



Universidade Católica Portuguesa

SENTIR-SE ABANDONADO – PESSOAS COM MAIS
DE 80 ANOS

TO FEEL ABANDONED - PEOPLE OVER 80 YEARS
OLD

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de doutor em Enfermagem

Por

Gina Maria Da Silva Marques

Instituto de Ciências da Saúde

dezembro, 2022



Universidade Católica Portuguesa

SENTIR-SE ABANDONADO – PESSOAS COM MAIS
DE 80 ANOS

TO FEEL ABANDONED - PEOPLE OVER 80 YEARS
OLD

Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Por

Gina Maria Da Silva Marques

Sob a orientação de

Professor Doutor José Amendoeira

Instituto de Ciências da Saúde

dezembro, 2022

Para a Enfermagem

Agradecimentos

Aos meus Guias.

A elaboração desta tese representa um trabalho de longo prazo, constituindo-se num percurso, num pedaço da vida durante o qual encontrei pessoas, cujo contributo foi significativo e fundamental para o seu desenvolvimento, e de forma mais ou menos visível, muito contribuíram para o seu resultado final, a todas agradeço e sou grata pela sua mais-valia, ainda assim gostaria de destacar aquelas pessoas que pela Presença, dádiva do seu tempo, pela partilha do seu conhecimento, do seu saber, da sua experiência, enfim pessoas que me permitiram experiências de *ser-ser*.

Gostaria de expressar a minha gratidão ao Professor orientador José Amendoeira, neste percurso de vida e de trabalho de chegadas e recomeços, pela competência científica e acompanhamento do trabalho, pela disponibilidade e generosidade reveladas ao longo destes anos de trabalho, assim como pelos seus conselhos criteriosos, que me ajudaram a alimentar a minha reflexão, enfim pela sua hábil e sabia Presença de Professor e Cientista.

À Professora Margarida Vieira por de alguma forma me colocar o desafio de estudar este tema, pela forma tão filosoficamente prática com que reflete a enfermagem e os seus cuidados e agita consciências.

Tenho um pensamento muito especial para o *Ser* da minha Família, cuja Presença alavancou o gosto de cuidar dos Outros e de cuidar de Nós.

À Escola Superior de Saúde de Santarém, pela concessão de dispensa e de adequação das atividades docentes, sem o qual não seria possível a concretização deste trabalho.

Especial agradecimento aos participantes deste estudo, sem os quais a sua realização não teria sido possível.

Pensamentos

“Se os jovens são chamados a abrir novas portas, os idosos têm a chave”

Papa Francisco

“Isto é como a criança, um menino com um ano não anda, mas com quatro ou cinco, a gente já não o consegue agarrar, a velhice também é um degrau ...”

Participante

Siglas e Acrónimos

a.C – antes de Cristo

d.C – depois de Cristo

DGS – Direção-Geral da Saúde

CNEPCV - Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

EUROSTAT - Gabinete de Estatísticas da União Europeia

INE – Instituto Nacional de Estatística

ICN - *International Council of Nurses*

p. – Página

et al. - "e outros"; "e colaboradores"

OCDE - União Europeia e o quinto da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico.

OMS – Organização Mundial da Saúde

UNECE - Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa.

WHO - World Health Organization

UNFPA - *United Nations Population Fund* (Fundo das Nações Unidas para a População)

Resumo

A presente investigação centra-se nas experiências subjetivas das pessoas com mais de 80 anos, grupo populacional que atualmente mais cresce no mundo, cuja longevidade representa uma conquista civilizacional. Contracorrente o valor da vida humana das pessoas mais velhas, surge cada vez mais minorizado pelas sociedades. Tornou pertinente desenvolver um estudo acerca do vivido pelas pessoas com mais de 80 anos, com o objetivo de compreender o significado de *Sentir-se Abandonado*. E como finalidade: contribuir para o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem pela proposta de uma prototeoria compreensiva de cuidado de enfermagem existencial às pessoas com mais de 80 anos.

Metodologia – abordagem fenomenológica hermenêutica para compreensão do significado das experiências vividas pelos participantes, pessoas entre os 80 e os 97 anos, obtidas através de entrevistas fenomenológicas no seu domicílio.

Discussão e resultados – O significado das experiências vividas revelam que depois dos 80 anos, o Homem para sentir a sua existência significativa, necessita de afetar e se sentir afetado pelos afetos, pelos valores, partilhados nas relações de pertença construídas durante a sua existência. Tais achados, revelam que a longevidade vista do ponto de vista do estritamente biológico compreende uma dimensão subjetiva de abandono de existência humana.

O significado de *sentir-se abandonado* – *pessoa com mais de 80 anos*, constitui-se em torno de três temas: Bem-estar Existencial, Ausência de bem-estar existencial e Cuidado de enfermagem existencial.

O estado de *sentir-se abandonado*, resulta da perceção de que a relação matricial da pessoa ao seu lócus ou relação de pertença, que ela própria define, se definiu ou extinguiu, com base no sentimento da diminuição ou ausência de valor atribuído à sua existência humana, ao seu estatuto de *ser*, que a impede do usufruto de uma vida significativa.

Conclusão – a população idosa aumenta, e as suas necessidades individuais subjetivas, complexas crescem proporcionalmente, a compreensão do significado de sentir-se abandonado, aponta para que as pessoas para se sentirem permanentemente ligadas à vida, percecionem a sua vida como significativa, para si, para os outros, e para o mundo. Concomitantemente, necessitam de uma matriz de cuidado de enfermagem existencial,

que se operacionaliza em presença terapêutica de enfermagem, centrado na pessoa, nos seus significados e necessidade subjetiva de se sentir humanamente valorizada enquanto *ser-no-mundo* independentemente da sua idade cronológica e das suas capacidades funcionais. Por se basear nas suas expectativas face ao cuidado de enfermagem, pode dar suporte a cuidados individualizados, sensíveis e de elevada competência humana, reconhecida e necessária no cuidado de enfermagem às pessoas com mais de 80 anos.

Palavras-chave – Ausência de bem-estar existencial, Bem-estar existencial, Cuidado de enfermagem humanístico, Pessoa com mais de 80 anos, Presença terapêutica de enfermagem, Sentir-se abandonado.

Abstract

This research focuses on the subjective experiences of people over 80 years old, a population group that is currently the fastest growing in the world, whose longevity represents a civilizational achievement. At the same time, the value of the human life of older people is increasingly diminished by societies. It became pertinent to develop a study about what is lived by people over 80 years old, with the objective of understanding the meaning of Feeling Abandoned. And as a purpose: to contribute to the development of nursing knowledge by proposing a comprehensive prototheory of existential nursing care to people over 80 years old.

Methodology - Hermeneutic phenomenological approach for understanding the meaning of the lived experiences of the participants, people between 80 and 97 years old obtained through phenomenological interviews in their homes.

Discussion and results - The meaning of the lived experiences reveal that after the age of 80, in order to feel his existence meaningful the human being needs to affect and feel affected by the affections and values shared in the relationships of belonging built during their existence. Such findings reveal that longevity seen from the strictly biological point of view comprises a subjective dimension of abandonment of human existence.

The meaning of feeling abandoned - person over 80 years old, is constituted around three themes: Existential well-being, Lack of existential well-being, and Existential nursing care.

The state of feeling abandoned results from the perception that the person's core relationship with his/her locus or relationship of belonging, which he/she defines him/herself, has been defined or extinguished, based on the feeling of diminishing or lack of value assigned to his/her human existence, to his/her status of being, which prevents him/her from enjoying a meaningful life.

Conclusion - As the elderly population increases, and their individual subjective complex needs grow proportionally, understanding of what it means to feel abandoned, points to people to feel permanently connected to life, to perceive their life as meaningful, to themselves, to others, and to the world. At the same time, they need a matrix of existential nursing care which is operationalized in therapeutic nursing presence, centered on the

person, his/her meanings, and subjective need to feel humanely valued as a being-in-the-world, regardless of his/her chronological age and functional capacities. As it is based on their expectations towards nursing care it may support individualized, sensitive care and high human competence which is recognized and necessary in nursing care for people over 80 years of age.

Keywords - Absence of existential well-being, Existential well-being, Humanistic nursing care, Person over 80 years old, Therapeutic nursing presence, Feeling abandoned.

Índice Geral

Agradecimentos	5
Siglas e Acrónimos.....	7
Resumo	9
Abstract.....	11
Índice de Esquemas.....	17
Índice de Figuras	19
Índice de Quadros.....	21
PARTE I.....	23
1 – A COMPREENSÃO DAS EXPERIÊNCIAS SUBJETIVAS POR PESSOAS COM MAIS DE 80 ANOS - UMA INTRODUÇÃO	25
PARTE II. PERCURSO METODOLÓGICO	45
2 - PROCURAR O SIGNIFICADO DE SENTIR-SE ABANDONADO COM AS PESSOAS COM MAIS DE 80 ANOS	47
2.1 – Considerações Éticas	64
3 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	67
3.1 – Bem-estar Existencial – Pessoa com mais de 80 Anos	70
3.1.1 – Um modo existencial do ser-no-mundo depois dos 80 anos	72
3.1.1.1 – Atribuir um sentido global positivo ao vivido	72
3.1.1.2 – Poder fazer, é poder <i>ser</i>	79
3.1.1.3 – Sentir-se com saúde.....	83
3.1.1.4 – Espiritualidade e vida	88
3.1.2 – Um modo existencial de ser com os outros no mundo depois dos 80 anos	97
3.1.2.1 – Harmonia familiar	98
3.1.2.2 – Viver sentindo estima na sua existência	106
3.1.2.3 – Permanecer no seu lar	115
3.1.2.4 – O corpo como mediador da existência depois dos 80 anos	122
3.1.3 – Síntese compreensiva do tema Bem-estar existencial.....	128
3.2 – Ausência de Bem-estar Existencial – Pessoa com mais de 80 anos.....	129

3.2.1 – Um modo de ser-no-mundo depois dos 80 anos com sentido de ocultação da dimensão existencial	132
3.2.1.1 – Sentir-se em sofrimento	133
3.2.1.2 – Sentir-se em solidão.....	140
3.2.1.3 – Viver em luto duradouro	144
3.2.1.4 – Receio pela perda de autonomia.....	149
3.2.2 – Um modo de ser-com os outros no mundo depois dos 80 anos com sentido de ocultação da dimensão existencial.....	159
3.2.2.1 – Viver em Conflitos familiares.....	160
3.2.2.2 – Sentir-se em desarmonia com os atuais valores	168
3.2.3 – Síntese compreensiva do tema ausência de bem-estar existencial – Pessoa com mais de 80 anos	173
4 – CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM MAIS DE 80 ANOS.....	177
4.1 – Um modo de cuidado de não abandono da dimensão existencial à pessoa com mais de 80 anos.....	182
4.1.1 – Aquela palavra que chega cá dentro	182
4.1.2 – Considerar-se dignificado como pessoa por tratamento não diferenciador	184
4.1.3 – Considerar a experiência de cuidados de saúde articulada aos seus entes significativos	186
4.1.4 – A boa experiência de cuidados de saúde	186
4.1.5 – Sentir amenidade na relação com enfermeiro.....	190
4.1.6 – Sentir envolvimento afetivo na relação com o enfermeiro	192
4.2 – Um modo de ação com a pessoa com mais de 80 anos com sentido de abandono da dimensão existencial do cuidado de enfermagem	196
4.2.1 – Não me queixo dos Cuidados de Enfermagem	199
4.2.2 – Sentir falta de amenidade na relação com o enfermeiro	200
4.2.3 – Sentir o seu sofrimento não reconhecido pelo profissional de saúde.....	202
4.2.4 – Sentir-se não escutado pelo profissional de saúde.....	204
4.2.5 – Cumprir com quem manda nos cuidados de saúde	207
4.2.6 – Sentir não consideração pelas manifestações de alteração do seu bem-estar	210

4.3 – Síntese compreensiva da ação com sentido de abandono da dimensão existencial nos cuidados de enfermagem	215
5 – CUIDADO DE ENFERMAGEM EXISTENCIAL À PESSOA COM MAIS DE 80 ANOS. UMA PROTOTEORIA COMPREENSIVA.....	217
5.1 – Os conceitos da prototeoria Cuidado de enfermagem existencial à pessoa com mais de 80 anos.....	219
5.2 – Proposições da prototeoria Cuidado de enfermagem existencial à pessoa com mais de 80 anos.....	220
6 – PRINCIPAIS CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES DO ESTUDO	229
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	241
ANEXOS	261

Índice de Esquemas

Esquema 1. Proposta de Modelo Analítico “Estar Presente é uma forma de Cuidar Pessoas com mais de 80 anos sentindo-se abandonadas”	43
Esquema 2. Representativo do significado de viver em bem-estar existencial depois dos 80 anos.....	129
Esquema 3. Pessoa com mais de 80 anos sentindo-se abandonada.	176
Esquema 4. Cuidado de enfermagem Existencial à pessoa com mais de 80 anos.	218

Índice de Figuras

Figura 1. Meu Nascimento (Frida Khalo, 1932)	135
--	-----

Índice de Quadros

Quadro 1. Diligências internacionais que visam influenciar as políticas públicas no sentido da promoção do papel das pessoas mais velhas na sociedade.....	28
Quadro 2. Estratégias para proteção das pessoas idosas na sociedade portuguesa.....	29
Quadro 3. Exemplo do movimento da análise interpretativa dos dados, das declarações significativas à enunciação de temas.	67
Quadro 4. Matriz de análise do fenómeno <i>sentir-se abandonado</i> – pessoa com mais de 80 anos.....	69
Quadro 5. Tema Bem-estar existencial – pessoa com mais de 80 anos.	71
Quadro 6. Tema Ausência de Bem-estar Existencial para a pessoa com mais de 80 anos	132
Quadro 7. Cuidado de enfermagem às pessoas com mais de 80 anos.....	180

PARTE I.

1 – A COMPREENSÃO DAS EXPERIÊNCIAS SUBJETIVAS POR PESSOAS COM MAIS DE 80 ANOS - UMA INTRODUÇÃO

O grupo etário das pessoas com mais de 80 anos cresceu significativamente nas últimas décadas, sobretudo entre 1990 e 2015, sendo atualmente o grupo etário que mais cresce no mundo (Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa [UNECE], 2017a; Instituto Nacional de Estatística [INE], 2018), prevendo-se que dos 86 milhões existentes, em 2005, passe para 394 milhões em 2050 (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2014), projetando-se que até 2060 o grupo etário das pessoas com mais de 80 anos, continue a crescer a um ritmo mais rápido do que os restantes, e onde as mulheres representam a maior parte deste aumento (UNECE, 2017b).

Portugal é o terceiro país da União Europeia onde este grupo etário mais tem aumentado (INE, 2018), prevendo-se que em 2050, 14% da população portuguesa tenha mais de 80 anos. Atualmente a distribuição na população portuguesa das pessoas nesta faixa etária é bastante heterogénea, e em alguns concelhos a sua proporção já se situa acima dos 10%, (em Idanha-a-Nova 11,5%, em Alcoutim 11,1% e em Penamacor 10,7%), nestes três concelhos em cada 10 habitantes, 1 tem mais de 84 anos (Base de Dados de Portugal Contemporâneo [Pordata], 2019).

Viver com mais de 80 anos, é atualmente uma probabilidade muito forte, sobretudo para as pessoas que vivem nos países do denominado mundo ocidental, nomeadamente em Portugal, onde a esperança média de vida total à nascença, é de 80,9 anos, situando-se em 77,4 anos, para o sexo masculino e em 83,2 anos, para o sexo feminino (Pordata, 2020).

O crescimento das faixas etárias das pessoas com mais de 80 anos nas sociedades, representa sem dúvida um êxito, uma conquista civilizacional da humanidade, a maior longevidade humana, decorre do desenvolvimento social, científico, de saúde e expressa o potencial humano em alcançar de uma vida cada vez mais longa, aspeto almejado pela humanidade.

No entanto, a maior longevidade atingida por um número cada vez maior de pessoas, no mundo constitui-se igualmente de foco, atenção, reflexão e estudo para as diferentes áreas do conhecimento, nomeadamente para a enfermagem pois, sobre as pessoas com mais de 80 anos também recaem possibilidades de vulnerabilidades acrescidas, seja por razões de

ordem física, cognitiva, familiar, social e outras (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2015; Bozzaro et al., 2018; UNECE, 2017a; Barbosa et al., 2019).

A necessidade de ponderação sobre as pessoas mais velhas nas populações decorre entre outros aspetos, do seu aumento ter ocorrido em poucas décadas, de forma particularmente rápida e de forma mesmo muito rápida em alguns países, sem haver por parte das estruturas sociais, dos serviços de saúde e outros, uma transição ou adaptação, para responder às necessidades específicas destas pessoas, esta ocorrência potenciou e continua a potenciar diferentes vulnerabilidades, pois identifica-se falta de preparação e capacidade por parte das sociedades, para dar resposta às necessidades específicas das pessoas mais velhas, ocorrendo ainda pontos de agravo em relação a pessoas em situação de isolamento, e de abandono, muitas vezes abandono afetivo.

Releva-se que Portugal é o quarto país da União Europeia e o quinto da OCDE com maior percentagem de pessoas idosas, cerca de 26% da população portuguesa, prevendo-se que até 2050 esta percentagem suba para os 40%, sendo potenciado pelo crescimento da emigração e a redução da imigração (Pordata, 2019).

Ainda que a idade biológica na velhice não seja por si só, um critério de vulnerabilidade, visto que envelhecer é um processo vivido de diferentes formas e nem sempre está associado a experiências particulares de vulnerabilidade (Bozzaro et al., 2018). Contudo, viver mais tempo complexifica a vivência da velhice, significa estar mais exposto a riscos, aspetos como a decadência funcional; isolamento social; problemas emocionais; doenças; declínio cognitivo; perda da autonomia; cuidados pessoais insuficientes e condições sociais desfavorecidas, constituem-se em atributos pessoais e sociais de vulnerabilidade associada ao envelhecimento, cuja principal consequência é o comprometimento da qualidade de vida nesta fase de vida (Barbosa et al., 2019; Bozzaro et al., 2018), também a eventuais abusos, quer físicos, quer psicológicos, sexuais, financeiros ou materiais (Yon et al., 2017; OMS, 2018).

Atualmente as pessoas mais velhas são alvo de ostracização e discriminação social, resultado de representações e atitudes assentes em construções sociais que associam o envelhecimento sobretudo aos estereótipos de incapacidade e dependência, ignorando por exemplo as muitas contribuições das pessoas mais velhas para a economia mundial (OMS, 2015; DGS, 2017).

Identifica-se igualmente a perda de valores e face às pessoas mais velhas, refletindo-se em aspetos, como lhes ser cada vez mais vedada a sua possibilidade de participação ativa nas comunidades, na família e até nas decisões acerca de si próprios, tais aspetos comprometem a expectativa de bem-estar e qualidade de vida em idades mais avançadas, como acontece depois dos 80 anos (OMS, 2015).

Estes estereótipos tendem a afetar a autoestima e a identidade destas pessoas, resultando em desvantagens concretas para as mesmas e a diferentes níveis, como seja no acesso a bens e serviços e cuidados de saúde (DGS, 2017).

Atualmente vigora uma imagem social negativa associada à velhice, se em séculos passados aos idosos era reconhecido um valor simbólico, surgindo associados à divindade, à política, à família e à sabedoria, a velhice passou a ser sinónimo de decadência, prevalecendo associada a fragilidade biopsíquica, resultando na perda social de status e de poder das pessoas mais velhas. Igualmente na lógica das sociedades vinculadas ao capitalismo o trabalho produtivo e criativo encontra-se associado aos mais jovens, e as pessoas mais velhas tendem a ser afastadas dos papéis sociais.

Por ventura não alheias a tais situações, as transformações dos papéis sociais e familiares ocorridas nas últimas décadas, trouxeram alterações dos atuais modelos de vida familiar, se no passado o papel fundamental das mulheres na sociedade e na família era a de cuidadoras, das crianças e dos familiares mais velhos, as mulheres passaram a desempenhar outras funções no mundo do trabalho, que se por um lado lhes passou a conferir maior segurança social em idades mais avançadas, por outro lado tornou o modelo de possíveis cuidadoras naturais das pessoas mais velhas da família pouco sustentável (OMS, 2015).

Neste contexto de transformações sociais a coabitação intergeracional de avós, pais e netos, passou a ser cada vez mais rara, e na atualidade as pessoas mais velhas das famílias, seja por necessidades de saúde, sociais ou outras, ficam muitas vezes a cargo de instituições e sistemas de cuidados, afastadas do seu meio ambiente social e familiar, em lugares deterministas, mais orientados por normas e protocolos do que para as suas necessidades individuais.

As proporções e relevância destas manifestações nas sociedades, conduziram a que organismos internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU), tenham desenvolvido nas últimas décadas, diligências no sentido chamar a atenção mundial para os problemas decorrentes do envelhecimento demográfico das populações, e influenciar as políticas públicas no sentido de esbater a tendência da desvalorização, “invisibilidade” das pessoas mais velhas nas sociedades visando melhorar a sua qualidade de vida e bem-estar.

Quadro 1. Diligências internacionais que visam influenciar as políticas públicas no sentido da promoção do papel das pessoas mais velhas na sociedade.

Organismo afeto à iniciativa	Âmbito da iniciativa
Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (1982) - Assembleia Geral das Nações Unidas em Viena (INE, 2002).	Início do movimento de ação internacional com vista à garantia da segurança económica e social das pessoas idosas, bem como o estímulo à criação de oportunidades, para que as mesmas possam contribuir para o desenvolvimento dos seus países. Aprovadas 62 recomendações em áreas como a saúde e nutrição; proteção no consumo; habitação e meio ambiente; bem-estar social; proteção social; trabalho; educação e família. Exortações com o objetivo de salvaguardar os direitos humanos durante o envelhecimento. Definida idade de pessoa idosa, 60 anos nos países em desenvolvimento e 65 anos nos países desenvolvidos.
Organização das Nações Unidas (1991).	Aprovados 18 direitos a favor das pessoas idosas, agrupados em 5 grandes princípios: Independência, Participação, Cuidados, Realização pessoal e Dignidade. Encorajados os governos a incorporá-los nos seus programas nacionais.
Assembleia Geral das Nações Unidas declara (1999) – Ano Internacional das Pessoas Idosas, sob o lema “Por uma sociedade para todas as Idades”.	Celebração que contribuiu para promover maior consciência da questão do envelhecimento no mundo; impulsionar a investigação e fomentar a ação dos governos na melhoria das condições de vida das pessoas idosas.
II Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento (2002) - Madrid.	Afirmação de que as pessoas idosas devem poder envelhecer em segurança, com dignidade e com possibilidade de continuarem a participar na sociedade como cidadãos de plenos direitos. Delineado o desenvolvimento de uma política internacional para o envelhecimento no século XXI.
União Europeia (2011).	Determinou o Envelhecimento Ativo estratégico para a agenda política europeia no horizonte temporal de 2020 (AGE, 2011).
Ano Europeu do Envelhecimento Ativo (2012).	Visou chamar a atenção para a importância do contributo das pessoas idosas para a sociedade e incentivar os responsáveis políticos e todas as partes interessadas a tomarem medidas para

Organismo afeto à iniciativa	Âmbito da iniciativa
	criar as condições necessárias ao envelhecimento ativo e ao reforço de solidariedade entre gerações.
OMS - Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (2015).	Descreve um quadro de saúde pública para a ação, desenhado com base no conceito de Envelhecimento Saudável.
UNECE - Aprovada a Declaração de Lisboa pelos Estados-membros da Comissão Económica da Região Europa das Nações Unidas (2017c).	Apresentada estratégia para promover o envelhecimento ativo e determinação de três prioridades até 2022: reconhecer o potencial das pessoas idosas; encorajar o envelhecimento ativo e garantir um envelhecimento com dignidade.
ONU (2020) - 75ª sessão Assembleia-Geral das Nações Unidas declara a Década 2021 –2030, a década do Envelhecimento Saudável.	Mudança de paradigma face à forma como as pessoas pensam, sentem e agem em relação à idade e ao envelhecimento; facilitar a capacidade dos idosos para participar e contribuir nas suas comunidades e sociedade; prestar atenção integrada e cuidados de saúde primários que atendam às necessidades das pessoas; e prover acesso a cuidados de longa duração para as pessoas idosas que deles necessitem.

Tendo em conta e, em articulação com tais orientações internacionais, nas políticas públicas de saúde portuguesas foram consideradas diretrizes, no sentido da proteção das pessoas idosas, algumas enunciadas no quadro 2.

Quadro 2. Estratégias para proteção das pessoas idosas na sociedade portuguesa

Organismo público	Deliberações
Ministério da Justiça - Estratégia de Proteção ao Idoso (2015).	Prevista a condenação de todas as formas de violência, abuso, exploração ou discriminação e a criminalização do abandono de pessoas idosas.
Direção Geral da Saúde - Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (2017-2025).	Objetivos Gerais: Sensibilizar para a importância do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações e promover a mudança de atitudes em relação ao envelhecimento e às pessoas idosas; Contribuir para o desenvolvimento de políticas que melhorem a qualidade de vida das pessoas idosas.

O sentido de tais conteúdos nas políticas de saúde, visam contrariar as conotações apenas negativas associadas ao envelhecimento que têm prevalecido socialmente. A perspetiva atual da conceção do envelhecimento para as políticas da saúde mundial, refere-se a uma realidade ainda não bem definida, sendo encarada como um fenómeno bastante complexo, caracterizado e refletido pela vivência de experiências heterogéneas e

subjetivas, dado que o processo de envelhecimento não ocorre da mesma forma para todos, e as variáveis e características que as cada pessoa atribui ao envelhecimento também é variável. No entanto a percepção da qualidade do envelhecimento é essencialmente determinada, pela capacidade intrínseca e capacidade funcional vividas pelas pessoas mais velhas (OMS, 2015).

A capacidade intrínseca composta por todas as capacidades físicas e mentais em que uma pessoa se pode apoiar em qualquer ponto no tempo, e capacidade funcional decorre da combinação das pessoas com os seus ambientes e da sua interação, resultando nos atributos relacionados com a saúde que lhe permitem ser ou fazer aquilo que valorizam (OMS, 2015). Tal, configura a funcionalidade da pessoa, ou a capacidade que possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência; para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente (DGS, 2017).

A OMS (2002, 2015), realça também que para além da dimensão biológica conotada ao envelhecimento, também a dimensão existencial da vida humana, pode conceder às pessoas a possibilidade de viverem com uma própria percepção de si e das suas capacidades.

O envelhecimento humano é sobretudo um processo dinâmico, desenvolvimental cuja diversidade das experiências e necessidades reconhecidas como complexas, constitui-se atualmente num desafio crítico para as pessoas, famílias, comunidades e políticas públicas, assim sendo, identificar as suas necessidades é o primeiro passo para garantir o apoio e serviços adequados para que as suas necessidades específicas sejam asseguradas (UNECE, 2017b).

A perspetiva do estudo acerca do fenómeno do envelhecimento, que se foque sobretudo nos aspetos negativos do mesmo, tanto a nível físico como em outras dimensões, associando-o sobretudo a sentimentos negativos e geradores de sofrimento, e que muitas vezes prevalece, também influencia a tendência de desinstituir estima, apreço e valor pelas pessoas mais velhas em função da sua idade biológica, tratando-se de uma perspetiva mais redutora, do desenvolvimento da vida humana em termos de início, desenvolvimento e decadência (OMS, 2015; UNECE, 2017b).

Compreensivelmente, cada vez mais a dimensão da satisfação de vida e os contribuintes para o bem-estar na velhice, constituem uma grande preocupação quer para a população

idosa, quer para os investigadores que estudam o envelhecimento (UNECE, 2017b). Portugal, embora seja um país com elevada esperança de vida à nascença, pois aos 65 anos, existe uma esperança de vida total em média de 19,6 anos, sendo de 17,7 anos para os homens e de 21 anos para as mulheres (Pordata, 2020), situando-se nos países da linha da frente em relação à esperança média de vida, depois dos 65 anos, a posição de Portugal inverte-se, sendo um dos países da Europa com menos esperança de qualidade de vida após esta idade, surgindo nos últimos lugares dos países europeus em relação à média de anos de esperança de vida saudável, bem-estar social e económico, traduzindo-se numa diferença de quase menos 10 anos em relação aos países com maior esperança de qualidade de vida depois da idade da reforma (Gabinete de Estatísticas da União Europeia [Eurostat], 2017).

Pela observação e vivência da atual realidade social e dos cuidados de enfermagem e de saúde, resulta a perceção pessoal de que as pessoas mais velhas podem experimentar sentir-se abandonadas, no entanto, nem sempre conjugado ou por referência à ausência da companhia física de alguém, mas que parece resultar de um estado subjetivo para nós desconhecido e não descrito no conhecimento de enfermagem, mas com indícios de sofrimento emocional e cujas respostas humanas relacionadas com a saúde e o bem-estar surgem menos estudadas e conhecidas.

Os aspetos enunciados sobre as pessoas com mais de 80 anos indiciam a vivência de vulnerabilidades acrescidas decorrentes de diferentes aspetos nesta fase de vida, e cujas experiências subjetivas vivenciadas por estas pessoas, que se constituem objeto do domínio do conhecimento de enfermagem, as quais podem ser mais amplamente e profundamente estudadas e compreendidas reconhecendo-se a continuidade e necessidade de desenvolvimento do conhecimento geral sobre as pessoas com mais de 80 anos (Lima & Menezes, 2011; Marques, 2017; Menezes & Lopes, 2009; Nilsson et al., 2003; OMS, 2015; Taborda & Vieira, 2011; UNECE, 2017b) e especificamente acerca das suas experiências subjetivas e as questões relativas à dimensão existencial como o sofrimento destas pessoas (Marques, 2017), pois na temática acerca das pessoas idosas, enquanto área de investigação, encontram-se menos estudos que retratem o cuidado às pessoas com mais de 80 anos (OMS, 2015) para posterior implementação de medidas e intervenções conducentes a ganhos em saúde (UNECE, 2017b).

Esta investigação toma como foco o fenómeno *sentir-se abandonado - pessoas com mais de 80 anos*, pois a compreensão das experiências subjetivas vividas pelas pessoas no âmbito das vivências sociais e dos cuidados de saúde e os seus significados, contribui significativamente para conhecer, identificar e atender às necessidades específicas de cuidados de enfermagem e de saúde, de cada pessoa e eventualmente do grupo etário que representa (Paterson & Zderad, 2008).

O termo *sentir-se abandonado* enquanto fenómeno e foco de atenção da enfermagem, não surge nas principais taxonomias de diagnósticos de enfermagem, NANDA-I e CIPE®, surgindo o termo abandono na NANDA-I (2018-2020), associado a comportamento físico aparentemente negligente por parte do adulto para com criança(s); sentimento de abandono ou desamparo surge ainda enquanto característica definidora do diagnóstico Angústia Espiritual, descrito como a situação na qual a pessoa sente solidão que não é preenchida com a relação interpessoal, e sente que ninguém a compreende (Berenguer, 2013).

Conforme a OMS (2012), o abandono é uma configuração de abuso e negligência para com as pessoas idosas na área da saúde, considerado como um único ou repetido ato, ou a falta de medidas adequadas, que ocorrem dentro de qualquer relacionamento onde há uma expectativa de confiança, que cause dano ou sofrimento a uma pessoa idosa. Esse abuso pode assumir várias formas, tais como abuso físico, psicológico ou emocional, sexual e financeiro, pode também ser resultado de negligência intencional ou não intencional (OMS, 2012; Pillemer et al., 2016; UNECE, 2017b; Yon et al., 2017).

A revisão da literatura de enfermagem efetuada em torno do tópico “sentir-se abandonado”, revelou tratar-se de um construto ainda não definido no conhecimento de enfermagem, mas na mesma revisão, a temática do abandono surge abordado nas experiências vividas nos cuidados de saúde (Anexo II), a partir da consideração de presença, ausência, omissão, negligência de ações implicitamente previstas ou algum tipo de contrato quebrado (legal, social, profissional, etc.). E o abandono também surgiu aludido a partir de uma dimensão não física, enquanto vivência que causa sofrimento subjetivo, e entendido pelos familiares de clientes de cuidados em lares de idosos como uma dimensão de negligência da dignidade humana.

Em termos históricos, o abandono surge ligado à biopolítica¹, desde a época Greco-Romana no contexto de políticas de eugenia, aproveitadas para o aprimoramento da sociedade (Leshem, 2017). A Aristóteles (384-322 a.C), é reconhecida a lei que permitia o infanticídio de qualquer criança nascida com deformidades, bem como a abdicação da responsabilidade de uma família sobre as crianças, sob argumento de condições socioeconómicas que não garantissem o sustento de mais crianças.

No século IV (d.C), apesar das transformações políticas e culturais, operadas pela teologia cristã, o abandono continuou a ser generalizado. Se nas formas greco-romanas o abandono fazia parte da lógica das políticas e das relações sociais, as instituições da Igreja integraram-no como uma forma de governar sustentando-se em aspetos socioeconómicos para o regular e impulsionar (Leshem, 2017).

A título de exemplo, a oblação que surgiu nos primeiros tempos medievais permitia que pais, por norma pobres, abdicassem da responsabilidade sobre filhos abandonando-os ao serviço monástico (Boswell, 1984). E assim o abandono assumiu uma dimensão mais pastoral², as crianças ficavam confinadas a uma vida de disciplina religiosa e nunca poderiam possuir legalmente uma propriedade, deixar a comunidade, ou casar (Leshem, 2017).

Nas suas conceções biopolíticas e económicas, o abandono tem subjacente uma ação e um resultado, sendo objeto de atenção a desigualdade de poder entre aqueles que o podem aplicar e aqueles que estão sujeitos ao mesmo.

Foi o “édito” de Claudius, no ano 47 (a.C) que declarou os escravos abandonados como livres, em vez de os considerar mera propriedade sem dono, mudando o significado de

¹ O biopoder tal como fletido por Michel Foucault (1999), refere-se às diferentes dinâmicas de construção de ações políticas que se exercem sobre as populações, exemplo, as políticas públicas “a biopolítica lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder [...]” (pp. 292-293).

² O modelo de Governo Pastoral, está amparado na perspetiva de que se governam pessoas mais do que territórios, por outro lado, está centrado no pastor que governa o seu rebanho: governam-se pessoas, não um território. Importante notar com esta metáfora: governar um rebanho não é apenas dirigi-lo, mas também cuidar dele; cuidar do rebanho como um todo, mas também de cada indivíduo que o compõe (Porto, 2020; Gallo, 2017). O modelo de governo grego estava centrado na metáfora do piloto que dirige o barco: governa-se o navio assim como se governa a cidade; as pessoas são governadas enquanto estão presentes no navio ou na cidade (Foucault, 2008, pp. 165-166). O modelo de Governo Pastoral, representa um sentido de governação sobre seres humanos (Porto, 2020).

abandono, o abandonado deixa de ser propriedade possibilitando a recuperação de agente³ do abandonado.

Para além de um potencial emancipatório, é também o “édito” que evidencia motivações e consequências diferentes para o abandono, emerge a perda de interesse de investimento funcional ou psíquico para cuidar do escravo abandonado, para além do sentido jurídico, patenteia uma forma essencial de abandono sem cuidados, uma forma intencional de renúncia, de pretensão pastoral, sendo identificado uma forma de abandono que se diferencia nas suas tradições apenas biopolíticas (Leshem, 2017).

O abandono surge também relacionado com o espaço geográfico, no século XIV, o uso típico do abandono enfatizava a sua aplicação material e prática ao direito de propriedade, as políticas de fechamento da época forçaram dezenas de milhares de famílias de agricultores a abandonar as terras habitualmente abertas. O abandono denotava alienação de propriedade e correspondente falta de habitação, produzindo formas de separação entre elementos da mesma família, os filhos da nova classe trabalhadora eram frequentemente vendidos como escravos e as mulheres ficavam para trás enquanto os seus maridos migravam para procurar trabalho.

A ascensão do capitalismo intensificou ainda mais a biopolítica do abandono por relação às condições impostas ao proletariado até ao fim do século XV, a servidão feudal caracterizava a condição de vida desprovida de proteções ou direitos legais, intensificando-se a partir do século XVI, época da pré-história do capitalismo, de qual resultou um tipo de vida extremamente vulnerável e o abandono considerado como resultado de processos de exploração e exposição a danos (Leshem, 2017).

No mundo ocidental e sobretudo na Europa também o abandono anónimo de crianças era banal desde a antiguidade até ao século XIX, consequência entre outros fatores da inexistência de mediadas de contraceção que permitissem controlar o número de filhos, e sobretudo resultado da pobreza generalizada, e produto de um código de honra que tendia a penalizar os filhos havidos fora da união conjugal (Sá, 1998).

³ Agente, não é apenas objeto sujeitado na relação de governante governado, refere-se à ideia de que o sujeito recebe a chance de experienciar a si mesmo, nas suas próprias realizações e capacidades, de ser membro de uma sociedade.

Apenas em meados do século XIX as novas ideologias sobre a família destituíram o sistema do abandono anónimo ao enfatizarem o lado emocional e sentimental da unidade familiar e sobretudo a sacralização da maternidade (Silva, 2014), e criação de dispositivos de vedação à possibilidade de abandonar crianças de forma anónima (Sá, 1998).

Na era moderna, o conceito de abandono passou a ser igualmente comum no estudo dos aspetos sociais, identificado na consequência direta da reorganização dos espaços por consequência do germinar da sociedade capitalista que conduziu à alteração das paisagens decorrente do abandono de cultivo agrícola e ascensão da paisagem industrial, com a fixação das populações em torno das fábricas, e o abandono intimamente ligado à quebra das infraestruturas sociais, vocações tradicionais e propriedade pré-moderna. É também uma experiência explicitamente física para aqueles que sofrem de doenças e deficiências e que a sociedade abandona, ao mesmo tempo existe a identificação de múltiplas formas de abandono menos explícitas e mais implícitas (Leshem, 2017).

Na era moderna o abandono é igualmente abordado no corpus filosófico e científico-social, numa forma menos explícita, numa dimensão mais metafísica, mas com impacto sobre a condição humana num estado existencial, oriundo das filosofias de *ser* que emergiram num mundo humanamente desorganizado e pouco coerente (Leshem, 2017).

Na contemporaneidade o abandono social assume uma variedade de escalas, desde portadores de demência abandonados nas ruas americanas e nos espaços domésticos na Índia (Marrow & Luhrmann, 2012), até à negligência e criminalização experimentada pelas comunidades nos enclaves da fronteira Índia-Bangladesh (Shewly, 2013), onde o abandono social aparece simultaneamente como um bio-produto social e geopolítico (Leshem, 2017).

Algumas catástrofes normalizaram o abandono e sistematizaram a sua função de uma forma que o torna generalizado, mas também desafiador como um objeto coerente de investigação (Leshem, 2017).

Das diferentes perspetivas e trajetórias teóricas, é a vida que é colocada como alvo central no abandono e no seu cerne está a precariedade da vida abandonada.

O conceito de abandono compreende uma relação íntima com as estratégias de poder e biopolítica, que evoluíram desde as tradições greco-romanas às lógicas de governamentalidade modernas.

A articulação do abandono à esfera que ocorre fora do âmbito do poder biopolítico que decorre do desinteresse ativo por quem está exposto ao seu mal. E nesse sentido o vocabulário concetual atual acerca do abandono que não esteja exclusivamente vinculado à biopolítica, surge incompleto, havendo lugar à redefinição do abandono enquanto abdicação integral do cuidado (Margaroni, 2005).

O abandono não tem de ser apenas atribuído a um único momento e espaço, pode compreender, um grande número de agentes, de processos, de relações e pode assumir desde um conjunto de práticas, mecanismos e procedimentos, em ambientes físicos e estruturados ou discursivos que se unem à sua produção, e pode assumir uma forma mais ampla como a abdicação da responsabilidade e a exposição ao dano e tornar-se banal (Leshem, 2017).

O termo abandonado a partir da origem do conceito de abandono, na área biopolítica, designa sobretudo vida despojada de estatuto político e alguém exposto à própria sorte.

A compreensão do significado *sentir-se abandonado* – pessoa com mais de 80 anos, enquanto fenómeno associado às experiências humanas nos cuidados de enfermagem, possibilitará considerar o termo abandonado numa dimensão sobretudo subjetiva, destacando o sentido dos significados das experiências vividas, e que contribuirá para o desenvolvimento do vocabulário em torno do conceito de sentir-se abandonado.

O percurso de investigação tem como objetivo compreender o significado do fenómeno *sentir-se abandonado - pessoas com mais de 80 anos*, e como finalidade contribuir para o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem, pela proposta de uma prototeoria compreensiva do cuidado de enfermagem [existencial] à pessoa com mais de 80 anos.

Justifica-se compreender o seu significado porque o grupo das pessoas com mais de 80 anos, é aquele que mais cresce em relação aos restantes grupos etários das populações mundiais e particularmente em Portugal, também o facto das necessidades das pessoas mais velhas se encontrarem menos estudadas e compreendidas do ponto de vista das suas vivências e experiências subjetivas (OMS, 2015) e os aspetos subjetivos importam igualmente para o conhecimento de enfermagem, pois dizem respeito à complexidade dos fenómenos humanos, e o entendimento ou interpretação das suas experiências no contexto da sua existência gera a compreensão do significado (Burns & Peacock, 2019).

A importância do seu estudo para a enfermagem relaciona-se com a natureza do cuidado de enfermagem humanística, que para atender efetivamente às necessidades específicas das pessoas com mais de 80 anos, necessita compreender essas necessidades como são compreendidas por elas próprias e como o cuidado de enfermagem lhes pode ser significativo, para melhor lidar com este fenômeno, e eventualmente o identificar e prevenir. E nessa medida perceber como o fenômeno *sentir-se abandonado* se relaciona, diz respeito ao cuidado de enfermagem?

Assim sendo, contribui para o entendimento dos significados individuais das experiências vividas pelas pessoas com mais de 80 anos, e a compreensão dos temas que lhe dizem e como lhe dizem respeito, podendo fornecer uma orientação útil aos enfermeiros na compreensão das vivências e necessidades a partir da perspectiva das pessoas com mais de 80 anos. Além disso, contribui para conhecer os assuntos / aspectos que lhe são comuns e que podem contribuir para tornar os enfermeiros mais alerta e contribuir para a sua tomada de decisão sobre problemas e necessidades acerca de quais, as pessoas com mais de 80 anos podem não ser muito evidentes ou diretos a relatar, descrever e manifestar.

A avaliação das necessidades das pessoas mais velhas, sobretudo em termos de saúde e bem-estar, é uma dimensão essencial da concepção das futuras políticas públicas e cujas estratégias de avaliação e identificação dessas necessidades requerem sobretudo abordagens personalizadas e centradas nas pessoas, para que as respostas sejam efetivas, atendendo à sua dignidade e independência (UNECE, 2017b).

O conhecimento atual contraria cada vez mais, muitos dos estereótipos construídos sobre os declínios inevitáveis e irreversíveis da idade, e o envelhecimento tende a ser considerado sob o ponto de vista de um fenômeno, face ao qual o ser humano vivencia mais do que consequências negativas da transformação dos seus vários sistemas biofisiológicos, mas que vive experiências próprias e relativas a uma fase do ciclo de vida humano. Tal constitui-se num desafio às diferentes esferas da sociedade, para responder às suas necessidades específicas e para as quais não estavam preparados, aos Estados, às famílias, às comunidades, e às políticas e metodologias de prestação de cuidados de saúde requer que se reprogramem de forma a permitirem às pessoas mais velhas, viver em conforto e segurança, de forma a aproveitar aquelas que são as potencialidades desta fase de vida (OMS, 2015; UNECE, 2017b), e dos enfermeiros requer padrões de cuidados

diferentes (Meleis, 2010).

Outra especificidade emergente sobre o envelhecimento e longevidade, aponta a diversidade, a subjetividade como características comuns na experiência de envelhecer, ninguém envelhece de forma igual (OMS, 2015; UNECE, 2017b), envelhecer é singular a cada ser humano, cada pessoa vive o envelhecimento tendo em conta uma multiplicidade de fatores intrínsecos e extrínsecos, mas em que a determinante da percepção sobre a própria saúde tende a ser a mais relevante (OMS, 2015). Assim, emerge e sedimenta uma necessária concepção de cuidado de enfermagem às pessoas com mais de 80 anos, que se centre na experiência pessoal vivida e na interpretação que as pessoas fazem do que vivenciam, para poder responder às suas necessidades de cuidados de enfermagem, nos quais as pessoas se encontrem envolvidas e os quais contribuam de forma significativa para a sua saúde e bem-estar.

A perspectiva do cuidado de enfermagem humanística considera que as experiências vividas, têm verdadeiro significado para os cuidados de enfermagem e para a existência humana quer do cliente, quer do enfermeiro, e por isso as designa de existenciais, centrando-se sobretudo na pessoa de forma mais global e integrada, do que na doença ou na sua fragmentação por dimensões isoladas (Paterson & Zderad, 2008).

Para a compreensão dos significados das experiências vividas pelas pessoas com mais de 80 anos, consideraram-se algumas ideias e princípios das orientações filosóficas subjacentes à Analítica Existencial de Martin Heidegger (2009), nomeadamente o seu modo de estudo e investigação das experiências humanas, ou seja analisar as experiências vividas (existência) indo além da própria existência, e a compreensão do ser humano enquanto *ser-aí (Dasein)* estabelecendo as bases para a compreensão do as pessoas com mais de 80 anos, numa perspectiva para além da física e concreta.

A base filosófica da Analítica Existencial pretende mostrar que o homem sujeito às circunstâncias do mundo, coloca a questão do *ser*, o homem é sempre compreendido a partir da sua existência, dos seus modos de *ser*, e para a compreensão de cada ser humano não importa, o conteúdo que cada um possui, mas como esse conteúdo se apresenta através de cada um (Pasqua, 1997).

A partir da tese de Heidegger (2009), as características fundamentais do ser humano não

são propriedades ou qualidades, mas modos em que é possível *ser*, cuja pertinência e o caráter abrangente de alguns dos conceitos usados se consideram apropriados para a exploração e compreensão do fenómeno *sentir-se abandonado – pessoas com mais de 80 anos*, suportado na perspectiva teórica do paradigma da existência.

