos actores, existem duas formas de ver a questão – envolver e envolver-se – como duas faces da mesma moeda. «Envolver» implica integrar, socializar, integrar, acolher e apoiar os familiares, o que apesar de não ser ainda efectuado de forma desejável na opinião dos participantes, tem vindo a evoluir, tal como tem evoluído positivamente o empenhamento dos familiares.

A colaboração enquanto actividade sincronizada para resolver um problema, neste caso para prestar melhores cuidados ao doente idoso e apoiar os familiares, tem sido estimulada. Os enfermeiros reconhecem que por vezes se afastam dos familiares, mas têm consciência disso e sentem que houve uma evolução.

Na sincronização da acção comum, é preponderante o papel de um coordenador. O enfermeiro encontra-se bem posicionado na equipa, podendo assumir inclusivé o papel de *pivot*. Este papel é de certa forma reconhecido pelos familiares, quando se dirigem aos enfermeiros para receberem informações. Este reconhecimento talvez se funde na maior acessibilidade aos enfermeiros comparativamente com outros técnicos de saúde, como os

médicos, psicólogos ou fisioterapeutas. Os enfermeiros estão presentes de forma contínua no serviço e desenvolvem a sua actividade principalmente no contacto com o doente (excepto na hora das visitas).

À medida que o processo de cuidados se vai desenvolvendo, pode na perspectiva dos participantes ir alternando com os familiares e/ou com o doente idoso, a coordenação do processo. Teoricamente esta seria a situação ideal, embora na realidade actual, a falta de capacitação dos familiares e doentes, bem como as condições organizacionais, não são as mais favoráveis. Parece-nos ser mais adequada, apesar de ainda longínqua, a ideia proposta por Santos (2002) em que o “plano subjacente à parceria tenha «um» único responsável: o doente, o familiar e um enfermeiro” (p. 140).

A capacitação, como refere Le May (1998), está intrinsecamente ligada à capacidade de estabelecer parcerias efectivas. Ao procurar negociar com o familiar, reconhecesse-lhe a capacidade de decidir, implicando-o assim na procura de um acordo e reconhecendo-lhes poder. A negociação, na parceria, passa pela permuta de pontos de vista, buscando uma decisão de consenso, que se opõe à imposição e que é uma forma de permitir que os utentes sintam controlo. As opiniões dos participantes polarizam-se entre o reconhecimento de que esta seria a situação ideal para a parceria, mas que na realidade as condições para a capacitação dos familiares e dos doentes, nem sempre estão presentes nas suas práticas.

A representação que cada actor tem do outro parece ser um factor que influencia o estabelecimento da parceria, podendo facilitá-la ou dificultá-la. Como referem Moniz (2001) e Gomes (2002) nos seus estudos, as representações positivas que os enfermeiros têm das pessoas idosas, ajudam a transformá-las em parceiras, o que ficou evidente neste estudo.

Pelo contrário, as representações negativas que alguns dos participantes, ainda que de forma ténue, demonstraram, podem ser um factor constrangedor. O *Ageísmo Profissional*, como lhe chamam Gatz e Pearson citados por Ferreira-Alves & Novo (2006), que é identificado no discurso de alguns participantes, pode influenciar as expectativas dos enfermeiros sobre o papel dos idosos e dos próprios familiares, muitos deles também idosos.

Não reconhecer capacidades aos familiares para participarem nos cuidados, pode ser particularmente grave se o familiar se mostrar disponível e o enfermeiro não explorar com ele as hipóteses de colaboração. Tratam-se de dois fenómenos em separado, igualmente negativos, podendo levar ao: (1) não reconhecimento no familiar de competência para ser integrado no processo de cuidados ou; (2) afastamento deliberado

do familiar, ainda que demonstre interesse em fazer parte do processo, mesmo que de forma subtil.

O enfermeiro ao reconhecer no idoso e na família a capacidade de ter um papel activo agindo no seu próprio interesse, não como mero receptor de cuidados, reconhece-o como parceiro. No fundo o papel do doente e o do familiar ajudam a mediar as práticas profissionais que oscilam entre o modelo biomédico e o modelo centrado na pessoa.

Conceber o familiar e o enfermeiro, como parceiros num projecto de cuidados que diz respeito ao doente idoso, pressupõe que este esteja de forma implícita sempre “*omnipresente*”, mesmo nas acções indirectas de cuidados. Falar numa parceria enfermeiro/familiar do doente, pressupõe que esteja subjacente falar em parceria enfermeiro/familiar/doente, salientando o carácter conjuntivo desta parceria e o papel específico de cada um, na qual o papel do doente idoso não pode ser esquecido, porque ele é a razão da parceria.