As experiências vividas pelo enfermeiro que presta cuidados e pela pessoa que participa nas mesmas, quando assentes numa base fenomenológica sobre os fenómenos humanos, permite olhar as respostas humanas das pessoas com mais de 80 anos no seu processo de saúde, doença numa perspectiva desenvolvimental humana, perspectiva que se procura, para compreender as experiências dessas pessoas. O cuidado de enfermagem, compreende uma experiência fenomenológica entre um enfermeiro e uma pessoa cliente, relacionada com algum tipo particular de ajuda no domínio da saúde e/ou doença, tem por referência uma solicitação e uma resposta intencional (Paterson & Zderad, 2008).

A comunicação entre enfermeiro e pessoa com mais de 80 anos entende-se a partir de um diálogo vivido, e por isso vivo, a pessoa é vista como única e singular, o diálogo dá-se nos dois sentidos, porque as pessoas com mais de 80 anos requerem cuidados numa abordagem que relacione simultaneamente, aspetos objetivos e aspetos subjetivos das situações vividas, que respeite as suas condições físicas e limitações decorrentes do quadro clínico ou do processo do desenvolvimento humano, mas estimule a perspectiva de abertura às experiências de vida (Paterson & Zderad, 2008).

No contexto das preocupações relacionadas com a longevidade e mudanças relacionadas ao processo saúde-doença, e dos fenómenos associados ao idadismo (OMS, 2002; DGS, 2017) na interação entre enfermeiro e pessoa com mais de 80 anos, o enfermeiro tem a perspectiva de valorizar a pessoa ao potenciar o seu melhor bem-estar com mais *ser* e de co-experimentar e procurar com as pessoas o significado da vida e os seus fenómenos, como sejam o sofrimento, a morte, e outros. Requer uma atitude hermenêutica do enfermeiro que procura deixar-se afetar pela pessoa e que a pessoa se sinta afetada pela presença do enfermeiro, e dessa forma ambos estão humanamente presentes com mais *ser*. A combinação entre o fazer e o *ser* afirma-se como forma de uma resposta humana às situações igualmente humanas vivenciadas pelas pessoas, constituindo-se assim um "modo de cuidar inter-humano" específico da enfermagem (Paterson & Zderad, 2008).

Assim, é no “processo de cuidados de enfermagem” a estas pessoas onde o centro de

interesse é a pessoa e onde o enfermeiro possui os conhecimentos específicos que lhe permitem fazer o diagnóstico e o planeamento do trabalho, que ele próprio executa e controla (Amendoeira, 2000, p. 9), essa base de reflexão é fundamental ao apoio do enfermeiro para ajudar a pessoa a ser ela própria a dar significado(s) à sua situação, a si mesmo, e à sua vida, para tal o enfermeiro “escuta”, está atento aquilo que muitas vezes não é dito, e aceita diferentes modos de *ser*.

Deste modo age enquanto perito “a partir de uma compreensão profunda da situação global” (Benner, 2001, p. 58). Neste entendimento, as competências clínicas que suportam uma prática de enfermagem avançada, traduzem-se no aprofundamento relacional, no entendimento que cuidar (com desvelo, compaixão e solicitude), vai para além de prestar cuidados enquanto mero fazer técnico e rotineiro, comporta uma atitude também ela aprendida, treinada, investigável e validável, assim passível de se sintetizar em evidência científica de enfermagem (Queirós, 2017).

No cuidado às pessoas com mais de 80 anos valoriza-se a posse e o desenvolvimento de competências técnicas instrumentais, no entanto o enfermeiro de prática avançada, ou seja, humanística consegue uma prática relacional e cuidativa, atuando com elevado desempenho no âmbito de um cuidado integral de enfermagem.

Quando a perspetiva do enfermeiro se concentra, se foca na compreensão da pessoa com mais de 80 anos enquanto ser humano, ao invés de se focar apenas nos aspetos da idade e nos eventuais constrangimentos decorrentes da idade, possibilita ao enfermeiro, explorar e encaminhar-se a uma perspetiva mais global e integrada da pessoa enquanto *Ser* (Paterson & Zderad, 2008) e a não estar com a pessoa de forma rotineira e mecanizada (Doona et al., 1997).

Para as pessoas com mais de 80 anos, muitas vezes a vivenciar um padrão de morbilidade e comorbilidades, o cuidado de enfermagem humanístico entende a sua saúde como um processo de encontrar sentido na vida, que pode ser encontrado na vontade que uma pessoa tem de estar aberta às suas experiências de vida, independente do seu estado físico, social, psicológico ou espiritual, é algo mais do que a ausência de doença.

E mesmo que a pessoa se encontre em processo de doença, deste tipo de encontro entre o enfermeiro e o cliente tende a resultar sobretudo em conforto, e assim o cuidado de

enfermagem enquanto uma resposta humana, implica sempre a valorização de algum potencial humano do cliente (Paterson & Zderad, 2008).

Dada a singularidade vivida por cada pessoa na velhice, identificar as suas necessidades também de forma singular, é um desafio e passo indispensável para garantir os cuidados adequados, personalizados e que promovam sempre alcançar o bem-estar, assente na perspectiva de que os significados que as pessoas com mais de 80 anos atribuem às suas experiências vividas, e que importam para o cuidado de enfermagem, por possibilitarem conhecer a sua condição humana (Swanson, 1991), nesse sentido e em cada ato, o enfermeiro faz por querer conhecer a pessoa e a realidade que vivencia, esforça-se por entender determinado evento, e o significado que tem na vida da pessoa.

Sabendo-se o papel crítico que as redes de apoio, como sejam os conviventes significativos, e sobretudo as relações familiares próximas têm para as pessoas no combate à vulnerabilidade e na promoção da sua saúde (Reblin & Uchino, 2008), para as pessoas com mais de 80 anos este aspeto é ainda mais premente e crucial, dado que a rede social da pessoa é mais restrita a partir dos 80 anos (Litwin & Stoeckel, 2013).

O cuidado de enfermagem às pessoas mais velhas implica o estar com estas, na medida em que prevê sempre o seu envolvimento bem como o da sua família, na avaliação do seu bem-estar, no querer conhecer as suas opiniões e preferências.

Um ambiente terapêutico nos cuidados de enfermagem às pessoas com mais de 80 anos é assegurado na medida em que qualquer ato, por mais simples e mundano que aparente ser, possa constituir-se num momento cuidativo, porque nestes e através destes, o enfermeiro cria um ambiente que preserva sempre a integridade da pessoa (honrando a sua dignidade e tendo a possibilidade de tomar decisões sobre seus próprios cuidados), o que gera uma atmosfera de puro cuidado, e que permite ao enfermeiro ir além da dimensão física e possibilita o acesso ao núcleo da humanidade do cliente (Swanson, 1991).

Esta estrutura de cuidado de enfermagem reconhece a importância de cuidar as pessoas com mais de 80 anos na sua totalidade de seres humanos, na sua situação quotidiana e de ajudar a sustentar a sua vida significativa ao longo da sua existência.

O cuidado máximo é estabelecer uma relação de confiança que honre a condição de pessoa, preserve a dignidade e o valor, mantenha a esperança de um futuro significativo e,

assim, facilite a cura do cliente e da enfermeira (Swanson, 1991).

Encarar o envelhecimento como um período do desenvolvimento humano, requer igualmente considerar que o regozijo da longevidade também expõe a pessoa a maiores riscos decorrentes de vulnerabilidades nos campos da saúde, social, familiar e eventualmente outros (OMS, 2015) decorrentes de experiências de mudança sobretudo nos papéis desempenhados na vida e que acarretem a vivência de transições (Meleis, 2010).

Viver depois dos 80 anos é uma experiência complexa, pois pode resultar na deterioração da condição funcional (UNECE, 2017b), resultante da vivência de situações de ordem física, emocional, social ou outras, como sejam o luto por perda de pessoas significativas, com diminuição do bem-estar subjetivo e qualidade de vida (Berg et al., 2009; Lalive et al., 2010), tais experiências levam a alterações de identidade, papéis, relacionamentos, habilidades e padrões de comportamento, envolvem processos de movimento e mudança nos estilos de vida que por se manifestarem na saúde e no bem-estar, que são foco do cuidado de enfermagem (Meleis, 2010).

Dado que a preocupação com o bem-estar da pessoa com mais de 80 anos é um aspecto cerne para o cuidado de enfermagem (Meleis, 2010; Paterson & Zderad, 2008; Swanson, 1991), fundamenta a importância de identificar, reconhecer e sobretudo acompanhar a pessoa com mais de 80 anos, na vivência de transições para que ocorram de forma bem-sucedida com o menor impacto negativo na sua saúde e bem-estar.

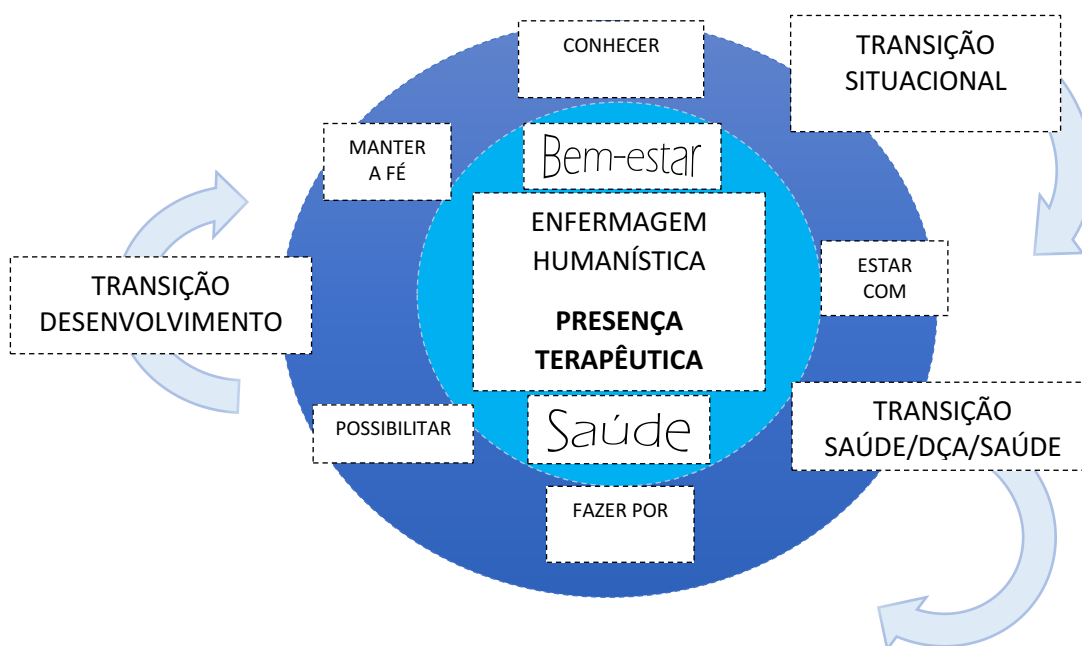
Na fase de vida depois dos 80 anos e por vezes de forma abrupta, ocorrem situações que levam a mudanças significativas na vida das pessoas, tais como a ocorrência de doença, a perda de um ente significativo como seja o cônjuge, que leve ao luto mais ou menos prolongado ou mesmo viver enlutado (Berg et al., 2009), a perda da independência no autocuidado (UNECE, 2017b), a ida para lar de idosos (Rossen, 2010) são exemplos de experiências que consoante o processo da experiência, a pessoa pode ficar mais vulnerável, pois está associado a eventos que exigem a definição ou redefinição do repertório de papéis pessoais e ou familiares (Meleis, 2007).

Tais perspectivas de cuidado de enfermagem às pessoas com mais de 80 anos, propõe uma base de compreensão do existir humano que visa o esclarecimento das experiências

específicas e respostas humanas às situações de vida e de saúde vividas de forma singular por cada ser humano depois dos 80 anos, que encontra uma estrutura de realização, que se pode tornar manifesto pela presença terapêutica de enfermagem.

Ainda que se reconheça dificuldade em explicar o significado de presença (Paterson & Zderad, 2008; Stanley, 2002), compreende o ir além de uma simples ação comportamental de enfermagem, é uma escolha e uma forma de estar que um enfermeiro faz, porque é dom do “eu” que só pode ser dado livremente, invocado ou evocado.

No esquema 1, representa-se de forma integradora o emergir da presença terapêutica de enfermagem enquanto conceito comum e agregador para a compreensão de fenómenos humanos subjetivos como o *sentir-se abandonado* - pessoas com mais de 80 anos.



Esquema 1. Proposta de Modelo Analítico “Estar Presente é uma forma de Cuidar Pessoas com mais de 80 anos sentindo-se abandonadas”.

A organização geral do documento-relatório desta investigação estrutura-se em duas partes, constituídas por 6 capítulos. A parte I, é composta pela introdução, em que se contextualiza a temática e a pertinência do estudo para o conhecimento de enfermagem.

Na parte II, apresenta-se o percurso metodológico da procura do significado de sentir-se abandonado com as pessoas com mais de 80 anos, a partir das suas experiências vividas e

relatadas em entrevistas realizadas no seu contexto real recorrendo à abordagem fenomenológica hermenêutica para a análise das mesmas, e a constituição dos 3 temas emergentes que explicitam o fenómeno.

No quinto capítulo, com base na análise dos dados recolhidos e linhas teóricas seguidas apresenta-se a proposta de uma prototeoria compreensiva - Cuidado de Enfermagem Existencial à Pessoa Com Mais de 80 anos, os seus principais conceitos e proposições.

No sexto e último capítulo apresentam-se as principais conclusões e implicações para a enfermagem, e nas secções subsequentes são apresentados as referências bibliográficas e os anexos.

PARTE II.
PERCURSO METODOLÓGICO

2 - PROCURAR O SIGNIFICADO DE SENTIR-SE ABANDONADO COM AS PESSOAS COM MAIS DE 80 ANOS

Para a compreensão do fenómeno *sentir-se abandonado* pela via da interpretação das experiências pessoais vividas e partilhadas pelas pessoas com mais de 80 anos, no seu ambiente natural de vida, a fenomenologia hermenêutica, constitui-se numa possibilidade válida para o seu estudo, pois possibilita construir e fornecer significados emergentes dessas experiências vividas, visando identificar o significados dos respondentes a partir da combinação da compreensão da investigadora sobre o fenómeno, das informações geradas pelos respondentes e dados obtidos de outras fontes (Wojnar & Swanson, 2007). Podendo assim obter-se uma compreensão mais em comum das expectativas e necessidades das pessoas com mais de 80 anos, face ao mundo, aos outros e aos cuidados de enfermagem.

Tem subjacente que o significado de cada situação humana é imanente a essa situação e que faz parte simultaneamente da compreensão e do cumprimento (Lévinas, 1997). O significado que se procura revelar encontra-se na transação entre as pessoas e as situações vividas, dado que elas constituem e são co-constituídos pelas situações (Munhall, 2012). Remete a uma noção de sentido e não tanto de objetividade, mas de compreensão, e cada situação da existência humana constitui uma forma de compreender, “no entanto, não existe aí apreensão objetiva” (Lévinas, 1997, p. 66).

A compreensão do significado das experiências das pessoas com mais de 80 anos enquanto seres existenciais e relacionais (Heidegger, 2009) e o cuidado de enfermagem às mesmas numa perspetiva existencial (Paterson & Zderad, 2008), tem subjacente aspetos subjetivos, e nesse sentido o necessário acesso a esses processos internos, por métodos que os permitam investigar, e que dão origem a compreensão, esse é atributo dos métodos de pesquisa da ciência humana e para o qual o paradigma qualitativo é exclusivamente adequado (Strauss & Corbin, 1992).

As metodologias qualitativas de investigação inspiram-se, entre outros, nos pressupostos do paradigma construtivista (Guba & Lincoln, 1994, pp. 105-117) que, no plano ontológico, assume que a realidade não existe fora da consciência do sujeito, tratando-se ela mesma de uma construção social impregnada de significado. No plano epistemológico, considera que o conhecimento é construído intersubjetivamente através de uma interação estreita

entre a pessoa cognoscente e o objeto. No plano metodológico, a interpretação da realidade, passa pela consideração e captação dos significados atribuídos pelos atores sociais aos diferentes aspetos do seu quotidiano (Smith, 2011).

Tendo em vista a compreensão do significado do fenómeno *sentir-se abandonado* – pessoas com mais de 80 anos, e a constatação da escassez de literatura acerca desta temática, traçou-se o percurso de um estudo qualitativo com orientação fenomenológica, por ser um método de pesquisa dirigido aos significados dos fenómenos humanos, para as percepções que as pessoas têm daquilo que vivenciam (Munhall, 2012; Sá et al., 2019; Thome, 1991; Van Manen, 2000).

Existem aspetos relacionados com a vivência de uma determinada situação que só ganham significado após termos passado por ela, daí a abordagem retrospectiva, permitindo uma visão global de um fenómeno, reportando-se a algo que já passou.

O interesse pelo significado enuncia desvelamento, a verdade não é uma «construção», uma representação, mas a apresentação das coisas, é «fazer ver a partir de si mesmo o que se mostra, tal como se mostra a partir de si mesmo» esta expressão significa o «retorno às coisas” (Pasqua, 1997, p. 29).

A palavra fenómeno de origem grega significa o que se mostra à luz do dia (Pasqua, 1997, p. 26). Nas palavras de Heidegger (1927, citado por Pasqua, 1997, p. 27), fenómeno é aquilo no qual alguma coisa se pode tornar manifesta, «o-que-se-mostra-em-si-mesmo», o manifesto visível em si mesmo, por consequência os fenómenos são o conjunto do que é evidente ou pode ser trazido à luz do dia.

No entanto o fenómeno não é aparência, mas a aparição que não é o que se mostra, mas qualquer coisa que se anuncia através de qualquer coisa que se mostra. O método fenomenológico permite aceder ao *ser* das pessoas com mais de 80 anos a partir dos seus comportamentos, mantendo simultaneamente a distinção entre o seu *ser* e o seu humano concreto (Pasqua, 1997, p. 27). Possibilita aceder à sua essência; e ao que significa viver depois dos 80 anos (Smith, 2011). No fundo, a fenomenologia permite o questionamento das formas de se experimentar o mundo depois dos 80 anos (Van Manen, 1990, p. 13). É por isso uma abordagem muito válida para o conhecimento de enfermagem pela sua

validade no estudo das experiências vividas por estas pessoas (Benner, 1994; Burns & Peacock, 2019; Conroy, 2003; Munhall, 2012; Sá et al., 2019).

A evidência de que cada pessoa envelhece e vive a fase de vida depois dos 80 anos de forma individual e única, remete para que só cada pessoa individualmente pode esclarecer as suas perspetivas, experiências, necessidades e revelar, os significados construídos e o sentido que fazem do que experimentam (Cohen, 2000), suscita o mundo da ontologia, o que significa estar neste mundo, o significado do *ser* no mundo, (Heidegger, 2009; Munhall, 2012; Rodriguez & Smith, 2018), como se apresenta à consciência das pessoas, não na sua estrutura, mas como é interpretado (Cohen, 2000; Heidegger, 2009; Munhall, 2012; Rodriguez & Smith, 2018). Uma das vantagens desta abordagem é que privilegia a voz, a experiência vivida pelas pessoas com mais de 80 anos, voz tanta vez calada ou obscurecida (OMS, 2002, 2012), e os significados revelados fornecerão uma base efetiva para relações proveitosas e terapêuticas nos cuidados de enfermagem às pessoas com mais de 80 anos que se sentem abandonadas (Cohen, 2000; Gill, 2015; Lopez & Willis, 2004; Smith, 2011).

A perspetiva paradigmática da enfermagem sobre as pessoas e as suas experiências vincula-as ao contexto em que ocorrem ou ocorreram (consigo próprios, com os outros e nos cuidados de saúde); igualmente reconhecer a partilha da cultura da investigadora com os participantes e a consciencialização de que dificilmente se conseguiria abstrair das suas experiências pessoais de enfermeira e cuidadora de pessoas com mais de 80 anos, estarão entrelaçados no processo de análise de dados, no entanto, sem descurar o esforço de realizar a interpretação dos fenómenos conforme experimentados pelos participantes (Bynum et al., 2019; Lopez & Willis, 2004; Rodriguez & Smith, 2018).

Para a colheita de dados interpretativa necessitou-se aceder às citações diretas dos participantes na forma de palavras (Cohen, 2000; Gilbert, 1997; Gill, 2015), e nesse sentido considerou-se as próprias pessoas com a experiência de viver com mais de 80 anos a melhor fonte de dados, selecionando-se uma amostra intencional de pessoas com mais de 80 anos, assumindo-se esse um dos critérios de inclusão neste estudo; bem como terem experiência de serem clientes de cuidados de enfermagem; serem orientadas (sem déficits cognitivos), ouvintes e falantes para que fosse possível a total compreensão dos seus depoimentos; e residentes no seu domicílio.

Realizaram-se entrevistas individuais fenomenológicas criando um processo de interação e diálogo com cada participante, incentivando cada um a descrever e expressar a sua experiência vivida e os significados sentidos em relação às situações experiências relacionadas com a fase de vida depois dos 80 anos, solicitando à pessoa que se lembrasse de episódios significativos e se expressasse a partir deles, da sua experiência vivida (Moreno López, 2014).

Acedeu-se aos participantes pelo método de bola de neve (Dewes, 2013; Vinuto, 2014), contactando diretamente pessoas com mais de 80 anos na comunidade, usando as suas ligações as outras pessoas da mesma idade, as quais ajudaram a identificar e a contactar; também se contactaram os filhos de pessoas com mais de 80 anos, tendo sido estes os elos de ligação aos participantes; e ainda através de um mediador que por realizar voluntariado junto de pessoas que reuniam as características de inclusão no estudo, colaborou na identificação e no contacto com as mesmas (Faugier & Sargeant, 1997).

Dois dos participantes viviam em casa dos filhos onde ocorreram os encontros, as pessoas contactadas tomaram a decisão de participar de forma independente, com conhecimento e acordo com os filhos; três participantes, mulheres residiam em casa própria, mas durante o dia frequentavam um centro de dia, onde passavam o dia e faziam as refeições, participaram neste estudo 25 mulheres e 5 homens, cujo seu estado civil inclui pessoas solteiras, casadas e viúvas. Três dos participantes vivem numa comunidade social e sem família ou sem apoio desta, e a depender sobretudo de solidariedade social, e dos vizinhos com os quais estabeleceram laços afetivos que foram descritos como família de apoio.

Os participantes preencheram todos os critérios de inclusão, tinham mais de 80 anos de idade, entre os 80 e os 97 anos, com capacidade para ouvir, falar, compreender e com experiência de terem recorrido a cuidados de enfermagem.

Pelos relatos dos participantes, foi possível perceber que os participantes possuíam condições económicas diversificadas, desde mais precárias vivendo de apoio social e solidário referindo-se à sua situação com a expressão “não ter o que por na panela”, a outros cujas condições económicas não surgiu como aspeto preocupante ao conversarem sobre as suas atuais condições de vida.

O nível de escolaridade dos participantes também foi heterogéneo, alguns dos participantes nunca frequentaram a escola, sobretudo as mulheres, como era comum em Portugal nas primeiras décadas do século XX, mas a maioria possuía instrução primária, embora em alguns casos incompleta, duas participantes possuíam licenciatura.

O número de participantes não foi ditado pela ideia de procurar saturação dos dados, por não fazer sentido dizer-se que se captou todo o significado fenomenológico de um fenómeno do ser humano como pode ser o sentir-se abandonado, podendo não haver ponto de saturação em relação a esse significado, já que o mesmo pode sempre ser retomado e explorado por dimensões de origem significado e aspetos de significância (Manen, 2014).

No entanto, considera-se que ainda que provisoriamente, se encontrou e criou uma lógica de conexões e interconexões internas que tornou defensável a compreensão do fenómeno de estudo e dando resposta ao objetivo da investigação, respondendo a algumas questões e deixando outras em aberto (Minayo, 2017) considerou-se a reincidência e complementaridade das informações.

Procurou-se estabelecer um entendimento de igualdade e respeito pelo ponto de vista do participante e desenvolver individualmente, um relacionamento positivo. Bem como o “estabelecimento de uma relação recíproca” que é particularmente importante no contexto de entrevistas em profundidade, dado que permitiu que a conversa se concentrasse nas questões consideradas mais pertinentes pelos participantes, a partir da sua subjetividade (Moreno López, 2014; Warren, 2002). Semelhantes a entrevistas interativas (Morse, 1990), ativas (Holstein & Gubrium, 1995). A informação trocada com os participantes e investigadora ocorreu em ambas as direções, em formato relativamente desestruturado, dando-se ênfase em ouvir o que o participante dizia, evitando orientar e controlar a conversa e centrá-la no participante (Geller & Greenberg, 2002; Khan, 2000).

As entrevistas ou conversas começaram com perguntas muito gerais, usando-se um protocolo semiestruturado, foram conduzidas individualmente em privado, em algumas situações as conversas progrediram para questões mais sensíveis e pessoais, pela iniciativa do participante (Geller & Greenberg, 2002; Warren, 2002;). Durante as entrevistas foi garantido que os participantes falassem apenas do que estavam dispostos a partilhar, não

estimulando ou explorando aspetos que de algum modo se mostrassem confrangedores para os próprios.

Outro dos aspetos de interesse nestas conversas foi a forma dos participantes se expressarem na sua própria linguagem e segundo a sua tradição (Cohen, 2000; Heidegger, 2009), porque se procurava compreender a forma como as pessoas com mais de 80 anos interpretam o seu mundo. Pois importava considerar o fenómeno de interesse, mas incluir igualmente os lugares das experiências, dos eventos das experiências no tempo e as formas de falar sobre essas experiências (Rodriguez & Smith, 2018; Steeves, 2000).

O entendimento que as pessoas têm do seu mundo e da sua situação de vida e o significado que fizeram disso, é contido geralmente nas narrativas ou histórias que eles contam, primeiro a si mesmos para ter sentido da sua experiência própria; depois, a familiares, amigos e outros atores sociais de suas vidas; e, finalmente, a qualquer investigador que venha perguntar (Benner & Wrubel, 1989; Dreyfus, 1991; Geertz, 1973; Khan, 2000; Sandelowski, 1993; Smith & Battle, 1994; Steeves & Kahn, 1995).

Outro aspeto igualmente relevante do discurso, é a possibilidade de atingir o sentido existencial das experiências relatadas pelos participantes, considerado na análise e interpretação dos dados, pois o discurso é «a articulação significativa da compreensão do ser-no-mundo no seu sentimento de situação» articula a comunicação e a manifestação da vida vivida, ou estruturação desta (Heidegger, 2009; Pasqua, 1997, p. 86) o *ser* do homem articula-se igualmente no discurso, pronunciado, no conjunto dizível de «coisas verbais». A linguagem exprime a abertura, ou revelação do ente cujo *ser* está lançado no mundo, eu sou o que digo, o ser-no-mundo é inseparável do ser-com-outrem, é por essa razão que é essencial ao discurso ser comunicado: «o discurso é articulação significante da estrutura compreensível do ser-no-mundo de que o ser-com-outrem é inseparável e que se concretiza sempre num modo qualquer do ser-em-comum preocupado, a comunicação expressa a relação ontológica que une o discurso, o compreender e a *ek-sistência*» (Pasqua, 1997, p. 85).

Tenta-se assim invocar o conhecimento através da linguagem que, de maneira curiosa, parece não ser cognitivo, mas que é importante, porque a enfermagem, exige não apenas técnicas e conhecimento especializado, que podem ser ensinadas, mas também habilidades discretas, intuitivas e tácitas, onde se enquadram as contribuições relevantes

da fenomenologia hermenêutica para a epistemologia da prática profissional (Manen, 2000).

As entrevistas foram realizadas nos locais de preferência dos participantes, tendo todos optado pela sua residência, e nos espaços sugeridos pelos próprios, maioritariamente no interior da casa normalmente na sala, mas também ocorreram algumas no exterior como no quintal. O tempo médio das entrevistas variou entre os 35 minutos e 2 horas e 15 minutos. As entrevistas foram transcritas na íntegra para garantir a originalidade das ideias. A cada entrevista foi atribuído um código E (entrevista), N.C (nota de campo) e N (número relacionado com a ordem de realização da entrevista e da nota de campo).

Ao longo da transcrição das entrevistas fez-se uso de alguns símbolos para caracterizar algumas situações específicas, nomeadamente:

- (...) – excerto da transcrição original sem relevância para a análise em estudo;
- ... – pausa no discurso dos participantes;
- [] – texto adicionado para contextualizar o discurso do participante.

A transcrição integral de cada entrevista, ocorreu tão depressa quanto o possível, no entanto as notas de campo foram realizadas no próprio dia, após a realização de cada entrevista.

A perspetiva disciplinar da Teoria Humanística proposta por Paterson e Zderad (2008) referencial teórico e guia orientador para analisar e interpretar os dados resultantes dos relatos dos participantes, sustenta que se aborde as experiências humanas ocorridas na enfermagem, como experiências existenciais ou experiências autênticas, genuínas ou “deixar ser o que é”, em que a preocupação da enfermagem não é meramente com o bem-estar da pessoa, mas com o seu *mais ser*, ajudá-la a tornar-se o mais humanamente possível na sua situação particular de vida.

Para sustentar a perspetiva deste cuidado à pessoa com mais de 80 anos, houve a necessidade considerar atentamente as suas orientações filosóficas (Rosa et al., 2010), nesse sentido recorreu-se à filosofia hermenêutica, mais propriamente à Analítica Existencial de Martin Heidegger na sua obra *Ser e Tempo* (2009), cuja filosofia refere-se à especificidade de pensar a existência indo além da existência (Werle, 2003), e estabelece as bases para a compreensão do *ser*. E nessa medida poder pensar, analisar e interpretar

as experiências das pessoas com mais de 80 anos numa perspectiva para além da física da concreta.

Para tal, mostrou-se necessário apreender alguns dos fundamentos da sua filosofia para a interpretação das experiências relatadas pelos participantes.

Heidegger (2009) propôs-se analisar como o ser humano vivencia as suas experiências fazendo uma reflexão sobre a existência humana, através da interrogação sobre o sentido do *ser*, questionando o próprio modo de ser e de habitar o mundo, de conduzir a própria vida, com propósito de compreender o sentido da existência humana.

Na Analítica Existencial pretende mostrar que a facticidade do homem (submetido às circunstâncias do mundo) coloca a questão do *ser*, o homem é sempre compreendido a partir da sua existência, dos seus modos de ser, e para a compreensão de cada ser humano não importa, o conteúdo que cada um possui, mas como esse conteúdo se apresenta através de cada um (Pasqua, 1997).

A partir da sua tese, as características fundamentais do ser humano não são propriedades ou qualidades, mas modos em que é possível ser, cuja pertinência e o carácter abrangente de alguns dos conceitos usados consideram-se apropriados para a exploração e compreensão do fenómeno *sentir-se abandonado- pessoas com mais de 80 anos*, suportado na perspectiva teórica do paradigma da existência.

A relevância do pensamento de Heidegger para analisar a existência das pessoas com mais de 80 anos consiste na sua tematização, de noção de ser no mundo, "ser-em", a sua relação com o mundo, e da sua relação com os outros seres humanos, dado o seu alcance de compreensão do significado da experiência humana, atendendo aos fundamentos ontológicos da realidade.

Dado o elevado grau de complexidade da obra *Ser e Tempo*, para a sua leitura e interpretação recorreu-se em simultâneo à articulação a outros autores que investigaram esta obra, usando como referências base as obras de Pasqua (1997), Lévinas (1997), Gorner (2018), entre outros artigos científicos.

No entanto, não foi pretensão neste estudo abarcar toda a sua obra, mas recorreu-se aos termos que elucidam, lançam as bases para a compreensão da questão do desvelamento do fenómeno em estudo, ou seja, de interligar a noção do *ser* às pessoas com mais de 80

anos, que se encontram em comportamento no mundo cotidiano, enquanto seres no mundo; seres com os outros e a noção de cuidado na sua existência.

Na sua obra da Analítica Existencial sobre a existência humana Heidegger (2009), concebe e cria e usa terminologia própria com diversos termos, entre os quais *Ente*, *Ser* e *Dasein*.

O ente designa uma multiplicidade de coisas e modos: aquilo que falamos, aquilo que *pensamos*, aquilo ao qual nos comportamos, o que nós próprio somos. O *ser* habita no «quê», no «quem», naquilo que subsiste no que existe, mas que só é possível pela análise do ente (Pasqua, 1997).

Muito particular é o conceito de «*Dasein*», que significa Ser-aí, ou ser-no-mundo, que na sua complexidade, constitui-se como um termo essencial. É um termo que representa a noção da existência humana dentro do seu contexto, ou o que é ser humano no mundo (Burns & Peacock, 2019).

Dasein é o termo nuclear a partir do qual Heidegger (2009) discute/trabalha a sua perspectiva de *ser*, significa um ente “especial”, dado que é o único ente com capacidade para se interrogar acerca do seu *ser*, não tem tradução para a língua portuguesa, mas pela decomposição da palavra *Dasein*, é possível compreender o seu significado, “Da” significa “aí”, e “sein” significa *ser*, ou seja, “ser-aí”, *ser* enquanto lançado no mundo. A perspectiva de *Dasein* sobre o homem, não é em termos do humano, mas de um ser colocado/lançado em um mundo e nas possibilidades de poder *ser* desse ser enquanto humano (Pasqua, 1997).

Cada um é o *Dasein*, faz parte de uma construção ontológica do questionamento das possibilidades, que cada ente comporta, habita um *ser*, entes com possibilidades serve, para denominar o modo de ser do homem, a questão do *ser* faz parte do que ele é, mas cabe ao ente responder pelo seu ser (Pasqua, 1997, p. 18).

O *Dasein* e o mundo são as duas faces de uma mesma realidade: o ser-no-mundo (Pasqua, 1997, p. 53) significa “nós mesmos” (Araújo, 2007).

Heidegger, procura fugir das concepções tradicionais da metafísica porque o seu objetivo é conseguir um pensamento essencial do *ser*, que escapasse das armadilhas de uma equivocada “entificação” do *ser* (Pereira, 2008).

Na sua perspectiva chamar de “homem” ao homem, como a tradição metafísica o fazia, não

evidenciaria, de modo suficiente e satisfatório, a distinção essencial entre *Dasein* e todos os outros entes (Heidegger, 2009).

O *Dasein* compreende o seu próprio ser a partir do ente, mas os entes não são o *ser*, têm o *ser*, só o *ser* explica o *ser* do ente e não o que não é (Pasqua, 1997, pp. 22-23).

A fenomenologia de Heidegger não tem a intenção de falar sobre o “quê” das coisas, mas do “como” (não mostra nada de novo, mas possibilita conhecer tudo), Heidegger (2009) não tem a intenção de dizer o que é o *ser*, nem o que é o *Dasein*, mas como são, como se apresentam. É esse “como” que mostra toda a complexidade do *Dasein* no caminho de uma compreensão do *ser* (Araújo, 2007).

Como afirma Ayres (2004) procura por um fundamento não-fundamentalista para a compreensão deste *ser*, e aponta a situação simultaneamente temporalizada e atemporal, determinada e aberta, coletiva e singular do ser humano.

Dasein é a explicitação ontológica que do ponto de vista Heideggeriano, desvela uma estrutura de realização, isto é, aquilo que possibilita as várias maneiras de algo, de tornar-se manifesto, enquanto a dimensão ôntica mostra tudo o que é percebido, entendido ou conhecido de imediato pelo homem (Braga & Farinha, 2017).

Sob esta perspectiva às pessoas com mais de 80 anos, na sua vida quotidiana, cabe-lhes responder pelo seu *ser* (Pasqua, 1997, p. 18), o *ser* habilita todos os seres a revelarem-se como o que, e como são (Leopoldo, 2006), a revelação do *ser* é a própria condição humana (Lévinas, 1997, p. 84).

Perspetivar cada pessoa com mais de 80 anos enquanto ser-no-mundo significa que “existe” de tal maneira que a sua maneira de *ser* e a sua essência coincide com a sua existência. E a noção da existência e da compreensão de um conhecimento faz-se por meio da própria existência (Lévinas, 1987, p. 95).

As pessoas com mais de 80 anos na sua existência estão constantemente na intersecção entre o que compreendem de cada situação e o modo como são afetados e respondem ao mundo.

Os resultados da análise da transcrição dos relatos das entrevistas aos participantes que de seguida se apresentam, referem-se à compreensão dos dados dentro da proposta do Círculo Hermenêutico, ou seja, o processo de considerar refletidamente como os dados (os

excertos) contribuem para a compreensão do fenômeno enquanto um todo, e em que cada um realçou o significado do outro, compreendeu um vaivém entre pré-entendimentos e um entendimento mais completo (Bynum et al., 2019; Cohen et al., 2000).

No sentido do objetivo do estudo seguiram-se os princípios norteadores da fenomenologia interpretativa subjacentes à análise dos dados, de tentar: entender os fenômenos do mundo tal como nos são apresentados; entender como é que vamos entender o mundo tal como é apresentado; e entender o próprio *ser* (Cohen, 2000). Para este processo interpretativo seguiu-se o modelo de análise fenomenológica hermenêutica proposta por Cohen et al. (2000), percorrendo as etapas do mesmo, e chegar à obtenção de uma descrição consistente para o significado de *sentir-se abandonado – pessoas com mais de 80 anos*.

Uma descrição consistente de *sentir-se abandonado* é aquela que capta a experiência na perspectiva dos participantes, na sua complexidade mais completa e mais rica (Denzin, 1989; Geertz, 1973).

No sentido da análise hermenêutica teve-se presente que o que primeiramente se apreende, o que se mostra diretamente, tende a ser significância ôntica, e as revelações ontológicas ou de sentido ontológico, o que tende a estar mais encoberto, por trás das aparências.

O tipo de comunicação não verbal usada pelos participantes nos seus depoimentos foi importante, no sentido de que se teve em consideração para considerarmos de como determinada experiência lhes era mais marcante, significativa⁴. A expressão significados sentidos corporalmente implica para o autor de que existem outros tipos de significados (Moreno López, 2014). Quando nas entrevistas o participante acompanhava o seu discurso com contração ou relaxamento do seu corpo ou de algum segmento de modo mais particular, também pelo sentido da repetição de um acontecimento. Nos relatos de acontecimentos significativos associados a sofrimento pessoal intenso, a linguagem pela articulação de palavras tendia a terminar, e muitas vezes verbalizavam “não há palavras” para explicar, a que quase sempre se seguiam silêncios ou lágrimas.

⁴ Os significados das expressões corporais sentidas são sinónimos de significados vividos (Moreno López, 2014).

O gesto de tocar no peito com a(s) mão(s) abertas, denotava que essa passagem era existencialmente significativa e marcante, e que revela numa perspectiva hermenêutica, manifestação de essência, esta reflexão ajudou a considerar, ajuizar, mas não julgar sobre as “experiências existenciais” do ponto de vista, da perspectiva, de quem a viveu, os participantes, e não de quem observava.

Quando convidados a falar um pouco sobre si, na fase de vida depois dos 80 anos, maioritariamente os participantes falaram com entusiasmo ou até algum saudosismo, optando por falar sobretudo nos papéis que desempenharam ao longo da sua vida, como serem pais, serem cônjuges, ou o papel profissional desempenhado.

O contexto cultural e histórico dos participantes, contribui para a compreensão das suas experiências pessoais, pertencentes sobretudo à classe rural, e ao género feminino, nas histórias individuais relatadas relevaram a importância da família enquanto relação de pertença nesta fase de vida, pelo que o relato dos conflitos familiares sobretudo entre irmãos, e entre pais e filhos, tornam-se muito penosos e geradores de sofrimento nesta fase de vida.

Em algumas situações sobretudo para as participantes mulheres e mães, ao falarem nesses conflitos, fizeram-no com tristeza, transparecendo na linguagem não verbal, a dificuldade manifesta em encontrar palavras para descrever os sentimentos de sofrimento e sobretudo a falta de capacidade de encontrar a justificação da existência contranatura, em seu entender, de conflitos entre pais e filhos ou entre irmãos. Nestas situações, o momento da entrevista foi usado por alguns participantes como momento de aliviar e de partilhar o que lhe “ia na alma”.

Maioritariamente os participantes casados ou viúvos, expressaram gratidão por terem relacionamentos gratificantes com os cônjuges ou com os filhos e consideram esse aspeto a mais-valia nesta fase de vida.

Após a realização de cada entrevista procedeu-se à sua transcrição na íntegra, no menor espaço de tempo possível, a fim de manter o registo não só das palavras, como da envolvência através das “notas de campo” essas realizadas no próprio dia da entrevista, associadas a aspetos que não podem ser discernidos a partir da transcrição da gravação, tais como, a linguagem corporal, tom de voz, distrações ambientais, vestuário e conduta

do participante e os símbolos importantes no ambiente de cada participante e outros passíveis de propiciar significados a serem levados em conta para a interpretação do ponto de vista do participante (Cohen et al., 2000, p. 65).

Realizar as entrevistas no ambiente natural dos participantes, permitiu compreender que a qualidade dos sentimentos, auferidos nos espaços (casa, quintal, horta) se relacionava com o seu estado de bem-estar existencial ou na falta deste.

No caso de uma participante que vivia numa casa do tipo vivenda (onde ocorreu a entrevista), com espaços interiores e exteriores bastante amplos, durante toda a entrevista se pronunciou em relação aos mesmos, como um lugar onde se sentia oprimida, relatando “asfixia-me, falta-me o ar”, “sinto-me aqui presa” (n.c, 8).

Percebeu-se no contexto da entrevista, que aqueles espaços, antes habitados, partilhados com o marido (falecido há cerca de 25 anos) e filhos agora casados e a viver nas suas próprias casas, na ocasião a participante encontrava-se a habitar aquela casa sozinha, e ainda que tivesse a companhia e apoio das filhas em algumas horas do dia, uma das quais habita numa casa contígua à sua, esta proximidade não preenchia o seu sentido existencial de se sentir acompanhada, e sentia-se só e em sofrimento, por um luto duradouro há mais de duas décadas, por morte do marido e de um neto.

Por contraste, outros participantes referiram que após se reformarem desenvolveram com o seu espaço casa, quintal, jardim, locais de eleição onde se sentem bem, e gostam de passar o seu tempo, referindo também diminuição da apetência e por vezes menor capacidade para o convívio social, fora de sua casa, uma vez que o seu convívio passou a ser tendencialmente sobretudo com os elementos da família, essencialmente os filhos e netos, também no contexto mais global das entrevistas foi possível compreender que no quintal, horta ou jardim desenvolvem alguma atividade e o sentido de gostar, poder, querer ter uma atividade depois dos 80 anos, é sentido globalmente como continuidade da vida.

Outro exemplo de uma experiência significativa vivida relatada por um participante, ocorreu quando o mesmo esteve internado numa unidade de cuidados de saúde hospitalar, onde no contexto do tratamento de uma situação de alteração da sua saúde permaneceu em pausa alimentar durante alguns dias, período em que para além de não poder comer

ou beber, permaneceu com uma sonda nasogástrica, dispositivo para drenar o conteúdo gástrico.

E relata que num dado momento do internamento dirigiu-se aos profissionais de saúde, com a intenção de informar que uma pessoa com quem partilhava o quarto, tinha caído da cama, e que estes nessa altura se encontravam numa sala a partilhar uma ceia por ocasião da passagem de ano. Assim que o participante se aproximou da sala onde os profissionais se encontravam, o primeiro comentário que refere ter ouvido foi, “é servido?” ainda que fosse um comentário de cariz de convivência social, ao qual o participante respondeu “muito obrigado!” também no sentido de uma resposta socialmente correta, no entanto exclama: “ainda a fazer pouco!” argumentando, que enquanto profissionais de saúde, sabiam, da sua condição de não poder comer e ter de suportar um dispositivo invasivo continuamente, o que por si só, já era gerador de sofrimento, e o comentário ainda que possa não ter sido propositado a isso, foi vivido e relatado como um sofrimento acrescido, ao que já sentia, pelo jejum e pelo desconforto da sonda nasogástrica, mas cujo propósito de resolução de sua situação de saúde-doença, lhe atribuía um sentido, no entanto o comentário foi sentido como despropositado, infringindo sofrimento acrescido por não lhe atribuir sentido (Frankl, 1984).

Esta experiência teve um sentido existencialmente negativo por parte de quem a viveu, por ser um comentário, revelador de não consideração pelo seu sofrimento, e o sentido da expressão “ainda a fazer pouco” teve para o participante, um sentido de desconsideração por si enquanto *ser*.

O círculo hermenêutico como guia na interpretação dos dados, significa que o processo de indagação comporta vários níveis, a análise dos dados teve início verdadeiramente durante a realização das entrevistas, quando ao ouvir se refletia ativamente sobre o significado do que estava a ser dito pelo participante (Cohen et al., 2000).

Lida a transcrição de cada entrevista várias vezes para desenvolver uma compreensão do seu texto, e chegar às unidades de significado, identificaram-se termos, palavras, frases ou explicações consideradas como sentidos que estruturam os pensamentos e as experiências que os participantes procuravam transmitir, e assim partes dos relatos das entrevistas foram compreendidas em relação a toda a entrevista e reciprocamente o global de cada entrevista foi melhor compreendida por essas partes dos relatos.

Para cada unidade de significado, nomes de temas e subtemas provisórios foram adicionados às margens de cada transcrição da entrevista, com aspetos conceptuais provisórios colocados em caixas de texto, com os números de linha correspondentes das declarações significativas de cada participante, e os excertos foram identificados com nomes provisórios, mas similares, aos que foram sendo atribuídos em cada entrevista. Essa compreensão que emergiu da análise inicial foi sendo submetida a escrutínio à medida que mais dados eram recolhidos. Isso levou a aperfeiçoamento desses entendimentos, que foram sendo novamente analisados à luz dos novos dados.

Seguiu-se então a transformação ou redução de dados, este passo envolveu alguma subjetividade e decisão acerca do que era relevante para a compreensão do fenómeno deste estudo, foram também eliminadas algumas das muletas linguísticas e tiques verbais presentes no *verbatim*.

Tendo em conta os nomes dos temas provisórios atribuídos reagruparam-se e reorganizaram-se as unidades de significado de acordo com aspetos temáticos agregadores que emergiram das sucessivas releituras. O objetivo desta fase foi o de reagrupar as unidades de significado por temas, sem seguir regras ou critérios preestabelecidos.

Esta fase envolveu a procura de padrões entre os relatos que constituíam a descrição do que elas expressavam e o que as diferenciava entre si, averiguando as conexões o que possibilitou a identificação de temas mais evidentes.

Durante este processo houve necessidade de redefinição de alguns temas, os temas foram nomeados e vinculados ao texto de origem por referências a citações específicas e por meio do número de entrevista e linhas respetivas (Cohen et al., 2000; Manen, 2003).

E pelo processo de escrita e reescrita, desenvolvido desde a identificação, construção e comparação dos temas alcançou-se uma imagem coerente do todo. Este processo para além de documentar todo o processo, permitiu refinar a interpretação dos dados extraíndo-lhe os verdadeiros significados e validar a identificação dos temas.

As notas de campo elaboradas, subsidiaram a clarificação e contextualização e identificação dos temas.

O objeto deste estudo centra-se na realidade dos seres humanos com mais de 80 anos, como eles experimentam o seu mundo, não apenas do ponto de vista da idade biológica,

mas do ponto de vista subjetivo, relativo aos significados das suas vivências e experiências. Refere-se ao mundo subjetivo-objetivo que ocorre entre seres subjetivos-objetivos (Paterson & Zderad, 2008).

Para procurar nexos de sentido do fenómeno *sentir-se abandonado*, colocaram-se questões abertas iniciais a cada participante: “Gostava de conhecer um pouco de si”; “Como é a sua experiência si viver depois dos 80 anos, pode contar-me um pouco da sua experiência?”, “existe alguém ou alguma coisa com quem, com o qual contava e que isso não aconteceu?”.

Convidados a falar um pouco acerca de si e sobre o que quisessem da sua experiência de vida, os participantes maioritariamente mulheres, falaram com entusiasmo ou até algum saudosismo, optando por falar sobretudo nos papéis que desempenharam ao longo da sua vida, onde incluíram na sua história de vida as dificuldades socioeconómicas por quais passaram na infância, juventude e idade adulta, não desligado do facto de serem pessoas que nasceram, cresceram e se desenvolveram até à década dos anos 30 do século XX, época de vigência do Estado Novo em Portugal, regime político instituído por António de Oliveira Salazar, inspirado nos regimes instituídos por Benito Mussolini na Itália e por Adolf Hitler na Alemanha, que vigorou em Portugal desde 1933 até 1974. A agricultura era o principal setor de atividade e a imagem da simplicidade do trabalho e da família, pertencentes sobretudo a uma população rural e classe camponesa que vivia essencialmente de uma agricultura de subsistência (Rosas, 2012).

Traduzindo-se em condições de vida marcadas por privações, alimentares, educacionais e de trabalho tal como elucidado no relatado por uma participante “(...) *não davam merenda à gente (...) não davam nada (...) Os ricos eram os piores, os pobres davam sempre um bocadinho de pão com azeitonas (...) os grandes (...) nada! Os patrões já eram ricos porque é que ele fazia aquilo à gente?*” [...] *era tão mau, tão mau, (...) partiu a infusa e foi comprar uma pequenina para a gente não se empatar tanto a beber água, porque andávamos cheias de sede (...)*” (E25, L159-162; 180-182).

Os portugueses sob este regime enfrentaram condições de vida duras contexto, do pós segunda guerra mundial, quase analfabetos, este período para além de restrições económicas foi igualmente marcado por grande controlo – falta de liberdade de expressão, proibição de partidos políticos, proibição de atividades religiosas fora da Igreja Católica,

proibição de associações, reuniões ou conferências não autorizadas, e ainda a proibição de sindicatos ou greves (Rosas, 2012).

Este regime político conservava à mulher um papel tradicional, como mãe, dona-de-casa e em quase tudo submissa ao marido, sendo que a Constituição de 1933 estabeleceu o princípio da Igualdade entre cidadãos perante a Lei, mas com algumas exceções. Durante este regime de ditadura a mulher praticamente não tinha direitos. Se se tratasse de uma mulher casada, os direitos eram exercidos pelo chefe de família. A lei portuguesa designava o marido como chefe de família, donde resultava uma série de incapacidades para a mulher casada, contrariamente à mulher solteira, que era considerada cidadã de plenos direitos, a mulher não tinha direito de voto, era-lhe vetada a possibilidade de exercer algum cargo político, e, mesmo em termos da família, a mulher não tinha os mesmos direitos na educação dos filhos (Neto, 2005).

Nesta altura, a Lei atribuía à mulher casada uma função específica: o governo doméstico, o que se traduzia pela imposição dos trabalhos domésticos como obrigação. E os poderes especiais do pai e da mãe em relação aos filhos resultavam na sobrevalorização do pai e subalternidade da mãe, que, como recomendava a lei, apenas devia ser «ouvida» (Neto, 2005).

Por esta altura também o divórcio era proibido em Portugal, e todas as crianças nascidas de uma nova relação, posterior ao primeiro casamento, eram consideradas ilegítimas (Neto, 2005).

Esta contextualização social presta-se para fundamentar quer alguns relatos dos participantes sobretudo do sexo feminino, mas também o misto de sentimentos expresso pelas mesmas nos encontros, pois, se por um lado e comparativamente com a atualidade, esses tempos representavam ter uma qualidade de vida pouco digna, por terem sofrido restrições alimentares, pouca oferta de trabalho e falta de cuidados de saúde, por outro lado, manifestaram sentir saudades das vivências da sua juventude e de fases posteriores, e sentirem que de algum modo realizaram uma façanha, por terem sobrevivido a esses tempos de privações e até terem prosperado.

Nas etapas de interpretação do modelo seguido, teve-se subjacente uma orientação ontológica para análise das experiências dos participantes, tendo em vista a compreensão

do significado de *sentir-se abandonado*, não encontrado de forma explícita ou direta nas experiências relatadas, mas antes velado nas mesmas, usando-se para tal um processo dialético e interpretativo entre os relatos e os sentidos expressos nos relatos das mesmas.

2.1 – Considerações Éticas

Na realização desta investigação regemo-nos pelo cumprimento e respeito dos princípios éticos inerentes à realização de investigação de enfermagem de fenómenos humanos (Heale & Shorten, 2017).

O estudo teve o parecer positivo da comissão de ética do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, cujas apreciações e recomendações contidas no seu parecer nº 40/2017, foram consideradas e incluídas no desenvolvimento do estudo.

A investigação visou o desenvolvimento do conhecimento da enfermagem pela via do paradigma interpretativo, tendo envolvido as experiências de vida de pessoas com mais de 80 anos, os procedimentos para garantir a proteção dos seus direitos humanos básicos enquanto pessoas consideradas potencialmente vulneráveis.

Os participantes aceitaram participar no estudo, bem como que se pudesse gravar as entrevistas assinando livremente o Termo de Consentimento Livre e Informado (Anexo II), onde se descreve o objetivo do estudo, a identificação da investigadora e a informação de que poderiam retirar o seu consentimento e decidir não participar a qualquer momento do estudo, no entanto o consentimento trata-se de um processo, e não apenas um documento que se solicita aos participantes assinar, esse processo incluiu atender a diferentes princípios.

O princípio do respeito pela identidade e privacidade dos participantes foi considerado, garantindo o anonimato, garantiu-se a não associação dos participantes aos dados obtidos, através da codificação das entrevistas por letras e números, e não transcrevendo os nomes pessoas, de localidades ou de instituições de saúde, protegendo a sua confidencialidade. As entrevistas, foram guardadas em formato digital (áudio) e *word* e serão preservadas até à defesa pública desta tese.

A ética norteadora do paradigma interpretativo inclui o respeito pela experiência descrita nos relatos dos participantes, nesse sentido procurou-se autenticidade na descrição e análise dos dados, pretendendo-se ser fiel às vozes dos participantes (Benner, 1994).

3 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para elencar os resultados a partir da análise interpretativa dos dados, foram procuradas congruências e divergências de sentido entre relatos dos participantes, desde um nível mais individual, permitindo sinalizar elementos de significado, de aspetos temáticos presentes nos seus discursos, como unidades de significado, e pela repetição deste procedimento chegou-se a temas essenciais, ou as infraestruturas descritivas e interpretativas das experiências vividas pelos participantes, fundamentais para a experiência e compreensão da dimensão fenomenológica total, ou seja, os aspetos ou qualidades que constituem o fenómeno *sentir-se abandonado*, e sem os quais não poderia ser o que é (Van Manen, 1990).

A assunção dos temas resultou de um processo de mediação à linguagem do participante, à “presença” na situação da entrevista, fazendo pontes ao vivido descrito, ao vivido sentido e observado com o “terceiro olho”, e aos referencias teóricos, que se ilustra no exemplo do quadro 3.

Quadro 3. Exemplo do movimento da análise interpretativa dos dados, das declarações significativas à enunciação de temas.

Declarações significativas na linguagem da pessoa com mais de 80 anos / unidade de significado	Elemento	Subtema	Tema emergente
“(…) movimentar-me (…) sair de manhã e dar a minha volta, e depois ter aí umas coisas no quintal (…) ter qualquer coisa para fazer na cidade (…) ter uma atividade (…) eu todas as manhãs vou lá (…) já não estou dentro do assunto de computadores e dessas coisas, mas aquela prática antiga (…) ainda estou ali ao balcão a dar a minha opinião sobre tintas (…) E22, L152-159	Poder fazer, é poder ser	Um modo existencial de ser-no-mundo depois dos 80 anos.	Bem-estar existencial para a pessoa com mais de 80 anos
“(…) fomos para o hospital (…) “o meu marido há muito tempo que não faz <i>chichi</i> , há muito tempo que não fez, ele está aflito que ele não é pessoa de clamar e ele estava a gritar que derrubava aqui o hospital”, e ela a rir-se (…).” E17, L62-75.	Sentir o seu sofrimento não reconhecido pelo profissional de saúde.	Um modo de cuidado de enfermagem à pessoa com mais de 80 anos com sentido de abandono da dimensão existencial.	Cuidado de enfermagem às pessoas com mais de 80 anos.

Cada um dos temas emergentes representa modos de existência, constituídos por subtemas e elementos (Choen et al., 2000) agrupados consoante um sentido atribuído de complementaridade entre si, assim cada subtema agrega elementos mais promotores, ou mais desfavorecedores do ponto de vista conceptual de predizerem possibilidades de manifestação de aspetos com ressonância à essência da pessoa com mais de 80 anos, ao seu *ser* na sua experiência quotidiana.

Cada tema não surge de forma isolada dos outros, podendo interinfluenciarem-se e interligarem-se entre si, pois emergiram a partir da experiência da realidade complexa que é a existência humana, e que esses temas e elementos constitutivos do fenómeno *sentir-se abandonado* tendem a representar.

Os temas e os seus componentes foram identificados para criar um todo, desvelar e descrever a dimensão do fenómeno em estudo, verificando-se pelos achados desta investigação que as pessoas com mais de 80 anos possuem matricialmente um sentido de *ser*, e o seu mundo constituído pelas relações estabelecidas consigo próprias, com os outros, tendencialmente mais restrito ao cônjuge, aos filhos e netos e com as coisas, o seu espaço casa, e comportam-se em relação a si, aos outros e à noção de cuidado humano na possibilidade, expectativa de que a dimensão de acesso ao seu *ser* se manifeste, sendo essa possibilidade que move, motiva, o que preenche qualitativamente e dá um sentido existencial à experiência de vida dos participantes, pessoas com mais de 80 anos.

O significado das experiências vividas quotidianamente no seu mundo, constituem-se em experiências fenomenológicas de acesso à sua dimensão existencial de seres humanos, o mundo faz parte do seu *ser*, e estar no mundo da vida, é também fazer parte dele, encontrando-se as pessoas diante de desafios da escolha de caminhos face às possibilidades existenciais, o que apontou para diversidade dos modos de *ser* depois dos 80 anos.

Constituiu-se uma matriz de análise geral organizadora e demonstrativa deste processo, agrupando os elementos e subtemas que compõem cada tema e que possibilitou olhar para o processo de procura do fenómeno num cenário mais global, e construir a proposta do significado do fenómeno estudado, congregado em torno de três temas: Bem-estar existencial – pessoa com mais de 80 anos; Ausência de bem-estar existencial – pessoa com mais de 80 anos; e Cuidado de enfermagem existencial à pessoa com mais de 80 anos,

processo ilustrado no quadro 4.

Estes temas concretizam os modos como os participantes se sentem afetados e interpretam as relações que estabelecem consigo próprios, com o mundo (seres-no-mundo), as relações que estabelecem com os outros, com quem partilham o seu mundo (seres-com), as relações de familiaridade e redes de sentido estabelecidas que vão tecendo a sua trajetória existencial.

Quadro 4. Matriz de análise do fenómeno *sentir-se abandonado* – pessoa com mais de 80 anos

Elementos	Subtema	Tema
Atribuir um sentido global positivo ao vivido Poder fazer é poder ser Sentir-se com saúde Espiritualidade e vida	Um modo existencial de ser-no-mundo depois dos 80 anos.	Bem-estar Existencial para a pessoa com mais de 80 anos
Harmonia familiar Sentir a sua existência estimada Viver sob a égide de valores humanos Apego ao lar O corpo como mediador de experiências existenciais	Um modo existencial de Ser-com os outros no mundo depois dos 80 anos	
Sentir-se em sofrimento Receio pela perda de autonomia Viver em luto duradouro	Um modo de <i>ser-no-mundo</i> depois dos 80 anos com sentido de ocultação da dimensão existencial.	Ausência de Bem-estar Existencial para a pessoa com mais de 80 anos
Sentir-se em solidão Conflitos familiares Desarmonia com os atuais valores humanos	Um modo de <i>ser-com</i> os outros no mundo depois dos 80 anos com sentido de ocultação da dimensão existencial.	
Considerar-se dignificado por tratamento não diferenciador Considerar a experiência de cuidados de saúde articulada às suas pessoas significativas. Sentir amenidade na relação com o enfermeiro Sentir envolvimento afetivo na presença física do enfermeiro Fazer do encontro um momento descontraído pelo humor, descentrado do sofrimento Não me queixo dos cuidados de enfermagem	Um modo de cuidado de não abandono da dimensão existencial à pessoa com mais de 80 anos	Cuidado de enfermagem às pessoas com mais de 80 anos
Sentir o seu sofrimento não reconhecido pelo profissional Sentir-se não escutado pelo profissional de saúde Cumprir com quem manda Sentir não consideração à sua experiência subjetiva de lidar com as manifestações de alteração do seu bem-estar.	Um modo de cuidados de enfermagem com sentido de abandono da dimensão existencial, para a pessoa com mais de 80 anos	

Os resultados da investigação *sentir-se abandonado – pessoa com mais de 80 anos*, são expressos e organizados em torno desses 3 temas reveladores do seu significado, a apresentação ou denominação de cada tema e subtema é seguida pela descrição do que é, e em sequência cada elemento constitutivo é apresentado num parágrafo ou frase tópica, seguido de uma citação que ilustra os dados empíricos usados para o derivar do subtema. Também no sentido da redução da interpretação de cada elemento, subtema e tema apresenta-se um memorando síntese do significado emergente.

3.1 – Bem-estar Existencial – Pessoa com mais de 80 Anos

Assentes na fundamentação de que os participantes, pela consciência de si próprios e do seu autoconhecimento, e norteados no sentido da valorização e da auto-afirmação do seu *ser*, ao referirem-se às experiências significativas da sua existência (Paterson & Zderad, 2008), e pela forma como elas se tornam presentes, manifestas, percebidas e conhecidas, estão impregnadas e expressam o seu sentido de *ser* (Heidegger, 2009). Os participantes relataram experiências e vivências significativas no seu mundo⁵, por as considerarem agradáveis ou positivas⁶, e que fundamentam existencialmente a continuidade da sua vida presente, passada e vindoura que pela interpretação fenomenológica hermenêutica, comportam um significado de conexão e sintonia entre a dimensão comportamental e a sua essência.

As experiências significativas positivas expressas pelos participantes reportam-se a acontecimentos da vida que os fizeram sentir bem, promovendo estados benéficos e sentimentos de bem-estar, que do ponto de vista neurofisiológico são fundamentais para a vida, e que não são apenas neuronais, o corpo está profundamente implicado, num envolvimento que inclui a participação de outros sistemas e homeostaticamente relevantes, como por exemplo os sistema endócrino e imunitário (Damásio, 2017, p. 196).

⁵ O mundo faz parte do *ser* do Dasein, tem com ele uma relação essencial não acidental: «o ser em ... é a expressão Existência formal que designa o ser do Dasein, enquanto este possui como constituição essencial o ser no-mundo» (Pasqua, 1997, p. 42).

⁶ Os sentimentos agradáveis alinham-se com gamas positivas, homeostasia eficaz ou mesmo ótima e exprimem-se com bem-estar ou mesmo alegria, significa que a homeostasia se encontra dentro dos limites da eficiência (Damásio, 2017).

Compreende-se enquanto experiência empírica do ser humano no mundo, não é uma unidade empírica que se conhece apenas do exterior a partir da contemplação, mas igualmente uma unidade realizada interiormente (Lévinas, 1997, p. 92).

A sua conceção subjetiva estará organizada em pensamentos e sentimentos assentes na existência individual (Diener & Lucas, 2000), que abarca várias estruturas básicas ou existenciais (Gorner, 2018), que os relatos dos participantes revelaram como essenciais depois dos 80 anos, ser-no-mundo e ser-com.

No sentido do relatado e também interpretado de diferentes falas confluí a noção da existência de aspetos na vida da pessoa com mais de 80 anos, que produzem uma ressonância positiva de sintonia da realidade à sua essência, apreendida pela avaliação reflexiva sobre a forma como ela se desenrola objetivamente, cuja relevância atribuída, não está apenas na presença de um conjunto específico de circunstâncias e nas condições objetivas, mas sim no impacto que as mesmas têm sobre a forma como se sentem na vida e por quais mantêm a sua noção subjetiva de vida humana significativa (Heidegger, 2009; Paterson & Zderad, 2008). Transmitindo a noção de estabelecer relação ontológica **entre as suas experiências concretas e a sua essência, e por isso contendo ligação do concreto ao seu ser.**

Da análise geral e interpretação dos dados foi construída uma matriz agrupando significados comuns de várias asserções, já antes apresentada. Segue-se a análise, interpretação e resultados do tema Bem-estar existencial – pessoa com mais de 80 anos, e respetivos temas e elementos que o compõem apresentados no quadro 5.

Quadro 5. Tema Bem-estar existencial – pessoa com mais de 80 anos.

Elemento	Subtema	Tema
Atribuir um sentido global positivo ao vivido	Um modo existencial de ser-no-mundo depois dos 80 anos.	Bem-estar Existencial para a pessoa com mais de 80 anos
Poder fazer é poder ser		
Sentir-se com saúde	Um modo existencial de Ser-com os outros no mundo depois dos 80 anos	
Espiritualidade e vida		
Harmonia familiar		
Sentir apreço na vida pela sua existência		
Viver sob a égide de valores humanos		
Apego ao lar		
O corpo como mediador de experiências existenciais		

3.1.1 – Um modo existencial do ser-no-mundo depois dos 80 anos

A pessoa com mais de 80 anos “é” enquanto *ser* do mundo (Pasqua, 1997, p. 52) e ser-no-mundo revelado pelos participantes após os 80 anos é uma totalidade articulada, o mundo não tem outro fim se não mostrar como o *ser* do mundo pertence à estrutura da subjetividade, esse mundo não significa uma entidade, não se refere tanto ao globo terrestre ao estar espacialmente contido ou estar situado no espaço, refere-se antes ao *poder-ser*, que deriva da sua autodeterminação de *ser(es)* empenhados no mundo (Gorner, 2018), diz respeito aos modos de *ser* no mundo, mas em função deles mesmos, para eles mesmos. Entre o nascimento e a morte o *Dasein* estende-se ele próprio, porque é o seu *ser* próprio que é à partida constituído como extensão, o *ser* não depende do tempo, mas a manifestação do *ser* dá-se no tempo (Pasqua, 1997).

O *Dasein* não está no tempo, é o tempo que se temporaliza nele. A sua extensão não é o movimento dum ser substancial, subsistente, mas o desdobramento da ek-sistência (Pasqua, 1997, p. 172).

Em sentido fenomenológico os participantes neste estudo relevam na sua relação com o mundo, estar-no-mundo, em interação com o mundo, com as coisas e com os outros, com as quais se encontram envolvidos numa relação afetiva positiva, o sentimento de uma dimensão humana vinculada a uma experiência existencial – na medida em que nos seus significados possibilitam o contato da realidade, do concreto com o seu *ser*; envolve tudo o que a pessoa é (Paterson & Zderad, 2008), a teoria da prática de enfermagem humanística, chama esse tipo de experiência autêntica, genuína ou “deixar o *ser*, ser que é” que neste estudo emergiu nos modos: Atribuir um sentido global positivo ao vivido, Poder fazer é poder ser, Sentir-se com saúde e Espiritualidade e vida.

3.1.1.1 – Atribuir um sentido global positivo ao vivido

As pessoas com mais de 80 anos participantes neste estudo, atribuem significado subjetivo positivo à sua trajetória de vida, e para alguns ainda que na atualidade sofram de doenças, se encontrem viúvos e muitos a viverem sós, também elegeram na sua trajetória de vida marcos positivos de felicidade, e que no seu parecer são a alavanca para o enfrentamento dos eventuais obstáculos que enfrentam no seu dia-a-dia, e é pela projeção desses “marcos felizes”, que na sua percepção continuam a obter nesta fase de vida, momentos de

satisfação e a valorizar o sentido da sua vida globalmente como positiva. Sentirem-se ser ou terem-se sentido valorizados enquanto pessoas nas diferentes esferas de relações estabelecidas ao longo da vida, com a família, na atividade profissional, ou comunidade contribuiu para atribuir um sentido positivo à sua existência.

“(...) como pais, e como avós sentimo-nos realizados (...)”

Os participantes atribuíram o sentido de estabelecimento de uma sincronia entre a sua existência humana e a sua essência, a aspetos que os ajudam a considerarem-se interiormente em harmonia e a atribuir um sentimento de valorização de si, e de realização global da sua existência humana, como expresso no relato *“(...) nós sentíamos-nos realizados porque sabíamos o interesse que as pessoas tinham, e andámos anos naquilo, nós sentíamos-nos beneficiados porque é claro ninguém dá aquilo que não tem, aquilo que não sente (...)”* E21, L217-221. Na compreensão da evolução do bem-estar psicológico associado ao envelhecimento as experiências passadas, são relevantes para o bem-estar na velhice, nomeadamente liberdade para tomar decisões sobre a sua própria vida e a manutenção de relações sociais gratificantes.

Na perspectiva existencial a existência é dinâmica, é enquanto vivemos, no mundo que buscamos desvelamento de sentidos e de possibilidades de realizações, mas que pode ser retratado quando a pessoa sente satisfação por um aspeto da vida que a pessoa considera preencher esse propósito, conforme Frankl (1984), encontrar e atribuir um sentido à vida, aos acontecimentos, vivências, experiências trata-se da essência propriamente dita da existência humana. Nos seus relatos os participantes elegeram as experiências cujos sentidos apontam sobretudo para valores e sentimentos que subjetivamente lhes correspondem às suas determinantes para afirmar a sua existência como positiva.

Uma participante elege o sentimento de se ter sentido sempre valorizada e respeitada na relação com o marido, como tendo uma repercussão de “preenchimento” positivo da sua existência *“aquele homem deu-me sempre um valor que eu nem sei, ele punha-me na coroa da lua se fosse possível, coisa tão boa que eu tive, tão boa, tão boa (...) respeitou-me sempre, sempre um homem respeitador, (...) quando a gente casou, foi maravilhoso espetacular, já não há homens assim (...)”*. E17, L559-568. Efetivamente o sentido na vida pode ser atingido encontrando alguém (Frankl, 1984). Vários participantes atribuem ao serem ou terem tido um casamento feliz, e com consequentes boas relações com filhos e

netos um sustentáculo para o sentimento de realização pessoal existencial *“Eu sinto-me realizado tenho um matrimónio feliz, três filhos, sete netos, os netos gostam de nós, (...)”* E21, L190-200.

Os relacionamentos com os companheiros de vida perpetuados e em sintonia são descritos com sentido de orgulho e de se sentirem afortunados *“Ela é uma mulher extraordinária (...) é boa por natureza e não tem maldade nenhuma (...) mesmo se eu tenho algum pensamento de qualquer coisa, ela diz logo “ah (...) não (...) deixa-te lá disso (...)” eu também não tenho maus pensamentos (...) ela se encontrar um cão aí diz logo “coitadinho (...)” é muito sentimental (...) bateu certo até hoje (...)”*. E22, L265-268.

O casamento também é entendido pelos participantes sob o ponto de vista de uma relação que cria um contexto de co-construção e desenvolvimento pessoal, que vivido em parceria é uma mais-valia para o enfrentar de desafios internos e externos *“(...) com o matrimónio também me valorizei imenso, porque eu tenho uma mulher formidável, fantástica e temo-nos ajudado um ao outro, estamos já quase nos sessenta anos de casados, tudo isto ecoa, nós enquanto casal (...) temos sido um casal ativo, ainda hoje somos abordados, solicitados, (...) complementamo-nos um ao outro e a prova é esta caminhada que já vai bem longa.”* E21, L92-102.

Ter desenvolvido uma missão pessoal de partilha de valores humanos, como sentimento de dádiva de si, da sua vida é sentido como ressarcido nos sinais de ter feito sentido para os outros, ao continuar a receber gestos de que se recordam da sua passagem pela sua vida o que confere o sentimento contributo recíproco entre humanos *“Procurei não me isolar, procurei viver para os outros dessa maneira é que eu aceitei as missões, porque as missões eram quinze dias que eu estava fora de casa de forma que criei muitas amizades, ainda hoje recebo telefonemas dos sítios onde eu estive, pessoas com saudades minhas, porque lá reconheciam em mim o que nem todas as pessoas são capazes de fazer aquilo que eu fiz(...)”*. E21, L75-80.

Sentir que ter por costume ou sistema perspetivar que tudo é, ou resultará o melhor possível e ser alegre para com os diferentes aspetos do quotidiano, é a chave encontrada para sentir amenidade face à vida depois dos 80 anos *“Parece que tenho um dom que as coisas me saem sempre certo, mas para bem, não desejo mal nem a esta nem aquela”*. E17, L585-586.

O valor que os afetos positivos têm nas suas vivências nesta fase de vida, é exaltado e o sentido atribuído às vivências anteriores podem ser marcantes para a compreensão de si, após os 80 anos, sobretudo quando lhes é atribuído um significado de pacificação *“Eu só o que tenho, é que quando foi na minha mocidade brinquei muito, ia muito aos bailes, eu era uma pessoa divertida, para onde eu fosse trabalhar, toda a gente perguntava a (...) vai? (...) era uma beleza.”* E9, L294-307. As experiências passadas, são determinantes na avaliação que as pessoas fazem na sua vida atual, mostrando-se relevantes para o bem-estar na velhice (Fonseca 2006).

O sentimento de ter vivido, ter enfrentado a vida sempre com uma postura de alegria é repetidamente assinalado enquanto memória do passado, mas como fator contributivo e influenciador na atual fase de vida *“Fui sempre uma mulher alegre, uma mulher aberta para toda a gente, mas sempre com respeitinho e o melhor para gente sempre, (...) eu trabalhava no campo, mas era alegre e feliz, nunca, nunca vínhamos de lado nenhum ou entrássemos em lado nenhum que não fosse a cantar e a rir, achávamos graça a tudo (...)”*. E17, L471-486.

Mas, também refletem globalmente sobre o que vivem atualmente, como preponderante para o sentido de continuidade da vida. Uma participante refere que não gostava de *“partir”* ainda, baseada na importância da relação afetiva que tem com a pessoa mais significativa para si, a sua sobrinha *“(...) eu sei que lhe faço muita falta, faço (...) ela desabafa tudo, tudo comigo, o marido é bom e trata-a bem, mas é um bocadito assim para o seco (...) não liga assim a determinadas coisas (...) tenho o amor dela, que é mesmo como o amor de filha, tenho (...) ela considera-me como mãe (...)”*. E25, L342-343; 368-369.

Ao fazer um balanço das vicissitudes da vida alguns participantes referem que é importante, impregnar as suas memórias valorizando as recordações positivas de bem-querer sobre as negativas *“(...) tenho tudo na memória, (...) o que eu passei, os desgostos, mas a bondade e o amor cá dentro, está sempre, sempre dentro de mim (...)”* E17, L360-364; *“A vida tem (...) peripécias e quando ela é longa existem as positivas e as negativas, mas procuramos privilegiar as positivas e por as negativas de parte (...)”* E21, L 203-205, alude ao conceito de bem-estar como a experiência humana de saúde que resulta da capacidade que cada pessoa tem para ultrapassar equilíbrios perdidos e de se adaptar às circunstâncias da vida, por si só ou com ajuda (Basto, 2009).

O narrado pelos participantes expressa um sentido bem-estar subjetivo, entendido pela atribuição de relevância sobretudo aos afetos positivos, contributivos para a atribuição de satisfação com a sua vida de modo geral (Litwin & Stoeckel, 2013).

O continuar a sentir a possibilidade de tomar ou participar nas decisões sobre a própria vida confere uma continuidade de possibilidade de afirmação de si enquanto pessoa *“O meu genro pergunta-me opinião, mas eu digo-lhe, tu não tens nada que pedir isso a mim (...). Não, não isto pertence a você, enquanto você for viva, você é que determina (...) eu não tomo decisão nenhuma sem lhe perguntar a ele, mas ele diz você é que.”* E17, L399-412.

Os balanços da vida profissional lembrados sobretudo marcadas por relações humanas positivas *“(...) e eu era particularmente ligada aos jovens dos 10^o e dos 11^o anos, tínhamos um relacionamento muito bom.”* E20 L 60-61.

Um estado de bem-estar na velhice pode derivar de várias condições que se estendem desde a saúde funcional objetiva até percepções subjetivas da qualidade de vida (George, 2010).

Sentir que ter tido um papel de apoio emocional para os demais, confere um sentimento de contribuir para o bem comum e sentimento de realização baseado na perpetuação de valores *“(...) eu procuro transmitir-lhes um pouco de força daquela que eu sinto e na medida em que eu posso ajudar (...), muitas delas agradecem-me de lhes ter falado, de lhes ter disponibilizado algum tempo para os ajudar e tudo isso me faz sentir mais realizado, uma pessoa que se dedica sente-se realizado na medida em que se dá, a vida é dar-se porque é mais importante dar do que receber.”* E21, L173-179.

Ter atingido o sentimento de realização profissional construído num ambiente social e familiar desfavorecido, permite avaliar-se subjetivamente na posse de uma capacidade dinâmica de continuar a sentir-se capaz aos 87 anos *“(...) a minha terra era uma terra que estava isolada, não havia estrada nenhuma para lá, (...) não passei da quarta classe, mas o meu crescimento foi um pouco duro por causa de não ter pai (...) eu fazia trinta quilómetros por dia de bicicleta e isso durante três anos e todo esse exercício físico me beneficiou de certa maneira, e sinto-me capaz e de muita coisa que fui fazendo na vida, (...) fui superando isso e cheguei à profissão que cheguei (...).”* E21, L44-59.

O sentimento de realização de vida pode resultar da satisfação encontrada na aceitação pelo outro de valores considerados individualmente importantes para o bem comum “(...) nós sentíamos-nos realizados porque sabíamos o interesse que as pessoas tinham, e andámos anos naquilo, nós sentíamos-nos beneficiados porque é claro ninguém dá aquilo que não tem, aquilo que não sente, mas é uma pena que esses movimentos hoje quase que acabaram (...)”. E21, L217-221.

A formação é considerada uma via de valorização para a construção de conhecimento profissional e pessoal “(...) naquele curso que fiz americano adquiri muitos conhecimentos, foi aí que eu evoluí (...) eu evoluí bastante, (...) eu sei que me valorizei (...)”. E21, L 87-92.

O sentido do narrado pelos participantes avém com a perspetiva existencial de Frankl (1984) “o sentido da vida difere de pessoa para pessoa, de um dia para outro, de uma hora para outra. O que importa, por conseguinte, não é o sentido da vida de um modo geral, mas antes o sentido específico da vida de uma pessoa em um dado momento”, cada qual tem sua própria vocação ou missão específica na vida; cada um não pode ser substituído, nem pode a sua vida ser repetida.

O atribuir de um significado existencial positivo ao sentido da vida construído a partir da interpretação que cada um faz da realidade que o envolve e experiencia, sentir-se envolvido por afetos positivos sobretudo do cônjuge ou familiar significativo, ter uma perspetiva de valorização sobretudo dos aspetos positivos das vivências da vida, atribuir um sentido de realização pessoal a atividades desenvolvidas ao longo da vida, é elencado pelos participantes como aspetos em que se baseiam para atribuir um sentido positivo à sua vida e também um sentido de contribuir positivamente para a qualidade da experiência de transição no processo de envelhecimento (Meleis et al., 2000).

Procurar o significado das experiências vividas individualmente por cada pessoa com mais de 80 anos, e dar lugar ao seu significado no cuidado de enfermagem às mesmas, apresenta-se como uma manifestação de presença de enfermagem (Stanley, 2006) e como uma possível terapêutica de enfermagem (Meleis et al., 2000) pois, tende a ajudar os clientes a procurar e atribuir um sentido existencial positivo para as suas vivências.

Memorando

Sentir-se satisfeito, valorizar positivamente algum aspecto da vida, depois dos 80 anos, significa atribuir um sentido de satisfação à própria vida, pois o sentido específico da vida é atribuído por cada pessoa num dado momento (Frankl, 1989), e os balanços das memórias, a felicidade causada pelo amor e pela amizade contribuem para uma homeostasia mais eficiente e promovem a saúde (Damásio, 2017).

Os participantes fizeram balanços acerca do seu sentido de vida subjetivo, relataram experiências vivenciadas na atualidade ou com base nas suas memórias, mas às quais deram correspondência de serem contributivas de bem-estar existencial.

Relevaram que viver sobre o sentido do amor, sentir respeito do cônjuge pela sua dignidade humana no casamento, considerar-se ser uma pessoa alegre; considerar a formação contributiva para a evolução pessoal; sentir que exercer uma atividade para o bem comum tem um propósito maior do que a própria atividade em si.

Estas experiências vividas e valorizadas positivamente pelas pessoas, são formas de atribuir à sua existência um sentido de realização e concretização de um propósito e expressar uma existência subjetivamente mais plena.

O que importa por conseguinte, cada qual tem a sua própria vocação ou missão específica na vida, e nessa medida só a cada um cabe e pode captar e atribuir um sentido aos acontecimentos, vivências e experiências vividas, trata-se de uma essência da existência humana. Só cada pessoa procura o sentido existencial do ato de existir através do captável nas obras, nas práticas e nas interações (Carrilho, 2010).

A satisfação de se encontrarem bem consigo próprios, face ao mundo e aos outros, reflete uma possibilidade de maior conexão do vivido ao seu *ser*, refletida na atribuição e relevância de significado(s) positivos às suas experiências de vida. E nesse sentido revelador dos significados pessoais que podem contribuir positivamente para as condições de transição (Meleis et al., 2000) do envelhecimento. E subentende-se o conceito de presença como terapêutica de enfermagem, na medida em que ajude cada pessoa com mais de 80 anos a atribuir ou dar sentido valorativo à sua existência, sendo-lhe singular e específica, a compreensão que ocorra a partir dela própria, esse julgamento de enfermagem, torna a

perspetiva e o fundamento do cuidado mais humano e mais existencial na medida que é sensível à realidade vivida por cada pessoa (Doona et al., 1997).

3.1.1.2 – Poder fazer, é poder ser

Para os participantes ter uma atividade depois dos 80 anos constitui uma continuidade da sua identidade, mas reconstruída à luz das suas capacidades e possibilidades, e também da continuidade da visão que têm de si próprios, e da forma ou possibilidade de estarem no mundo. Significa que têm vontade, uma capacidade que incita a ação, refere-se também a ter capacidade psicomotora, ainda que adaptada no tempo e intensidade às suas capacidades, e tem igualmente uma conotação de sentimento de se sentir útil enquanto ser humano e de continuidade da sua vida, de *ser* no mundo. Para as mulheres essas atividades correspondem sobretudo à lida e gestão da casa e da horta, e para os homens cultivar, cuidar da horta ou jardim, e realizar trabalhos manuais de artesanato.

“(...) parar (...) é morrer e se a gente for útil assim a fazer qualquer coisa (...)”

Identificaram-se a prática de atividades realizadas e valorizadas por cada participante, tais como a lida da casa, cuidar da horta, quintal, cuidar dos animais domésticos ou de companhia, fazer trabalhos manuais de crochet e artesanato, mas também na comunidade envolvente em missões de voluntariado através de grupos religiosos, ou de forma individual, como fazer visitas a pessoas residentes em lares.

No que se refere a ter uma atividade depois dos 80 anos, encontrou-se similitude aos resultados identificados por Marques (2017), num estudo fenomenológico realizado igualmente com pessoas com mais de 80 anos, em solitude e sofrimento. Nesse estudo foi identificado que a manutenção de atividades ocupacionais e de lazer contribuem para a sua satisfação de vida e bem-estar, e que passam pelo desempenho de atividades domésticas, realizar procedimentos de segurança, gerir a economia doméstica, realizar compras, em que essas atividades representam recursos de alívio do seu sofrimento.

Considerando que também os participantes deste estudo desenvolvem algum tipo de atividade, e que estas se relacionam maioritariamente e sensivelmente com o mesmo tipo de atividades identificadas nas pessoas com mais de 80 anos e em solitude e sofrimento, considera-se pois, que estas atividades não são desenvolvidas apenas pelas pessoas com

mais de 80 anos em sofrimento, mas são igualmente praticadas por pessoas que dentro da mesma faixa etária e que lhe apontam um sentido de continuidade de vida, e de se sentir ativo e útil, tal como relatado por uma participante *“(...) andei a atender as pessoas. E, portanto, continuo com uma vida muito ativa, e ainda hoje dizia, isto não é vida de uma mulher reformada.”* E20, L247-255.

Ter uma ocupação é associado a ajudar a passar o tempo e a distrair-se *“O que me faz sentir bem, (...) gosto muito de fazer rendas e picots e estas coisinhas assim e passear vou-me entretendo (...).* E19, L260-266.

Um participante que teve uma vida ligada à cultura e ao estudo de música tradicional portuguesa, continua a fazer gosto em ter oportunidade de conversar e discutir sobre diferentes aspetos da atualidade *“Fundamentalmente, aquelas pessoas que mais se dedicam à discussão dos problemas (...) eu até da bola posso falar. Todos os dias leio o jornal, gosto de ler o jornal.”* E24, L342-345.

Nas situações relatadas os participantes esperam que o comportamento de manter uma atividade, para além de os manter fisicamente ativos e capazes, referem-no também como uma forma de combater os efeitos negativos do sedentarismo, acreditado como benéfico para a manutenção da saúde e prevenção ou agravamento de doenças *“(...) tenho lá um quintal, tenho lá aves e interessa-me ir lá, passo lá tempo, (...) quando vou para lá procuro não estar sentado, estou sempre a mexer, e sinto que isso me mantém, porque ajuda-me fisicamente, porque tenho 86 à beira dos 87 (...).* E21, L10-16.

Para outro participante existe a perceção de que ter uma atividade é benéfico para a manutenção da sua mobilidade, sobretudo quando praticada de forma regular e continua *“(...) movimentar-me (...) sair de manhã e dar a minha volta, (...) ter uma atividade (...) eu todas as manhãs vou lá (...)* E22, L152-154.

Algumas pessoas consideradas como referência e recurso à sua comunidade, continuam a desenvolvê-las e a não as rejeitarem pela noção de lhe ser pessoalmente benéfico manter uma atividade quer a nível físico, quer a nível social *“(...) a minha mulher não consegue dizer que não a ninguém e eu também não, estou sempre disponível a auxiliar quem quer que seja e faço parte também da Conferência Vicentina, (...) não sou uma pessoa*

desativada, porque sei que isso me traria vários prejuízos e várias consequências, portanto eu não passo a vida em casa.” E21, L16-22.

Também expressam que manter-se como referência e recurso de ajuda para os outros os valoriza, com a percepção de que se os outros os procuram continuamente, é sinal de que mantêm a atribuição de um sentido de valor ao seu saber, e assim à sua existência “(...) *aos 80 anos sou pau para toda a colher, portanto faço o que sei, e faço o que não sei (...) muito solicitada, para várias coisas e eu não sei responder, dizer não (...)*” E20, L6-9.

Os participantes também denotam o sentimento de competência para continuar a gerir a própria vida e as exigências da mesma, com eficácia “(...) *quem é que gere as contas lá de casa? (...). Quem é que trata dos multibancos, quem vai às compras? Sou eu. Quem é que resolve os problemas dos carros, selos, inspeções? Sou eu. Quem é que cozinha lá em casa? Sou eu (...)*” E20, L29-50.

Manter uma atividade podendo ajudar os outros, tem uma função de satisfação pessoal e mesmo percepção de felicidade, ao ver que os resultados das suas ações contribuem para o bem-estar dos outros “*É eu poder ajudar os outros, gosto mesmo de ajudar os outros, sinto-me bem a fazer aquilo que a maior parte das pessoas já não podem fazer (...) Sou pobre, mas sinto-me feliz com a vida que tive, (...) sou feliz naquilo que faço de ajudar as pessoas.*” E6, L22-28.

Alguns participantes também se sentiram valorizados pelo facto de participarem em organizações de carácter religioso e manterem-se cidadãos atuantes na sua comunidade e preocupação com os outros “(...) *não houve nenhum leigo que tivesse feito tantas missões como eu, tudo isso me ajudou e eu ajudei os outros, porque as missões são uma ajuda que a gente tem diariamente em visitar doentes, em cerimónias (...) as pessoas gostavam de me ouvir, embora não tenha uma cultura por aí além, que não tenho, mas li muito (...)*”. E21, L81-86.

No sentido dos participantes, ter uma atividade ou uma ocupação não possui uma função tão marcadamente social como a atividade laboral tem, aquando da vida dita ativa ou seja, antes da reforma, mas representa uma mudança no seu mundo interior, a velhice implica modificar o olhar com que construiu o seu estar-no-mundo (Agustini, 2003) “(...) *eu continuo, eu estou a trabalhar com doentes, dou a comunhão a doentes em vários lares,*

variadíssimos, para além da comunhão eles querem beijinhos, eles querem festinhas, conversar sobre o antigamente e eu tenho um dia por semana que é deles, a terça-feira, continuo com esse trabalho, continuo com o trabalho de igreja, colaboro na Missão (...)"
E20 L118-121.

No sentido que é apontada pelos participantes, a ocupação assume uma característica ou sistema de representações de como se percebem a eles mesmos ao longo do tempo e na atualidade e que permite a construção do “eu”, ou seja, que permite que a pessoa se torne semelhante a si mesmo e diferente dos outros na sua relação com o mundo (seres-no-mundo) (Gorner, 2018), e podemos compreender nisso uma dimensão da sua identidade pessoal, ou antes, uma contínua redefinição da mesma, dado que, a identidade é definida historicamente e não biologicamente, não é estática e inalterável, a pessoa assume identidades diferentes, em diferentes momentos (Hall, 1997). E nesse sentido, uma experiência, um modo de estar no mundo pela qual as pessoas com mais de 80 anos se adaptaram à realidade da transição desenvolvimental que é o envelhecimento (Canaval et al., 2007).

O poder fazer tem para os participantes um significado de poder *ser* e tem um sentido de um estado em que já integraram as novas circunstâncias e condições à sua identidade (Meleis, 2000). Assim refletida pelas pessoas com mais de 80 anos, trata-se de uma situação humana, que integra uma dimensão de bem-estar existencial, que modifica a relação da pessoa com o tempo e, portanto, a sua relação com o mundo e com a sua própria história.

Memorando

Para as pessoas com mais de 80 anos, ter uma atividade por vontade e capacidade, é considerarem-se e sentirem-se de forma contínua humanamente capazes e úteis para si e para os outros, sendo possível associar a bem-estar físico (International Council of Nurses [ICN], 2010). Reflete também para os participantes a posse de capacidades cognitivas que os habilita para as competências intersociais e inter-humanas, entendido como uma dimensão de bem-estar psicológico (Fonseca, 2006).

Mas inscreve-se numa dimensão de continuidade de reconstrução da sua identidade, e compreendida como uma experiência existencial, pois é frequentemente relatada pelos participantes que “parar é morrer” logo, apontada no sentido de continuidade da vida, e da existência autêntica.

Em sentido fenomenológico ter uma atividade depois dos 80 anos remete à dimensão da manutenção, readaptação das capacidades psicomotoras, mas remete igualmente ao sentido da continuidade da percepção humana de si próprio, a atividade não tem apenas sentido de entretenimento (passatempo), mas um significado de continuidade do sentido de estar sendo-no-mundo e manter-se “ligado” à vida humana no mundo.

3.1.1.3 – Sentir-se com saúde

É um estado em que as pessoas sentindo maiores ou menores afeições e capacidades físicas, e eventualmente possuindo histórico de estados de maior debilidade física e sofrimento, relevam e apreciam como positiva a capacidade de os terem superado e de continuarem a serem autónomos na gestão da sua vida. As pessoas tendem a valorizar sobretudo o seu potencial de serem capazes de continuar a enfrentar os declínios e as adversidades da vida após os 80 anos.

“Nesta fase de vida, o que me faz sentir melhor é por exemplo ter saúde e ver as minhas coisas arranjadas e atrever-me a arranjá-las a tempo e a horas (...)”

Maioritariamente os participantes relataram sofrerem de condições de doenças agudas, mas sobretudo crónicas e ainda que tendo vivenciado períodos de falta de bem-estar físico com sofrimento agudizado, situações em que se encontraram em risco de vida, tornando-os menos capazes fisicamente, menos ágeis, com menos capacidades físicas e com um ambiente social mais restrito, revelaram formas próprias de se relacionarem e de interpretarem as suas vivências, atribuindo maior valor às emoções positivas colhidas de diferentes formas na apreciação de estar no mundo.