Embora a intervenção do familiar seja desejável e considerada como algo positivo para o processo de cuidados ao doente idoso, existe uma questão ética incontornável: o consentimento do doente para que tal aconteça. Fazer parte do projecto de cuidados, exige a partilha de informações, uma acção em comum, que se for contra o que o doente deseja, não tem obviamente sentido.

Existem aspectos a reflectir relativamente às condições que o doente tem para que o possa fazer, não porque é idoso, mas porque se colocam a todo o processo de cuidados (seja ou não em parceria), como seja a capacidade cognitiva do doente. Podemos estar a entrar no campo do consentimento presumido, quando ele não tem possibilidades de dar o seu consentimento, mas presume-se que deseja que o familiar participe como parceiro no processo de cuidados que lhe diz respeito.

Habitualmente a relação que se estabelece entre o enfermeiro e o familiar, independentemente das razões e de quem solicitou ou promoveu essa relação, é tacitamente assumida como estando de acordo com a opinião e interesses do doente. Esta é uma suposição que não pode ser generalizada, dado que o doente poderá não desejar que essa pessoa, mesmo que significativa, ou até por isso, seja incluído no processo de cuidados.

Os participantes reconhecem que assumem quem é o parceiro implicitamente, sem solicitar a opinião do doente idoso e que não se questionam sobre a opinião deste, relativamente à ajuda

que o familiar pode prestar. Reconhecem também, que abordam quem visita o doente para obter informações sobre o doente sem o consultar. O critério para dar determinado tipo de informações ao familiar é, na maioria das vezes, unicamente o interesse ou a solicitação por parte deste. Acresce a esta situação que estas “conversas” ocorrem habitualmente longe do espaço físico em que está o doente, até para este não ouvir “o que se passa com ele”.

Está em causa o *respeito pelo sigilo*, pois embora o enfermeiro seja obrigado a guardar segredo sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005), nem sempre os enfermeiros partilham a informação pertinente, apenas com aqueles que estão implicados no plano terapêutico. Este aspecto é negativo para a parceria; alguns enfermeiros reconhecem o seu comportamento como desadequado; outros não tinham ainda reflectido apesar de alguns reconhecerem que desta forma não cumprem os seus deveres deontológicos, demonstrando que apesar estarem conscientes da situação e que reconhecem que o direito do doente à autonomia e à confidencialidade se sobrepõe à necessidade dos familiares de serem informados.

Alguns enfermeiros reconhecem que fazem o possível para identificar o familiar interessado em participar e que seja reconhecido pelo idoso. A indicação pelo idoso de quem considera ser significativo, ou de quem pode participar no processo de cuidados que lhe diz respeito, é um imperativo ético no processo de parceria nos cuidados com a família.

Reconhecer o outro como pessoa, é um aspecto fundamental e basilar da nossa vivência em sociedade, com particular ênfase nas profissões de ajuda; respeitar o familiar como pessoa conduz ao reconhecimento deste como parceiro. Os enfermeiros demonstram que respeitam os familiares quando se preocupam com o bem-estar destes, com o que estão a sentir e que estão dispostos a ajudá-los, no fundo demonstrando por acções e por palavras a sua estima.

Respeitar em parceria, inclui não só o respeito entre os actores da parceria, mas sobretudo, “respeitar a parceria”, isto é, fazer valer os valores assumidos e que foram alvo de compromisso pelos actores, sobretudo quando se trata de uma parceria mais formalizada. Exige que todos conheçam as regras do jogo. O familiar deve saber o que é possível esperar dos enfermeiros e o que os enfermeiros esperam deles.

A noção de parceria tem pontos em comum com a de projecto, sobretudo no dinamismo e complexidade que invoca, procurando afastar-se de uma dimensão utilitarista. Um projecto

parte de uma inquietação de um problema real ou potencial, ou de uma necessidade e a parceria também. Tendo em conta a perspectiva de parceria, Darling (2000) refere-nos que antes de poder ajudar os utentes, os prestadores de cuidados têm de compreender os problemas, prioridades e recursos do doente e família, ponto de partida para o projecto de cuidados. No entanto, percebemos no discurso dos participantes que nem sempre assim acontece. Se as acções não partem dos problemas sentidos pelo doente, nem os recursos (entre os quais se encontra a família) são avaliados, então o projecto de cuidados não é individualizado e a intervenção encontra-se próxima do domínio biomédico.

Idealmente os objectivos do processo terapêutico, deveriam ser estabelecidos e validados com o doente e, se este desejasse e houvesse necessidade, com os familiares, o que nem sempre acontece. O encontro profissional/doente corresponde, regra geral, ao reconhecimento tácito de um objectivo comum, como já dissemos anteriormente: o de recuperar a saúde, restabelecer o bem-estar ou, no caso de situações terminais ou críticas, proporcionar o máximo conforto (Patrão Neves, 2002). O enfermeiro presume que no seu saber profissional conhece o que é melhor para o doente e família, não procurando validar as intervenções que efectua.