Um participante refere terem-lhe sido diagnosticados cinco tumores malignos em diferentes órgãos e em consequência disso, ter sofrido diversas intervenções cirúrgicas e diversos tratamentos de rádio e quimioterapia, com processos de reabilitação complexos e sofridos, do ponto de vista físico e não físico, mas no seu discurso sintetiza dizendo “O

que me conforta é ir tendo saúde, vamos estando aqui por casa andamos na horta a fazer qualquer coisa, anda-se distraídos, (...)". E10, L73-74.

Mesmo em situações muito complexas ou mesmo extremas de saúde, persiste uma dimensão de reconhecer o seu eu e integridade do seu *ser*, é este o sentido que transparece à enfermagem humanística, a respeito das respostas humanas nos processos de vida, implica a valorização de algum potencial humano além do estreito conceito de saúde considerado como ausência de doença. A preocupação da enfermagem não é meramente com o bem-estar da pessoa, mas com o seu mais *ser*, em o ajudar a tornar-se o mais humanamente possível na sua situação particular de vida (Paterson & Zderad, 2008).

Para os participantes a expressão *tendo saúde*, não se liga tanto ao não acometimento de órgãos por afeções, mas a uma situação em que apesar de passarem por situações de sofrimento, ainda assim a distinguem da temível situação, para estes, que será o sofrimento causado pela situação de dependência de outrem para desenvolver as suas atividades pessoais e quotidianas.

"Ter um pouco de saúde, apesar da minha coluna estar muito maltratada (...)" E11, L144-148.

Uma participante cujo marido sofre de doença oncológica diagnosticada, mas com a qual vive de forma crónica, refere-se ao risco de poder contrair alguma doença aguda adicional, e essa sim, retirar-lhe o seu restante potencial de saúde, e ficar "globalmente" doente.

"Tenho receio por causa das doenças, tenho muito receio, (...) lá [no hospital] está um caos, ver se (...) não vai lá que ele tem tão poucas defesas, e para quem tem poucas defesas ainda é pior, e é assim nós às vezes pensamos que vamos para melhorar e se é para piorar, dantes isto era andar ao sol e pôr-se ao sol, (...) não tinha assim este receio e agora tenho, por mim e por ele, mas mais por ele, porque ele não tem defesas nenhuma, já fez cinco operações." E9, L66-74.

A forma de encarar as mudanças físicas, as capacidades decorrentes da idade avançada, dependem também da atitude face a aprender, a possibilidade de fazer de modo mais lento e de forma menos contínua, é ensinamento possível para outros no sentido de procurarem descobrir possibilidades para se adaptarem e aceitarem as suas modificações sentidas com o avançar da idade.

Como aponta a OMS (2015), a idade avançada frequentemente envolve modificações significativas além das perdas biológicas, que incluem mudanças nos papéis e posições sociais, bem como na necessidade de lidar com perdas de relações próximas. Em resposta, os adultos mais velhos tendem a selecionar metas e atividades em menor número, porém mais significativas, otimizar suas capacidades existentes, por meio de práticas, bem como compensar as perdas de algumas habilidades encontrando outras maneiras de realizar tarefas (OMS, 2015).

No elemento *tendo saúde* identifica-se a consciencialização de uma transição, uma vez que transição remete para uma mudança significativa na vida, através da alteração de processos, papéis ou estados, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, o que poderá ter como consequência a mudança de comportamentos e uma outra definição de si, no contexto social (Meleis, 2010).

Conforme Heidegger, referido por Lévinas, (1997, pp. 104-105) o *Dasein* existe com vista à sua existência, ele compreende-a «com vista à sua existência» é caracterizado pela palavra cuidado, o *Dasein* assume a sua existência preocupando-se com ela, existe com vista à sua existência, o *Dasein* desde que está num mundo, ele é *ser-no-mundo*, que é uma fórmula que indica apenas o simples facto de estarmos sempre no interior do mundo, ela caracteriza antes a maneira como nos inscrevemos no *ser*, isto é, como compreendemos a existência, é uma fórmula ontológica, compreendemo-la no meio das possibilidades apreendidas que podemos efetivamente *ser-no-mundo*. E é a efetividade que não é um simples estado: ela é uma maneira de existir, isto é, de se relacionar com o *ser* que só chega ao *ser* depois de já ter sido, que se encontra no interior da existência já disposto de uma certa maneira.

Isso denota que cada ser humano é responsável pela sua melhor existência, de não cessar de procurar as suas possibilidades de *ser-no-mundo* de forma ontológica, ou seja, afins do seu *ser*, os participantes ao procurar adaptarem-se à sua condição e dela retirarem, e relevarem os aspetos positivos, reconhecem que as suas capacidades se modificaram e nessa medida as coisas estão diferentes para si, em relação à sua vida anterior, no entanto procuram aceitar do ponto de vista das diferentes fases da vida humana, o que lhes está a acontecer e procuraram uma nova reorganização do seu modo de viver, é uma forma de se harmonizarem interiormente, de responderem e de estarem no mundo, modificando as

atitudes relacionadas consigo próprios, a percepção das suas capacidades pessoais, imagem física e identidade, bem como o sentido geral do seu valor, ou seja, do seu autoconceito numa dimensão remetendo também para uma perspetiva salutogénica de saúde (Carlson & Blackwell, 1982; Rodrigues et al., 2020).

“(...) já tenho 80 anos, aos 50, a gente diz que é a meia-idade, mas eu já passei os 50 há muito tempo, e que tirando a dores nas pernas e agora o problema nos brônquios, (...), não me ponho ali, ai, não posso fazer isto, não posso fazer aquilo, não! A gente ateima fazer, a gente não faz hoje, mas faz amanhã (...).” E7, L156-171.

A capacidade de ser autónomo nos seus autocuidados é apreciado como um estado de não dominação da doença sobre o seu eu, ou seja, o seu potencial saudável prevalece sobre a doença ou a incapacidade, o eu associa-se a não doença, mas também de não possuir saúde total e nesse sentido representa o olhar subjetivo de si, como o estado do melhor-estar possível, não por comparação a alguém ou a algo, mas resultado do atribuir valor entre si e as suas capacidades, o *tendo saúde* é associado a uma dimensão de (...) um estado holístico e complexo (...), Kolcaba (2008, p. 14) define-o teoricamente como “a experiência imediata de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental” na sua perspetiva mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos.

No sentido do expresso pelos participantes, a sua percepção de *tendo saúde* alinha-se também como um contexto de conforto a nível “psicoespiritual”, na medida em que o ligam à consciência de si, incluindo a autoestima e o autoconceito, o sentido de vida; e nível “sociocultural”, na medida em que influencia positivamente as suas relações interpessoais, familiares e sociais (Ribeiro, 2012, p. 110).

Tendo saúde no sentido dos participantes alinha-se também com uma expectável mudança de objetivos, de prioridades motivacionais e de preferências, e embora algumas dessas mudanças possam ser guiadas por uma adaptação à perda, outras refletem o desenvolvimento psicológico contínuo na idade mais avançada, que pode ser associado ao desenvolvimento de novos papéis, pontos de vista, observadas como mudanças psicossociais que podem explicar na fase de vida depois dos 80 anos a vivência de bem-estar subjetivo (OMS, 2015) na medida em que é existencial.

Memorando

Nos testemunhos acerca do que relevam na fase de vida após os 80 anos, muitos dos participantes usaram a expressão de “ir tendo saúde”, para descrever a sua percepção global acerca da sua condição de vida na atualidade.

Em muitas situações ainda que sejam portadores de alguma doença, de se sentirem menos hábeis, com maiores limitações físicas, relevam a preserva da capacidade de serem autónomos nos seus autocuidados e na gestão da sua vida, e que prevalece sobre o sentir-se globalmente doente.

O sentido fenomenológico de *tendo saúde*, reflete um modo de existência em bem-estar existencial depois dos 80 anos, em que as pessoas compreendem e valorizam antes as suas possibilidades de existência, ao invés de permanecer numa eventual angústia ou apatia face às perdas de possibilidades e capacidades.

Relevam a capacidade de irem obtendo emoções positivas, pelo superar de fases mais agudas de doença, pela possibilidade de continuarem a ter possibilidade de conviver, trocar afetos e convivências com os outros, sobretudo as pessoas significativas, cônjuge, filhos, netos e com o seu ambiente físico, “a minha casa”, “as minhas coisas”, consigo próprios e com a vida em geral, fazendo ajustes internos e externos, resultando numa forma diferente de relação, fazendo emergir sentimentos com significado de revalorização da sua existência, subsiste a noção subjetiva da preserva de reconhecimento do seu eu e sentem preservado o seu sentido de *ser*.

Tendo saúde, tal como apontado pelos participantes, pode ser entendido como o significado de uma experiência humana, cujo resultado é um estado de mestria dado que evidenciam sentir ter confiança no seu potencial, e relatam os comportamentos adotados para lidar com as suas circunstâncias de vida após os 80 anos (Meleis, 2017).

O elemento tendo saúde, reflete a importância do cunho ontológico do cuidado de enfermagem de conhecer (Swanson, 2011), a pessoa com mais de 80 anos, significa esforçar-se para entender determinado evento, o significado que tem na sua vida e não como quem observa o vê. Envolve evitar fazer suposições e focar-se na realidade vivida pela pessoa, implica avaliar completamente, procurar pistas e envolver de igual modo o *eu* de quem cuida e de quem é cuidado, muda a perspetiva do cuidado do manifesto para a

essência, pois procura elucidar o sentido do *ser*, partindo das situações experienciadas a partir da descrição de quem vivencia o fenômeno (Paterson & Zderad, 2008).

3.1.1.4 – Espiritualidade e vida

Para os participantes Espiritualidade e vida, é uma experiência de sentir que pessoalmente têm disponível um recurso de apoio, envolvimento não humano, sentirem-se acompanhados interior e permanentemente. Trata-se de um amparo e conforto subjetivo nos momentos de sofrimento e igualmente de sucesso da sua vida e dos que lhe são próximos. É uma forma de estar na vida, é mais experimentável do que descritível, mas que ajuda, tem a capacidade de preencher “vazios emocionais” e revela-se como uma vivência com sentido existencial para as pessoas com mais de 80 anos.

“sinto-me sempre apoiado”

Os participantes nos seus relatos, ao referirem-se sobre aspetos relacionados com o seu trajeto de vida, momentos vividos marcados por maior vulnerabilidade tais como a perda de pessoas; também ao manifestarem gratidão por algum aspeto na sua vida; ao perspetivar esperança na continuidade da sua existência, no sentido que enquanto seres vivos também se encaminham para a morte; ou ao referirem outra qualquer vivência considerada por eles subjetivamente significativa, expressaram-no envolvido em expressões de sentido de fé na transcendência de Deus.

Ainda que aos participantes muitas vezes não fosse fácil descrever por palavras suas, o significado dessa fé, referiram-se à importância do significado que lhe atribuem na sua vida.

A emoção na voz, nos silêncios, nas expressões verbais e não verbais, bem como a referência nas suas casas e no seu ambiente social a imagens e figuras sacras, fizeram emergir a dimensão espiritual, expressa pela expressão, fé em Deus, presente e possuidora de um significado autêntico na fase de vida, das pessoas com mais de 80 anos, por acreditarem e terem esperança em algo, que ultrapassa a sua vida física, mas que é inseparável da mesma, remete por isso à sua espiritualidade (Figueiredo, 2010).

Atualmente a conceção da espiritualidade diz respeito à expressão de um comportamento individual sem necessária ligação ao religioso (Mendes, 2013), entendendo-se como um conjunto de práticas, atitudes, valores e sentimentos que nasce da relação consigo próprio,

com os outros seres humanos e com o divino, dando sentido à vida e às histórias pessoais, influenciando e sendo influenciada por fatores sociais, culturais, biológicos, psicológicos e religiosos (Gomes & Espírito Santo, 2013).

Por seu turno, a religiosidade ou envolvimento religioso compreende comportamentos, atitudes, valores, crenças, sentimentos e experiências motivados pelo contexto religioso (Levin et al., 1995), podendo esta assumir três dimensões: a religiosidade organizacional que compreende os comportamentos religiosos que ocorrem no contexto de uma instituição religiosa, como a frequência a atividades religiosas formais, e o desempenho de cargos ou funções religiosas; A religiosidade não organizacional que engloba os comportamentos religiosos privados ou informais, isto é, que ocorrem fora do contexto da instituição religiosa, sem local e tempo fixos e sem seguirem formas litúrgicas preestabelecidas, podendo manifestar-se individualmente ou em pequenos grupos familiares e informais; e por último, a religiosidade intrínseca que avalia o quanto a religião pode motivar ou influenciar comportamentos, decisões e, de forma geral, a vida da pessoa (Cardoso & Ferreira, 2009; Koenig et al., 2001), trata-se da avaliação subjetiva, acerca de como a pessoa percebe a importância da religião na sua vida (Koenig et al., 2004).

Fé, espiritualidade e religiosidade ainda que não sejam sinónimas podem admitir formas de expressão harmonizáveis, e neste estudo os participantes referiram-se sobretudo à expressão de possuidores de fé em Deus, por vezes, mais consonante com o sentido da dimensão espiritual da vida humana e para outros mais relacionado a rituais religiosos, em qualquer dos sentidos é uma dimensão, à qual é dada grande importância na sua experiência de viver com mais de 80 anos.

A espiritualidade é uma temática cada vez mais explorada pela investigação na área das ciências da saúde, estabelecendo cada vez mais importância a possíveis interinfluências da espiritualidade e atividade imunológica humana, práticas espirituais (meditação) e longevidade; espiritualidade e saúde mental; espiritualidade e qualidade de vida; espiritualidade e cuidados paliativos; espiritualidade e envelhecimento; papel da espiritualidade no tratamento e na recuperação de doenças crónicas; enfrentamento religioso, espiritual a diversas condições estressantes e traumáticas e seus reflexos sobre a saúde física e mental (Freitas, 2016).

A abrangência de temáticas estudadas relativas à dimensão espiritual nos cuidados de saúde, reforça a relevância da componente espiritual e das problemáticas ligadas à espiritualidade. Mas, fornecem sobretudo contributos para estabelecer padrões de comportamento e estratégias a desenvolver nos cuidados de saúde (Barton, 2004).

No contexto de estudos com pessoas com mais de 80 anos, Marques (2017) identificou a espiritualidade como uma estratégia do alívio do sofrimento, aliada a uma busca de bem-estar interior, afirmando que pelo seu poder transcendente a religiosidade enquanto experiência espiritual, evidencia um horizonte de esperança, dado que o sofrimento humano gravita entre o corpóreo, psíquico e espiritual, a espiritualidade está intimamente ligada à forma como a pessoa encara o sofrimento e reestrutura o seu ser.

Também diferentes estudos na população idosa, não específica das pessoas com mais de 80 anos, mas depois dos 60 anos, acerca do impacto da espiritualidade em diferentes aspetos do envelhecimento, a mesma é descrita como fonte de conforto, significado e força, estando relacionada com o bem-estar físico, mental e à busca de um propósito de vida (Araújo et al., 2008; Lucchetti et al., 2011; Santos et al., 2014).

Os achados deste estudo vão de encontro aos resultados destes estudos, pois os participantes referem-se ao fenómeno de ter fé, com o sentido de uma crença em Deus que influencia positivamente a forma como encaram esta fase de vida e sobretudo as suas adversidades e indefinições.

Para os participantes deste estudo a sua fé, crença é transmitida por uma “relação” que lhes é sempre certa e transcendente, sentida como positiva, e na qual assenta a sua perspetiva sobre as suas experiências do passado, do presente, e do futuro, que lhes sendo incertas e desconhecidas, projetam-se face a estas sentindo-se acompanhados e amparados pela crença numa presença de ajuda sempre presente. *“parece que a gente tendo aquela fé, vai tudo melhor, eu tenho tido aí daquelas que só Deus sabe, e estou sempre com aquela fé (...)”* (E4, L102-104), o sentido de fé descrita pelos participantes relaciona-se com a crença de uma Presença omnipresente *“Eu digo, Deus está lá em cima, mas também pode estar aqui ao pé de nós e nós não vemos, ouve e vê tudo o quanto a gente diz e faz, tudo quanto a gente faz aos outros e tudo quanto fazem a gente seja bom, seja ruim, (...) temos é que por a ideia naquele que nos guia e acompanha a todos.”* E5, 79-84, é manifesta a noção de bem-estar espiritual, pelo sentir de contacto com o princípio da

vida, que perpassa o ser e que integra e transcende a dimensão biológica e psicossocial (ICN, 2011) *“mas boto na ideia há de ser tudo o que Deus quiser”*. E5, L26-27. Vista como uma poderosa fonte de força de enfrentamento. E1, L26, *“Estou aqui entregue a Deus”* E3, L2. Existe a manifestação de um apoio que não depende de rituais, a fé é um sustentáculo para o enfrentamento da vida *“sinto que há alguma coisa que vem em meu auxílio, sou evangélica, vou à igreja, fazemos as nossas orações, mas não tenho compromissos.”* E6, L45-47.

A fé em Deus ajuda a enfrentar a mortalidade própria ao ser humano, a indefinição que se refere à ocorrência de um evento em qualquer momento não específico no futuro, vela o que é peculiar à morte como certa, que ela é possível a qualquer momento. O conceito de morte ou do fim do *Dasein*, é a sua possibilidade mais certa, insuperável, e indefinida, contudo no seu ser para a morte, o *Dasein* já sempre se decidiu de um modo ou de outro, ele escolheu enfrentar essa possibilidade desconhecida (Heidegger, 2009), e a fé assume um caráter de possibilidade de enfrentamento acompanhado desse desconhecido certo que é a morte, *“(...) como já tenho esta idade e toda a gente morre, não fica ninguém (...) tenho de ir quando tiver de ir e já tenho noventa anos (...) e já sei que tenho de ir (...) e tenho de ir (...)”*. E14, L89-93.

Ser para a morte, é comportamento em relação a essa possibilidade, mas o ser para a morte autêntico, não é um ser para a morte autêntico, será um comportamento em relação à morte que não seja encobridor. Ele será um comportamento em relação ao fim do *Dasein*, que não encubra essa possibilidade ou fuga dela (Gorner, 2018) *“Agora estou por aqui, peço a Deus: não preciso de muitos anos de vida, quando eu tiver que ir, que Deus me leve (...)”*. E7, L54-57.

Igualmente ajuda a tornar a ausência do cônjuge por morte, mais suportável e entendível *“O que era mais importante para mim era eu ter cá o meu marido, isso é que era importante, sou viúva já faz em agosto onze anos, (...) o mais importante era tê-lo cá ao pé de mim, mas Nosso Senhor levou-o, e eu tive que aceitar isto tudo. Que é mesmo assim, quando nós nos juntamos algum de nós tem de ir primeiro”*. E19, L4-9.

A fé em Deus é alegada para enfrentar a indefinição relacionada à sua sorte com esperança *“Eu gostava, (...) que Deus me mantivesse como eu estou, embora já tenha de andar de bengala, porque eu quando caio (...)”*. E7, L291-293.

A fé em Deus é um conforto interior que ajuda ao enfrentamento das vicissitudes da vida, por vezes marcada por adversidades pessoais, e a oração, a chave de comunicação para estabelecer esse pedido de ajuda *“Peço sempre a Deus sempre que me ajude, eu rezo o terço todos os dias, aos domingos vejo a missa na televisão (...)”* E8, L208-209.

A fé, é expressa como forma de dar sentido ao sofrimento, tal como afirma Frankl (1984), não é apenas pelo gozo da vida, que permite à pessoa a realização na experiência do que é belo, na experiência da arte ou da natureza, também há sentido naquela vida que dificilmente oferece uma chance de se realizar criativamente e em termos de experiência, mas que lhe reserva apenas uma possibilidade de configurar o sentido da existência, precisamente na atitude com que a pessoa se coloca, face à restrição forçada de fora sobre seu ser *“Já perdi a vontade de jogar, eu agora ali penso, deixo-me sofrer, não digo nada, deixo sofrer um dia Deus há de reconhecer.”* E12, L79-80. Se é que a vida tem sentido, também o sofrimento necessariamente o terá, o sofrimento faz parte da vida.

No entanto o sofrimento não é de modo algum necessário para encontrar sentido, apenas que o sofrimento quando seja inevitável, se ele for evitável, o significativo a fazer seria eliminar a sua causa, seja ela psicológica, biológica ou política. Sofrer desnecessariamente é masoquista e não heroico (Frankl, 1984).

A crença e fé em Deus, é proclamada como fonte de esperança, ânimo e de Amor Universal para o ser humano *“há pessoas derrotistas, há muitas pessoas que não acreditam em Deus, que não acreditam em ninguém, a não ser neles, pois claro que essas pessoas têm de ser infelizes, uma pessoa tem de ter esperança, a esperança é última coisa a morrer e a pessoa que não tem esperança, não tem vontade de viver e sem vontade de viver, é triste, porque nós somos filhos de Deus, e eu digo muita vez, mesmo aqueles que não acreditam, o Pai ama-os tal e qual como ama os outros, ama a todos por igual forma (...)”* E21, L179-186.

A crença, a fé impulsiona a agir sob partilha de valores humanos, que na forma de ver de um participante, poderia configurar num antídoto para fenómenos sociais, como o divórcio *“(...) se todos procurassem fazer cursos de preparação para o matrimónio, hoje não havia tantos divórcios, não havia tanta tragédia, porque as pessoas não sabem dialogar, nós temos conhecimento de casais que casaram que ao fim de três meses estavam separados, eu acho que não se casa por dá cá aquela palha, as pessoas têm de dialogar (...)”.* E21, L212-217.

Nesta relação de fé, existe a percepção de uma avaliação hierárquica justa e benemérita *“acredito num Deus que é Pai de todos e não castiga, eu como mãe não castigo, ele como é superior a mim de certeza que também não, acho que não.”* E13, L211-214.

A manifestação da fé também é entendida por meio de um sistema de rituais religiosos, porém a atitude de adesão para com esses rituais, não é vista com caráter obrigatório, mas com caráter conciliatório de outros afazeres *“Não saio de casa de propósito para ir à missa, se calhar a ir vou (...) mas aqui vou sempre à missa, Graças a Deus (...)”*. E14, L342-344.

A espiritualidade pode ser manifestada pela enunciação de adesão do conjunto de rituais que confere ligação à comunidade religiosa, e estar nos espaços religiosos confere bem-estar *“Eu fiz a primeira comunhão, fiz a comunhão solene, fiz tudo na catequese, (...) quando há aí missas, eu vou sempre (...) gosto muito da igreja (...) gosto muito da missa (...)”*. E15, L342-351.

A fé ajuda a suportar as contínuas faltas de resposta para os enigmas da vida que geram sofrimento *“A minha mãe chamava-se P., e eu vou muita vez à Igreja da P. mesmo na minha casa tenho a Nossa Senhora (...) e eu choro (...) e pergunto à minha mãe porque é que eu não me lembro da minha mãe me dar um beijo, porque é que eu não me lembro do meu pai me fazer uma festinha, de me fazer um carinho, porque é que eu passei tanto (...) e depois agradeço, ao mesmo tempo.”* E16, L185-191.

Os rituais de manifestação de fé são vividos como a fortificação dessa conexão imaterial, e é fundamento para encontrar sentido e significado da vida de ligação aos outros em comunidade *“Dá-me força (...) fazíamos 59 anos de casados e fomos à missa, na semana passada eu fazia anos e não havia missa cá, fomos (...) eu acho que a minha fé e minha união a Nosso Senhor e às outras pessoas, estão na base deste comportamento que eu tenho de ser útil a toda a gente, a base é essa.”* E20, L284-288.

A espiritualidade vivida vinculada aos valores de uma religião, é uma forma de realização pessoal para os crentes e partilhá-los com os outros confere um propósito à sua vida *“É toda a razão de ser da minha vida porque sem a religião e sem a fé e sem a vontade de estar disponível para servir não teria sentido, eu sinto prazer na vida por aquilo que sou prestável a alguém porque não vale a pena enumerar, mas nós ao longo da nossa vida estivemos disponíveis para tudo e mais alguma coisa, nestes anos todos que eu cá estou,*

(...) nunca cobrei nada a ninguém, (...), toda a minha dedicação, minha e da minha mulher foi sempre gratuita fizemos sem interesse, fizemos por amor.” E21, L105-113.

A partilha dos valores associados à sua crença religiosa é um meio para divulgar a crença que a vida humana não é obra do acaso, mas que tem sentido consoante o valor atribuído por cada um, sentido de que cabe ao ente concretizar o seu ser *“(...) eu gasto o meu tempo com isso a procurar fazer entender às pessoas que não estamos cá por acaso, que não vale a pena a pessoa não se sentir realizada ou não desejar viver porque a vida tem sentido desde que nós saibamos valorizá-la (...).” E21, L161-164.*

Uma pessoa com fé em Deus, sente-se recompensada *“(...) penso que claro que não fazemos tudo aquilo que devíamos fazer, mas procuro fazer alguma coisa e sinto que alguma coisa vale a pena, vale sempre a pena sempre fazer alguma coisa.” E21, L186-189.*

Ser crente confere ter uma atitude de gratidão face ao que se dispõe na vida, também de solicitar uma intervenção no sentido do bem-estar subjetivo, *“é assim a vida, quando me levanto de manhã, se noite foi boa, oh! Meu Deus, dá-me o dia que me deste a noite, se o dia foi bom, dá-me a noite conforme foi o dia, pedir sempre”. E9, L31-34.*

Uma participante relata experiências pessoais pelas quais se tornou mais crente em Deus e mais capaz de tolerar o sofrimento *“Quando acordei, eu não tinha febre, não tinha nada, e o médico disse: “mas, como é que há pouco, estava como estava e agora vejo-a assim? “Acreditei que era a Graça de Deus, (...) Naquela altura fiquei muito católica e com muito amor a Deus.” (...) “apagaram-me a luz do quarto e que era para eu não a acender, eu fiquei com muitas, muitas dores (...) acordei às 5 horas sã «onde é que eu estou, onde é que eu estou?» encontrei-me com um escapulário da Nossa Senhora do Carmo, (...) passados dois dias mandaram-me embora, estas coisas têm-me dado muita fé, muito amor a Deus. Por isso nesta altura, que não estou lá assim muito bem, mas porque tenho amor ao Senhor, tolero mais o sofrimento.” E12, L10-19; L58-70.*

A vivência da fé para os participantes deste estudo pode ser transmitida enquanto uma resposta humana para o enfrentamento da vida depois dos 80 anos na forma de um movimento interno, transcendente e subjetivo de ajuda, de suporte, de guia e de uma sentida presença permanente, associado também a rituais, hábitos culturais e sociais.

Para o cuidado de enfermagem a fé na transcendência das pessoas com mais de 80 anos importa enquanto manifestação da existência humana, e que tal como afirma Mendes (2013), o olhar profissional do enfermeiro para uma pessoa que solicita cuidados de enfermagem não é nunca um ato inocente ou indiferente, nem simplesmente técnico, mas tributário de uma visão mais vasta do mundo e do ser humano, por isso considera-se de primordial importância ter sempre em conta a dimensão espiritual do ser humano no processo de cuidados de saúde e de enfermagem em particular. Mais, afirma Renaud (2010), o verdadeiro cuidado, o cuidado que passa pelos tratamentos e pela ativa preocupação pelo bem-estar do outro é de natureza autenticamente espiritual.

No entanto, a evidência aponta para que a avaliação das necessidades espirituais e do sofrimento espiritual ainda não é sistemática na prática clínica (Caldeira et al., 2013, 2017; Chaves et al., 2010).

Os significados atribuídos às vivências da fé pelas pessoas com mais de 80 anos manifestam o sentimento de terem permanentemente um “suporte” para enfrentamento das diferentes vicissitudes da vida, e nomeadamente para fazer face à incógnita que constitui o futuro de um ser mortal, numa fase de vida avançada tendo em conta o limite temporal da vida humana. Pela fé, sustentam a capacidade própria para passar por acontecimentos ou transições e encarar o seu futuro com significado. Envolve acreditar em si, mantendo uma atitude positiva, ajuda a encontrar sentido para a existência (Swanson, 1991).

No alinhamento da estrutura de cuidado de Swanson & Wojnar (2004) atender às necessidades do cliente criando um ambiente confortável que seja propício à cura, inclui realizar atos aparentemente simples e práticos, mas que criam um ambiente ideal para preservar a integridade e dignidade da pessoa, incluindo tomar decisões sobre os seus próprios cuidados e em consequência surge uma atmosfera de puro cuidado, que permite ao enfermeiro ir além da dimensão física e possibilita o acesso à essência da humanidade do cliente.

Uma das experiências de vida comumente mais descritas nos estudos com pessoas com mais de 80 anos expressam, a fundamental importância da dimensão de expressão da fé, espiritualidade nos cuidados de enfermagem a estas pessoas, parecem tornar esses cuidados humanamente mais completos e inclusos da dimensão existencial.

Memorando

Os relatos dos participantes denotam uma dimensão de fé presente na fase de vida depois dos 80 anos, descrita nas palavras dos participantes, como crença em Deus.

Compreendida como uma expressão de espiritualidade, nem sempre vivenciada pelos participantes relacionada com atos e rituais religiosos, mas entendida como uma relação imaterial, na qual são permanentemente aceites, nesta relação de fé o seu valor enquanto pessoas não é diferenciado, ainda que fisicamente se sintam sós, sentem uma presença permanente que acompanha nas experiências vividas.

A fé para os participantes deste estudo é manifestada como um “suporte” para enfrentar com esperança e dar sentido às indefinições que a vida encerra (ocorrência de um evento em qualquer momento não específico no futuro), nomeadamente a sua mortalidade, que reconhecem própria do ser humano, mas indefinida no seu processo, que pode ser ou não associado a sofrimento. E nessa medida o enfrentamento dessa indefinição com fé, inscreve-se numa modalidade existencial na medida em que lhes ajuda a dar sentido aos enigmas da sua existência humana.

A vivência da dimensão de fé assume um carácter existencial, pois agrega e dá sentido às experiências físicas e não físicas, colocando em evidência as possibilidades de ser uma dimensão ontológica da sua estrutura existencial, na medida em que a fé, proporciona uma relação íntima com o ser-além-de-si, e ser junto das coisas e dos outros, ou seja, poder ser si mesmo. Aproxima-se de uma liberdade interior do ser humano, a qual não se lhe pode tirar, permite-lhe configurar a sua vida de modo que lhes faça sentido (Frankl, 1989).

A referência à espiritualidade emergiu para os participantes a partir das suas experiências vividas, ainda que relacionadas com a sua saúde, no entanto, não emergiu a partir das suas experiências de clientes de cuidados de enfermagem, iniciados ou propostos pelo enfermeiro, o que parece ir no sentido do que afirma Mendes (2013), aos enfermeiros falta desenvolver competências para a assistência espiritual, no sentido de serem capazes de recolher informações sobre a espiritualidade do doente, de forma a identificar as suas necessidades, saber discutir com os doentes e equipa de saúde que tipo de assistência espiritual é planeada, executada e avaliada.

Concordante com o mesmo autor que afirma decorrente da sua investigação, que as intervenções de enfermagem que parecem simples poderão ter um peso extraordinariamente importante no seu plano de cuidados.

Neste estudo, a fé em Deus das pessoas com mais de 80 anos, alinha-se com o sentido de uma dimensão existencial para lidar de forma menos vazia com a expectativa das indefinições da vida com um conforto interior e certeza de não abandono.

A enfermagem humanística percebe o homem tornando-se mais *ser* através da sua capacidade humana de se relacionar com outros seres em todas as formas, desde o material até o espiritual nos modos “eu-tu”, “eu-aquilo” e “nós” (Paterson & Zderad, 2008). Assim, cruzado com o sentido do mundo vivido pela pessoa com mais de 80 anos, atender às suas formas de fé possibilita uma intervenção potenciadora de bem-estar com mais *ser*. Este é um ponto que pode guiar o enfermeiro no sentido de um cuidado de enfermagem significativamente existencial face à pessoa com mais de 80 anos.

3.1.2 – Um modo existencial de ser com os outros no mundo depois dos 80 anos

Para as pessoas com mais de 80 anos o mundo humano em que vivem, é sempre compartilhado com outros seres humanos, com os quais se relacionam e estabelecem, cultivam vínculos afetivos.

Um modo existencial de viver com os outros no mundo depois dos 80 anos, identificado a partir dos discursos dos participantes, concretizada por interdependência com outros seres humanos significativos, foi fundamentalmente a relação estabelecida com os seus filhos e também com os seus cônjuges. Cada ser humano carrega uma visão de pessoas, famílias e comunidades sombreadas pelas visões da sua família nuclear, o seu passado geralmente é corrigido, mas nunca é apagado, assim, na sua família de origem, o homem interioriza ideias de “certo-errado”, “apropriado-inapropriado”, “esperado-inesperado” (Paterson & Zderad, 2008).

Tratam-se de relações interpessoais cuja qualidade subjetiva que lhe atribuem, determina numa relação existencial com os outros, dada a abertura de sentido de ligação ontológica ao seu ser (Heidegger, 2009).

Para os participantes um dos modos essenciais de vida compartilhada no mundo com outros seres humanos é a percepção da vivência subjetiva de viver em harmonia com aqueles que lhe são significativos na sua família.

A família possui elementos estruturais próprios que a constituem em um próprio “ser”, cujos principais componentes, são o cuidado que é desenvolvido pela família cuja finalidade é preservar a vida de cada um de seus membros; a percepção de saúde e vulnerabilidade de família que dinamizam e estrutura o seu sistema e que requer a participação de cada um dos seus membros, não só para o construir, mas também para o consolidar e manter a sua continuidade, sendo através deste sistema holístico que é a família, que cada membro alcança dignidade, respeito, competência, esperança e bem-estar na sua existência (Delgado, 2003).

3.1.2.1 – Harmonia familiar

Para os participantes existe um ideal de harmonia familiar traduzida na ideia de cuidado inter-humano explícito, recíproco, permanente, continuado e espontâneo entre os membros pertencentes a essa família. A interdependência dos afetos positivos na relação de pertença que é a família, sobretudo os filhos, surge para as pessoas com mais de 80 anos fundamental e significativa na sua existência humana, podendo ser afirmada como constitutiva de uma modalidade de relação existencial de se relacionarem com os outros no mundo.

“(...) o que interessa é que na nossa casa todos os dias são natais, a gente todos os dias estamos unidos, a nossa casa, eu moro aqui, a minha filha mora ali, (...) a união está sempre com a gente (...).”

A compreensão dos participantes neste estudo, em relação ao mundo compartilhado e a si mesmo, assenta em parte em afetos sentidos e demonstrados na sua família. São esses vínculos de afetos que dão consistência e continuidade à possibilidade de *seres-no-mundo*, com os outros, e que determina a sua relação de bem-estar existencial em relação a si, e à sua existência.

A família é considerada numa perspectiva holística um “Ser uno e particular”, um sistema, e uma globalidade (Relvas, 1996, p.10). Um sistema entendido como um complexo de

elementos em mútua interação, que aplicado às famílias é possível considerar cada uma como uma unidade, e cada membro da família é por sua vez um subsistema e um sistema. Um sistema individual é tanto uma parte como um todo (Wright & Leahey, 2011).

Para os participantes a percepção e a presença do *ser* da sua família constitui-se pelas manifestações mútuas de afeto, pela demonstração de necessidade de uns dos outros, ou seja, de terem uma relação cuidativa entre os membros da sua família, esta ocorrência tem para os participantes um sentido de concretização com êxito de um dos maiores propósitos da sua existência. Concretizar o cuidado com o outro e receber cuidado do outro, abarca o existencial de sentir *ser* junto, dentro da família.

Os participantes confirmam o cuidado dado e recebido na família como perspectivado por Heidegger (2009) no sentido que dá a unidade ao *ser-no-mundo* e é a sua essência, e que abarca o existencial de ser *junto a*.

Histórias individuais foram relatadas pelos participantes e nelas destacado o sentido de família enquanto relação de pertença, que emerge como um bem fundamental e central na vida dos participantes, maioritariamente os participantes, casados, viúvos e alguns solteiros, expressaram essencialmente emoções positivas por terem relacionamentos gratificantes com os cônjuges, com os filhos e consideraram isso uma mais-valia nesta fase de vida.

Os participantes revelaram atribuir importância e comprometimento em cuidar das relações afetivas, sobretudo com os filhos *“Eu não me atrevo a deitar na minha cama sem falar com a minha filha, ligo-lhe todos os dias, e ligo sempre para a minha nora, elas trabalham, só ao sábado e ao domingo é que elas aí vêm e assim fico descansada (...) só de ouvir a voz da pessoa fico contente, parece que é um alívio, (...), não me deem nada, mas deem-me uma palavra, agora o desprezo, não.”* E9, L192-202.

Para cumprir, na plenitude, esta condição de ser pessoa é necessário agir cuidando do outro, numa relação de reciprocidade, a relação de pertença com a família é fundamental *“a minha família com certeza, os meus netos brinco com eles e eles comigo, ainda ontem aí estive um, são muito meus amigos, damo-nos muito bem, se for preciso andar de cadeira de rodas comigo andam, até o meu genro, eu tenho uma família muito boa, a minha filha*

é muito boa, vem todas as semanas. Não me falta nada, mesmo com a minha nora, dou-me muito bem com ela.” E13, L 168-174.

Uma participante refere que depende da ajuda permanentemente da sua filha para cuidar do seu marido dependente *“a minha filha é que me vale tudo, eu só estou aqui ao pé dele, se for preciso eu telefono-lhe e ela vem logo, pede ao patrão e vem logo, já lhe tenho telefonado à meia-noite e às vezes às duas da manhã ela vem logo mudá-lo, do melhor.”* E1, L104-107.

Encontrar, sentir bem-estar subjetivo depende igualmente do sentimento de que é extensível à sua família sobretudo os filhos, é um sustentáculo, uma fonte positiva de enfrentamento da vida quotidiana, bem como satisfação pessoal em poder ajudar outros membros da família, *“(…) a gente encara a vida, as dificuldades, a família (…) leva-se a vida (…) os filhos estão bem e a gente também está bem (…) não gostamos de ver miséria (…) temos ajudado a família... nem conta tem (…)”.* E23, L95-100.

Receber concordância por parte dos filhos face às suas atitudes e comportamentos, também é sentido como um modo de compreensão e harmonia entre mãe e filho *“eu gosto de me mascarar, eu gosto de saltar, eu gosto de brincar, eu gosto de anedotas, eu gosto de tudo, eu gosto de tudo dessas coisas assim (…) o meu filho apoia-me”* E16, L230-233.

Uma participante recorre às suas vivências quotidianas interpessoais entre casal, filhos e netos, sentida como fundamentada na partilha de afetos e estima mútuos, como sustentáculo para apoiar o marido que se encontrava internado e ausente de casa por ocasião da festa da família *“(…) não é só o Natal que conta, nós temos o Natal sempre com a gente, tens uma filha boa, tens um genro bom, tens dois netos que ajudaste a criar mais eu, então o que é queres mais, tens uma mulher que é ruim para ti? Não, és uma santa (…)”.* E17, L151-157.

A convivência salutar com permuta de afetos e estima, permite à pessoa perceber-se como elemento que se mantém querido nessa relação *“Uma pessoa muito querida para todos eles, mesmo para o meu genro, para a minha nora, eu acho que sou uma pessoa que eles gostam a valer. Tenho duas netas (…) tenho uma família estupenda, poucas famílias terão uma família tão boa como a minha e com as outras pessoas, dou-me bem com toda a gente. Não sei se há céu se não há, mas se houver, por eu não perdoar o outro, de certeza absoluta*

que eu lhe perdoo. Também nunca fiz nada de mal a ninguém.” E13, L193-209. A perspectiva psicológica, de bem-estar comporta uma avaliação positiva de si próprio, um sentimento de contínuo desenvolvimento como pessoa, crença de que a vida pessoal é importante e significativa, o estabelecimento de relações positivas com os outros, a capacidade para gerir a própria vida e as exigências externas com eficácia e um sentido de determinação face à realização de objetivos pessoais (Novo, 2003).

Sentirem-se bem-queridos pelos descendentes ajuda a uma maior valorização do sentido da vida, do que fizeram e foram enquanto pessoas em relação *“Os meus netos vão lá, ainda ontem lá estive o meu neto com o meu bisnetozinho tão querido... e assim ocupo a minha vida.”* E14, L83-85. A coabitação e as relações centradas na família, assim como a frequência da manifestação de afetos e o maior apoio emocional, são preditores essenciais para um maior sentimento de felicidade, associadas às representações mais otimistas da velhice (Paúl, 2005).

O modo de ser em boa relação contribui para o bem-estar dos diferentes elementos que compõem a estrutura familiar *“(...) eu acho que sou uma pessoa que eles gostam a valer. Tenho duas netas uma com 23 outra já tem trinta e quando estou lá estão sempre oh! Avó, queres que te dê banho? Elas vão-me dar banho ali não há nada. Houve lá uma festa, (...), o meu genro, vai, vai nem que fique dentro do carro e lá levou a cadeira de rodas, quando lá chegámos, vá vamos ver a festa (...).”* E13, L193-209.

A qualidade das vivências significativas auferidas na família, não depende do número de elementos, mas das particularidades estabelecidas entre si *“(...) a família como não é muito numerosa e como é muito unida e a gente com a família é que conta, nunca contei com ninguém além da família e essa não me tem falhado, também não tenho tido grandes necessidades”.* E13, L225-230.

De uma história de relações familiares constituída por paz e entendimento entre os seus elementos, brota a esperança de que assim permanecerá *“Eu conto com a minha família e sei que não me vão falhar, a minha filha e o meu filho era igual, estou farta de pensar e nunca tive uma discussão com os meus filhos, podem-me dizer “mãe não faça assim, não faça assado”.* E13, L230-233.

Ter a percepção subjetiva de ter uma boa família contribui para se sentir em bem-estar “*o que me dá conforto é as minhas filhas, os meus netinhos e aqui. E aqui... sinto-me bem... aqui estou... estou bem e as minhas filhas muito boas...*”. E14, L60-62.

A mudança de habitação da família em função das necessidades da mãe com alteração da capacidade de se locomover, é sentido como um sinal que lhe é atribuída importância na sua família “*(...) vivo aqui por cima, tenho casas minhas e das minhas filhas (...), mas como tem escadas a subir e a descer, as minhas filhas, como são muito boas, disseram “olha mãe, como tu tens muitas dores (...) tu não podes subir e descer as escadas, a gente vai sair daqui e deixa ficar as casas, deixamos ficar e vamos alugar uma casa onde não tenha escadas e só tenha elevador... e assim foi (...)*”. E14, L64-73.

Relembrar que os laços que ligam a sua família são de apoio e presença entre ascendentes e descendentes é usado como ancoragem emocional nos momentos de maior fragilidade “*Vês, filho! Nós fomos sempre lá ver-te, os nossos netos, então vês a nossa união, (...) estamos a comer chegam os nossos netos e sentam-se, e puxam de um prato para comer mais tu (...) eles chegam aqui. Oh, vó! Gosto tanto da tua sopa, (...) fizeste pataniscas! Dá cá, que eu gosto tanto de pataniscas! O que é eu quero mais na minha vida?*” E17, L186-191.

Os afetos sentidos por parte da família mais nuclear cônjuge, filhos, genro e netos são fonte de sentir em boas expectativas “*(...) é eu ter um genro bom, ter uma filha boa e uns netos, e vivo nesta esperança sempre, são uns grandes amigos que estão ao meu lado para socorrer, este rapaz é um maravilhoso [genro] (...) o meu marido gostava que eu andasse sempre bem vestida e calçada, tinha só um fatinho, (...) quando namorávamos dizia-me (...) olha que eu gosto de ti.*” E17, L256-278.

As vivências sentidas como demonstrações de amor de pais para filhos perduram na existência humana depois dos 80 anos, no relato de um participante [com 92 anos] são a “*ligação*” entre as vidas dessa ligação partilhada “*A minha mãe, quando eu ia com ela dizia “gosto muito do meu filho (...) mostra lá aí a perna...” era por causa disto [mostra um sinal na pele] e ela quando andava grávida dizia que metia as azeitonas no bolso e aquilo apareceu (...) eu nunca acreditei nisto, não sei se isto é possível se não é, mas ela dizia isto e isto vai comigo (...) vai comigo porque são as palavras da minha mãe que dizia aquilo por*

amor, aquilo era amor, aquilo era o ligar, digamos assim, a minha vida com a vida dela.”
E24, L205-211.

Um participante refere que a sua longevidade pode estar por certo relacionada, e influenciada positivamente por ter e manter um relacionamento de bom entendimento com a sua companheira ao longo de toda a vida de casados *“Eu tenho a impressão que a felicidade, o gostar, a boa disposição também prolonga tudo a vida (...) Não somos telhudos (...) nem um nem outro (...) nunca dormimos uma noite que não se fale (...) se havia um arrufo, quando íamos para a cama, tínhamos que pôr as cartas na mesa e ficar tudo bem (...) a minha mulher nunca me deu uma chapada na vida (...), e recomenda “Se forem casal, que se deem muito bem, que se tolerem (...) e muita saúde (...), “Se todos os casais fossem como nós era só felicidade no mundo (...)”* E23, L 86-90; 177; 294.

O que os participantes relatam acerca da centralidade que os afetos partilhados essencialmente com os cônjuges, filhos e netos têm na sua existência, remete à influência fundamental que as redes interpessoais têm para as pessoas com mais de 75 anos no seu bem-estar e felicidade, igualmente a frequência do contacto e a qualidade dessas relações são determinantes que tornam a vida dessas pessoas mais satisfatória (Cabral et al., 2013).

A manifestação de afetos é um importante indicador do bem-estar, muitos estudos ao longo do tempo têm demonstrado o papel crucial dos laços sociais e do apoio social (efetivo ou percebido) para a qualidade de vida dos mais velhos (Cabral, et al., 2013).

Também na área da psicologia a ênfase consistente na dimensão interpessoal, apontando como critérios mais importantes a orientação para os outros, o cuidar de alguém, o ter amigos (Fonseca, 2006).

Do ponto de vista da neurofisiologia, Damásio (2017), afirma que os sentimentos desempenham um papel importante nas nossas decisões e atravessam um papel importante nas nossas opções e permeiam a nossa existência, servindo para regular a vida e fornecer informações necessárias para a homeostasia individual ou social.

O mesmo autor afirma ainda que, os acontecimentos da vida que nos fazem sentir bem promovem estados homeostáticos benéficos, sentirmo-nos felizes tem inúmeros contributos fisiológicos positivos, nas suas palavras, os sentimentos relacionam-se,

contribuem para a homeostasia, os agradáveis alinham-se com gamas positivas de homeostasia eficaz ou mesmo ótima e exprime-se com bem-estar ou mesmo alegria.

Ainda de acordo com Damásio (2017), os afetos e os sentimentos podem assumir formas e feitos que funcionem de forma negativa, mas a maioria das emoções e dos sentimentos são essenciais para dar energia ao processo intelectual criador e menosprezar os afetos empobrece a descrição da natureza humana.

Os sentimentos são experiências mentais que retratam o interior do organismo que está imbuída da propriedade de definir o sentimento, a valência, revela a condição de vida como boa, má ou num ponto intermédio. E os afetos positivos ou agradáveis, são expressões de condições que são conducentes à continuação da vida (Damásio, 2017) e nessa medida compreendidos como dimensão importante e central para a existência depois dos 80 anos.

É possível compreender pelos depoimentos dos participantes, que os modos de sentir e de se relacionar permanecem inteiros depois dos 80 anos, o que consubstancia o significado dos afetos e a necessidade dos mesmos para o bem-estar durante a existência humana. Dizem respeito à natureza do que somos, que enquanto seres humanos possuímos necessidades e capacidades afetivas que representam uma dimensão fundamental que permanece com a existência independentemente da idade.

E conforme afirma Damásio (2017) a ativação de respostas emotivas ocorre automaticamente e de forma não-consciente, sem qualquer intervenção por parte da nossa vontade, sendo frequente tomarmos consciência de que uma emoção está a acontecer não durante o desenrolar da situação que a provocou, mas sim porque a resposta emotiva à situação leva ao aparecimento de sentimentos.

Também abordagens filosóficas, ao longo do século XX, destacam o valor da afetividade, compreendida numa linha de pensamento assente na compreensão do homem a partir da sua existência e subjetividade como abertura ao mundo, aos outros e a si mesmo, atribuem à afetividade um papel legítimo, necessário e de fundamental importância, para que a vida seja plenamente humana (Santiago, 2013).

Trata-se de uma reação subjetiva, chamada também de ressonância, vibração, e que surge como integrante do sentimento, é particularmente reveladora da íntima relação entre o nosso interior e o que fora de nós é motivo do nosso sentir. Dir-se-ia que o mundo e os

outros nos solicitam a partir das suas qualidades, despertando em nós ecos, ou noutros termos, respostas afetivas, e levando-nos a sentir com eles. É assim, na medida em que as “coisas” ressoam em nós, que nos sentimos ressoar através delas, o que equivale a afirmar que é afetado pelas “coisas”, muito especialmente pelos outros seres humanos, que a pessoa se experimenta a si própria nessa afeição (Santiago, 2013, p. 62).

As considerações, emergentes quer da abordagem neurofisiológica que compreende as emoções na íntima relação entre o nosso interior e o que fora de nós é motivo do nosso sentir, as emoções orientam e influem no comportamento do ser humano, veiculando sinais que servem de comunicação e de expressão consigo e com os outros; e de uma perspectiva filosófica atribui à afetividade um papel legítimo, necessário e fundamental a partir da existência e da subjetividade do homem como abertura ao mundo, aos outros e a si mesmo.

Embora com abordagens específicas entendem-se como complementares na compreensão dos relatos dos sentimentos e das emoções decorrentes das experiências e vivências das pessoas com mais de 80 anos, nas suas relações afetivas com os outros seres humanos significativos, sobretudo os filhos, na medida em que corroboram o valor e a importância destacados pelos participantes relacionado com os afetos positivos auferidos nas relações com os mesmos.

Considerando a importância atribuída ao comprometimento do cuidado de enfermagem promovendo uma relação afetiva com a família, podemos intuir o conceito de presença terapêutica (Paterson & Zderad, 2008), bem como o significado de cuidado de Heidegger (2009) na medida em que a condição de ser pessoa é ser-para-o-outro, modo de *ser* que mais não é do que cuidado.

Os afetos positivos partilhados na coexistência no mundo com os outros, nomeadamente a família assumem para as pessoas com mais de 80 anos uma dimensão de bem-estar existencial na medida em que em que dão um sentido de ressonância de existência de seres com vida significativa pela permanência de ligação de interdependência de elos entre vidas humanas. A minha vida ressoa significativa, com valor humano para mim, na medida em que o outro me faz ressoar significativa, com valor humano para si.

Memorando

Tendo em conta que a singularidade do *ser* não é estável e assegurada previamente ao ser humano (Heidegger, 2009), também depois dos 80 anos é possível constatar, tal como em outras fases da vida que se trata de uma tarefa existencial e que do relato dos participantes emerge da qualidade dos afetos estabelecidos, proporcionados e mantidos nas relações afetivas de pertença e de reciprocidade que mantêm depois dos 80 anos.

Liga-se ao sentimento partilhado e também implícito de que estar numa relação de pertença nesta altura da vida, é indispensável e contributiva para que expressem a sua existência (presente e passada) como significativa. O sentimento de ter uma família presente (dar e receber afetos positivos) tem para os participantes um sentido e um significado de concretização da sua existência e da sua dimensão de bem-estar existencial.

Neste sentido, o enfermeiro ao estar genuinamente em diálogo vivido com o cliente com mais de 80 anos (Paterson & Zderad, 2008), entende que este é afetado pelos relacionamentos inter-humanos, que não sendo numerosos e muito extensivos, cingem-se sobretudo aos filhos, ao cônjuge e eventualmente netos, é através desta relação que co-experimentam o seu mundo, que é uma parte muito real da sua existência, estejam fisicamente presentes ou distantes integram constituem uma dimensão do seu bem-estar existencial.

O cuidado de enfermagem de criação de um ambiente confortável (Swanson, 1991) ao bem-estar existencial do cliente com mais de 80 anos, inclui estar aberto e desperto a uma pessoa necessariamente relacionada a outros seres humanos significativos que completam a sua existência e a tornam mais significativa, o ser-com da pessoa com mais de 80 anos concretiza-se sobretudo no cuidado afetivo aos filhos e cônjuge.

Reconhecer essa natureza, essa visão da pessoa com mais de 80 anos no mundo, corresponde a moldar uma forma de estar e de ser mais humanamente com a pessoa.

3.1.2.2 – Viver sentindo estima na sua existência

Os participantes referiram-se a vários aspetos que lhe trazem satisfação pessoal nesta fase de vida, conotado à percepção de atribuição de um significado positivo à sua existência. As principais fontes derivam do reconhecimento mais ou menos explícito, mais ou menos

formal, mas sobretudo subjetivamente percebido em valorização da sua existência no conjunto dos outros seres humanos, e que significa também valorizar, as formas de estar no mundo, de se relacionarem com os outros e valorizar o *ser* dos outros no mundo.

“gosto de ser tratada como eu trato os outros (...) gosto de ser tratada bem”

Nos relatos mostra-se marcante para os participantes receberem apreciações valorativas à sua existência, numa perspectiva fenomenológica a vida humana representada em termos de correspondência de uma unidade tempo, a mesma não significa a soma ou sequência de instantes que se acrescentam uns aos outros, é antes vista num desdobramento do próprio *ser* do ser humano (Pasqua, 1997, p. 154).

A vida enquanto existência, é o tempo horizonte de manifestação de sentido do *ser*; o tempo de sentido originário, é o lugar desde onde o *ser* se revela. Aquilo que o homem é, é ao mesmo tempo a sua maneira de existir, de se «temporalizar», compreende que na existência está incluída a sua essência, e que todas as determinações existenciais do homem são os seus modos de existir, o tempo é um existencial na medida em que faz existir o *ser* do *Dasein* (Pasqua, 1997, p. 158), do ser humano.

A vida com tempo cronológico superior a 80 anos, para os participantes do estudo é concebida e influenciada por esse tempo medido pelo calendário, mas igualmente importante, ou talvez ainda mais importante, é a sua experiência do tempo, constituído pelo significado das vivências que constroem o seu mundo.

“(...) sabem dar o valor, a mim por exemplo estão-me sempre a dizer, se lhe acontecesse alguma coisa, se a senhora morresse ainda faz cá tanta falta, para isto, para aquilo, estão sempre a valorizar aquilo que eu faço”. E19, L37-43.

É pelo significado das vivências, que estar no mundo se transforma em habitá-lo de uma forma existencial, as coisas e as experiências têm o efeito de fazer o ser humano deter-se nele, de outra forma as coisas existem no mundo como abstratos, estão no mundo como algo que está apenas em uma outra coisa, já o ser-no-mundo advém do modo como cada ser humano valoriza as múltiplas particularidades destacadas à valorização do seu *ser* e não simplesmente estar nele como uma coisa, ou um ente simplesmente dado (Heidegger, 2009).

Um dos aspetos que transparece no relato dos participantes como associação positiva de sentirem a sua existência reconhecida entre os demais seres humanos, é pelos afetos positivos recebidos continuamente dos destinatários de uma atividade que exerceram *“As pessoas gostam de falar comigo, porque em 68 anos, muita gente passou por mim, mas muitos milhares e toda a gente me conhece, embora eu não consiga reconhecer todos pelo nome, há muita gente que vem, quando o nome já nem se pensa nele.”* E21, L60-63.

Igualmente sentir que as pessoas não ficam indiferentes a atos de humanidade que praticaram no passado e sentirem-se ressarcidos no presente *“E quando vinha do bairro para a cidade, a minha carrinha vinha sempre cheia de gente que estava nas paragens... Eu tive muitas surpresas de ir a repartições durante a independência, onde fui (...) recebido pelo diretor, e entrei lá e o diretor dizia “eu conheço-o bem... sou filho de não sei quem (...) o senhor deu-me muitas boleias para o colégio (...).”* E22, L197-201.

Um participante refere sentir reconhecida a sua dedicação e contributo ao desenvolvimento do estudo do folclore durante toda a sua vida *“(...) os meus conhecimentos foram reconhecidos por muitas pessoas (...) tanto assim é, e não é por acaso que eu tenho uns diplomas da Câmara (...) e mais (...) tenho muita coisa (...)”.* E24, L129-131.

Apesar de já não se sentir com energia para falar e escrever acerca do folclore nacional, ainda assim continua a ser solicitado depois dos 90 anos, para continuar a divulgar e partilhar os seus conhecimentos e perspetiva pessoal considerada valiosa acerca da temática *“Ainda há dias, veio cá um homem a incitar-me a ir falar destas coisas (...) “tenha paciência, mas não me sinto com saúde para isso (...). Mas, você tem ideias diferentes (...).”* E24, L139-141.

Tais relatos expressam o sentido de realizarem uma avaliação positiva e aceitação de si, a crença de que a sua vida pessoal é importante e significativa e que se constitui num dos indicadores de bem-estar psicológico (Novo, 2003).

O critério de valor, atribuído pelo homem tanto às coisas, como aos seres e aos acontecimentos, guia a sua ação e orienta para o tipo de relação que com estes estabelecem, a equidade percebida nos relacionamentos com os demais, enquanto seres humanos demonstra sentido valorativo para os participantes *“gosto de ser tratada*

como eu trato os outros (...). Às vezes há aqui certas coisinhas que a gente não gosta muito, mas (...) temos que deixar passar (...) não podemos levar tudo (...)." E14, L154-161.

Uma forma de se atribuir valor é pelo autorreconhecimento e reconhecimento dos outros da manutenção das capacidades cognitivas e intelectuais, sendo um dos elementos que emerge para os participantes como constitutivo e demonstrativo da integridade do seu eu *"(...) eu ter o meu juízo e a pessoa que está ao meu lado, e eu acho que estou falar acertado, porque não estou a falar mal de ninguém, reconhecer a palavra que estamos a dizer (...) antes de sair a palavra a gente tem de pensar um bocadinho, se não vai ofender uma ou outra tem de se pensar primeiro (...).*" E7, L279-284

A autoperceção da manutenção da capacidade de estabelecer diálogo, comunicação coerente com os outros outorga-lhes confiança para continuarem a sentirem-se pertencentes e integrados na sua comunidade *"É eu saber aquilo que estou a dizer, e depois eu saber que a pessoa que me está a ouvir não vai pensar que eu não sei o que é que eu estou a dizer."* E7, L286-288.

Também atribuem valor positivo à possibilidade de usufruir dos órgãos dos sentidos de forma integral para perceber o mundo que os rodeia por relação a si próprios *"Por exemplo na cabeça, sinto que ainda tenho bons sentidos, sei bem ler, sei bem escrever, sei bem fazer isso tudo, por exemplo contas, sei fazer isso tudo."* E11, L3-5; *"o que a mim me alegra, (...) ter o tino para conhecer o mundo a gente poder dizer umas palavras, muita gente que perde a fala, isto é tudo uma alegria que a gente tem, a gente tendo a vista [da sua porta apara a rua] é bom, nós termos a nossa vista e o nosso tino, para percebermos o que é que as pessoas dizem (...).*" E5, L14-20.

A reafirmação da importância das capacidades cognitivas é demonstrada também pela perceção da manutenção de competência de aprendizagem *"(...) sei aquilo que quero e que sei aquilo que digo sei, reconheço em mim aquilo que eu quero (...) porque também há aqui muita coisa na televisão que a gente aprende, ainda ontem ouvi aqui um programa sobre o alcoolismo (...).*" E7, L329-336.

Entender e fazer-se entender é uma capacidade destacada para poder ser reconhecido pelos demais *"É a compreensão que tenho, quer dizer aquela compreensão que eu*

reconheço que os outros me têm, que me compreendem, aí fico satisfeita quando eu vejo que as pessoas compreendem aquilo que eu quero [dizer] (...).” E11, L35-39.

Também estes aspetos, que são a vivência de sentido do estabelecimento de relações positivas com outros apontam para uma dimensão de bem-estar psicológico (Novo, 2003). Igualmente ver a capacidade para trabalhar com as tecnologias atuais numa atividade de atendimento ao público é também acolhido como um reconhecimento valorativo da manutenção das suas capacidades *“Algumas pessoas dizem, olha o que é que aqui está aqui a fazer se não sabe [trabalhar com a caixa registadora/computador], tenho tido outras regalias, de dizerem eu nunca era capaz de fazer o que tu fazes, tenho gosto, isso reconheço que é uma forma de reconhecimento.” E11, L155-159, aponta para a capacidade para gerir a vida própria e as exigências externas com eficácia e que se engloba num indicador de bem-estar subjetivo (Novo, 2003).*

Uma forma de valorização que os participantes destacam é que as suas capacidades específicas de memorização para aprender, sejam reconhecidas e entendidas como normais, o que os faz vislumbrar que são capazes e possuidores de potenciais e de competências para realizações, o que lhes retira a carga da tradição de idade avançada ser sinónimo de incapacidade *“a senhora não tem 90 anos?(...)” pois tenho(...) já os fiz (...) já vou fazer 91 em outubro (...) se lá chegar (...) a nossa monitora, sabe a minha capacidade, apanho tudo, tudo (...) as cantigas daqui, que ela faz, que a gente faz (...) eu sei tudo, tudo, tudo.” E14, L108-116, reflete o sentido de uma avaliação positiva e aceitação de si e o sentimento de contínuo desenvolvimento como pessoa (Novo, 2003).*

Outra forma de valorização reconhecida pelos participantes, é receberem apreciações de que aparentam uma idade menos avançada do que a real, por ser para si sinónimo da posse de capacidades, pois a idade avançada é sobretudo associada ausência das mesmas *“(...) a gente sente-se bem quando nos dizem “a senhora não parece ter essa idade! (...) a senhora está muito bem (...).” E14, L190-193.*

É possível perceber que para os participantes, um dos receios pessoais é que quando atinjam uma idade mais avançada possam não ser considerados pela sociedade e pela família, receio que advém da sociedade atual *“(...) nunca me põem de lado em coisa nenhuma, graças a Deus (...).” E14, L123-124.*

Ter um bom relacionamento com os familiares, nomeadamente os filhos confere o sentimento de amparo *“(...) lido com as minhas filhas, as minhas filhas, muitos boas, os meus netos, muito bons, e, Graças a Deus, não me falta nada.”* E14, L244-246.

Outras formas de se sentirem considerados é pela atenção e solidariedade, de outros para com as suas particularidades e necessidades *“O que eu sinto é que todos me têm tratado bem, e algumas pessoas têm dó, porque a minha irmã é que andava fora e as pessoas mandavam-me dinheiro, chocolate ou cumprimentos.”* E5, L47-49.

A apropriação da sua existência, passa pela aceitação e tolerância para consigo próprios, o que faz emergir um modo de ser de continuidade de construção *“Cada um que as tem, tem que as aturar enquanto cá estiver, é já as contas que eu boto enquanto eu cá estiver vai ser assim, e se não for pior, ainda muito bem estava eu.”* E5, L24-26.

Uma forma de se sentirem valorizados, de se sentirem bem consigo mesmos, é pelo julgamento positivo que os conviventes, semelhantes fazem às suas formas de enfrentamento dos problemas surgidos *“Há pessoas que me reconhecem, há pessoas que me dizem que eu tenho tido muita coragem e que é para eu fazer como tenho feito, e dizem não baixe a cabeça, sempre com a cabeça no ar, levantada, porque Deus é grande (...).”* E7, L147-153.

Uma das dimensões de bem-estar psicológico (Novo, 2003) é o sentido de determinação face à realização de objetivos pessoais, que nos relatos dos participantes deste estudo não é explicitamente identificado, mas sim um sentido de autoperceção da capacidade enfrentamento para gerir o seu dia-a-dia e os problemas da vida.

Atingir a longevidade em circunstâncias pessoais e sociais adversas por comparação às das atuais gerações, é sentida como uma forma de reconhecimento de valorização pessoal *“(...) as pessoas reconhecem assim, tomáramos nós chegar à vossa idade, apesar de passarem por tanto (...) passou muita fome por mim, porque eu ainda apanhei a guerra, (...) eu era muito pequenina toda a gente me espezinhava (...) eu passei muito querer fazer [refeições] e não ter com quê (...).”* E9, L77-87.

Os participantes relatam sentimentos positivos em poder ajudar os outros, por exemplo os menos capazes em algum tipo de atividade, o apoio mútuo e reciprocidade de afetos positivos é uma forma valorativa à sua pessoa e de sentir presente para a família e para

com a comunidade *“É ter apoio dos meus, sentir que as pessoas gostam de mim, gosto de sentir o que as pessoas sentem em serem ajudadas, eu vou com elas para o médico (...), sinto-me bem com o conforto que as pessoas me dão.”* E6, L36-39.

Os diferentes relatos dos participantes pelo qual sentem valorizada a sua existência apontam indicadores de bem-estar psicológico (Novo, 2003) e remetem a autoconceito, (Rocha, 2010) ou à percepção que fazem de si próprios, quer a nível interno (identidade, satisfação e comportamento) quer a nível externo (físico, ético-moral, pessoal, familiar e social). Concebido como uma estrutura, e um processo, que sendo dinâmico é suscetível de ser modificado (Tamayo et al., 2001) mas que está relacionado com o bem-estar da pessoa idosa (George, 2000).

Em sentido fenomenológico os aspetos enunciados têm para os participantes um sentido de valorização da sua existência, na relação com os outros, passíveis por isso de serem entendidas com sentido de uma forma existencial de valorização do seu *ser* na sua relação com o mundo e com os outros.

A percepção de se sentir-se subjetivamente desvalorizado também foi relatado por alguns participantes, referindo-se à vivência de comportamentos, atitudes perante as quais se sentiram negativamente diferenciados.

Uma participante relata que tem a percepção de que os mais velhos significam sobretudo custos económicos para a comunidade, o que transmite um sentimento de que já não são essenciais, são seres que podem ser desprezíveis para a sociedade em geral, pelo ónus dos seus custos para a mesma *“(...) eu acho, (...), eles [Governo] não querem saber dos velhos, que é para os velhos morrerem e deixarem de pagar as reformas deles, o governo, não querem saber dos reformados que é para eles morrerem e não terem de pagar as reformas.”* E8, L145-149.

Alguns relatos foram no sentido da pouca consideração que sentem por parte da comunidade envolvente face a si, às suas condições de vida precárias, apresentando como convicção pessoal que viverem em condições económicas e sociais desfavorecidas num bairro social, alcunhado por uma designação que por si só, já remete para uma condição pessoal e social desfavorecida *“Alguns reconhecem valor e outros não reconhecem, eu acho que por a gente viver assim pobres sei lá, eu penso que é de viver pobres que não dão valor,*

penso eu que é assim, mas nós somos estimadas umas pelas outras (vizinhas) somos aqui poucas somos estimadas umas pelas outras.” E3, L126-130.

As condições económicas e sociais desfavorecidas, impossibilita os participantes de fazerem face às suas necessidades do dia-a-dia e isso faz com sintam nisso, uma fonte de sofrimento adicional *“As necessidades maiores são a gente às vezes querer ter para por na panela e não haver, não haver dinheiro, não é com quarenta contos [cerca de 200 euros] que eu vou-me governar o mês inteiro (...) eu tenho de fazer uma grande ginástica, por isso é que eu choro, (...) eu ando só com comprimidos (...).” E3, L234-239.*

Sentem ainda diferenciação relativamente às diferentes gerações no sentido de quem conhece, acompanhou mais de perto o seu percurso de vida denota em seu entender, respeito para com esse percurso, já relativamente à geração de pessoas mais jovens, sentem que de modo geral não lhes demonstram apreço, e quando o fazem é baseado no sentido da obrigatoriedade culturalmente estabelecida em relações familiares, ao invés de baseada em afeição, *“(...) quem nos conhece e conhece o nosso passado e sabe como a gente começou, e como a gente lutado e as dificuldades que tivemos de enfrentar, respeitam isso (...) a geração nova não gosta de velhos, da conversa dos velhos (...) um jovem da família que nos vem visitar aqui em casa, não nos vem visitar por sentimento de família, vem para se descartar (...) “tenho que ir visitar a minha tia (...) que ainda lá não fui (...).” E22, L97-101.*

Igualmente ao nível das relações interpessoais sociais relatam o sentimento de diferenciação da relação baseados na idade *“Os novos querem convívio dos novos, já não ligam aos velhos (...) a conversa dos velhos já não lhes agrada (...).” E22, L103-104.*

Também relativamente à sua família, na qual denotam ter depositado expectativas de maior proximidade e convívio face à existente, sobretudo os que têm filhos e considerando essa relação pais-filhos, tinham a expectativa que estes, nesta fase de vida se manifestassem de modo atencioso, preocupado, e quando se sentem ignorados por estes, por exemplo quando não os visitam, não os procuram para conviver percebem, que se não têm essa necessidade de ligação, de conviver a relação existente perde a particularidade de cuidado esperada da relação filhos e pais.

“(...) na família falham, falham, e desde que o meu marido morreu (...) às vezes espero por eles, e eles telefonam a dizer que não vêm, eu não sei o que dizer, (...) Às vezes sinto-me aborrecida, sinto um grande aborrecimento, (...) tanta família e ninguém cá aparece, vejo a família das outras a entrar para casa deles e a minha não aparecer, este meu neto só vejo de ano a ano.” E3, L177-185. A finalidade do cuidado que é desenvolvido pela família tem em vista preservar a vida de cada um de seus membros, requer a participação de cada um dos seus membros, não só para o construir, mas também para o consolidar e manter a sua continuidade, sendo através deste sistema holístico, que cada membro alcança dignidade, respeito, competência, esperança e bem-estar na sua existência (Delgado, 2003).

Memorando

A partir e dentro das suas experiências vividas, os participantes apontaram características de como se sentem com o mundo, com os outros e consigo mesmos. Aspectos foram destacados como modos de se sentirem envolvidos com os outros e de estima pelo seu *ser*, sentirem reconhecimento positivo por parte dos destinatários de uma atividade profissional que desenvolveram no passado; sentirem que mantêm as suas capacidades cognitivas integras, baseados na sua perceção bem como na avaliação positiva dos outros, que se liga ao sentimento da manutenção de competências para lidarem e serem aceites pelos outros e que lhes confere a perceção de completude da sua pessoa.

O sentido contrário de não se sentir subjetivamente valorizado, ou pelo menos considerado pelos outros no mundo também foi vivenciado, baseado na perceção de diferenciação económica e social, e no estigma de idade cronológica avançada, apontando para um modo deficiente de sentir ser-no-mundo, que advém do modo de um ser humano de não se sentir valorizado e isso contribuir para se encontrar no mundo simplesmente como coisa.

Os significados que as pessoas atribuem às suas experiências vividas importam para o cuidado de enfermagem e possibilitam conhecer a condição humana (Swanson, 1991), e toda a base do cuidado humanística sustenta-se na procura do bem-estar e no *ser* mais da pessoa, a atitude hermenêutica de cuidado diz respeito ao modo de como aceder ao *ser* do cliente (Paterson & Zderad, 2008).

Para o cuidado de enfermagem importa que para as pessoas com mais de 80 anos, a sua percepção de valor sentido atribuído à sua existência, significa considerar o significado para si das suas vivências atuais e passadas, pois tratam-se de experiências autênticas, e ser visto como um *ser* em continuo desenvolvimento, só o é, e será expresso se a experiência o permitir, é nesse sentido que o cuidado de enfermagem tornar-se-á essencialmente humano se integrar o significado das suas vivências, na medida em que acede à sua essência.

3.1.2.3 – Permanecer no seu lar

As pessoas com mais de 80 anos, para narrarem o seu atual modo de vida e o já vivido, fizeram-no também através das suas experiências existenciais vividas com os espaços, os lugares, e de modo especial à relação com o “seu” espaço, “sua casa”, que para os participantes, tem uma dimensão qualitativa que lhes propicia bem-estar por referência a emoções e sentimentos positivos auferidos na mesma, e que os reporta a uma dimensão de identidade construída e partilhada, com esse espaço em que habitam ou habitaram.

Ter de deixar a sua casa, acontece sobretudo em consequência da perda de capacidades físicas (dependência nos autocuidados), perda do cônjuge (viuvez), significa para os participantes, terem de deixar um espaço físico, que em sentido fenomenológico é um prolongamento de si próprios e que por isso significa fragmentar o seu *ser*.

“(...) eu não quero deixar a minha casa (...) sinto-me cá tão bem (...)”

O apego ao lar resulta da vivência existencial no lugar “minha casa” que significa o lugar onde se é, e onde se pode ser (Merlau-Ponty,1999). O vínculo à casa em muitas situações ainda é reforçado quando há perda de capacidades físicas e vontade para se deslocarem para espaços públicos.

“Eu não ia daqui, só vou quando eu não puder estar sozinha, estou na minha casa, como à hora que quero, faço aquilo que eu quero, às vezes não é aquilo que a gente quer, é aquilo que a gente pode (...)” E2, L50-52; *“(...) na minha casa, que é minha até eu ser viva (...)”* E7, L22-23.

Os hábitos culturais e sociais, associados ao espaço, a que pertencem alguns participantes dão à sua experiência do espaço “terra” uma dimensão qualitativa específica, por exemplo,

os participantes que a possuem, referem-se à horta ou quintal como o espaço propício, a darem continuidade aos seus usos e costumes, mas que não significa apenas espaço de possibilidade de ação e de ocupação, mas a existência de uma ligação significativa ao “seu” espaço (Merleau-Ponty, 1999). *“Temos (...) temos terra, gostamos de cuidar nela, eu antes quero ter para dar do que estar à espera que deem, (...) ainda fazemos as searas, mas semeamos menos, menos batatas, menos feijão menos (...).”* E9, L34-38.

Numa vida vivida em proximidade com o espaço casa estabelecem-se laços de cumplicidade, de coexistência, onde estar em presença física conta *“Não me importava de estar na minha casa, nem que não pudesse andar, nem que não pudesse (...) mas irem lá dar o comer e pôr-me de enxuto, mas estava a ver aquilo que era meu (...) estava a ver a minha janela (...) estava a ver as minhas coisinhas (...).”* E16, L246-250. Releva uma experiência fenomenológica, somos nos lugares onde corpo e espaço se reconhecem unidos, como que nascendo em simultâneo um do outro; somos nos lugares “construídos” e “habitados” como nossos e com os nossos, onde nasce a certeza de uma co-pertença profunda (Merleau-Ponty, 1999).

O modo como a pessoa vive o espaço, possibilita-lhe compreender a sua existência, que se liga à possibilidade, ao modo dos afetos colhidos *“(...) eu fiquei ali sozinha, mas tinha a gatinha, tinha um cãozinho muito bonito, e fiquei ali ainda muito tempo sozinha (...) muito tempo (...) fazia o comer, ia com o carro a casa deles comer ao domingo, (...) tinha as minhas coisas todas, estava aqui, tinha as minhas amigas todas, tinha muita gente ali, e estava muito contente (...) depois apareceu-me esta malvada doença, estive no hospital, e depois nunca mais dali saí (...) fui para ali logo e já dali não saí”* [casa da filha]. E15, L178-183.

A verdade última do “nosso” espaço subsiste numa zona não-temática, que o sentido de uma interpenetração com a pessoa que habita corporeamente o mundo e é, de algum modo, por este igualmente habitado – como se fosse vivido pelo espaço (Umbelino, 2008).

Compreende-se que o espaço “casa” é um existencial (Merleau-Ponty, 1999) na fase de vida depois dos 80 anos, pela referência com sentido de identidade mantida à “sua casa”. Igualmente continuar a viver em casa mantendo um nível de competência funcional relaciona-se à percepção de envelhecimento com dignidade (UNECE, 2017b), no entanto as alterações relacionadas com a diminuição das capacidades físicas, o surgimento de doenças, e também o sentimento de maior vulnerabilidade exorta as pessoas a terem de

deixar o espaço da “sua casa”, essa mudança despoleta reações emocionais negativas, e ainda que se sintam abrigadas e em maior segurança física, nunca se referem à casa para onde mudaram como “minha casa”.

“Eu lá fui ao médico contra a minha vontade, e ele disse que era melhor vir para casa da filha porque da maneira que eu estava, não podia estar sozinha em casa, e eu disse, mas eu não quero deixar a minha casa (...).” E7, L29-32. O espaço encontra-se, para alguém de qualquer esquema mensurável e quantitativo, num entrecruzamento originário firmado por um laço invisível, mas, todavia, profundamente familiar e concreto ao corpo que somos (Umbelino, 2008).

Uma participante a residir sozinha há alguns meses, depois de ter ficado viúva, e de sentir por parte dos filhos alguma apreensão em ficar a viver sozinha, manifesta ainda assim que é da sua vontade ficar a morar na sua casa, *“é aqui que me sinto bem.”* E26, uma participante confrontada com o viver só e com algumas crescentes limitações físicas refere *“(...) eu não quero deixar a minha casa (...).”* E7, L111-112, a realidade do espaço encontra-se, para alguém de qualquer esquema mensurável e quantitativo, num entrecruzamento originário firmado por um laço invisível, mas, todavia, profundamente familiar e concreto ao corpo que somos (Umbelino, 2008).

Uma participante que por alterações do seu estado de saúde passou a residir em casa de uma das suas filhas, refere *“vou estando por aqui, vou à minha casa venho (...).”* E7, L39-40. O lar foi descrito como o santuário interior seguro, onde nos podemos sentir protegidos, a “casa” é um lugar donde podemos “ser o que somos” e sentirmo-nos nós mesmos (Van Manen, 2002, p. 120).

“Eu (...) sinto-me cá tão bem (...) e depois nunca tinha tido uma casita assim, nunca tive casa de banho, nunca tinha tido nada (...) agora tenho isso, banheira pequena, também tenho roupa para me tapar, o meu quartinho também não é muito ruinzito (...) mas, sinto-me tão bem aqui (...).” E25, L471-476. Existe a consideração da sua casa enquanto espaço vivido, refere-se exatamente não ao lugar físico, mas entendido como lugar vivido, lugar de vida, lugar de existência de um mundo vivido (Merleau-Ponty, 1999).

O espaço casa também tem significado nas relações sociais e culturais, o asseio e o arranjo dos espaços como o “espaço social” que constituía a sala de fora, espaço partilhado com

as visitas, bem como com os namorados ou pretendentes a tal, gozava de importância para exposição dos talentos domésticos das jovens enamoradas ou em cativação de namorado *“(...) lavava o chão da entrada, a casa de fora, não era a sala, as antigas diziam que era a casa de fora, lavava aquilo todos os dias, quando ele chegava, sabão azul e branco e havia um pó encarnado que se comprava para por nas tábuas, (...) punha flores na jarra, a loiça da minha mãe sempre impecável, (...) olhava para o lado para ver se o via passar.”* E17, L547-555. Existe a noção do espaço vivido ou espacialidade que constituem o espaço sentido, pois o espaço em que nos encontramos afeta a forma como nos sentimos, o lar reserva-nos, proporciona-nos uma experiência que tem algo a ver com a sensação fundamental da nossa existência, tem referência à história, à relação construída (Van Manen, 1990).

Os participantes nos seus relatos denotam a alteração da sua relação com o espaço modificando-se física e subjetivamente, com o avançar da idade, existe menor vontade em sair do seu ambiente, essa opção, o querer e poder ficar no seu lugar, tem um efeito de bonança por contraste ao que foi necessário suportar do ambiente externo para a sua subsistência *“(...) parece-me que não me dá jeito andar por lá, então entretenho-me por aqui, e é como ando melhor, ando distraído por aqui, para sair não me dá, já sofri muito por lá, andei trinta e três anos nas obras corri muitas terras era carpinteiro (...).”* E10, L308-310. *“Agora desta idade, já gosto de estar em casa, sou muito amiguinha de ouvir rádio muito, muito, quando ouço uma música portuguesa dá-me ânimo e lembra-me dos meus tempos, lembra-me dos meus tempos, gosto muito, é uma companhia”* E9, L80-83.

O envelhecimento acarreta a vivência de experiências próprias e relativas a esta fase do ciclo de vida, cujas características decorrem de transformações a nível dos vários sistemas biofisiológicos, e vive igualmente comuns na experiência de envelhecer é a diversidade e a especificidade, pois ninguém envelhece de forma igual, cada pessoa vive o envelhecimento tendo em conta uma multiplicidade de fatores intrínsecos e extrínsecos, mas em que a determinante da perceção sobre a própria saúde tende a ser a mais relevante decorre entre outros aspetos (OMS, 2015).

Mas, o espaço familiar também se pode tornar hostil, inseguro para as pessoas à medida que perdem capacidades e lhes provoque mal-estar, no relato de uma participante, a viver numa casa tipo moradia com espaços muito amplos e abertos, esse espaço é descrito por

si como lugar onde se sente asfixiada, por se encontrar neste sozinha *“Eu não invento, antes não queria ter problemas nenhuns, não ter que apoquentar ninguém, não dar trabalho a ninguém, só no último recurso, é que eu apoquento alguém, mas eu não quero apoquentar ninguém, mas isto é um grande sofrimento, (...) eu dentro destas casas, sem me poder valer, sem me poder governar, ainda a semana passada as minhas filhas é que me tiveram de vir fazer limpeza às casas (...).”* E8, L124-131.

O espaço “casa” também adquire um significado hostil sobretudo porque foi concebido ao longo da existência enquanto espaço de companhia e habitá-lo só ou doente, pode ter o significado de sensação de perda, de estranheza e com menos capacidades, os espaços mais amplos tornam-se mais difíceis de manejar, o que exacerba o sentimento de vulnerabilidade física. Também na experiência de pessoas idosas que vivem com DPOC, a mesma representa a restrição do espaço de vida à sua casa (Henriques, 2015).

Alguns espaços podem provocar uma emoção contrária ao bem-estar *“(...) hospital, (...) uma pessoa fica ali na maca no corredor aquele tempo todo e eu digo “oh, filhas! Não me levem mais para o hospital!” A gente ali até parece que ainda vem mais doente (...) porque é muita gente (...) não é que não tratem bem, até um caldinho quente me deram e tudo (...) não é que não me tratem bem (...) só que é muita gente, é aquele barulho, aquele movimento do hospital e aquilo tudo (...).”* E14, 235-239.

Uma participante por ter ficado doente e necessitar de cuidados de saúde diferenciados e frequentes, após o período de recuperação, ficou a viver em casa da sua filha, espaço onde se sente submissa, e que tem para si conotação de falta de liberdade *“(...) por isso é que eu ando triste (...), os dias ali, ao sábado e domingo são os dias mais tristes (...), ali me meto, lá no quarto (...), ali estou (...), venho cá abaixo almoçar, ela também está na loja até à uma hora, e no outro dia lá vou também almoçar, lá falo um bocado com ela, e com a filha e com os netos, e é assim (...), ali estou (...), parece uma prisão (...), estar em casa ali fechada todo o dia (...), sem ter de dizer durante o dia (...).”* E15, L287-292.

A mudança para outra morada, como lar de idosos, para casa dos filhos, ou outro tipo de comunidade, ainda que ofereça benefícios potenciais à pessoa, é considerada uma transição de vida tardia, considerado um evento de vida stressante, à qual reagem muitas vezes com não adaptação, solidão e depressão, estando associados a pior saúde (Rossen, 2010).

“(...) ter que entrar num centro de noite e de dia vai ser complicado para mim (...) eu tenho uma doença de claustrofobia, (...) não posso estar numa casa fechada, não posso estar numa casa escura, não posso estar num elevador, não posso espreitar debaixo de uma coisa, não posso estar numa festa onde esteja muita gente, em que eu não tenha meios de fugir (...)” E16, L139-144. Podemos dizer que convertemo-nos no espaço em que habitamos (Van Manen, 2002).

Identifica-se o imbricamento da pessoa com mais de 80 anos ao espaço, como decorre da visão fenomenológica de Merleau-Ponty (1999) a pessoa habita e é habitada pelo espaço, co-construído muitas vezes durante toda a vida de forma impensada, não refletida, quando confrontados pelas mudanças na relação com os “seus” espaços, por alteração forçada de morada ou alteração da saúde, das capacidades de mobilidade que levam a um diferente usufruto desses mesmos espaços, as pessoas dão-se conta que o espaço casa, é um prolongamento de si próprio, da sua vida, das suas memórias, a casa com a qual foi construída uma relação de pertencer ao espaço e aos outros com quem a compartilhavam.

Memorando

A forma como as pessoas com mais de 80 anos experimentam o lugar, o espaço que é a “sua casa” a sua morada, é uma experiência fenomenológica (Van Manen, 2002), pois a referência à mesma, não é pelo sentido de posse material, mas sobretudo entendido como o seu lugar de vida, de existência de uma experiência de espaço, que não tem em consideração tanto as suas condições físicas, mas a possibilidade de prolongar o seu sentido de morada, que para estes simboliza o espaço de família, a vivência de ter saúde, de ser cônjuge, de alguma forma sentir continuidade da vida ligada à felicidade vivida ou almejada.

A vivência dos espaços emergiu também por referência a ausência de bem-estar por relação a afetos negativos, como tristeza e sensação de opressão, saudade de vivências, surgiu relacionado à necessidade de adaptação sobretudo emocional, ao espaço a qual são estranhos ou deixaram de ter capacidade para o manusear.

O “espaço de vida” para a pessoa com mais de 80 anos, sugere que esta é uma dimensão de espaço existencial, pois cada um relaciona-se e compreende subjetivamente o espaço

em que habita enquanto ser humano de forma subjetiva, para o cuidado de enfermagem a possibilidade de conhecer (Swanson, 1991) existencialmente o espaço de cada um, é saber onde e quando cada pessoa “se sente em sua casa”.

É em muito resultante da compreensão desta complementaridade entre a pessoa e o seu espaço, e a importância que o mesmo tem na sua saúde e no seu bem-estar, que a transição situacional de mudança de residência para o lar de idosos ou mesmo para casa dos filhos, pela adaptação que implica a novos espaços, a perda dos seus objetos significativos e familiares, que pode deixar a pessoa mais vulnerável e ter consequências para a saúde-doença de quem vivencia essa transição (Meleis, 2010).

Quando as pessoas com mais de 80 anos ficam impossibilitadas da coexistência do seu espaço casa, significa também impedimento ao “espaço de poder *ser*” e faz-se necessário ao enfermeiro conhecer as propriedades da transição pessoais as suas condições pessoais e comunitárias nomeadamente os significados atribuídos a essa mudança, bem como as suas crenças, e igualmente as atitudes, da mesma forma que o seu conhecimento, e mesmo o estatuto socioeconómico, e a sua preparação, são fatores influenciadores do decorrer da transição que podem facilitar ou inibir a transição de mudança de morada, influenciando assim o resultado das mesmas (Meleis, 2010). E desse intento de diálogo vivido (Paterson & Zderad, 2008) com a pessoa e outras pessoas envolvidas como os filhos, nascerá a proposta de terapêutica de enfermagem (Meleis, 2010).

Querer permanecer na sua casa liga-se com o sentido existencial de *ser* no mundo e de *ser* com os outros depois dos 80 anos, tem algo a ver com o sentido fundamental da existência humana, uma dimensão que remete sobretudo aos sentimentos e emoções, sobretudo positivas, e por isso de bem-estar existencial auferidas no mesmo. Mas, o modo de cuidado de enfermagem possibilitar Swanson (1991), significa facilitar a passagem do outro pelas transições da vida e eventos desconhecidos, exige incluir o foco nas vivências da pessoa com mais de 80 anos, informando, explicando, apoiando, validando, gerando alternativas, analisando as coisas e fornecendo feedback constante.

3.1.2.4 – O corpo como mediador da existência depois dos 80 anos

Os participantes vão-se confrontando com alterações físicas, que se refletem na perda de alguma mobilidade para desempenhar algumas tarefas e para se deslocarem, o que transforma e limita a sua possibilidade de se relacionarem com o espaço e com os outros, em termos sociais e familiares. Enquanto experiência fenomenológica é sentida pelos participantes como uma alteração ao seu modo de *ser* que sendo diferentes requerem, exigem adaptação e também aceitação a modos próprios de usufruto do significado da sua existência depois dos 80 anos.

“(...) estes noventa e (...) fazem com que eu tenha um comportamento diferente (...) é uma defesa que eu tenho também. Não é por acaso que passo aqui uns tempos (...) antigamente não passava aqui um dia (...) agora sou capaz de passar o dia aqui, lá em baixo, no restaurante (...)”

Os participantes sentem modificações da sua capacidade de mobilidade de resistência à atividade, alterações essas que levam à modificação dos seus hábitos de vivência e convivência, referem sentir menor capacidade funcional, que se manifesta no ritmo, execução e desenvolvimento das atividades da sua vida quotidiana, e igualmente nas atividades de convivência social com os outros.

O envelhecimento do ser humano é fator de limitação na mobilidade do corpo físico pois, o movimento numa perspetiva holística, integra parâmetros físicos, cognitivos, psicológicos, sociais, políticos, temporais e ambientais, a capacidade que a pessoa tem de interagir com o meio de uma maneira flexível e adaptável (Hoeman, 2011).

A mobilidade é, crucial para o desempenho das atividades de vida diária – o conjunto de atividades e tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e habitual no seu dia-a-dia e que visam garantir não somente as necessidades da pessoa, mas também a satisfação das necessidades psicossociais mais elevadas e que envolvem a sua qualidade de vida (Fricke, 2010), aspeto que é refletido no testemunho de um participante *“(...) para já tenho que comer em consonância com o físico (...) tenho que me cansar ou deixar de cansar em consonância com o físico (...) Eu levanto-me e gostava de lá ir, à cidade, fiz um bocado e cheguei à conclusão que as pernas me doíam muito e já não vou (...) no fim de contas isto também já é a cabeça, é a mente que está em funcionamento, no sentido de ser na minha defesa (...).”* E24, 166-171.

Efetivamente na mobilidade humana estão implícitos dois aspetos, a função enquanto capacidade para agregar os movimentos dentro de uma cadeia músculo-esquelética, cinética-estática, sob o comando de mecanismos de integração sensoriomotora, para a execução de uma atividade útil à pessoa (Hoeman, 2011), e a mobilidade funcional, o meio pelo qual a pessoa se move no ambiente, para obter interação com a família e a sociedade. *“Mas isto a gente não espera, de aparecerem as doenças, e depois nunca mais pude tomar conta de mim (...) já se sabe (...)”* E15, L187-189.

Quando a capacidade da pessoa para mover o seu corpo de forma competente e independente (Kleiner, Ayres, & Saraiva, 2008) fica comprometida, a sua relação com o outro, com as coisas, com o mundo, e consigo próprio, fica tendencialmente também alterada dado que é primordialmente mediada pelo corpo. E isso é revelado na expressão *“A idade agora também já começou a pesar e agora já a fazer o meu trabalho, é devagar e devagarinho, e vou indo assim e os encargos da vida (...)”* E9, L21-23. É revelador de uma forma de envolvimento e participação ativa e empenhada no seu processo de transição de envelhecimento (Meleis et al., 2000).

O corpo humano no sentido fenomenológico trata-se de um existencial, refletido por corpo vivido ou corporeidade, que pertence à estrutura fundamental pelo qual todos os seres humanos experimentam o mundo da vida, ainda que ninguém o faça da mesma forma, temos consciência do mundo por meio do corpo (Merleau-Ponty, 1999). Depois dos 80 anos essa consciência implica modificações e adequações dos hábitos *“(...) eu agora não tenho passatempos, fazia muita renda, agora já há muito tempo que não faço, (...) agora estou mais parada, o tempo custa a passar (...)”* E8, 211-214.

O corpo vivido refletido vai para além da dimensão biológica, enquanto seres vivos, é o que possibilita ser-se como é, refere-se ao conjunto de significados daquilo que já viveram, do que estão a viver e que esperam viver (Merleau-Ponty, 1999).

“Tenho uma filha que não gosta que eu aqui esteja, diz que eu estou aqui porque quero «galderice» porque quero andar aí na matula, com os velhos e com as velhas aí, a fazer figuras tristes, porque ela não é destas coisas, e eu sou (...)” E16, L226-230.