Atendendo a que os profissionais estão, por inerência às próprias funções, condicionados à participação nos cuidados (porque os planeiam e executam), coloca-se a questão da participação dos idosos e dos familiares. Nos cuidados directos, o idoso pode participar de forma activa, ou ser mero objecto de cuidados. Relativamente aos familiares a questão assume contornos mais controversos na opinião dos enfermeiros: se por um lado defendem que os familiares podem e é benéfico que participem nos cuidados, argumentando que podem contribuir para o garante da continuidade dos cuidados; por outro, referem que pode não ter benefícios, pela falta de preparação para a acção técnica que os cuidados exigem.

As estruturas de saúde têm-se organizado pelo modelo biomédico, no qual a saúde é compreendida como ausência de doença, condicionando a organização dos cuidados de enfermagem sobre a base do projecto de cura da doença. Assim sendo, a perspectiva humanista, centrada no doente que desejavelmente poderia inspirar as práticas de cuidados têm pouca influência sobre a organização hospitalar, com consequências no modo como são vistos os familiares no contexto hospitalar. Como refere Pinto (2000, p. 162) “Os familiares dos idosos continuam a fazer parte do grupo de pessoas estranhas ao serviço”.

Tradicionalmente o tempo de permanência dos familiares no serviço, junto dos doentes ou em contacto com os profissionais, ainda que regulamentado por normas institucionais, tem sido gerido pelos enfermeiros. A posição dos participantes oscila entre a defesa da flexibilização da presença dos familiares (sempre que seja do interesse de ambos) e a defesa da visita padronizada a um curto período de tempo. No entanto, verifica-se uma certa polarização na posição mais flexível, que parece ser a que mais se aproxima da perspectiva de parceria. Por um lado, o contacto físico é fundamental na interacção dos parceiros, e por outro, a flexibilização tendo em conta as necessidades dos doentes e familiares, revela sensibilidade e preocupação com eles. Existe nos enfermeiros um reconhecimento que, numa perspectiva de parceria o tempo de contacto dos familiares no serviço, com idosos internados e enfermeiros, pode ser optimizado.

O contexto hospitalar, enquanto espaço onde se desenrola a acção de cuidados, tem alguns condicionantes para a relação de parceria entre profissionais e utentes, pois afectam o espaço social; pessoal; íntimo e privado dos utentes, o que tem implicações no seu bem-estar. A qualidade arquitectónica, de material, de equipamento e de cuidados são importantes para assegurar a privacidade, resguardando a intimidade, possibilitando que os familiares possam comunicar e participar nos cuidados de forma satisfatória.

Por muito estruturado que esteja o «design» da parceria, esta não pode ser bem sucedida, se não se tiver em conta a cultura e comportamento organizacionais. Modelos de trabalho que procurem integrar os familiares (ao contrário do “modelo de tarefa”, do papel de sujeito de cuidados do doente e de mero observador do familiar), normas de serviço que permitam e promovam a participação activa e uma clarificação de papéis, são favorecedoras da parceria.

“Construir” um lugar para as famílias nas instituições de saúde, sobretudo em serviços de medicina, não é tarefa fácil, exigindo uma grande reflexão e mudança nos comportamentos dos actores. Estas mudanças alicerçam-se na responsabilidade profissional dos enfermeiros, pela sua obrigação de prestar cuidados de qualidade, mas também dos utentes, procurando o melhor para si, no exercício da sua cidadania.

A vivência de situações que os enfermeiros consideram terem sido uma experiência de parceria, evidenciou alguns aspectos significativos, nomeadamente: *medos e preocupações* por um lado e *sentimentos de satisfação* por outro. Glasby (2004) alertou para a exigência do trabalho em parceria, que apesar de ser uma experiência satisfatória é também uma experiência difícil.

Existe nos participantes uma preocupação com o bem-estar do familiar e dos idosos, baseada na relação que se estabelece e na procura de ajudá-los. Numa perspectiva de parceria, o bem-estar de uns intervenientes condiciona o bem-estar dos outros de forma mais evidente, porque existe maior proximidade.

A maior proximidade com os familiares que a parceria condiciona, fez emergir alguns medos, associados sobretudo às situações de desempenho lado-a-lado com os familiares: o medo de não ser competente; o medo de errar; e o medo daquilo que os familiares possam pensar acerca dos enfermeiros.

Cuidar numa perspectiva de parceria, tem associados sentimentos de satisfação, que surgem essencialmente pela mesma razão que surgem os medos e preocupações, pela maior proximidade aos familiares que a parceria possibilita e defende: a satisfação com a evolução positiva da relação, com o bem-estar dos utentes, com o reconhecimento dos familiares e a satisfação pela realização como pessoa e como profissional.