A compreensão do corpo vivido ou corporeidade contrapõe a dicotomização do corpo-mente referente ao pensamento científico clássico, o corpo vivido é o modo próprio de ser-

no-mundo enquanto dimensão existencial, trata-se do corpo fenomenal, envolvido num processo perceptivo contrapondo por isso a perspectiva do corpo fisiológico visto enquanto objeto. Antes de ser um objeto, o corpo é um modo próprio de *ser*, é o corpo que realiza a abertura do homem ao mundo, colocando-o em situação, o corpo é o meio geral de ter um mundo (Merleau-Ponty, 1999) *“(...) vinha o baile corria para vir dançar comigo, dançávamos no chão de terra, de poeira (...) o que me dá prazer na vida é ter saúde e dar umas voltinhas (...) [risos] gosto muito de passear (...) e já demos passeios pelo estrangeiro e cá, fomos ao Brasil duas vezes, já fomos à Madeira (...)”* E22, L19-21. *“(...) tenho conhecimento do que sofro (...) as pernas não andam com a força que andavam antigamente, tenho que ter cuidado porque posso cair, a cabecinha de vez em quando fecha-se (...) reconheço que a idade faz retirar força (...) o nosso saber.”* E24, L177-180. Como afirma Merleau-Ponty (1999, p. 14), “o mundo não é aquilo que eu penso, mas aquilo que eu vivo” um participante refere que depois dos 90 anos sente modificações na sua resistência aos esforços, e que se por isso se preserva de se expor a situações que requeiram para lá das suas capacidades atuais *“Agora, eu sei que fisicamente não tenho as mesmas hipóteses, tenho que me defender (...)”* E22, L71-73.

A perda, a alteração da capacidade para mover o seu corpo de forma competente e independente, é vista e sentida como sinónimo de modificação mais global, na relação com os outros, com as coisas, com o mundo, mas sobretudo consigo próprio, está implícita uma consciencialização (Meleis et al., 2000), que está relacionada com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento da experiência da vivência da transição do processo de envelhecimento.

Para os participantes o sinónimo de corpo-vivido, remete ao corpo que os permite viver o movimento humanamente inato, segundo a sua vontade e independência, sendo esta no contexto do envelhecimento ativo “a capacidade para executar as funções relacionadas com a vida diária ou seja, a capacidade de viver de forma independente na comunidade sem ajuda e / ou com pequena ajuda de outros” (OMS, 2002 p. 13), a perceção de que esta capacidade pode cessar a qualquer ponto da existência, torna a noção sobre a própria independência numa extensão da possibilidade de existência mais plena *“Pensamos sempre, amanhã pode ser melhor ou pior, vamos sempre pensando (...) e é esta vida que eu vou levando até poder ser (...)”* E9, L46-58.

Os participantes referem que para além da diminuição da capacidade física, sentem igualmente associada a diminuição de vontade de realizar algumas tarefas que porventura ainda estariam dentro das suas possibilidades *“(...) eu a ver-me sozinha e a dar-me isto, a minha filha anda a trabalhar, (...) ainda agora telefonei porque eu queria tomar banho, mas queria saber se estava alguém em casa para se eu me sentisse mal chamar (...)”* E8, L120-122. A pessoa experimenta mudanças significativas em si, no ambiente e no modo como as percebe (Canaval et al., 2007) e nessa medida a identificação da mudança e a diferença nas suas capacidades físicas, são propriedades essenciais na transição desenvolvimental do envelhecimento (Meleis et al., 2000).

O ato preceptivo, de colocar o homem em contato com o mundo, o corpo conduz ao reencontro consigo mesmo e ao reconhecimento de que, afinal, *“sou meu corpo”* (Merleau-Ponty, 1999, p. 269) *“(...) só peço a Deus que me dê saúde (...) não me importa até a idade, eu nem me lembro que tenho esta idade (...) às vezes lembro-me (...) perguntam-me a minha idade (...)”* E23, L27-29.

Uma participante com 93 anos a residir com o marido em casa tipo vivenda com numerosas e amplas divisões, faz questão de manter-se a realizar as tarefas domésticas como forma de realizar e manter as capacidades de movimento do seu corpo, dando um sentido de continuar a reconhecer o seu corpo como capaz, mas também porque sempre o fez, tem o sentido de continuidade de reconhecimento de continuidade de ser si mesma *“Eu quero mexer (...) eu podia ter uma pessoa para me fazer as limpezas à casa (...) não tenho ninguém (...)”* E23, L226-227.

Segundo a fenomenologia da percepção o contato com o outro, seja ele uma pessoa, outro ser ou uma coisa, é possível porque se possui um corpo, que nos torna sensível ao outro, possibilitando que dele se tenha consciência (Merleau-Ponty, 1999). Os participantes denotam que vão construindo uma consciência antecipatória face aos movimentos que cansam e que modificam a forma de se relacionarem com o mundo envolvente *“(...) agradou-me a presença das pessoas, e por outro lado, também há o problema de me desviar, digamos assim, das coisas que me cansam mais. Cansa-me mais pensar que tenho que ir aquecer a comida, que tenho que ir buscar a comida (...)”* E24, L352-355.

Os participantes denotam implicarem-se em autocuidados com o corpo no sentido do que têm para si como sendo um bem *“(...) dou voltas e voltas porque penso que me faz bem (...)”*

penso que é bom (...) é melhor do que estar deitado, porque o estar deitado tenho tempo. À meia-noite vou-me deitar e estou deitado até às oito horas da manhã (...) Portanto acho que é vantajoso dar os passos para trás e para a frente (...).” E24, L177-180.

Uma estratégia para fazer face ao sentir o diminuir da resistência física depois dos noventa anos, o sentir-se menos capaz fisicamente para lidar com as demandas do dia-a-dia, passa por ficar mais tempo deitado a descansar “(...) *tenho que fazer o possível para quando me levantar, tenha descansado o suficiente, e o estar deitado também é descanso.*” E24, L337-338.

Quando comparam as suas capacidades físicas atuais às que já possuíram manifestam mágoa, mas manifestam igualmente um sentido de desenvolvimento de autoconhecimento das suas atuais capacidades psicomotoras, e igualmente o desenvolvimento de estratégias adaptativas, no sentido do aprender a lidar com as diferenças sentidas “*Tenho muita pena de não me agarrar, como antigamente, a uma coisa que eu gostava de fazer. Antigamente, eu era capaz de estar uma noite inteira a escrever, a ler ou assim (...) hoje não, cheguei à conclusão que tenho que me defender o mais possível (...).*” E24, L325-328. É sempre em existência que o *ser* se faz presente, neste sentido, corpo e espaço apresentam-se simultaneamente como uma única ligação, o corpo e o espaço implicam mutuamente uma relação de reciprocidade como um todo (Merleau-Ponty, 1999).

As limitações do movimento, mobilidade da pessoa alteram a forma de ter, estar no seu mundo “*Estamos os dois dependentes da minha filha*” E1, L104, é também esse o sentido de uma participante ao referir que não conseguindo deslocar-se pelo próprio corpo e não tendo recursos económicos e espaço que lhe permitissem a aquisição e uso de ajudas técnicas como cadeira de rodas, vê e comunica com o mundo olhando para a rua a partir da porta, para onde se desloca arrastando-se pelo chão “*(...) já não consigo sair de casa, passo o tempo, quando está bom na soleira da porta, e gosto de falar com quem passa (...).*” E5, L12-14.

Procurar compreender a dimensão da experiência do corpo vivido traz para a enfermagem a dimensão vivencial à compreensão das pessoas com mais de 80 anos, na medida que em que na distância física ou geométrica que existe entre a pessoa e todas as coisas, existe um espaço vivido que as liga às coisas que têm um significado que as liga entre si, em cada

momento, e que se liga à magnitude da vida (Merleau-Ponty, 1999) e que tende a modificar-se, ou a ficar impossibilitada depois dos 80 anos.

É também nesta perspectiva que a Enfermagem Humanística compreende as pessoas inseridas no mundo comum dos homens e das coisas através do seu próprio corpo único, e é através dele que afeta o mundo, e o mundo o afeta a ele, é através do corpo que o homem desenvolve o seu próprio mundo particular e pessoal (Paterson & Zderad, 2008).

Memorando

Para os participantes a vivência das alterações fisiológicas do corpo, comporta modificação das experiências existenciais de viver os seus espaços, as suas coisas, os seus relacionamentos sociais e familiares, ao que correspondem identificando diferenças, mudanças e consciencialização resultando numa nova e diferente relação com o mundo (nos seus espaços vividos, usufruindo o espaço passando a apreciar estar mais em casa, estar no quintal, e parece possibilitar-lhes viver o espaço de forma diferente, mas numa modalidade que tende a ser experienciada em bem-estar existencial na relação do corpo-espaço).

A experiência de mundo e de se perceber no mundo corresponde maioritariamente à modificação do corpo vivido existencial, com os outros, com as suas coisas e com o seu espaço, é uma dimensão que altera, a possibilidade de *ser-com* no mundo ou *ser-aí* no mundo, mas a espacialidade, é uma dimensão ontológica, que permite a expressão do *ser*, pois é o corpo que permite *ser* e nesse sentido, os cuidados físicos à pessoa com mais de 80 anos, não envolvem apenas a sua dimensão fisiológica, mas o *ser* que habita esse corpo, cada pessoa experimenta o seu mundo vivido com uma percepção própria e diferente da percepção de outrem.

A noção de corpo vivido para o cuidado de enfermagem humanística que envolva cuidados físicos como na experiência de perda da independência e a ocorrência de dependência no autocuidado que ocorre com maior frequência depois dos 80 anos compreende, envolve um existencial, e ainda que objetiva e subjetivamente modificado o corpo compreende a continuidade da existência de um *ser*, nessa medida o corpo nunca é desintegrado da

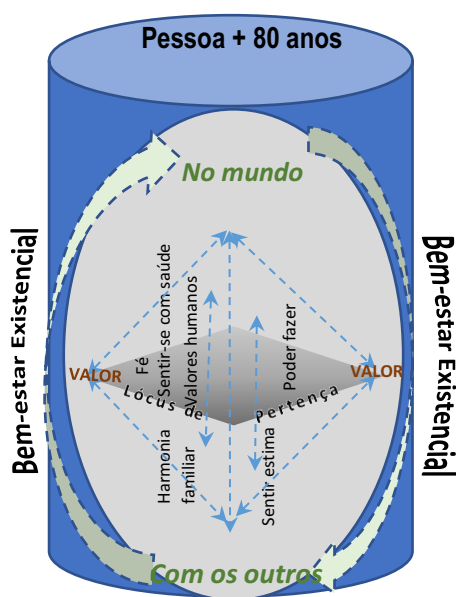
pessoa que o habita e experiencia, trata-se de uma forma de existência humana confrontada com diferentes transições nomeadamente desenvolvimental.

3.1.3 – Síntese compreensiva do tema Bem-estar existencial

Foi possível depreender que aos participantes não basta estar em situação num mundo em simples presença física, e que o mundo que os rodeia não é como uma coisa dada, bem como não se sentem como coisa dada no mundo, antes estabelecem e sentem necessidade um mundo que lhe seja significativo e no qual sintam que contam para esse mundo, e que o mesmo se mantenha ou se torne significativo para a sua existência em bem-estar existencial. O qual pode decorrer de atribuir um sentido global positivo ao já vivido; querer e poder desempenhar tarefas ou alguma atividade, sentir-se com saúde ainda que isso não signifique ausência de doenças ou algumas limitações físicas e vivenciar uma dimensão pessoal de espiritualidade, torna e mantém o seu lugar, o mundo onde sentem pertencer. Partilhar o mundo com os outros em bem-estar existencial para os participantes, deriva da possibilidade de viver de uma forma mais ontológica numa rede de influências recíprocas, e interações, pois percebe-se que não lhes basta estar com os outros, com quem partilham o mundo numa forma funcional, mas que têm necessidade de que as suas relações humanas sejam qualitativamente e afetivamente compartilhadas. Nomeadamente sentir estima na sua existência; sentirem-se inclusos na sociedade através da partilha de valores humanos; poderem manter-se na sua casa usufruindo do seu espaço; desenvolverem capacidade de aceitação e de adaptação às transformações físicas e cognitivas do corpo físico no decorrer da sua existência e viver em harmonia familiar sobretudo com os filhos depois dos 80 anos, afiguram-se em aspetos, que ainda que descritos por palavras, se constituem em possibilidades de ser no mundo em bem-estar existencial por lhes atribuírem um sentido ontológico.

Sobretudo os afetos positivos partilhados nas suas relações humanas como seja, a relação estabelecida com os filhos ao longo da vida e mantida depois dos 80 anos surgem como o fundamento, o conteúdo para qualificar em termos existenciais o sentir a sua existência notada e valorizada, nessa relação consideram o outro e sentem-se considerados, o outro não significa além de si próprio, *o ser-com-o-outro* expressa similitude de valor entre seres

a quem se sentem ligados e com quais têm um sentido de relação de pertença ou *locus* de pertença, ilustrado no esquema 2.



Esquema 2. Representativo do significado de viver em bem-estar existencial depois dos 80 anos.

3.2 – Ausência de Bem-estar Existencial – Pessoa com mais de 80 anos

Os participantes ao falarem globalmente da sua experiência de vida com mais de 80 anos, retiveram-se em algumas experiências vividas, por si consideradas mais significativas do ponto de vista sentimental e emocional.

Episódios marcantes da vivência do seu quotidiano, que face à orientação dos fundamentos da Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad (2008), que orientam este estudo e alguns pensamentos da fenomenologia da Analítica Existencial de Heidegger (2009), possibilitou interpretá-los e descrevê-las numa dimensão ôntico-ontológica de entendimento de *seres-no-mundo* e *ser-com* os outros no mundo. Na perspetiva de que em cada ser humano (pessoa com mais de 80 anos) habita um *ser* e que permite um campo de possibilidades de questionamento e de manifestação desse mesmo *ser*, e por qual apenas cada ser humano pode responder.

Na vida real, os fenómenos de enfermagem podem ser experimentados a partir dos pontos de referência de cuidar, de ser cuidado, ou do processo de cuidar, é no “entre” em que

pessoa e cliente tendo em vista um fim comum, mas que cada um experimenta algo dentro de si mesmo, é nesse sentido que para a enfermagem humanística uma experiência existencial, encerra o contacto com a realidade e com o todo do *ser*; envolve tudo o que um homem é, em oposição a experimentar através de uma ou várias faculdades, fragmentado (Paterson & Zderad, 2008).

Ainda que o *ser* se mostre relativamente à existência humana imediata concretizando-a na própria dimensão ôntica do *Dasein*, no entanto é a sua precedência ontológica, que se constitui e abre o horizonte de possibilidades, a que a precedência ôntico-ontológica, de entendimento de *ser* lhe possibilita a própria ontologia.

Foi possível identificar nos relatos dos participantes a partir da sua subjetividade, do seu sentido de *ser*, experiências e vivências com um sentido limitador, contrário ou impeditivo a esse sentido de *ser*.

Compreende-se que as pessoas com mais de 80 anos, são previamente e privilegiadamente ligadas ao seu *ser*, dada a sua já longa vida experienciada de envolvimento, sintonia e atribuição de significado a vivências passadas, presentes e também futuras, o que conduz a que percebam intensamente a vida.

Heidegger (2009) reconhece que a análise da realidade como um modo de *ser* só é possível com base no modo próprio de acesso ao real. O *Dasein* é o ente que questiona propriamente o sentido do *ser*, é a partir da interrogação por esse ente que somos nós mesmos que a questão do *ser* se pode desvelar. O *ser* não pode ser compreendido como coisa em si, pois a compreensão do *ser* ocorre a partir dele próprio, com as possibilidades mediadas pelos feitos que compõem o seu dia-a-dia.

Neste estudo considerou-se a realidade na qual a pessoa com mais de 80 anos age, o seu mundo particular, no qual ela vivencia as suas experiências, reagindo em totalidade à realidade que percebe. A pessoa com mais de 80 anos, é um ente cujo modo de *ser* abrange a possibilidade de interrogar-se porque está na sua perspectiva a condição ontológica de indeterminação e a dimensão ôntica da própria questão do *ser*. Nesse prisma, tem um campo de possibilidades de procurar continuamente de se compreender a si mesmo, lidando com o sentido das vivências presentes no seu contexto existencial e onde nada lhe aparece isolado (Braga & Farinha, 2017).

Cada ente apresenta um campo de manifestação do *ser* e, ao voltar-se para os entes, o Dasein põe em movimento a sua compreensão de ser dos entes que são considerando-os ser(es)-no-mundo, relacionando-se com outras pessoas do seu universo social (Braga & Farinha, 2017).

Advém que a precedência, referência para que o ser humano concretize a sua existência (experiência de viver), em entendimento-de-ser é a ôntico-ontológica que neste estudo é associada a bem-estar existencial, revelado nos relatos dos participantes por aspetos com possibilidade desse atributo, de serem procedências de congruência ôntico-ontológicas.

A análise hermenêutica das experiências vividas relatadas pelos participantes revelou eventos de vida que sendo experiências desagradáveis, causadoras de tristeza e desânimo para os participantes os afetou não apenas na dimensão física, mas de uma forma mais global e mais fundamental com sentido de ressonância da dimensão física, comportamental à dimensão existencial causando-lhes desconforto não apenas físico.

A valência ou a qualidade natural de uma experiência, a qual percebemos como agradável ou desagradável e por qual somos afetados por essas representações conhecidas como sentimentos, são sentidas no sentido concreto do termo e somos afetados por essas representações, a designação «desagradável» corresponde ao estado global do corpo, e ao grau forte ou fraco, dessa tendência num determinado momento (Damásio, 2017, p. 153).

A forma como os participantes se mostraram afetados pelas suas experiências concretas, indiciam ou podem ser geradoras da perda da sintonia da dimensão comportamental à existencial ou sem potencial para o recriarem, e que por uma interpretação fenomenológica hermenêutica se identificou nas mesmas a ausência, impedimento da possibilidade de conexão do sentido ôntico-ontológico que caracteriza por princípio a possibilidade de abertura ao sentido existencial, por inerência ao *ser* da pessoa na sua existência no mundo.

Configuraram-se a eventos pelos quais se sentiram negativamente afetados na sua dimensão existencial, que foi possível agregar em torno do tema denominado Ausência de Bem-estar Existencial – pessoa com mais de 80 anos, no modo de existir no mundo e no modo de ser com os outros, com sentido da vivência de aspetos de fechamento ou ocultação de possibilidades da precedência ôntico-ontológica e apenas restritas à

precedência ôntica ou existenciária da vida humana, cuja estrutura de elementos se elucida no quadro 6.

Quadro 6. Tema Ausência de Bem-estar Existencial para a pessoa com mais de 80 anos

Elemento	Subtema	Tema
Sentir-se em sofrimento Receio pela perda de autonomia Viver em luto duradouro	Um modo de <i>ser-no-mundo</i> depois dos 80 anos com sentido de ocultação da dimensão existencial.	Ausência de Bem-estar Existencial – pessoa com mais de 80 anos
Sentir-se em solidão Conflitos familiares Desarmonia com os atuais valores humanos	Um modo de <i>ser-com</i> os outros no mundo depois dos 80 anos com sentido de ocultação da dimensão existencial.	

3.2.1 – Um modo de ser-no-mundo depois dos 80 anos com sentido de ocultação da dimensão existencial

O conceito de ser-no-mundo é uma estrutura ontológica fundamental, que indica a inseparabilidade do homem do mundo e igualmente do mundo em relação ao homem, estar em um mundo significa habitar o mundo (Werle, 2003), tal define o ponto de partida do homem que vive na existência quotidiana, no dia-a-dia, com os outros homens, nos seus afazeres e preocupações, cuja conexão das estruturas definem a existência da pessoa com mais de 80 anos, nos seus existenciais.

Quando os participantes relataram episódios das suas vivências eleitas por si como mais tristes, assinalando o que sentiam ou pensavam face a um evento da sua vida que os afetava emocionalmente, reconheceu-se nos relatos dos participantes por expressão corporal, fâcies tenso, desvio do olhar, silêncio, lágrimas.

Ainda que por vezes lhes fosse difícil transmitir, descrever por palavras, resultando muitas vezes num vocabulário menos fluido e reduzido, essas pessoas pareceram genuinamente com dificuldade em verbalizar, por vazio ou por dificuldade em encontrar as palavras, que traduzissem as suas emoções e sentimentos.

Essas vivências denotaram alterar a experiência existencial e a sua capacidade de relação com o mundo e com os outros, devido à atribuição de significados pessoais, com forte carga afetiva negativa, que toldando-as a auferir sentimentos de bem-estar.

3.2.1.1 – Sentir-se em sofrimento

Reflete a construção de significados pessoais, com forte carga afetiva negativa e que se torna na vivência de um estado que altera negativamente a capacidade de auferir e projetar sentimentos positivos, de agrado na relação da pessoa com mais de 80 anos com o mundo, e com os outros e que simultaneamente a impede de ter experiências com sentido existencial positivo.

“Esta fase de vida, é a maior tristeza da minha vida (...)”

Alguns participantes referiram-se à fase de vida depois dos 80 anos, sentindo-se em permanente sofrimento. A intensidade do sofrimento é avaliada em termos de quem sofre, à luz dos seus valores, das suas vivências, das suas crenças e recursos e, de uma multiplicidade de fatores que fazem do sofrimento humano uma realidade complexa, ao mesmo tempo, única para cada pessoa que a experimenta (Barbosa, 2006).

O habitar só, não ter a companhia por viuvez, foi apontado por alguns participantes como fonte de sofrimento e angústia permanente *“Esta fase de vida, é a maior tristeza da minha vida, enquanto eu tive o meu marido, fui estando bem, fiquei ainda a viver com uma das minhas filhas, mas depois ela casou-se abalou, (...) vejo-me saturada, não sei, dá-me umas coisas aqui [aponta para o peito], (...) ontem tomei e acho que fez qualquer coisa, mas hoje já parece que não achei resultado nenhum disto (...)”* E8, L81-95. *“Custa muito, custa muito, dói muito o coração.”* E1, L91 *“É uma tristeza como eu estou, sozinha”* E2, L2. A falta de um cônjuge ou parceiro, está associado a um menor bem-estar e menor satisfação de vida (Berg et al., 2009), menor qualidade de vida (Jakobsson et al., 2004) e maior mortalidade (Litwin & Stoeckel, 2013).

A perda do cônjuge por morte, enquadra-se numa transição situacional que acresce vulnerabilidade à transição desenvolvimental que é o envelhecimento, tornando-se na vivência de uma transição múltipla e simultânea (Meleis, 2007), que para a participante se traduz em fonte de sofrimento pessoal.

Outros participantes consideram-se em sofrimento por viverem em condições de saúde e sociais mais precárias, relataram a sua atual fase de vida com desânimo, e ainda que não conseguissem descrever por palavras o que lhe ia na alma, manifestaram-se por expressões corporais de sofrimento, mordendo os lábios e tentando conter as lágrimas que ao longo da conversa por diversas vezes rolaram pela face, podendo ser entendidas como experiências existenciais de sofrimento.

Uma participante referiu sentir-se em sofrimento permanente, devido a estar doente, ser viúva e viver só, e o falecimento de um neto há vários anos, usando a expressão “(...) *eu tenho 83 anos e 100 de sofrimento, tenho sofrido, muito, muito na minha vida e continuo a sofrer (...).*” E8 L190-194, a participante revela um sofrimento profundo, que à luz do significado do que representa para si essas perdas, considera o seu sofrimento, maior do que a sua própria existência, vai além do que cabe no seu corpo físico. Tal remete ao que afirma Frankl (1984), o sofrimento do ser humano ocupa toda a alma da pessoa humana, o consciente humano como uma propriedade de um estado gasoso, em que uma determinada quantidade de gás que preenche um espaço oco, ocupa-o sempre de modo uniforme e completo, não importando as dimensões desse espaço, seja grande ou pequeno, o sofrimento afeta toda a pessoa, arrasta consigo respostas emocionais, é individual e privado.

No relato de uma participante é possível identificar uma expressão de sofrimento associado a falta esperança pela ausência de entusiasmo no convívio com os outros (ICN, 2015) revelando desesperança (DuPont & McGovern 1992; Querido, 2018) “*Já perdi a vontade de jogar, eu agora ali penso, deixo-me sofrer, não digo nada, deixo sofrer um dia Deus há de reconhecer.*” E12, L79-80, mas ainda assim é uma expressão verbal conjugada com expressões não verbais marcada pela esperança e indicadora de necessidade de esperança (Querido, 2018).

O reconhecimento da fonte que causa o sofrimento pode desencadear sensação de impotência, angústia e desconforto: fere a essência da existência do ser humano, alterando o seu modo de *ser* (Cassel, 1982), no seu relato uma participante expressa o recordar da sua infância, da sua relação com os pais “(...) *às vezes ia para casa do meu padrinho, (...) ele punha-me uns brinquinhos de ouro e depois a minha mãe, quando via que eu tinha os brincos de ouro, vinha-me buscar, levava-me para casa, tirava-me os brincos, e iam vendê-*

los (...) tudo assim (...)". E16, L18-22, a participante atribui um significado de sentir-se abandonada pelos pais quando era criança, expressando *"Fui criada por mim própria (...)"*. E16, L18-22.

Uma compreensão significativa sobre esta expressão surge retratada na pintura "o meu nascimento" (Figura 1) de Frida Khalo (1932), onde se observa uma criança que sai do ventre da mãe praticamente sozinha, porque a mãe jaze morta, a narrativa da pintura expressa o abandono e o desamparo da criança que parece estar a nascer fruto da sua própria ação, sem a participação da mãe, esta imagem representa abandono e desamparo e testemunha a solidão inicial que viria a acompanhar a pintora o resto da sua vida.



Figura 1. Meu Nascimento (Frida Khalo, 1932)
Fonte: Cultura Genial (s.d.).

O sentimento desta participante que depois dos 80 anos, aponta como causa maior do seu sofrimento, a ausência de afetos e abandono dos pais na infância é também identificado por Van Manen (1990), afirmando que um adulto que foi abandonado quando criança, pode ter duras consequências nas suas circunstâncias de vida posteriores.

Desejos, sonhos de vida não concretizados, também são relatados como fonte de sofrimento depois dos 80 anos *"e aqui estou (...) sempre com os meus sonhos (...) e sempre com um desgosto muito grande de não fazer aquilo de que eu gostava. Agora já não tenho voz, agora já não tenho (...) mas morro com uma paixão cá dentro: gostava de ir à televisão ver como aquilo é por dentro (...) gostava de ir ver os casinos por lá (...) como é que elas se vestem (...) como é que elas não se vestem (...) gostava (...) gostava muito (...)"* E16, L97-109; a não aceitação, reconhecimento de que a sua trajetória de vida foi diferente da

sonhada, pode ser tão penoso como sentir uma vida não vivida “(...) *era ir ver a televisão por dentro e ver onde os atores estão (...) era o meu sonho (...) parece que era um peso que saía cá dentro de mim (...) se foi realmente isto que eu desperdicei (...) se foi realmente isto que eu deixei (...).*”E16, L146-1149.

Para a participante sentir-se fisicamente diferente gera a percepção de sentir-se pessoa imperfeita “(...) *gostava muito de (...) arranjar os meus dentes (...) tenho um desgosto muito grande de não poder comer (...) morro com um desgosto muito grande de não me poder rir como as outras pessoas se riem porque não tenho dinheiro para arranjar os dentes (...) não tenho (...)*” E16, L97-109; percebe-se o sentido fenomenológico do corpo, a percepção não é primariamente um ato de pensamento, mas um encontro entre homem e mundo que se concretiza no corpo-vivido (Merleau-Ponty, 1999) “(...) *é feio eu querer falar com uma pessoa e não ter dentes, é feio eu querer falar com uma pessoa e não ter apresentação (...) não tenho apresentação como pessoa, assim como as outras pessoas têm (...)*”E16, L205-207.

Esta vivência do corpo ao mesmo tempo que dá lugar a um saber sobre o objeto percebido, traz como correspondente um saber sobre o próprio sujeito da percepção, por isso Merleau-Ponty (1999) afirma que, no ato perceptivo, ao colocar o homem em contato com o mundo, o corpo conduz ao reencontro consigo mesmo e ao reconhecimento de que, afinal “sou meu corpo” (p. 269). “*O que me dava conforto (...) Era a minha boca arranjada para eu (...) não ter vergonha de aparecer à frente de ninguém e rir-me (...) já tentei o suicídio algumas vezes (...) mas depois arrependo-me (...) e é assim (...) eu gosto de viver (...) eu gosto muito de rir (...)*” E16, L154-156.

O «desejo de morte» segundo Freud (citado por Damásio, 2017, p. 302) corresponde à ativação desregrada de um conjunto específico de emoções negativas, a subsequente perturbação da homeostasia e o caos avassalador que isso provoca nos comportamentos humanos individuais e coletivos, emoções essas que fazem parte dos afetos.

A participante ainda que sinta satisfação subjetiva face a alguns factos da sua trajetória de vida, demonstra desarmonia interior entre a realidade da vida vivida e o sentimento de ter deixado de concretizar sonhos “*tenho orgulho da mãe que fui, tenho orgulho da mãe que sou, mas tenho tristeza de lutar uma vida inteira e não ter um bocadinho daquilo que eu sonhei (...) deixa-me triste*”. E16, L195-200.

Uma alteração física, pode por vezes ser sentida subjetivamente com tal impacto negativo que se torna a centralidade de todas as experiências de vida, tornando-as imperfeitas e limita a pessoa a conviver e viver, e a expressar o seu *ser* “(...) *sou alegre (...) sou alegre (...) mas, ao mesmo tempo, sou triste (...) mas gostava de ter, ao menos, um bocadinho do meu ser bom (...).*” E16, L202-204.

Ainda que a pessoa afirme que se considera boa pessoa, o sentimento de imperfeição causado pela ausência de dentição inibe e impede de se relacionar com os outros de forma totalmente espontânea, na medida em que não sente à vontade para agir da forma que percebe que agiria se tivesse dentição “*Tenho (...) eu tenho um ser bom, só que não tenho apresentação. Gostava de não ter timidez de ir a lado nenhum (...) de sorrir (...) de comer (...).*” E16, L209-211.

Também a falta de recursos materiais são fonte de sofrimento “*Que a gente visse que tinha com que se governar, que tivesse ordenado com que se governar, eu tenho passado as passinhas do Algarve.*” E3, 166-168.

Um ponto comum de sofrimento na vida humana é a doença, nela a pessoa experimenta a dor física e emocional em simultâneo (Cassel, 1991) também para os participantes as doenças são uma das causas mais importantes de mal-estar, ainda que a resiliência no enfrentamento de doenças crónicas seja frequente, a ocorrência de sintomas associados à possibilidade de agravamento das doenças já conhecidas ou o surgimento de outras, faz emergir o sofrimento já vivido “*há uns tempos, deu-me uma coisa, ainda fiquei um bocado triste porque comecei a obrar sangue, andei mal, que já tive dois cancros, esse que eles chamavam pólipos, que mo tiraram [do esófago] já tive um na próstata, fui operado à próstata, (...) já fui queimado, já fiz radioterapia, já fiz muito, e depois andei um bocado triste, uma coisa simples, a minha mulher: vamos a Lisboa, vamos lá ter com eles.*” E10, L94-102, o participante partilha a sua vivência de vulnerabilidade de uma transição saúde/doença decorrente do agravamento do estado da condição de saúde (Meleis & Trangenstein, 2010).

A medicina tem sido lenta a reconhecer que o sofrimento vai para além da dimensão física, dado que o sofrimento resulta de uma resposta emocional da pessoa no seu todo, “o sofrimento ocorre quando uma iminente destruição da pessoa é percebida, que continua

até que a ameaça de destruição passou ou até que a integridade da pessoa pode ser restaurada de alguma outra maneira” (Cassel, 1991, p. 33).

Uma participante considera uma fonte do seu sofrimento, o ter sido alvo de maus tratos conjugais, ocorridos numa época em que em Portugal os costumes culturais davam à mulher o papel de esposa submissa ao marido, e socialmente a não aceitação do divórcio, nomeadamente pela igreja que exercia forte ingerência sobre o papel da mulher no casamento e na sociedade (Rosas, 2012), tal é descrito com sentimentos mal-estar emocional e conflito internos e, não se sentir respeitada enquanto pessoa, mas por haver pressão externa para se manter casada, ainda que os seus sentimentos fossem de mulher não respeitada e não realizada no casamento *“Um casamento muito, muito, muito atribulado (...) muito (...) Ele era mais velho do que eu dez anos, (...) logo assim que me casei (...) começou a aparecer problemas no meu casamento graves, muita agressão, muita tarefa, depois os filhos começaram a aparecer (...) depois eu pensava em deixá-lo, mas o padre dizia, «não», (...) a minha família dizia «é uma vergonha» e eu andava sempre partida, (...) sempre escavacada, (...) aquilo não me enchia o espírito (...)”*. E16, L39-47

Ainda assim, a opção por manter o casamento pelo papel de mãe prevalecia e justificava para si a sua continuidade *“(...) meteram um processo contra ele e eu fui divorciada sem nunca ir ao tribunal (...) ainda vivi seis anos em casa com ele, mas ele não me podia bater, partia tudo (...) escavacava tudo, (...) mas como eu não queria deixar os meus filhos porque ainda não eram todos casados (...) mas depois ali andei, sempre com a minha força de viver, sempre a lutar com os meus filhos, casei os meus filhos todos, fiz a boda a eles todos e continuei (...)”* E16, L57-67.

A angústia reside no puro facto de existir, o simples *ser-no-mundo*, o mundo como mundo, é a origem da angústia, mas que nos pode tomar por inteiro (Heidegger, 2009). A gente sente-se estranho na angústia, uma estranheza que é ao mesmo tempo um não se sentir em casa, e remete ao estado fundamental do homem no mundo, Isso significa em última instância que o ser-aí se angustia pelo simples estar no mundo (Werle, 2003).

Para os participantes em sofrimento a sua existência enquanto tal é angustiante, e neste modo, nesta disposição anímica fundamental o mundo torna-se para si sem importância, pois não encontram sossego em nenhum ente (Werle, 2003).

Nos cuidados de enfermagem uma intervenção de legitimação do sofrimento da pessoa, é distinguir o que é essencial do que é acessório para si, atender às necessidades consideradas prioritárias por esta em dado momento (Cerqueira, 2010), e manter a fé na capacidade do outro de passar por um acontecimento ou transitar e encarar um futuro com significado, envolve acreditar no outro e mantê-lo em alta estima, mantendo uma atitude positiva, oferecendo otimismo realista, ajudando o outro a encontrar sentido (Swanson, 1991) para o seu sofrimento.

Memorando

Sendo uma vivência puramente subjetiva, que se reflete de forma existencial, porque cada ser humano vive a sua vida humana de forma única e subjetiva, os participantes tendo vivido experiências de vida, interpretadas como semelhantes, no entanto essa experiência não se tornou em fonte de sofrimento permanente para todos, é o significado pessoal construído e atribuído em torno dessa vivência que fere a possibilidade da vivência existencial dos participantes que se sentem em sofrimento.

Os participantes que referiram sentir-se em sofrimento, nos seus testemunhos expressaram-no por tristeza, desânimo, insatisfação com a sua vida, apontando-lhe diferentes causas, nomeadamente viver sozinho e sentir-se só, não se recordar de ter afetos positivos expressos pelos pais em relação a si; ter sofrido maus tratos conjugais; sentir-se fisicamente diminuído pelo seu aspeto físico que interfere negativamente no seu convívio social, sofrer de alteração das capacidades físicas que impedem de realizar os autocuidados de forma autónoma.

Na medida em que o sofrimento para as pessoas com mais de 80 anos surge como uma vivência que se reflete numa forma deficiente de *ser-no-mundo* e de *ser-com* os outros no mundo, as teorias de enfoque fenomenológico (Paterson & Zderad, 2008; Swanson, 2000) focam-se nas necessidades de saúde / doença, a partir da avaliação e interpretação que o(s) cliente(s) fazem das suas próprias experiências (Meleis, 2010). Ajudar a pessoa a procurar significado às suas experiências de sofrimento vividas, procurando que seja esta a atribuir um sentido, à sua fonte de sofrimento, é reconhecido como uma forma de cuidado de “não abandono” (Stanley, 2006), pois, a pior forma de sofrimento, é o

sofrimento sem sentido (Frankl, 1989). Nesse sentido um aspecto comum aos cuidados de enfermagem é promover a esperança adequada e ajudar as pessoas a encontrar significado no sofrimento como uma forma de manter um sentido de construção da esperança (Querido, 2018).

A intervenção do enfermeiro em presença terapêutica, face à pessoa em sofrimento ajuda a pessoa a encontrar e a atribuir um próprio sentido ontológico ao seu sofrimento e a reaver a sua existência em esperança.

3.2.1.2 – Sentir-se em solidão

Existencialmente o ser humano no mundo, não é solitário tem uma insuperável dependência de relação aos outros e com os outros, sobretudo numa interdependência matricial de afetos. Para os participantes, pessoas com mais de 80 anos, a perda de laços sociais devido problemas de saúde dos próprios ou dos seus cônjuges, enviuvar, perder a convivência familiar e social resulta numa forma deficiente de se sentir no mundo gerando-lhes sofrimento existencial.

“(...) é só a pena que tenho é de viver assim uma vida (...) estar eu sozinha sobre mim (...)”

Um dos aspetos mencionados por alguns dos participantes na sua descrição de vida após os 80 anos, é sentirem-se sós, resultante para alguns participantes da circunstância de viverem fisicamente sozinhos e sem terem com quem conviver, mas também outros referem sentirem igualmente sós, ainda que vivam fisicamente acompanhados, por exemplo em casa dos filhos e sentirem-se de alguma forma ignorados pela ausência de afetos positivos, o que lhes é gerador de ausência de bem-estar existencial.

Os relatos das pessoas que se sentem sós, liga-se em sentido fenomenológico com a sua realidade existencial ou às possibilidades de *ser-no-mundo*, cujo um dos momentos constitutivos é poder *ser-com*, que só existe quando junto com os outros (Pasqua, 1997, p. 66). O mundo da presença é mundo compartilhado, o *ser-em* é *ser-com* os outros. No sentido de Heidegger (2009), *ser-no-mundo* significa *ser-com* outros entes no mundo, mas não no sentido de uma mera proximidade, vizinhança de seres humanos, a existência do *Dasein* não é solitária. Ele está numa insuperável dependência em relação aos outros de igual modo, ainda que o principal desejo seja distinguir-se dos outros (Pasqua, 1997).

Compreende-se que, mesmo só, o *Dasein* partilha sempre um mundo, ainda que de forma fragmentada ou mesmo deficiente (Pereira, 2008).

Todas as suas relações com os outros o conduzem à compreensão de si mesmo decorrente dessa interação, enquanto somos para o outro entendemos como somos, é justamente por isso que Heidegger (2009) diz que no seu ser (sendo) está em jogo o seu próprio *ser*.

Os participantes que se sentem só e sem ter com quem conviver; os que vivem acompanhados, sem sentirem afetos positivos, revelam estados que os distanciam de viver existencialmente, ou existem num modo deficiente de *ser* no mundo por ausência, impossibilidade de *ser-com* os outros, dado que o estado existencial é essencialmente *ser-para-outrem* (Pasqua, 1997, p. 68).

Uma participante que habita só, relata que apesar da companhia pontual das filhas e netos, se sente em sofrimento por viver só, refere sentir-se em solidão depois de que o seu marido faleceu *“porque é que Deus não faz o mesmo comigo, que eu peço tanto a Deus que me dê o eterno descanso, que me tire do sofrimento que eu tenho, que isto do meu pescoço e da minha cabeça e braços, ninguém imagina o sofrimento que eu tenho, eu vivo só a sofrer, a minha alegria que eu tenho só, são os meus netos e as minhas filhas, mas elas cada um está em sua casa (...).”* E8, L201-207.

Uma participante a viver com o seu marido acamado, dependente em todos os autocuidados e afásico, e ela própria com dificuldades de locomoção resultante de comorbilidades, conseguindo assegurar-lhe apenas ajuda na alimentação, sendo os restantes cuidados assegurados pelas funcionárias de um lar de idosos e por uma das suas filhas ao fim do dia, depois do trabalho. Sem possibilidade de se deslocar para fora do bairro por limitações na mobilidade, mas também por ser a acompanhante permanente do seu marido, refere sentir-se em solidão, sobretudo resultante da limitação de convívio social, mas também como foi possível compreender no contexto de toda a entrevista, N.C (8), para si, enfrentar permanentemente a situação de doença do seu marido, referindo-a como *“não ter caminho nenhum”*, ou seja, já não espera que ele melhore e por isso lhe retira a esperança.

Igualmente o facto de terem sete filhos e de estarem em conflito com todos exceto com uma das filhas, deixa-a com o sentimento de que poderia relacionar-se com mais pessoas

para além daquelas com quem convive *“Temos muita solidão, estamos sempre sozinhos, eu aqui, tenho vizinhas boas, vêm ajudar-me naquilo que eu preciso, à noite quando é preciso alguma coisa vem a minha filha, mas é uma grande tristeza, chegar à noite e não ter ninguém, e durante o dia estamos de porta fechada e não ter ninguém para conversar, [choro, comoção] custa muito.”* E1, L70-74.

O sentimento de falta de convívio social, é retratado pelos participantes em relatos de relacionamentos sociais de pouca amplitude, restrita a muito poucas pessoas e quase sempre as mesmas, no mesmo espaço físico, por não terem oportunidade de saírem do bairro, o que leva a sentimento de isolamento do mundo *“Estamos sempre tristes, eu nunca abalo daqui para lado nenhum.”* E2, L14.

Ainda que exista algum tipo de companhia, como os vizinhos com quem convivem, é um tipo de companhia que não preenche esse vazio, e que não modifica o sentimento de sentir-se só *“(...) estou muito tempo sozinha, sozinha não, estão aqui as vizinhas, eu agora também pouco saio.”* E2, L67-69.

Uma participante denota não se sentir compreendida pela família no seu sofrimento de se sentir só *“(...) eu não invento, antes não queria ter problemas nenhuns, não ter que apoquentar ninguém, não dar trabalho a ninguém, (...) mas isto é um grande sofrimento, (...) eu tenho aqui um grande sofrimento, eu dentro destas casas, sem me poder valer, sem me poder governar.”* E8, L110-138.

Os participantes relatam formas de solidão social no sentido mais estrito, que ocorre quando as pessoas vivem num lugar ou têm uma posição que não lhes permite encontrar outras pessoas que lhes sejam significativas, e podem viver entre as outras, mas não tem significado afetivo para elas (Elias, 2001, p. 75).

Uma participante viúva que depois de ter passado por problemas de saúde e necessitar de ajuda física, reside a tempo inteiro em casa da filha, relata que o tipo de atenção que sente receber é sobretudo para os aspetos físicos, necessidades biofisiológicas, na medida em que a sua filha lhe assegura dormida, comida, e cuidados de higiene. Mas, expressa sentir, que apesar desta lhe assegurar esses cuidados físicos, outros aspetos percebidos por si como essenciais não lhe são assegurados, como por exemplo partilhar a sua companhia *“só era preciso, era levar-me quando eles fossem para qualquer lado, como às vezes eu ia com*

eles para qualquer lado (...) então nunca mais me levaram com eles, (...) “mãe, fica ali o almoço para a mãe comer porque eu vou daqui a nada e só venho amanhã à noite (...) dantes até me dizia tudo para onde é que ia (...) ela também trabalha muito, ela farta-se de trabalhar” E15, L 180.

A participante expressa reconhecer que a filha, lhe assegura algumas necessidades básicas como a alimentação, a dormida, ainda assim, sente falta de troca de afeto, a falta de disponibilidade da filha para a acolher, fazê-la sentir-se querida e valorizada.

Na atual relação em que vive em casa da filha, diz sentir-se hóspede na casa e na relação inteira *“(...) e então ela foi lá levar-me o comer e quando chegou no outro dia, foi lá ao quarto ver como é que eu estava (...) é muito minha amiga, mas tem esta coisa (...) só tenho aquela migalha (...) por isso é que eu ando triste (...) os dias ali, ao sábado e domingo são os dia mais tristes (...) ali me meto lá no quarto (...) ali estou (...) parece uma prisão (...)”* E15, L270-293.

A pessoa refere sentir que a filha se ocupa de si, assegurando-lhe as refeições, mas não sente que se preocupe da forma que esperaria, a aparente falta da procura de convivência da filha para com a mãe, *“deixando-a”* confinada ao espaço de um quarto distinto do espaço de convivência da filha e do seu marido e filhos. Este aspeto é sentido como falta de liberdade e segregação por parte da família e de sentir-se só, mas para estar só, preferia estar na sua própria casa, no entanto a falta de capacidades para assegurar os seus autocuidados de forma totalmente autónoma é o fundamento para aceitar viver nas condições que a família lhe propicia, *“não me falta mais nada (...) comer tenho (...) é só por dizer que estou muito sozinha (...) estou ali fechada muito sozinha no quarto (...) é só a pena que tenho é de viver assim uma vida (...) estar eu sozinha sobre mim (...) eu gostava de estar sozinha, mas com a idade que eu tenho já não posso (...) não podia já fazer certas coisas (...) tenho que me contentar (...) o que eu preciso, e que peço a Deus, é que me dê saúde ao menos (...) até onde posso chegar (...)”*. E15, L363-372.

O relato expressa um estar sozinho próximo do que descreve Elias (2001), o facto de pessoas viverem no meio de outras, mas que já perderam o sentido para estas, sentem-se ignoradas, mas ocultando esse seu sentimento, e que é um dos muitos perfis do conceito de solidão.

Os relatos remetem aos resultados do estudo, Os Processos de Envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida, coordenado por Cabral (2013) que identifica um grupo muito substancial de pessoas (34,9%), que indicou o sentimento de solidão e da falta de amparo emocional, sobretudo à medida que a idade avança e entre as mulheres.

Os participantes que referiram sentir-se em solidão apontando razões cuja natureza se alinha com o teor do conceito de solidão Solitude e Sofrimento em Pessoas Maiores de 80 anos (Marques, 2017), compreendido como decorrente de um déficit relacional e comunicacional, resultado de carências afetivas, sociais e de medos relacionados com a perda de dignidade, mais do que estarem só é sentirem-se sós, a solidão quer seja de natureza social, familiar ou conjugal reflete uma experiência psico-emocional, penosa, que gera sofrimento.

Memorando

As pessoas com mais de 80 anos, tal como em outra idade continuam a ter íntegra a sua necessidade de realização de seres no mundo junto aos outros, seres iguais a si, dada a sua natureza de seres de relação, necessidade que só cessa com a morte. Tem por isso um significado profundo para a sua continuidade de seres humanos os laços de proximidade, e com uma matriz de afeto estabelecidos, a sua falta, a incapacidade ou precariedade dessas ligações a outros seres iguais a si, leva a uma existência deficiente, gera ausência de bem-estar existencial e sofrimento.

Nesse sentido, um cuidado e um ambiente cuidativo de cura significativo (Swanson, 1991) à pessoa com mais de 80 anos, contempla a valorização e promoção de considerar a necessidade de se manterem em relação com outros seres humanos por quem tenham e lhes atribuam significado afetivo.

3.2.1.3 – Viver em luto duradouro

Alguns participantes, decorrente da morte de um ente querido (essencialmente o seu cônjuge), ainda que tenha ocorrido há vários anos, revelaram que após esse acontecimento, passaram a não retirar globalmente satisfação das suas experiências de

vida, vivendo sobretudo projetando-se permanentemente à recordação da vida partilhada com esse mesmo ente querido (cônjuge), o que lhes gera ausência de bem-estar existencial e sofrimento.

“Há dezassete [anos] (...) sempre triste, o meu coração não se agarra a nada, com aquela tristeza, aquela mágoa.”

Na fase de vida depois dos 80 anos e por vezes de forma abrupta, ocorrem situações que levam a mudanças significativas na vida das pessoas, a perda de um ente significativo como seja o cônjuge, que leve ao luto mais ou menos prolongado ou mesmo a viver enlutado (Berg, et al. 2009), que consoante o processo da experiência, a pessoa fica mais vulnerável, pois está associado a um evento que exige a definição ou redefinição do repertório de papéis pessoais e ou familiares (Meleis, 2007).

O luto reação característica a uma perda significativa, envolve a privação de alguém, de algo tangível ou intangível e que impulsiona reações afetivas, cognitivas e comportamentais (Barbosa, 2010), a perda que mais sofrimento poderá trazer ao ser humano, e mais intensamente dolorosa é a morte de uma pessoa amada (Bowlby, 2004), e a que ocorre com maior frequência depois dos 80 anos, pois a possibilidade de viuvez aumenta com a idade e com maior ocorrência no género feminino (Carr & Bodnar-Deren, 2009).

Nalguns relatos de participantes viúvos a ausência do seu cônjuge é descrita com sentimento de solidão e vontade de isolamento dos outros, o sentimento da falta permanente da presença do cônjuge pode incapacitar a estabelecer uma relação positiva com a vida, a companhia dos familiares (filhas, netos e genros), não lhes é prazerosa ou traz algum sentimento de segurança.

O luto permanente, não ultrapassado influencia negativamente a médio e longo prazo o modo de se relacionar com os outros, com o mundo e consigo próprio, o processo de luto perante a morte de um ente querido é habitualmente seguido por um ajustamento «normal» à perda, podendo ocorrer sem incidentes. Para cerca de 80% das pessoas o luto pode ocorrer num processo de aceitação da perda ao longo do tempo; ao invés, para cerca de 20% de pessoas, o luto pode tornar-se num processo prolongado, complicado e extremamente penoso, e levar mesmo à instalação de transtorno do luto prolongado

(Prigerson, 2004). Transtorno distinto de depressão e ansiedade com consequências nefastas para a qualidade de vida e saúde mental da pessoa enlutada (Boelen & Prigerson, 2007).

Uma participante cuja morte do marido ocorreu há mais de 25 anos relata essa penosidade sentida como atual, descrita na falta de capacidade para encarar essa perda significativa, como decorrente do processo da vida humana *“(...) não há nada que não me atente, são dores por todos os lados, (...) é uma ansiedade, uma ansiedade (...) tomo Xanax®, e à tarde tomo metade sempre para me sentir melhor, já tomo isto há vinte cinco anos, tomo desde que o meu marido morreu (...)”*. E7, 35-39.

O luto é entendido como um processo natural, quando enquadrado num conjunto de reações consideradas características a uma perda significativa ou a ausência de pessoas, coisas, ou representações mentais, e que coloca em marcha reações afetivas, cognitivas ou comportamentais podendo compreender três fases: choque, negação – descrença; desorganização, desespero – consciencialização; e reorganização, recuperação – restabelecimento (Barbosa, 2010). Processo que pode ser apreendido do relato de uma participante, *“(...) tive um marido muito bom, era muito meu amigo, era amigo dos netos que os adorava, era bom para toda a gente e fez bem a muita gente, agora ele faleceu e eu tive de continuar a minha vida, o que é que havia de fazer, não tinha outro rumo se não continuar (...)”* E19, L18-22. No entanto, o processo e as fases do luto não são experienciados da mesma forma por todas as pessoas, a duração de cada uma destas fases varia individualmente, e pode existir estagnação em cada uma delas, implicando a possibilidade de que a pessoa nunca supere a perda, e desta feita nunca se restabeleça (Barbosa, 2006).

Tal pode estar relacionado com o que afirma Damásio (2017), o sentimento que acompanha a recordação é inteiramente recriado, como resultado das fortes respostas emotivas produzidas pela recordação, o papel que é atribuído na mente atual pode levar gradativamente à produção de sentimentos muito dolorosos, tal como espelhado no testemunho de participantes *“(...) é por eu estar há tanto tempo sozinha que eu estou pior, porquê é que eu cá ando, porque é que Deus não me leva?”* E8, L191-197; *“e desde que ele morreu [17 anos] tenho andado assim, fiquei apanhada da fala, os nervos apanham-me.”* E3, L304-306; *“Nesta idade, (...) eu já queria estar lá do outro lado, (...) o sofrimento que eu*

tenho tido desde os cinquenta e um, (...) eu sinto-me tão, eu nem sei explicar, não tenho coragem nenhuma, ando sempre numa ansiedade dentro de mim, (...) agora tenho uma dor que me abafa, não sei se é nervos (...).” E8, L85-107.

Estes estados mentais ou sentimentos podem relacionar-se com os fundamentos para a consciência, são estados que tendo um conteúdo essencial e específico, neste caso doloroso e desagradável, eles descrevem a subjetividade pois, os acontecimentos que rodeiam os participantes, os acontecimentos em que participam e as memórias invocadas ganham uma nova propriedade: passam a ser de tal modo relevantes que afetam a capacidade de estabelecer um rumo de vida (Damásio, 2017).

A subjetividade é uma narrativa construída inexoravelmente, a narrativa surge da interação do mundo exterior, com o mundo das memórias passadas e com o mundo do seu interior (Damásio, 2017), *“Pela companhia sinto uma ansiedade, sinto-me sozinha” E8, L172; “ele ajudava-me e eu ajudava-o a ele, ele fazia uma horta passava lá os sábados e os domingos quando não trabalhava (...).”*; E3 L301-304 *“(...) o meu maior desgosto foi eu ter tido o meu marido tão pouco tempo e ter ido em tão pouco tempo, em três meses adoeceu e morreu e eu cada vez eu sinto mais a falta dele (...).” E8, L190-191.*

O sentido das vivências dos participantes vai ao encontro dos achados de diferentes estudos, que indicam que a falta de um cônjuge ou parceiro está associado a um menor bem-estar (Isherwood et al., 2017; Litwin & Stoeckel, 2013) e a menor satisfação de vida (Berg et al., 2006).

A dor não ultrapassada pela perda significativa de alguém, remete a uma angústia permanente ou disposição anímica fundamental em que o mundo das coisas e dos seres humanos torna-se para quem vive essa dor, sem importância, pois não encontra sossego em nenhuma coisa ou pessoa, é uma angústia que revela um véu do *ser* da nossa existência, uma estranheza que é ao mesmo tempo um não se sentir em casa (Werle, 2003) e que por isso o seu coração já não se fixa a nada, não colhe afeto positivo em nada.

Para algumas pessoas com mais de 80 anos, a experiência fenomenológica de perder por morte um ente querido, o luto, modifica o seu modo de ser face à sua existência, sobre a qual sentem existir uma sombra permanente sobre o seu *ser* que as impede de experiências plenamente satisfatórias e bem-estar existencial. E para as mesmas, a

transição situacional que é viver um luto por morte do cônjuge, pode significar para além de todos os ajustes emocionais, o acréscimo a essa vivência, e em simultâneo de outros tipos de transições situacionais, e sequenciais (Meleis, 2000), ficar a morar só, ver acrescido o número e tipo de papéis desempenhados; ter de deixar a sua casa (ida para lar de idosos, casa dos filhos), o que determina o luto depois dos 80 anos num padrão de transição complexa.

Memorando

Os participantes que vivem em luto duradouro, vivem em recordação permanente do *ser-com* o seu ente querido, que lhe gera sofrimento e o mundo das coisas e dos seres humanos torna-se, sem importância, pois não encontram sossego e apego em nenhuma coisa ou pessoa, é um sofrimento que revela sentirem um véu sobre o *ser* da sua existência, que as impede de viver no mundo e com os outros de forma existencial.

Face à pessoa que vivencia qualquer experiência de sofrimento, o cuidado de enfermagem significa que se sente um senso pessoal de compromisso e responsabilidade, e sustentar a fé na capacidade da pessoa com mais de 80 anos de passar por esse acontecimento e transitar e encarar o futuro com significado, envolve acreditar e mantê-la em alta estima, mantendo uma atitude positiva, oferecendo otimismo realista, ajudando-a a encontrar sentido nessa experiência (Swanson, 1991) vivida e no mundo que a rodeia.

Considerar o cuidado de enfermagem humanístico, à pessoa com mais de 80 anos enlutada sustenta-se na atitude hermenêutica de cuidado que diz respeito ao modo de como aceder ao *ser* da pessoa, cada uma das condições que a pessoa apresenta é constituinte do ser que é sempre totalidade, olhá-la dessa maneira é vê-la envolvida com o seu *ser*. Requer a compreensão e abertura do enfermeiro ao significado das experiências do outro; despir-se de pré-julgamentos; aceitar as expressões e sentimentos do cliente, para a partir daí identificar e responder às suas necessidades (Paterson & Zderad, 2008), de ajuda para que restabeleça os seus níveis de bem-estar subjetivos consigo e com os outros (Meleis, 2000).

3.2.1.4 – Receio pela perda de autonomia

Nos relatos dos participantes acerca da sua experiência de vida, após os 80 anos, emergiu uma preocupação relevante face à possibilidade da perda da sua autonomia para realizar os seus autocuidados, num futuro mais ou menos próximo. Demonstraram angústia subjetiva face a essa eventualidade por essa perda significar uma forma deficiente de *ser* e de estar com os outros no mundo. Depender de outrem para realizar o autocuidado significa para os participantes uma forma de invasão, e uma forma incompleta ou fragmentada de viver a sua existência.

“Que Deus me dê assim força para eu fazer as coisas, para eu não depender de ninguém”

Nos seus relatos, os participantes sendo na sua maioria pessoas totalmente autónomas nos seus autocuidados (dois dos participantes recebiam ajuda para realizar o autocuidado higiene banho), atribuíram um valor positivo preponderante à capacidade de se bastar, para cuidar de si próprios. O cuidado de si próprio é o modo de existir no mundo, para o qual o ser humano está impelido na relação consigo mesmo e também com os outros (Heidegger, 2009). Os participantes denotam de forma abrangente preocupação consigo mesmos relativamente à continuidade das suas rotinas da sua vida, e dos seus hábitos de vida, face às suas circunstâncias atuais e às expectativas de futuro e denotam preocupação face à manutenção da sua vida independente, que inclui a liberdade de escolher onde e com quem vivem e para a maioria das pessoas idosas, isso significa viver em sua casa o maior tempo possível, com a possibilidade de recorrer a alguém em momentos de crise (Hinck, 2004).

Tal liberdade relaciona-se com a manutenção da capacidade de realizam as suas atividades de comportamento de autocuidado, que para a enfermagem diz respeito à capacidade e ao processo para o desempenho de práticas na manutenção e desenvolvimento da saúde, com a finalidade de garantir a integridade, o funcionamento e o desenvolvimento humanos (Orem, 2001). A capacidade de autocuidado só é afirmada quando a pessoa é capaz de desempenhar a atividade de autocuidado para manter, restabelecer ou melhorar a sua saúde e bem-estar (Orem, 2001).

Essa capacidade de se autocuidar resultante da posse de habilidades, conhecimentos e experiências adquiridas ao longo da vida e ser agente do seu autocuidado (Orem, 2001), significa que lhes cabe a si, o decurso da ação e que detêm o poder para agirem (Tomey &

Alligood, 2005), constitui-se para os participantes o modo mais natural de cuidarem de si e da sua existência *“Nós pedimos saúde para que possamos ser autônomos até que possamos (...) porque realmente quando estivermos dependentes dos outros (...) Mas, no entanto, a morte que venha o mais tarde possível (...)”* E22, L137-139.

Nos seus relatos os participantes mostraram o receio da perda da sua independência por sentirem declínio das suas capacidades intrínsecas, físicas e mentais (OMS, 2015; UNECE, 2017b). Esse receio de depender de outros é revelado no relato *“Que Deus me dê assim força para eu fazer as coisas, para eu não depender de ninguém, era o que eu mais gostava na vida, o que me deixa muito triste e ficar assim deprimida, é eu pensar assim: agora posso fazer, amanhã não sei se posso fazer, (...) penso nisso muita vez, o meu receio é de hoje conseguir e amanhã não conseguir fazer as coisas que estou a fazer hoje, é o meu receio (...)”* E7, L134-187.

A inquietação dos participantes com o não poder, o não ser capaz de cuidar de si, revela uma existência angustiada, que em sentido fenomenológico revela uma forma de cuidado, de se importar pelo seu *ser*, que se revela incerto na manutenção da sua autonomia e na circunstância de sofrimento e à possibilidade de existência nua (Lévinas, 1997, p.106), se privada de autonomia ou de ser capaz de cuidar da sua existência. *“(...) aparece uma doença e ali estão tempos a dar trabalhinhas e leva-me a pensar, a mim também me calhará ou não calhará? (...) nós às vezes pensamos que vamos para melhorar e se é para piorar?”* E9, L66-74.

Os participantes têm a percepção de que quanto maior a idade, maior a probabilidade de serem afetados na sua autonomia e de se tornarem dependentes de outrem para realizarem os seus autocuidados (Brito, 2012; OMS, 2015; Petronilho, 2012; UNECE, 2017b).

Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento centram-se nas mudanças do ciclo de vida, como é o envelhecimento em que as falhas de saúde individual, a perda de familiares, a mudança súbita de residência para um ambiente desconhecido, surgimento de incapacidades ou morte iminente (Orem, 2001) tornam a vivência da fase desenvolvimental, depois dos 80 anos complexa, face à manutenção dos requisitos do seu autocuidado. O requisito refere-se não apenas ao que é necessário para uma condição

específica, não imposta de fora (como exigido), mas é um fator julgado necessário de acordo com a natureza das coisas ou as circunstâncias do caso (Orem, 2001).

Entende-se a preocupação com o cuidado por si e pelo seu *ser*, dado que *cuidado* é a totalidade das estruturas ontológicas do *ser-no-mundo* (Heidegger, 2009), compreende todas as possibilidades da existência que estejam vinculadas às coisas e aos outros, não se limitam apenas a um sentido ôntico, mas também ontológico, ou seja, o cuidado vai além da dimensão teórica ou prática e considera o seu *ser*. E dessa reflexão por vezes surge algum tipo de angústia, pois ao envelhecimento a nível biológico é associado à junção de uma grande variedade de danos moleculares e celulares, e com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, ao aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca da pessoa, e que em última instância, resulta na morte (OMS, 2015).

Tendo todos os seres humanos como qualquer outro ser vivo a certeza da morte, no entanto a incerteza do processo individual de morte ou do encaminhamento para esta, as possibilidades da perda das suas capacidades e o eventual sofrimento associado a doenças tidas como mais ou menos penosas, e num período que pode ser mais ou menos duradouro, gera angústia aos participantes. O sentimento de dependência é manifestado pelas pessoas em fim de vida, como um fator que gera muito sofrimento (Cerqueira, 2010), e o medo de vir a perder a identidade durante o processo de morrer e de morte resulta em sofrimento emocional e físico (Henriques, 2015). A preocupação das pessoas face ao manter o seu autocuidado relaciona-se as formas de manter a identidade (Kidd et al., 2008).

Trata-se de um fenómeno existencial essencialmente humano, porque o homem tem uma compreensão do seu *ser* e da eventual finitude e deste resulta a angústia (Werle, 2003).

Heidegger (2009) caracteriza o existir do *ser* do ser humano no mundo de forma permanentemente incompleta enquanto um todo, da compreensão de si próprio enquanto unidade sempre inacabada resulta a angústia, que revela ao *Dasein* o seu *ser-no-mundo*, a angústia revela que a existência é “sempre minha”, é “cuidado”, no sentido de “cuidar por” a minha existência. Não se trata da revelação de uma forma de existência que transcenda o quotidiano, mas que o recupera em sua radical precariedade. O nada revelado pela Angústia é o nada inerente às possibilidades de projeção do *Dasein*, tais distintivos

ontológicos formam um todo, que incitam o ser humano a uma dinâmica pela iminente necessidade de lançar-se à sua realização em cada instante da sua existência, o que caracteriza o ser humano sempre como já lançado no mundo, o seu *ser* “ek-siste” porque ele lança-se para a frente de si, assim resulta que não é uma totalidade acabada, uma vez que para ser *Dasein*, ele tem de viver, nunca é dado globalmente, cabe-lhe «um ainda não» enquanto é (Pasqua, 1997, pp. 122-123).

A dependência no autocuidado afigura-se em termos fenomenológicos para os participantes, um poder não *ser* de forma completa, surge como um modo de vulnerabilidade do seu *ser* e da sua “identidade” significa “mesmidade” (do latim *idem*, mesmo), ou seja, continuidade do *ser* pessoal (Correia, 2000).

No estudo acerca da reconstrução da autonomia no autocuidado, após um evento gerador de dependência (Brito, 2012), o significado atribuído ao depender dos outros é percebido como o maior e mais negativo impacto na doença, por acarretar as maiores e por vezes mais penosas mudanças na vida dessas pessoas.

Um dos receios da dependência, de não ser capaz de assegurar os seus autocuidados é não ver as suas necessidades básicas de conforto físico asseguradas, e o risco da perda da dignidade humana “*era um dia ter um confortozinho e não me deixarem morrer à miséria (...) o meu rabinho sempre enxuto (...) tenho muito medo da velhice (...)*” E16, L152-154. Este é o sentido da dignidade que emerge e é relevante em situações de doença e envelhecimento, define-se a partir daquilo que cada um atribuí para si mesmo como sendo aceitável e congruente com o seu passado e com o seu futuro, também a dignidade da identidade pessoal se encontra fortemente ligada e dependente de sentimentos como autorrespeito e autoimagem (Nordenfelt, 2009).

Essa noção da dignidade da identidade pessoal no cuidado às pessoas idosas é algo de extrema importância, atestada num estudo europeu sobre a dignidade humana (Bayer et al., 2005). A dignidade da identidade pessoal na perspectiva das pessoas idosas não depende do mérito, nem do estatuto moral da pessoa, no entanto, está associada à sua integridade, integração e autonomia (Henriques, 2015). Trata-se de um conceito de *caris* existencial, que reflete o percurso e o conteúdo da vida da pessoa que tem uma história e um futuro (Henriques, 2015).

A autonomia e independência relacionadas à avaliação das capacidades e necessidades dos clientes para gerir o seu autocuidado são conceitos fundamentais para o processo de prestação de cuidados de enfermagem, às pessoas com mais de 80 anos, dado que a autonomia se refere à habilidade para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida do dia-a-dia, de acordo com as próprias regras e preferências (OMS, 2002).

A conceptualização de autonomia vai de encontro à oportunidade que é dada à pessoa para decidir sobre a sua vida, tem implícita algum grau de liberdade, de poder decidir e agir sem submissões exteriores. Relativamente à autonomia para o autocuidado, esta relaciona-se com a competência para decidir sobre uma determinada atividade de vida, (Sequeira, 2010) e independência significa a capacidade para realizar tarefas relacionadas com a vida diária, ou seja, a capacidade de viver com independência na comunidade sem ajuda. O conceito de independência, surge como forma de tentar medir o grau de dificuldade que a pessoa tem em realizar as atividades quotidianas. A “independência está relacionada com a capacidade de desempenho de atividades de vida diárias e de autocuidado” (Sequeira, 2010, p. 5).

Em sentido fenomenológico o autocuidado é uma forma de estar no mundo – sentindo, desejando e fazendo – que permite expressar a identidade pessoal, ou seja, a forma como cada um se reconhece. Qualquer mudança na condição de saúde conduz a mudanças nas ações de autocuidado e a diferentes significados na experiência de autocuidado (Henriques, 2015).

As experiências vividas decorrentes das ações do autocuidado comportam a consciência que cada um tem do mundo, refletindo a sua identidade pessoal (Henriques, 2015) “(...) *estamos esperançados em que não iremos ter grandes dificuldades na velhice (...) o pior é quando chega a hora de a gente sobreviver com o auxílio dos outros fisicamente (...) isso é que é (...) e nós que estamos habituados (tanto eu como a minha mulher) a trabalhar (...) a gente não gosta de ter empregados (...) a gente é que faz tudo (...) a minha mulher é que faz aqui como lá (...) e um dia que estejamos limitados vai ser um bocadinho triste (...).*” E22, L30-35.

A dependência também é vista como causa de afastamento social e afetivo das famílias dos seus elementos mais velhos dependentes. Uma participante que de forma voluntária realiza regularmente visitas e faz companhia a pessoas residentes em lares de idosos, onde

se encontram majoritariamente por motivo de dependência nos seus autocuidados, refere *“estão no lar e dizem: vejam lá aquela família não tem tempo para vir visitar aquela pessoa, antes do natal não houve lar nenhum que eu não corresse, só há um que não fui.”* E9, L172-175.

Outra participante que ministra a comunhão a pessoas residentes em lares, é durante essa atividade que constata com admiração que algumas das pessoas não são visitadas pelos seus familiares *“(...) a maioria, os familiares mandam as mensalidades para os lares e eles estão sozinhos, (...) têm carências afetivas, (...) pedi ao padre para ir dar a Santa Unção a uma pessoa que estava mal, já não reagia, mas eu fazia-lhe festinhas, ela abria os olhos, eu dava-lhe beijinhos na testa, ela abria os olhos, porque realmente uma das coisas que eles querem é mimos, mimos gostam, que se lhes dê atenção que se lhe fale (...) eu acho que são falhas, (...)”* E20, L327-342.

Existem características de natureza humana como o pertencer a uma família, que gera necessidades de conforto de índole não físico e que na perceção da participante, os lares de idosos em geral, não satisfazem, ainda que assegurem a realização das necessidades fisiológicas, a necessidade de afetos por parte das suas pessoas significativas mantem-se para as pessoas residentes em lares *“As pessoas ficavam contentes de as irmos lá visitar, e eu dizia para comigo, aqui estão estimadinhas e era aí que as donas dos lares nos diziam logo à gente, vejam lá as famílias assim, assim. Ai, meu Deus! (...) e eu não sinto aquilo assim bem, pelo menos as famílias, pelo menos uma vez por mês irem visitá-las, aí é que eu sinto aquela mágoa.”* E9, L185-190.

O conforto é entendido na forma de afetos da família e gera a perceção de contribuir para a manutenção de ligação à vida *“Eu tenho ideia de que se a pessoa tiver sempre aquele conforto, que a pessoa ganha mais aquele ímpeto, aquele espírito para viver, acho que existem coisas que se deviam mudar, e porque é que não se mudam? Meu Deus!”* E9, L222-231. O conforto conjuga intervenções de ordem física, emocional e ambiental (Kolcaba, 2008), e nesse sentido a intervenção confortadora de enfermagem à pessoa idosa, concebe a família junto da mesma, como integrante do seu processo de cuidados pela consciencialização de que a importância do seu apoio, presença, são fatores relevantes de conforto, contributivos para a sua satisfação e o seu bem-estar (Ribeiro, 2012).

Em contraponto, não visitar o familiar no lar de idosos inscreve-se no sentido da participante num corte das conexões da família com o seu familiar, subtraindo-lhe um bem fundamental social que é a família, retratando uma forma de abandono social (Marrow & Luhrmann, 2012). Os elementos significativos da família, aqueles com quem a pessoa convive, sobretudo em afeto positivo completam-no, *“e sinto aquela mágoa, por ver as pessoas postas de lado, porque costuma-se dizer, se não querias ser avô, não fosses pai, uma pessoa que é pai espera um dia ser avô, então o que eu digo é que se não queria ser avô, não fosses pai, portanto o que eu digo essas pessoas estudaram e não serem mais meigas porquê?”* E9, L239-243.

Os laços pais-filhos estabelecidos à nascença, estão em constante realização durante toda a sua vida, e esses laços significativos estabelecidos em família comportam uma dimensão ontológica, uma condição pela qual lhes é dado existir em bem-estar existencial. A quebra unilateral por parte dos filhos na velhice, na dependência dos pais, o seu afastamento, a não convivência, aponta para uma dimensão ôntica ou não existencial, na medida em que os outros “constituem-no” e sem esse o outro, a pessoa não é. *“Ir visitar pessoas aos lares da terceira idade, isso é uma punhalada que a gente vimos (...)” ; “(...) é como se costuma dizer, é para pôr nas prateleiras (...) a família põe lá os velhos e vão para a prateleira (...) para o armazém (...).”* E22, L132-133; 120-121

Um participante que frequenta uma instituição em regime de centro de dia, no mesmo espaço onde existe um lar para pessoas totalmente dependentes, o qual visita com regularidade afirma *“tenho muito medo da velhice.”* E16, L234, tendo mais de 80 anos, os receios relacionados à passagem da idade, não tem tanto que ver com o número de anos, da idade cronológica, mas com a conotação da velhice associada à dependência, à falta de capacidade para se autocuidar e à eventualidade das suas necessidades não serem satisfeitas em tempo fisiológico *“Eu ir para um lar, dos acamados! Eu também conheço e receio não ser bem tratada, como eu vejo muitos que não são. Tenho receio de estar suja, tenho receio de ter chichi e não mo tirarem, tenho receio (...).”* E16, L236-238.

Este receio pessoal não se refere apenas ao individual, mas reflete um receio generalizado e reconhecido como prevalente na população portuguesa, relacionado com este tipo de instituições, às quais se associam essencialmente perdas, como o isolamento, a solidão, o abandono e o fim de vida (Loureiro et al., 2014). A pessoa pode ser socialmente

abandonada, apesar de restante dentro de casa abrigado e alimentado, mas subtraído de laços sociais de respeito e reconhecimento que unem outros na mesma configuração (Marrow & Luhrmann, 2012).

As pessoas tendem tornar-se socialmente significativas ou socialmente abandonadas pelas famílias, da mesma forma a voz dos idosos socialmente marginalizados são descritos como aqueles que perderam “qualquer papel interpessoal significativo dentro do lar” (Marrow & Luhrmann, 2012).

A percepção de alguns participantes de que algumas pessoas em lares de idosos são votadas ao abandono familiar e social, afigura-se ao *Homo Sacer* que Agamben (2007) formula para retratar, a ambiguidade existente na atualidade face a alguns seres humanos que sob certas circunstâncias, podem tornam-se a-significantes e quando remetidos ao que denomina de campo, deixam de ter merecimento de pertencer ao *bando* (lugar a que pertencem) podendo ser abandonados. Dada a analogia a certas pessoas que são abandonadas em lares de idosos, elas tendem a ganhar, uma não significação e desvalor. Significam-se em relação a um espaço de assentamento no qual, sob uma forma totalitária de racionalidade, são marcados como seres de vida nua: insacrificáveis, mas matáveis (Agamben, 2007) ainda que socialmente.

Existe um território próprio no qual se marcam as pessoas num processo contínuo de rejeição e eliminação do outro (ainda que a nível social), o *não-lugar* é um lugar real como tantos outros lugares, que são desenhados na sociedade, mas constituem-se em lugares de exclusão, de expatriamento, de abandono, configurando numa nova categoria jurídica de “vida sem valor” (ou “indigna de ser vivida”) (Agamben, 2007, p. 146).

Também o sentimento de discriminação associado à condição de idade avançada está presente nas pessoas com mais de 80 anos, e nesse contexto a discriminação social e familiar acarreta para a pessoa que a experimenta, elevados níveis de sofrimento, tais como sentimentos de desconsolo, decepção e de tristeza (Marques, 2017).

E na opinião de uma participante “(...) eu acho que os velhotes, as pessoas não são muitas vezes tratadas como deve ser. Ainda eles não têm perdido as suas faculdades, já os filhos, os filhos ou outros, estão a dizer, ele já está passado, ah! Ele já não sabe o que diz, a mim

custa-me muito isto, ouvir isto, não se desculparem, não desculpam ninguém.” E13, L87-93.

Este aspeto relaciona-se com os fundamentos de Heidegger (2009), quando se posiciona a respeito do modo como o homem se relaciona com o outro, refere-se ao como a relação se dá, que pode ser de modo envolvente, preocupado (o que implica que tenho consideração e tolerância para com o outro, acreditando em si conhecendo as suas próprias possibilidades) ou pode se dar de modo a que me ocupo do outro, ignorando-o, sendo indiferente a ele.

Os participantes também expressam que mantêm a percepção da necessidade delas próprias continuarem a querer responsabilizar-se por si, e de quererem atuar no mundo, *“mas as pessoas também chegando a uma certa idade também não querem fazer nada, ainda que possam. Eu [92 anos] ainda passo a minha roupa a ferro sentada, o que não faço de pé faço sentada, que desde que as mãos trabalhem, que agente pode descascar batatas, pode arranjar uma hortaliça, até por a mesa, essas coisas todas.” E13, L105-111.*

Existem relatos da importância de serem originariamente abertos e dispostos a quererem continuar a cuidar de si próprios usando o conhecimento disponibilizado e transmitido na atualidade *“Eu sou muito prática, às vezes dizem-me “você tem é muita saúde”. Mas eu tenho muito cuidado com a alimentação, eu desde que a minha mãe me ensinou comi sempre muito pouco, vivi numa quinta com muita fruta, eu só gosto de fruta, fruta todo o ano.” E13, L140-144.*

As pessoas ao sentirem-se substituídas pelos outros, nomeadamente os filhos para tomarem decisões nos aspetos que à sua vida diz respeito, é sentido como uma forma de lhes transmitir que se tornaram incapazes, embora mantenham as suas capacidades cognitivas integras, o que uma participante relata vai de encontro ao que Agamben (2007, p. 15) escreve, quando se refere ao discurso daqueles na zona do abandono social com voz nua, por oposição à linguagem daqueles que têm um significado social *“Eu lembro-me de dizer para o meu filho “temos de por uma porta lá atrás” (...) e ele é que falou com o senhor e eu concordei com o que disse que era para fazer, mas o homem não fez nada sem antes falar com o meu filho, “a senhora já com essa idade e o seu filho é que falou comigo” eu tenho esta idade (...) as pessoas ainda têm as suas faculdades, mas os filhos ... muitas vezes os filhos só querem o que os pais têm. Quem diz filhos, diz netos, familiares, é melhor a*

gente não ter nada, pelo menos não brigam, quando chegar para herdar, não se tem, não se brigam.” E13, L243-250.

Os participantes denotam experiência de sentir haver pouca disponibilidade e tolerância, por parte dos outros, pouca capacidade para se ajustarem às suas restrições individuais, são eles que procuram adaptar-se adotando estratégias de enfrentamento, mas em algumas situações pode levar à perda de oportunidade de convívio, ser diferente pode fazer sentir-se um fardo para o outro *“sento-me ali na minha cadeirinha, puxo a cadeira, a minha cadeira tem uns braços, puxo-a mais à parede (...) encosto a minha cabecinha à parede e fecho os olhinhos e estou ali e pronto (...) as pessoas já não as percebo como deve ser, porque tenho dificuldade em perceber as coisas (...) se perceber, percebo, se não perceber, também não interessa, não estou a maçar ninguém.” E14, L164-175.*

Memorando

Os participantes apreciam sobremaneira a sua capacidade de por si realizarem as suas atividades de gerir a sua vida e de realizarem as ações inerentes ao seu autocuidado (Orem, 2001), significado de capacidade que está para os participantes associada à integridade do existencial de *ser* no mundo, congregada no cuidado (Heidegger, 2009). O ser autónomo ou “agente do autocuidado”, associa-se à preservação, e à continuidade de ser existencialmente de forma integral, e o ser “agente dependente de cuidados” (Orem, 2001) tem o significado de uma forma não existencial pela incompletude de poder ser si próprio, e também o encaminhamento à finitude do seu *ser* em sofrimento.

O ser dependente de outrem tem para os participantes, mais relação com o sentido de velhice do que possuir idade cronológica avançada.

O receio da dependência enquanto experiência humana, definida pessoalmente a partir de dentro (Swanson, 2010) assume um sentido de vulnerabilidade existencial para as pessoas com mais de 80 anos, pois a impossibilidade de exercer o autocuidado pela sua existência enquanto estrutura ontológica, significa a sua realidade sentida como perturbada dado que, não seriam mais capazes de reconhecer a estrutura da sua vida, o que desencadeia a percepção de mudanças, de eventos de rutura na sua vida (Meleis, 2010).

A incerteza face à perda de autonomia é para os participantes uma experiência dominante, que espelha medo de desamparo e incapacidade de gerir a sua situação de vida, mas também a incerteza face ao que esperar do futuro.

Podendo os défices de autocuidado da pessoa serem completos ou parciais e tendo o sistema de enfermagem origem na forma como a pessoa e o enfermeiro se relacionam, aquando da existência de um défice de autocuidado, o enfermeiro pode intervir no âmbito dos três sistemas: o sistema totalmente compensatório, em que a pessoa não tem um papel ativo no seu autocuidado, necessitando que todos os cuidados sejam assumidos pelo enfermeiro; o sistema parcialmente compensatório, onde os cuidados são partilhados entre a pessoa e o enfermeiro, tendo a pessoa capacidade para satisfazer algumas das suas necessidades de autocuidado; e o sistema de apoio educativo e de desenvolvimento, em que a pessoa necessita de supervisão e que o enfermeiro intervém no sentido da sua capacitação para que consiga realizar todas as ações do autocuidado de forma adequada (Orem, 1993, 1995).

A possibilidade da dependência de autocuidado com maior ou menor intervenção do enfermeiro, significa para a pessoa com mais de 80 anos, uma ingerência ao seu *ser*, não imputada por princípio à intervenção do enfermeiro, mas à correspondência de invasão de uma área sagrada para a pessoa enquanto reduto do seu *ser*.

3.2.2 – Um modo de ser-com os outros no mundo depois dos 80 anos com sentido de ocultação da dimensão existencial

Na sua existência de vida compartilhada no mundo com os outros, os participantes relevaram como significativos os seus filhos, os seus cônjuges, essencialmente a sua família, nesse sistema de relações e transações, a pessoa vai-se construindo, traçando a sua identidade junto aos outros e compartilhando a dimensão de ser-no-mundo, esse compartilhar a vida, gerou uma unidade nessa relação e sentimentos de co-pertença. Conforme Heidegger (2009), todas as relações com os outros conduzem à compreensão de nós mesmos decorrente dessa interação, enquanto somos para o outro entendemos como somos, é por isso no ser (sendo) está em jogo o nosso próprio *ser*.

Para os participantes a relação de co-pertença que é a família adquire sentido na possibilidade de “ser-com-outro”, que para os mesmos não se reduz a uma relação instituição família ou material, mas antes uma relação existencial de cuidado.

Os participantes identificaram momentos na sua história de vida familiar atual ou passada em que o relacionamento com os elementos da família, essencialmente os filhos, foi sentido como não próprio ou autêntico, mas antes impróprio ou inautêntico entres seres que partilham a sua existência no mundo.

3.2.2.1 – Viver em Conflitos familiares

A família essencialmente os filhos, dos participantes assumem para estes o seu lócus de pertença no seu modo existencial de *ser-com* os outros no mundo, com os quais se relacionam em harmonia ou conflito, mas a existência de conflitos pessoais com estes, fragiliza o seu modo de *ser* no mundo, pois representa um modo de *ser* com os outros no mundo deficiente ou não existencial e que tendencialmente significa ausência de completo bem-estar existencial para a pessoa que vivência conflitos com os filhos.

“(...) nós pensamos sempre que os nossos filhos, são nossos amigos, não é, e por vezes nem sempre são, nem sempre.”

Um aspeto destacado como muito penoso por alguns participantes, é a existência de conflitos com os seus filhos, ainda que tenham a perceção de que a relação com estes, foi desenvolvida, construída sob formas de bem-querer durante a sua vida vivida em comum, os conflitos vivenciados na fase de vida depois dos 80 anos, tais como as disputas entre os filhos por bens materiais de heranças, o sentimento de desamparo físico, mas sobretudo emocional por parte dos filhos, não “querer saber de mim”, “não me falar”, é sentido contra a natureza dessa relação de pertença.

Nesta dimensão, os conflitos familiares sobretudo entre pais e filhos e entre irmãos, tornam-se penosos e centrais e em algumas situações sobretudo para as participantes mulheres e mães, relataram amarguradas transparecendo na linguagem verbal e não verbal, a dificuldade manifestada em encontrar palavras para descrever e sobretudo a falta de capacidade de encontrar a justificação da existência contranatura, no seu entender, de

guerras entre pais e filhos ou entre irmãos *“Não é bom falar sobre estas coisas porque só quem passa é que sabe”* E1, L 27-27.

Dos relatos expressos, os que denotavam maior angústia relacionavam-se com o facto dos participantes nesta fase de vida em que necessitam de maior apoio físico e emocional, não terem o apoio dos filhos, seja apoio físico ou emocional e por vezes sequer relacionamento pessoal, e que lhes causa profundo sofrimento *“é uma desgraça e grande (...) é uma fase de muito sofrimento.”* E1 L21-22.

Relações interpessoais vazias de sentido afetivo positivo e insatisfatórias para os pais são relatadas *“Falam muito mal [7 filhos, de 8] só falo com alguns, não me ligam, só esta filha.”* E1, L84.

A falta da presença e de harmonia com a maioria dos filhos é fonte de sentimento de amargura que relatam com dificuldade em encontrar palavras e conter as lágrimas que apesar do esforço continuam a escorrer pela cara, porque apesar ter um número alargado de filhos, passam os dias e as noites sós, e a tomar conta do seu marido acamado e com a uma ajuda pontual da única filha com quem se relacionam *“eu tenho vezes que telefono para os meus filhos, mas eles não me ligam.”* E1, L109-110.

A experimentar problemas de saúde e falta de recursos financeiros, a usufruir de ajuda social para medicamentos e alimentação, refere não receber qualquer tipo de ajuda dos filhos, expressa ainda o sentimento de que os filhos conviveram com eles, os pais, enquanto lhes davam bens materiais, mas depois do marido adoecer, e ficar com poucos recursos financeiros e a necessitar do seu maior apoio e de cuidados, não obtiveram da parte destes, qualquer apoio material ou emocional *“(…) para dizer a verdade, enquanto eu tive alguma coisa que dar, eles iam todos à minha casa, assim que aconteceu isto ao pai e eu deixei de dar, pronto abandonaram-nos, abandonaram a gente.”* *“(…) muita tristeza, muita tristeza e um grande aperto no coração quando penso nestas coisas, custa muito.”* E1, L87- 94. O sentido da participante encontra-se em linha com os resultados de alguns estudos que inferem que nas famílias com idosos funcionalmente dependentes, são observadas taxas mais altas de disfunção familiar do que em famílias sem idosos dependentes, sugerindo que a incapacidade dos idosos é um stressor cuja intensidade supera os recursos de enfrentamento da família (Lins et al., 2018; Rabelo & Neri, 2016; Torres et al., 2010). O desânimo e angústia é espelhado pela participante que contém as palavras e chora, refere

ser-lhe mais difícil por morarem perto e mesmo assim não os visitarem, pelo que diz ser um afastamento intencional *“alguns moram aqui perto e não vêm cá.”* E1, L96, uma filha, dos 8, ajuda os pais, mas *“agora puseram-se mal com a irmã, por a irmã vir tratar da gente, mas ela não se importa, ela diz que em primeiro lugar está o pai e a mãe.”* E1, L98-100.

Os participantes que têm filhos relatam esse facto como uma expectativa de ter suporte e companhia na sua velhice, mas quando tal não acontece é sentido como uma expectativa falhada, dado que face à família em termos culturais existe a expectativa de apoio, de receber ajuda emocional, material ou outra, para enfrentarem situações geradoras de tensão emocional (Griep et al., 2003).

Na perspetiva fenomenológica o significado do processo de envelhecimento no âmbito da família intergeracional é construído pelos seus membros no decorrer da vida em comum, portanto é composto pelas particularidades de cada estrutura familiar, expresso pela cultura e histórias individuais e coletivas, e os relacionamentos conflituosos com os filhos podem levar ao sentimento de desrespeito, uma das causas de perda do papel parental / maternal (Marques, 2017).

Uma participante refere *“Senti-me muito enganada, eu e o pai dela, mas agora as coisas já estão resolvidas, só que ela é tão má e o marido é tão mau, que eu já não sei quem é pior (...).”* E7, L-39-49.

Viver em conflito com os filhos é relatado pelos participantes como muito doloroso emocionalmente, sobretudo quando a relação com os filhos se modifica por desentendimento por bens materiais, colocam em causa toda a vida até aí, pois significa a não consideração, não envolvimento sentimental pela sua pessoa e antes pelos bens materiais, faz emergir sentimentos de desgosto face à expectativa de que a relação com os filhos e família se dê de modo envolvente, preocupada, pelo que sentir-se ignorado, é uma relação sentida como deficiente.

A constituição de família é tida culturalmente como uma rede de apoio estabelecida a partir de um processo que se espera recíproco, e por princípio gerador de efeitos positivos para ambos os constituintes dessa rede, permitindo que ambos tenham mais sentido de controlo sobre as suas vidas associada aos tipos de trocas que proporcionam e à satisfação auferida com elas (Griep et al., 2003). Mas, enquanto sistema autopoiético é visto como

um sistema social que se auto-define e que recria funções específicas ao longo do seu desenvolvimento e que incorpora as respostas aos seus processos de vida vivenciados enquanto família (Figueiredo, 2009).

E de acordo com o vivenciado por algumas participantes relatam que ter filhos não assegura que estes se possam constituir nos seus cuidadores, quando não se conseguirem bastar nos seus autocuidados, bem como também ter filhos não garante que os afetos positivos estejam sempre presentes, e a forma de relação com estes, pode até ser uma fonte de amargura *“(...) a minha filha, porque eu sempre pensei que ela fosse minha amiga, me apoiasse, no bem e no mal, eu ajudei-a sempre enquanto pude, fazer o enxoval às filhas, eu sei lá fiz o que pude e o que não pude, eu andava a trabalhar na fazenda e ela também andava a trabalhar, e deixava a roupa no arame (...) eu fiz do coração (...)”* E7, L191-202. Ao sentido de membro de família é reconhecido uma forma de interunião e proteção dos mais vulneráveis como podem ser os idosos (Hansan, 2005).

Uma participante ao refletir sobre a penosidade que encerra o conflito com os filhos na atualidade, a possibilidade de não os ter tido, afigura-se-lhe como uma forma de vivência menos penosa, pois não contaria, não teria expectativas face aos mesmos, e não sentiria ter falhado na aposta de ter sido mãe *“eu hoje penso, se eu fosse uma rapariga nova, agora eu acho que nunca tinha filhos, (...) quando a gente chega a velhos, quando a gente não pode estar sozinhos em casa ou que a gente tenha uma doença, que não tenhamos quem trate da gente, há os lares, há as casas dos idosos, aqueles centros que fazem (...), vão para uma casa dessas, são bem tratados na mesma, e não está a ouvir as coisas como a gente ouve, (...), nem todos são iguais, mas a maioria, e não é só a minha, eu ouço mulheres mais novas do que eu e lamentam-se ainda mais do que eu, por isso eu penso tantas vezes se eu fosse nova, acho que não queria filhos.”* E7, L363-373.

Outro perfil de desarmonia enunciado e vivenciado pelos participantes dentro dos conflitos familiares, são os que ocorrem entre filhos por ocasião das partilhas de bens a herdar por morte de um dos pais, quase sempre resultante da não aceitação, não concordância com a parte dos bens que lhe é destinada por comparação a outro herdeiro, normalmente irmãos.

Uma participante viúva refere ser particularmente desanimador e com consequências danosas para a sua saúde, uma vez que são conflitos um pouco inusitados, dado que até à altura das partilhas havia entre ela e a sua filha harmonia e boa convivência, mas *“depois*

do meu marido morrer, um ano depois, a minha filha mais nova, começou com conflitos comigo e eu entrei numa depressão muito grande, (...) na minha casa, que é minha até eu ser viva, ela começou a andar assim comigo e eu tive aquele problema, eu estava mal” E7, L20-24.

Essa ocorrência teve reflexos negativos no sentimento de segurança e bem-estar que constituía o lugar da sua casa *“(...) a minha filha continuava a tratar-me muito mal, quando me apanhava lá, era horrível. Esta minha filha falou com advogado (...) pedir a partilha de bens, ela não aceitou o que o pai tinha feito”.* E7, L40-44. A satisfação e qualidade de vida para as pessoas com mais de 80 anos está positivamente associada à interação com pessoas próximas no seu núcleo familiar, essencialmente os filhos (Litwin & Stoeckel, 2013).

O sentimento de desapontamento e expectativa falhada assoma no relato de outra participante, por considerar ter tido para com os filhos e netos dedicação, cuidado e partilhado bens materiais que fundou em si a esperança de que esse querer saber fosse para toda a vida, *“olhei sempre por ela, dei-lhe sempre tudo quanto tinha (...) é pena porque não sou reconhecida (...) porque fiz tanto bem, e à minha neta a mesma coisa porque eu é que lhe dei quase o enxoval todo, (...) fiz tudo (...) gastei dinheiro com eles (...) e valia mais a pena estar quieta (...) não é por ela, é pelo feitio dele e ela, coitada, tem medo e então dão-se bem porque eu também quero que eles se deem bem (...) eu não quero que eles se deem mal”* E15, L103-112. O conflito entre pais e filhos resulta em impacto prejudicial nos membros da família, e no sistema familiar e nesse sentido é considerada, enquanto unidade de cuidados de enfermagem (Figueiredo, 2009).

A ocorrência de solidão familiar para as pessoas com mais de 80 anos, relaciona-se com a falta de convívio com os entes queridos, com os quais a pessoa sente já não se estabelecer um relacionamento satisfatório (Marques, 2017).

“Tenho uma dor muito grande, uma dor muito grande, porque eu só tenho estas duas filhas e criei-as com tanto amor e tantas dificuldades, mas nunca nada lhe faltou, nunca nada lhe faltou.” E7, L51-53.

Na procura de explicação na alteração da relação, de se sentir excluídos pelos filhos, uma das razões inventariadas por diferentes participantes, é sentir que afinal a relação antes estabelecida, tinha apenas como fim interesses materiais, sentindo que o seu estatuto

naquela relação ficou muito diminuído ou seja, dependente do que o outro está disposto a dar-lhe, criando nos participantes um sentimento de insegurança, de desinteresse enquanto pessoas.

No entanto o ato de esperar, de ter esperanças não é igual ao ato de demonstrar estar presente para o outro (Van Manen, 2000) *“Eu não sei (...) ainda digo hoje que não sei explicar porque é que ele me deixou de falar (...) e de ele me fazer o que me faz (...) dizer-me o que me diz (...) e tanto que eu lhe fiz! É isso que eu não posso tolerar (...) não sei explicar e já tenho perguntado, “mas porque é que (...) me faz isto, porquê?” Se enquanto eu andei a acartar trinta litros de azeite todos os anos e acartar tudo quanto eu lhe dei, batatas, couves, era tudo lá da horta, tudo quanto eu lhe dei e agora fez-me aquilo (...) parece um bicho que lá está (...) é só o que me custa é isso.”* E15, L134-142.

Sentir-se posto à parte pela família, também o sentir-se fora do convívio social da sua família, é fonte de sofrimento para as pessoas com mais de 80 anos (Marques, 2017) e sentido também como um desmerecimento enquanto pessoa, porque se a questão é haver troca de bens materiais, os outros tal como o sentido da participante ela também contribuiu e nesse sentido sente como que uma exclusão seletiva à sua pessoa, ao seu valor, não ter valor para pertencer aquele grupo/nova família, sentir que foi colocada fora, já não pertencer, não ser reconhecida como parte, o que parece gerar desconforto, insatisfação e sofrimento.

Os laços familiares são componentes centrais na vida das pessoas mais velhas, pois os membros da família normalmente demonstram afeto mútuo e interajuda, sendo vistas como recurso de apoio instrumental e emocional (Barbosa et al., 2019; Grundy, 2006). Depois dos 80 anos a rede social sendo menor e seletiva às relações significativas, a qualidade das inter-relações nessa rede social existente relaciona-se com a satisfação de vida (Berg et al., 2009).

Uma participante descreve sentir-se triste devido a sentir alteração na relação que tinha com sua a filha, após esta se ter casado com uma pessoa com a qual não tem bom relacionamento e o que considera ter influência negativa na relação entre as duas, *“desde que casou, por causa dele modificou-se (...) modificou-se (...) E eu ando muito triste e custa-me essas coisas (...) Eu pensei ter uma velhice boa (...) só que tivesse saúde, e a saúde*

infelizmente (...) tive isto também, mas, graças a Deus, está curado (...) Mas sinto-me muito triste (...) muito triste” E15, L152-157;

O que sente em relação à alteração nesta relação e aos conflitos, são tão envolventes e profundos que os considera ser a causa de sofrimento, tristeza e ausência de bem-estar existencial para a sua atual fase de vida *“eu, é só tristeza (...) e a minha tristeza é só esta (...) é só esta (...) e eu podia, e graças a Deus, naquela altura tinha dinheiro e tudo, e pensei que nunca chegasse a isto (...).”* E15, L161-164.

A confiança antes depositada na filha para gerir diferentes aspetos da sua vida, nomeadamente os bens materiais coloca-a agora em dúvida e questiona-se em relação à mesma, uma vez que no presente não se sente bem querida pela filha *“(...) vendeu-me o carro (...), e agora, ultimamente, preciso de um carro, tenho de falar a um carro de praça para ir à médica (...) porque eu tinha de lá ir de tempos a tempos, tirar um líquido (...) todas as semanas eu tinha de lá ir uma vez ou duas tirar aquilo e ainda lá fui muito tempo.”* E15, L210-227.

A identificação de conflitos familiares ainda que não restritos às pessoas com mais de 80 anos, pois eles incluem pessoas de outras faixas etárias, como os seus filhos e outros parentes, corroboram o afirmado por Marques (2017), de que à fase do envelhecimento também são reconhecidas algumas características comuns e eventualmente potenciadoras de conflitos intrafamiliares, nomeadamente a ocorrência de um campo de forças relacionais intensas e nem sempre concêntricas que faz dele um espaço propício a conflitos individuais e sociais.

Para as pessoas com mais de 80 anos em solitude e sofrimento envolvidas em conflitos sociais e familiares, pode ocorrer a danificação da sua dignidade humana, traduzida por sentimentos de vergonha, desrespeito, humilhação e outros (Marques, 2017).

Na perspetiva da enfermagem humanística importa refletir que a família tem um papel humanizador, é onde o homem torna a sua existência mais humana, Paterson e Zderad (2008), recorrem à análise do antropólogo Martin Buber (1965), para referir que é através da capacidade humana de se relacionar com outros seres em todas as formas, desde a dimensão material até à espiritual nos modos “eu-tu”, “eu-aquilo” e “nós”, que o homem se torna mais humano através das suas relações com os outros, nunca o mesmo que esses

outros, mas interioriza esses outros como parte de si mesmo numa sua relação “Eu-Tu”, numa fusão de seres. Em certo sentido, cada pessoa única pode ser vista como uma comunidade dos seres com os quais ele se relacionou significativamente em complementaridade ou mesmo em conflito (Paterson & Zderad, 2008).

As experiências de conflitos familiares significativas, vividas e relatadas pelos participantes, envolvem essencialmente os filhos, esta particularidade e o significado do seu impacto para os participantes em termos fenomenológicos, pode ser melhor compreendido, tendo em conta a preponderância da influência das redes de laços sociais humanas, no seu bem-estar subjetivo (Litwin & Stoeckel, 2013), na medida em que depois dos 80 anos ocorre alteração da sua extensão e forma, acontece o desligar das ligações mais periféricas, e passa a haver maior foco nas relações mais significativas e duradouras, como sejam com o cônjuge / companheiro, com os filhos ou netos (Lang et al., 1998), e de qual depende de uma forma mais geral a satisfação com a vida (Berg et al., 2009) e mais especificamente o seu bem-estar subjetivo nesta fase de vida, tendo estas igualmente maior influência na sua qualidade de vida, do que com outros laços como com parentes ou amigos (Litwin & Stoeckel, 2013).

A identificação de conflitos familiares com os filhos, aponta para a necessidade de ser reconhecida como uma vulnerabilidade para a pessoa com mais de 80 que a vivencia, pois surge experienciada como a quebra de uma relação de pertença importante, os laços com os filhos são interiorizados como parte de si mesmos, e que para os participantes surge no contexto de transições (Meleis, 2010), como seja a vivência de luto do cônjuge; na mudança de passar a viver só; na doença, o que impede, corrói a possibilidade humana e existencial de ser com os outros em plenitude e de ser eles próprios e tem repercussão negativa no seu bem-estar existencial.

Memorando

Sob a perspetiva fenomenológica ou existencial a singularidade do *ser* não é estável e assegurada, é uma tarefa existencial (Heidegger, 2009) e o homem para existir no mundo, compreende sempre ser com-o-outros, que para as pessoas com mais de 80 anos, são as suas relações afetivas de pertença e de reciprocidade como é a que estabeleceram com os

filhos e eventualmente outros conviventes significativos. Sendo a mesma nesta altura da vida determinante para que a pessoa avalie a sua existência de *ser-com-o-outro* passada e perspetive a continuidade da sua existência de *ser* humano com melhor bem-estar existencial e conseqüentemente de forma mais humana.

A consciência de cuidar da pessoa com mais de 80 anos, comporta sempre a suscetibilidade de vulnerabilidade na sua representação substantiva, pela sua condição de ser humano (Neves, 2006; Renaud, 2009), no entanto, conjugada com o viver conflitos com os filhos, na medida em que surge associado a estados de sofrimento, pode configurar ou contribuir para uma representação adjectivante de vulnerabilidade, e que exalta a necessidade de cuidado para os vulneráveis (Neves, 2006) na sua dimensão ética (Lévinas, 1997, p. 275), como um valor que visa garantir o respeito pela dignidade humana, significa que o enfermeiro é um *ser* que se deixa afetar pela pessoa que vivência conflitos familiares, sendo essa mesma condição que instaura o dever de não “ferir”.

3.2.2.2 – Sentir-se em desarmonia com os atuais valores

Os valores humanos imateriais e universais como praticar o bem, o assumir a verdade, o espírito de justiça, o sentido de solidariedade entre os humanos, a tolerância para com o próximo, dar a saudação contribuem para o bem-estar individual de cada pessoa, refletindo-se no coletivo e são entendidos pelos participantes aspetos de bem querer, que dignificam as relações humanas e remetem à equalização entre seres, de que se constitui o *ser-com* os outros no mundo.

“É as pessoas não ligarem importância, não dizerem, como vai ou como é que não vai, não falarem”

Diferentes participantes referem sentir dificuldade de identificação para com a atual sociedade no que diz respeito ao sentimento da falta de alguns valores universais nas relações humanas na sociedade atual, que sendo aspetos imateriais, contribuem para satisfação interior e remetem à dimensão existencial da pessoa com mais de 80 anos.

“(...) no nascer e no morrer somos todos iguais, portanto não há diferença, nada, somos todos iguais (...)”

Para os participantes está muito presente a consciência de que independentemente das condições de vida de cada um, enquanto seres humanos ninguém é mais nem menos do que os outros, e os valores adquiridos no seio da família são aspetos que permanecem, percebidos como ideais que querem e desejam assumir, remetem a uma dignidade originária de ser-se humano e não da condição social da pessoa, *“Sou filha de uma família que são incapazes de explorar qualquer pessoa e isso para mim é a coisa que tem mais significado, acho que ninguém deve explorar ninguém, acho que tão digno é o médico como é o juiz como é a enfermeira, mas nós todos temos tendência umas pessoas mais do que outras, dizem mal das outras, acho que nas pessoas nem tudo é bem, nem tudo é ruim.”* E13, L216-221.

Os desenganos e os agravos que as pessoas testemunham parecem poderem facilitar a sua percepção da extensão das misérias humanas, criando-lhes revolta o facto de as pessoas terem cada vez maior formação e sentirem que isso não resulta em melhores relações humanas *“Nós não podíamos ser assim uns para os outros, (...) há pessoas que sabem ler, que estudaram, se estudaram, têm esses estudos, hão de ver que realmente deviam ser melhores do que não são, deviam ser melhores auxiliarem mais, agora se veem uma pessoa derrubada ainda estarem a atacar mais então, a pessoa ainda se derruba mais”* E9, L222-231.

Na opinião de outro participante a desarmonização dos princípios da sociedade atual e os valores humanos universais podem ajudar a justificar o sentimento de frustração na vida presenciado em pessoas com quem priva *“(...) hoje sabemos que no mundo há falta de amor, há muita falta de amor no mundo e em contrapartida o ódio cresceu, nós sabemos todos os acontecimentos que há diariamente que não há o sentido do amor, não há o sentido da responsabilidade, há sim, o sentido de crescer mesmo pisando os outros, tudo isso é prejudicial para a sociedade e não foi para isso que fomos criados e como não foi, as pessoas que encontro desanimadas (...)”* E21, L166-173.

Ao matrimónio é dado o sentido de ser uma relação de corresponsabilidade e dignificação *“(...) ainda tem outra coisa que na nossa altura não acontecia tanto, mas hoje os jovens que fazem a preparação para o matrimónio a maioria já tem experiências sexuais, está errado, mesmo entre eles os dois, casal, (...) penso que era bem benéfica, porque ela era o sentido*

*da responsabilidade, ela o sentido da dignidade das coisas, das pessoas, porque hoje não dão dignidade ao matrimónio, que é um erro muito grande (...)."*E21, L217-240.

E por relação à avaliação da presença de valores humanos na vida em regime democrático em Portugal surge associado à erosão de valores como o amor e a convivência entre as pessoas de uma forma geral *"às vezes converso isto com a minha mulher, não devíamos pensar isto, mas às vezes dá a impressão de que o 25 de abril em vez de trazer mais amor, teve o efeito contrário, para nós teve o efeito contrário na questão do amor e de partilha e de convívio entre as pessoas e de ajuda que é preciso para a pessoa humana, eu acho que ficou um bocado afetado, pode ser até que estejamos errados (...)"* E21, L251-258.

O progresso, o desenvolvimento social, a liberdade social são referidas como dimensões positivas na atualidade, mas também vistas como uma das principais causas de erosão de valores humanos universais *"Falando das tecnologias, são úteis, mas têm muitos inconvenientes (...) pode ter alguma utilidade, mas não é essencial para a utilidade principal do ser humano, não vale a pena perder tempo com coisas que não são essenciais para a vida (...)."* E21, L259-268.

Para os participantes a saudação à sua pessoa enquanto ato social, tem um valor que não sendo material, a não ocorrência tem significado de não querer saber, entre uns e outros, é pela saudação que o outro se faz presença e o outro nota a minha existência, pode ser também sinónimo de não reconhecimento, de desmerecimento do outro simples gesto de cortesia, mas que iguala na condição de partilhar características humanas, o homem na sua dimensão ontológica, de *Dasein* (ser-aí) compreende-se orientando-se para o mundo e para os outros. É em função da sua "ek-sistência" especialmente que se determina o seu eu e não em razão de um eu coisificado. O *ser-no-mundo* para as pessoas com mais de 80 anos é assim, também, *ser-em-comum*, tal como a sua atitude em relação ao mundo é preocupação, a sua atitude em relação a outrem é a solicitude. Estas características de *ser do Dasein* mostram perfeitamente que o *ser* «do» ente é *ser* «para» o ente. O *ser do Dasein* é constitutivamente-para-outrém (Pasqua, 1997, p. 68).

A saudação para as pessoas com mais de 80 anos pode ser compreendida como uma forma de solicitude entre seres humanos *"é o que eu digo, não me deem nada, mas digam-me adeus (...) falarem para mim, tratem-me bem, verdade, só que me digam bom dia, boa*

tarde, só umas palavrinhas eu sinto-me bem, eu faço o mesmo, o que eu puder eu faço, e por vezes faço sacrifício ao meu corpo para a gradar às pessoas.” E9, LL161-163; 203-206.

“(...) há uma coisa que me custa mais, (...) passo por aquela gente toda, ninguém diz nada (...)” E20, “Nós também somos comunicativos (...) quando entramos nalgum lado, num restaurante ou assim (...) quem está ao nosso lado cumprimentamos (...) se respondem, respondem (...) se não respondem (...) mas aqui em Portugal há aí umas manias (...)” E23, L53-56.

“(...) se virares a cara ao lado vais parar ao mesmo sítio que eu vou, no nascer e no morrer somos todos iguais, portanto não há diferença, nada, somos todos iguais, nunca tive ninguém, eu dou-me com toda a agente e gosto de dar a toda a gente (...). E17, L384-388.

“(...) eu chego lá e digo “bom dia” e ninguém respondeu (...) e eu “aqui há muitos surdos nesta terra (...)” e a senhora respondeu “desculpe lá (...) estava aqui ocupada (...)” eu quando vou a qualquer lado, a médicos ou assim, eu cumprimento as pessoas (...) E23, L60-65.

“Quando eu entro num estabelecimento, e digo boa tarde ou bom dia e se ninguém me responde, eu fico chateada... então eu chego lá e cumprimento e ninguém responde? Ninguém diz bom dia nem boa tarde? Também não gosto!” E23, L67-69.

Os participantes denotam o que é reconhecido por Brustolin (2006) à sociedade contemporânea, entendendo-a em acelerado processo de mudança, está dispersa e desprovida de referenciais, havendo o que designa por um vácuo racional e ontológico fundamental.

Uma participante que viveu em tempos com maiores restrições de oportunidades de formação reconhece à sociedade atual melhoria das condições de vida em geral, o que favorece o bem-estar individual e coletivo, ainda que as gerações mais novas não o saibam ou não o consigam valorizar na mesma medida *“Acho (...) que estão mais felizes, mas também não sabem estimar o que têm, nem sabem dar o valor ao que têm, se passassem pelo que eu passei sabiam dar o valor, porque tendo muita coisa (...) era um atraso de vida e ir para a escola não era como é agora, não se ia para a escola, a escola era trabalhar, (...) esta gente agora sentem-se melhor (...) Deus queira que isto não volte para trás.” E9, L120-126.*

Os participantes revelam que a sua já longa experiência de vida lhes ensinou que alguns valores como o praticar o bem, o assumir a verdade, o espírito de justiça, o sentido de solidariedade, a tolerância para com o próximo ao invés do individualismo potencia o bem-estar individual, refletindo-se num coletivo em que todos beneficiariam.

Os participantes tomam consciência que cada pessoa não é nem mais nem menos que outra enquanto seres humanos, percebem-se como uma partícula de força e que vão aprendendo a utilizar cada vez mais em proveito dos outros (Portela, 2018).

Memorando

A falta de valores universais na atual sociedade apontada pelos participantes, como a não saudação no relacionamento social, a falta de honradez nos contratos, de sentido de partilha e do sacrificar-se de algum modo para bem de outrem; a não correspondência dos níveis de formação a que as pessoas atualmente têm acesso em melhores relações humanas, contribui para uma ausência de bem-estar existencial entre seres humanos. Liga-se a um sentido ôntico de relação do *ser-com* os outros no mundo das pessoas com mais 80 anos.

A relevância dos valores nas relações humanas para os participantes, comporta o significado de como podem sentir-se humanamente afetadas e afetar no cuidado de enfermagem (Paterson & Zderad, 2008). O cuidado que incorpore a saudação da pessoa, o fazer sentir a presença da pessoa notada pelo tratamento respeitoso pelo nome próprio, pelo deter-se junto da pessoa, o demonstrar da valorização dos seus próprios valores tem o sentido da valorização de um potencial humano e de como humanamente afetam o enfermeiro. Tais aspetos, comportam para as pessoas com mais de 80 anos, o senso de cuidados humanizados e para os enfermeiros a possibilidade de estabelecimento de uma relação no cuidado com fundamento ontológico de acesso ao *ser* do cliente (Paterson & Zderad, 2008).

3.2.3 – Síntese compreensiva do tema ausência de bem-estar existencial – Pessoa com mais de 80 anos

O sentido atribuído a algumas das relações constituídas pelos participantes ao longo da vida, constituem-se em aspetos fundamentais da existência humana, onde se sintam acolhidos, confortadas, se sintam igualmente importantes face aos outros, valorizadas e estimadas, no entanto é entendível que se nessas relações deixa de haver possibilidade de trocar afetos, ou que não haja um conteúdo positivo, são vivenciados abalos emocionais, e quando as pessoas com mais de 80 anos, sentem que essa relação se modificou ou terminou, e ainda que essa relação exista em sentido declarativo, a pessoa passa a experimentar sentimentos diminuídos, ou mesmo negativos na sua condição humana.

As experiências partilhadas de pais de cuja base da relação que têm com os filhos nesta fase de vida lhes propicie sentimentos como sejam de interesse material, a obrigação de dar abrigo e alimentação em cuja falta de afeição se patenteia em conflitos interfamiliares por bens, não visitar, não tomar conta, não querer saber, o sentimento de mal-estar aflora na medida em que revelam sentir-se tristes, e com expectativas goradas face à relação pais-filhos.

O carinho e cuidado com a descendência são pulsões poderosas, completas, por parte daqueles que são cuidados e acompanhados por laços de apego e amor, o tipo de laços cuja interrupção leva ao pânico, à mágoa (Damásio, 2017, p. 164) e em sentido fenomenológico o cuidado relaciona-se com a atenção ao outro, e o significado último da existência humana está no seu ser-no-mundo-como-outro (Heidegger, 2009).

Para os participantes deste estudo, a sua identidade constitui-se na coexistência e na inter-relação, com as pessoas que lhe são significativas, essencialmente os filhos e na base desta perceção está o cuidado, compreendido como solicitude, dedicação e inquietação de uns pelos outros. O significado desta estrutura de ligação à ausência de *bem-estar existencial* das pessoas com mais de 80 anos, é sentido e relatado pela modificação dessa relação e evidencia-se para os participantes num sentimento de diminuição da sua significância enquanto pessoas.

O significado desta relação de pertença com os filhos e a quebra da mesma para as pessoas com mais de 80 anos, em alguns aspetos permite uma analogia à estrutura de (pertença e exclusão) do *Homo Sacer* proposto por Agamenb (2007). Esta figura refere-se à situação

de alguns seres humanos cuja vulnerabilidade limita a sua condição humana, ainda que a mesma se relacione e nasça por referência a aspetos de concepções dos direitos humanos, e das relações de poder e de estado, tem como fundo a validade e dignidade da vida humana, aspeto que importa relevar no estudo da existência das pessoas com mais de 80 anos.

Agamenb (2007) concebe que existem determinados grupos de seres humanos cuja “capacidade ou liberdade é limitada” dada a sua vulnerabilidade, condição também reconhecida às pessoas com mais de 80 anos, ainda que a velhice não seja, por si só, um determinante de vulnerabilidade, visto que envelhecer é um processo que se pode desenvolver numa multiplicidade de aspetos e nem sempre está associada a experiências particulares, dependendo dos recursos da pessoa, das condições da estrutura social em que se insere, política, financeira e cultural, mas com o avançar da idade, as pessoas ficam cada vez mais propensas a adquirir atributos que as definem como vulneráveis (Bozzaro et al., 2018) e as pessoas com mais de 80 anos têm a sua vida marcada por diversas perdas, que lhe causam sofrimento (Marques, 2017).

Na figura do *Homo Sacer*, Agament (2007), sustenta que durante a sua existência os seres humanos mantêm-se em relação com alguém ou algum grupo, que se constitui no que designa de *bando*, o sentido de *bando*, é essencialmente a onde e a quem a pessoa estará sempre ligado: o seu bando.

O sentido de existir de alguém específico está apoiado numa totalidade significativa específica, que sustenta, ao mesmo tempo, uma dada compreensão de si, do outro e do mundo. O sentido que orienta não só as escolhas, mas também como a pessoa vivência as situações específicas da sua vida, não aparecendo em geral de modo explícito no viver, mas revela-se pela maneira como alguém se relaciona consigo mesmo, com os outros e o mundo em que vive (Agament, 2007).

Nesta investigação os participantes, pessoas com mais de 80 anos, identificam claramente o seu sentido de *bando* à sua família, sobretudo os filhos e também cônjuge e netos.

Os participantes descrevem o seu mundo através de relações com o seu *bando* que se entrelaçam ao significado e sentido de existência pela atribuição de valor mútuo, pois o que vincula as pessoas com mais de 80 anos ao seu *bando*, família (filhos), são os afetos

positivos partilhados em ações de bem querer. Quando a pessoa sente que o conteúdo dessa relação se altera, pela ausência de afetos ou modificação dos mesmos para negativos, baseando-se antes numa relação de não querer saber, de interesse ou obrigação, esse sentimento de não incluídos ou incluídos de forma diferente no *bando*, tende a ser vivenciado com significado de «não-significância» e «desvalor» do outro por si, o que se constitui em um não reconhecimento completo do seu *ser*.

Sentir-se excluído, a perda do lugar no *bando* subtrai identidade e reconhecimento à existência humana, e conseqüentemente aquele que não se inclui é tido como resto e como *outro*, por conseguinte acaba por perder o seu valor (Agamben, 2007).

É a relação de *bando*, de pertença à sua família, aos seus filhos que descerra a possível relação de abandono com estes, com o seu bando. O bando é essencialmente o poder de remeter algo para si mesmo, e para que haja abandono é fundamental que o homem identifique o seu *locus* de pertença (Agamben, 2007, p. 116).

O sentido de vínculo, de pertença das pessoas com mais de 80 anos ao seu *bando* família de forma mais restrita aos filhos, e pelo sentido de manifestação de que a alteração das características dessa relação constituída com o seu bando, é expresso com abalo, tristeza e sofrimento, percebendo-se assim o sentimento de um modo deficitário de pertença ao seu *bando*, e um modo não existencial de se relacionar com o outro.

O *ser* nesta relação de pertença, não é outro senão o *ser* abandonado e remetido a si mesmo do *ente*, pois o *ser* é o bando do ente, e o abandono é pensado como abandono ao bando, sem que nenhum outro caminho se abra (Agamben, 2007, p. 66).

Identifica-se nos participantes relações muito restritas e igualmente muito significativas aos filhos, é pelo modo deficitário de se sentirem ligados nessas relações, e conforme o que a pessoa com mais de 80 anos identifique, o que se constitui ser o seu *bando*, que *se sente abandonada*, pelo facto de experimentar sentir o seu valor de *ser*, o valor da sua vida diminuído, e que provoca ausência de bem-estar existencial, porque não possibilita à pessoa sentir-se de modo existencial no mundo e com os outros.

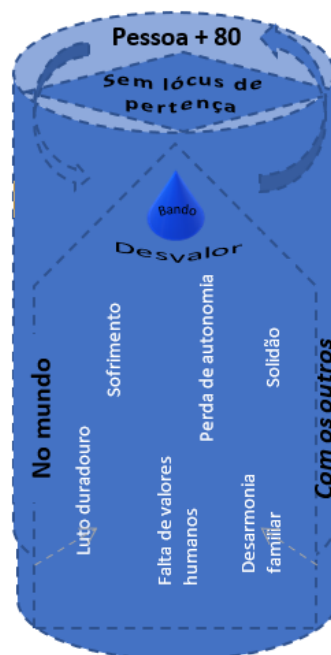
O abandono pode produzir danos pela ausência de cuidados ou pela renúncia de obrigações para com os que estão sob uma responsabilidade, não se limita apenas ao mais óbvio e aos casos extremos pode ser mais evasivo, e também mais disseminado (Leshem,

2017).

A enfermagem humanística oferece um quadro de orientação de cuidado, que coloca o foco do cuidado na transação intersubjetiva enfermeiro-pessoa onde a preocupação de enfermagem é com o bem-estar de uma pessoa, com mais *ser*, há um tipo de *ser*, um “ser-com” que é “estar lá” em presença que é realmente um tipo de fazer para isso envolve a enfermeira presença ativa (Paterson & Zderad, 2008).

No tema ausência de bem-estar existencial – pessoas com mais de 80 a sua dimensão de seres-com outros seres humanos significativos no mundo surge erodida, a ajuda de enfermagem será de atingir o melhor humanamente possível na sua situação de vida particular, mas que a pessoa tenha a possibilidade de se sentir *ser* considerada, e escutada na sua uma dimensão subjetiva de se sentir *ser* neste mundo. Torna-se mais consciente a necessidade de avaliar esta componente intersubjetiva que emerge como essencial à vida depois dos 80 anos.

Sentir-se abandonado para os participantes deste estudo, significa sentir-se diminuído ou excluído de uma relação de pertença e conseqüentemente sentir-se um *ser* humano desvalorado.



Esquema 3. Pessoa com mais de 80 anos sentindo-se abandonada.

4 – CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM MAIS DE 80 ANOS

A investigação do fenómeno *sentir-se abandonado – pessoas com mais de 80 anos*, contempla a compreensão do significado das experiências vividas pelos participantes enquanto clientes de cuidados de enfermagem, sob a perspectiva de experiências fenomenológicas entre o enfermeiro e a pessoa, por relação a algum tipo particular de ajuda no domínio da saúde e/ou doença, envolvendo uma solicitação e uma resposta intencional (Paterson & Zderad, 2008).

A enfermagem humanística (Paterson & Zderad, 2008) procura em cada cuidado o bem-estar com mais *ser* da pessoa e do enfermeiro, alinha-se com a perspectiva de cuidado enquanto um existencial humano (Heidegger, 2009), a pessoa não tem significado de um simples ente, mas de um *ser* ativo (Meleis et al., 2000), que tem percepções próprias decorrentes do seu processo de saúde/doença e às quais atribui significados, que estão relacionados com fatores pessoais (sentido atribuído, aspetos culturais e atitudinais, estatuto económico, preparação e conhecimento, condições comunitárias e sociais)

A especificidade de pensar a existência indo além da existência, nos cuidados de enfermagem às pessoas com mais de 80 anos, enquanto estrutura do existir humano, indagando o seu sentido do *ser* (Paterson & Zderad, 2008), refere-se às diferentes possibilidades de ação, não no sentido daquilo que é manifesto, mas daquilo que possibilita toda manifestação de *ser* nessas experiências, e que se procurou indagar nas experiências dos participantes.

Conciliar a perspectiva do cuidado de enfermagem humanístico que é pensar num encontro existencial entre um *ser* que cuida e um *ser* que é cuidado (Paterson & Zderad, 2008), com o com o intuito de deixar a pessoa com mais de 80 anos, *ser* realmente quem ela é, estando diante desta não à maneira das coisas, mas reconhecendo o seu carácter de abertura e de possibilidades (Heidegger, 2009). Significa que não podemos prever o que sai dessas relações, ainda que tenhamos intenções, as nossas relações dependem de um outro e, assim, existe um jogo, pessoa-mundo, onde tudo é possível, e tudo depende de experiências (Heidegger, 2009; Paterson & Zderad, 2008).

Entende-se assim que o cuidado humanístico existencial, não é um dado adquirido ao ser humano na vida quotidiana, são as escolhas que a pessoa é capaz de fazer e de decidir o

seu caminho diante das situações da vida que possibilitam, o manifestar das suas características ontológicas ou existenciais e desvelar o seu *ser* perante um mundo concreto, pela descrição dos fenômenos tal como ocorrem, olhando as coisas como se manifestam e, assim, desvelar a sua essência.

O cuidado de enfermagem humanístico envolve necessariamente um modo de ser e fazer algo, o *ser* e fazer estão tão inextricavelmente inter-relacionados que é difícil, até mesmo se pode distorcer, ao falar de um sem falar do outro, mas comporta uma designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência dos cuidados de enfermagem (Paterson & Zderad, 2008).

A essência do cuidado de enfermagem prevê sempre ir além do ato imediato, do vivido na situação de cuidados, prevê olhar a situação da pessoa, grupo, comunidade, ainda que referente a um aspeto de saúde, numa dimensão mais global e complexa enquanto seres de relação com diferentes dimensões, que não apenas a biofisiológica. Remete para uma compreensão de que toda a estrutura ôntica, o que é manifesto, prevê uma dimensão ontológica, com a qual lidamos nos cuidados de enfermagem e que o pensar fenomenológico permite desvelar, pela ideia de um círculo entre a existência e o *ser* em geral (Pasqua, 1997).

A compreensão do *ser* é a característica e o facto fundamental da existência humana, mas a compreensão do *ser* não é um acto puramente teórico, e a diferença entre o implícito e o explícito, de compreender não é uma simples diferença entre conhecimento claro e obscuro, a passagem da compreensão implícita e não-autêntica à compreensão explícita e autêntica é o “drama” da existência humana (Lévinas, 1997, p. 74).

O cuidado de enfermagem humanístico granjeia precisamente essa matriz de eventualmente simples enquanto processo de interação ou encontro entre profissional e cliente, mas absolutamente complexo na passagem da compreensão implícita e não-autêntica à compreensão explícita e autêntica de encontro entre seres em bem-estar existencial.

A fenomenologia hermenêutica não procura analisar os fenômenos que aparecem, mas sim investigar as possibilidades que estes têm de se manifestar, pois crê-se que a possibilidade do fenômeno se mostrar é o próprio *ser*, para se alcançar uma compreensão

do ser, é preciso analisar as situações de enfermagem vivenciadas pelas pessoas com mais de 80 anos, e descrever as experiências tal qual elas se dão para os mesmos, captando os seus modos significativos de cuidado, na medida em que tenham ou não, para estas um significado ou sentido de experiência existencial⁷.

A visão do cuidado na filosofia de Heidegger (2009) é importante para a reflexão do cuidado de enfermagem na medida em que este parte da compreensão de *ser*, e designa o cuidado como uma unidade ontológica, de estrutura complexa que não pode ser reduzida a um modelo ôntico, tem sobretudo um significado existencial, que o *ser* humano exerce permanentemente sobre a sua própria existência no seu mundo, nunca como ato inteiramente consciente, intencional ou controlável, mas sempre como resultado de uma autocompreensão (Pasqua, 1997).

Embora o Cuidado, na filosofia Heideggeriana, não diga respeito ao cuidado clínico ou no sentido de ações propriamente ditas, é o seu significado existencial e sentido ontológico que medeia a reflexão das experiências de cuidados de enfermagem às pessoas com mais de 80 anos, na correspondência de um poder-ser permanente no mundo e que possibilita uma dimensão situacional que inclui o lugar do aparecimento e manifestação das coisas (Lévinas, 1989).

O cuidado de enfermagem enquanto intenção revela-se mais por uma atitude do que por objetivos e ações, no entanto envolve um processo de interação, que tem como centro de interesse a pessoa e na qual o profissional possui conhecimentos específicos que lhe permitem avaliar, diagnosticar e prestar cuidados, num processo que ele próprio monitoriza (Amendoeira, 2006).

Pensar os cuidados de enfermagem num encontro existencial entre o *ser* que cuida e o *ser* que é cuidado, deve ser a própria pessoa a mostrá-lo, a partir das suas interpretações de sentido dadas a cada experiência vivida, é deste entendimento que se compreende que são as próprias pessoas com mais de 80 anos, a compreender quais as experiências que mais lhe permitiram *ser*, e identificar os modos de ser humano, que criam ressonância entre a sua existência e a sua essência, que por confronto com as linhas teóricas seguidas,

⁷ Experiência existencial - Contato com a realidade com o todo do *ser*; envolve tudo o que um homem é, em oposição a experimentar através de uma ou várias faculdades (Paterson & Zderad, 2008).

expressam modos de enunciação e expressão de *ser*, ou seja, caracterizam para si o sentido de *ser* nas suas experiências de clientes de cuidados de enfermagem.

Pelo diálogo hermenêutico dos relatos dos participantes acerca das suas experiências de clientes de cuidados de enfermagem, com as concepções de enfermagem e filosóficas seguidas, congregado no tema Cuidado de enfermagem à pessoa com mais de 80 anos ilustrado no quadro 7, foi possível enunciar sentidos nessas experiências que para os participantes expressam significados do estabelecimento de sincronia da dimensão comportamental à essência humana, e que comportam o sentido de modo de cuidado e o de não abandono da dimensão ontológica e existencial previsto na concepção do cuidado de enfermagem humanístico, denominado no subtema: Um modo de cuidado de não abandono da dimensão existencial à pessoa com mais de 80 anos, quadro 7.

E do mesmo modo foi possível identificar nos relatos das experiências dos participantes enquanto clientes de cuidados de enfermagem, elementos caracterizadores de modos de ação para estes afastado ou com sentido de abandono da dimensão ôntico-ontológica agrupados no subtema: Um modo de ação com sentido de abandono da dimensão existencial cuidado de enfermagem à pessoa com mais de 80 anos, ilustrado no quadro 7.

Quadro 7. Cuidado de enfermagem às pessoas com mais de 80 anos

Elemento	Subtema	Tema
<p>Aquela palavra, que chega cá dentro</p> <p>Sentir amenidade na relação com o enfermeiro</p> <p>Sentir envolvimento afetivo na presença física do enfermeiro</p> <p>Considerar-se dignificado como pessoa por tratamento não diferenciador</p> <p>Considerar a experiência de cuidados de saúde articulada aos seus entes significativos</p> <p>Fazer do encontro um momento descontraído pelo humor, descentrado do sofrimento</p>	<p>Um modo de cuidado de enfermagem à pessoa com mais de 80 anos, com sentido de não abandono da dimensão existencial</p>	<p>Cuidado de enfermagem às pessoas com mais de 80 anos</p>
<p>Não ter razões de queixa dos cuidados de enfermagem</p> <p>Sentir falta de amenidade na relação com o enfermeiro</p> <p>Sentir o seu sofrimento não reconhecido pelo profissional</p> <p>Comunicação não terapêutica no diálogo entre o profissional de saúde e a pessoa</p> <p>Cumprir com quem manda</p> <p>Sentir não consideração à sua experiência subjetiva de lidar com as manifestações de alteração do seu bem-estar.</p>	<p>Um modo de ação com a pessoa com mais de 80 anos com sentido de abandono da dimensão existencial dos cuidados de enfermagem</p>	

Do estímulo aos participantes para falarem da sua experiência de clientes de cuidados de enfermagem, os participantes responderam com relatos sobre cuidados de saúde, uma vez que nem sempre se referiram apenas aos cuidados prestados por enfermeiros, mas igualmente à experiência de serem clientes de cuidados em instituições de saúde, envolvendo não apenas enfermeiros, mas também outros profissionais, referindo-se acerca da experiência de serem clientes de cuidados quer na primeira pessoa ou enquanto cuidadores de outrem, normalmente o seu cônjuge.

A descrição das vivências das pessoas com mais de 80 anos, ocorreu a partir das suas experiências vividas enquanto clientes de cuidados de enfermagem, presumidas numa relação existencial de presença autêntica⁸ num processo de trocas e transações intersubjetivas⁹, voltado para o bem-estar e o mais *ser*, tanto do enfermeiro como do cliente (Paterson & Zderad, 2008). Na perspetiva fenomenológica, entende-se que isso corresponde a um modo de cuidado existencial de cuidado de enfermagem humanística.

Foi através das “lentes” da conceção e conjugação do cuidado de enfermagem humanística e a da compreensão da vida humana das pessoas com mais de 80 anos enquanto existência do *ser*, baseada estritamente nos limites estabelecidos pela capacidade auto-reflexiva humana, acerca das suas vivências e experiências concretas na estrutura dos cuidados de enfermagem, onde se perscrutou a manifestação de experiências entendidas por estas como maior ou menor sentido existencial.

O sentido explorado é de que no plano manifesto dos cuidados de enfermagem existe permanentemente uma atitude terapêutica que busca ativamente um sentido existencial, pois o cuidado de enfermagem humanístico (Paterson & Zderad, 2008), é pensado apenas na correspondência de uma ligação ontológica do manifesto à essência, cabendo à própria pessoa responder pela sua própria essência (seu *ser*) (Heidegger, 2009).

⁸ Presença - um modo de estar disponível ou aberto em uma situação com a totalidade de seu ser individual único; um dom do eu que só pode ser dado livremente invocado ou evocado (Paterson & Zderad, 2008).

⁹ Pertencente a duas ou mais pessoas humanas e as suas partilhadas entre si; uma relação de dois ou mais seres humanos em que cada um é o originador de atos e respostas humanas.

4.1 – Um modo de cuidado de não abandono da dimensão existencial à pessoa com mais de 80 anos

Os testemunhos dos participantes remetem para o acesso ao aspeto significativo das experiências nos cuidados de enfermagem, na medida em que os mesmos foram estimulados a falarem livremente do “como se sentiram”, o que retiveram como mais significativo da sua experiência do seu ponto de vista pessoal. E o mundo da pessoa com mais de 80 anos na enfermagem são as experiências existencialmente vividas em situações de cuidados de enfermagem (Paterson & Zderad, 2008).

4.1.1 – Aquela palavra que chega cá dentro

Os participantes mostraram-se particularmente sensíveis à forma como os profissionais de saúde estabelecem o diálogo num contexto de necessidade de cuidados de saúde e usaram a expressão aquela palavra “que chega cá dentro”, para retratar atitudes do profissional que para os participantes se sintonizou à dimensão existencial da comunicação estabelecida consigo, numa dada experiência vivida.

Traduz o reconhecimento da sensibilidade dos profissionais de enfermagem para olhar singularmente a sua situação, pelo instrumento privilegiado que é para a pessoa com mais de 80 anos a comunicação. Trata-se de um aspeto essencial na relação intersubjetiva entre quem cuida e quem é cuidado, significa considerar a perspetiva de mundo do cliente, no entanto, muitas vezes o cliente não tem condições de expressar claramente o que está a viver, mas que é possível aceder pelas palavras ao seu existencial, e este é o sentido da comunicação no cuidado com sentido existencial para a pessoa (Paterson & Zderad, 2008).

Receber palavras de esperança por parte do enfermeiro, encoraja e toca de modo profundo quem vive ou está a viver uma situação de maior vulnerabilidade *“É darem-me uma palavra que me agrada de outra maneira, tenha paciência, ganhe calma, espere por dias melhores eu sinto aquele conforto, não se desacorçoe, ou vai melhorar ou hoje pode ser assim, mas amanhã pode ser melhor e uma pessoa aquela palavra, chega cá dentro, e que a gente tem é de esperar por melhor.”* E9, L140-145.

Os participantes reconhecem as abordagens que na comunicação relacionam simultaneamente, aspetos objetivos e aspetos subjetivos das situações que vivenciam, que

respeitem as suas condições físicas e limitações decorrentes do quadro clínico ou do processo do desenvolvimento humano, mas que estimule a perspectiva de abertura às experiências de vida (Paterson & Zderad, 2008).

A visão do cuidado existencial designa o cuidado como uma unidade ontológica de estrutura complexa que não pode ser reduzida a um modelo ôntico (Pasqua, 1997), tem um sentido essencial na existência humana atribuindo-lhe a origem do homem através do qual exprime a sua passagem temporal no mundo (Heidegger, 2009).

Igualmente teve relevo para os participantes o facto de na sua experiência de cuidados de saúde, se sentirem considerados tendo em conta a sua condição de necessidades de saúde e não outra. *“Cá dentro de mim achava agradável, e pensava para comigo, só diz mal quem quer, porque tratam bem, eramos três naquele quarto, eram todas tratadas da mesma maneira, mesmo aquelas pessoas que andam a levar a comida (...)”*. E7, L78-87. Decorre o significado existencial, que o *ser* humano exerce permanentemente sobre a sua própria existência no seu mundo, que não resulta de atos inteiramente conscientes, intencionais ou controláveis, mas sempre como consequência de uma autocompreensão.

Quando o enfermeiro identifica a vivência de situações de maior vulnerabilidade e as toma como singulares promove a possibilidade do alcançar o bem-estar assente na perspectiva de que os significados que as pessoas com mais de 80 anos atribuem às suas experiências vividas importam para o cuidado de enfermagem, porque possibilitam conhecer a sua condição humana (Swanson, 1991), nesse sentido o ato de esforçar-se por entender determinado evento, e o significado que tem na vida da pessoa é destacado *“(...) e só ele falar para mim assim: não esteja assim triste que não é nada disso, só ele falar assim venho contente, animadita, (...) animou-me, porque ele tinha falhado e viu que eu tinha ficado assustada e animou-me, não é nada do que eu estava a ver (...) eu andava ali com o meu coração em sofrimento, mas eu também vi que ele ficou equivocado de se ter enganado para o meu lado e viu que eu fiquei assustada, portanto ele anima (...)”* E9, L149-161.

E assim mesmo que a pessoa se encontre em processo de doença, deste tipo de encontro entre o enfermeiro e o cliente tende a resultar sobretudo em conforto, e o cuidado de enfermagem, implica sempre a valorização de algum potencial humano do cliente (Paterson & Zderad, 2008).

Memorando

A expressão «*aquela palavra, que chega cá dentro*» parece identificar uma forma operatória da vivência enquanto clientes de cuidados de enfermagem, de uma compreensão que ocorre a partir de si próprio, das palavras que chegaram ao ponto essencial, e que produziu de forma autêntica de comunicação com ressonância existencial.

4.1.2 – Considerar-se dignificado como pessoa por tratamento não diferenciador

Outro aspeto refletido pelos participantes como lhes ser tocante e o reservarem para si como significativo, foi sentirem-se tratados sem discriminação face a qualquer outra, atribuindo-lhe um sentido de igual consideração entre pessoas sem diferenciação “*O importante para mim foi dar com pessoas boas, com médicos bons, com um hospital bom, tratam toda a gente bem (...).*” E10, L20-22.

Uma participante assinala que para si estar num quarto que fora também usado pela esposa de um anterior presidente da república portuguesa, tem para si um sinal de consideração e dignificação na medida em que sente igualmente considerada na sua pessoa face a outra com estatuto social diferenciado “*(...) se eu morresse naquela altura morria com dignidade, porque soube lá que estava no quarto onde a mulher do Ramalho Eanes tinha tido os dois filhos dela (...)*” E7, L269-271.

Um ambiente terapêutico nos cuidados de enfermagem às pessoas com mais de 80 anos é assegurado na medida em que qualquer ato, por mais simples e mundano que aparente ser, possa constituir-se num momento cuidativo, porque nestes e através destes o enfermeiro cria um ambiente que preserva sempre a integridade da pessoa (honrando a sua dignidade e tendo a possibilidade de tomar decisões sobre seus próprios cuidados), o que gera uma atmosfera de puro cuidado, e que permite ao enfermeiro ir além da dimensão física e possibilita o acesso ao núcleo da humanidade do cliente (Swanson, 1991).

Esta estrutura de cuidado de enfermagem reconhece a importância de cuidar as pessoas com mais de 80 anos na sua totalidade de seres humanos, na sua situação quotidiana e de ajudar a sustentar a sua vida significativa ao longo da sua existência.

O cuidado máximo é estabelecer uma relação de confiança que honre a condição de pessoa, preserve a dignidade e o valor, mantenha a esperança de um futuro significativo e,

assim, facilite a cura do cliente e da enfermeira (Swanson, 1991).

Os participantes enquanto clientes de cuidados de enfermagem revelaram ter a expectativa de se sentirem envolvidos no modo próprio de seres-no-mundo, ou seja num modo de ser humano partilhado entre pessoas (na sua condição humana) e não em função de um outro estatuto como o social ou o profissional “(...) e eu também ficava contente porque via que estava ali, e nem eu era escrava delas nem elas minhas escravas.” E9, L209-215.

As pessoas não são meros fins subjetivos cuja existência tenha para o enfermeiro um valor como efeito da sua ação, mas fins objetivos; dito de outra forma, elas são algo cuja existência é em si mesmo um fim, e um fim tal que não podemos por nenhum outro em seu lugar em relação ao qual esse algo fosse apenas usado como meio (Menezes, 2012).

Os participantes identificaram características pelas quais se sentiram dignificados nos cuidados de enfermagem e nos cuidados de saúde em geral, por sentirem que foram cuidadas com o sentido de possuírem igual estatuto por referência a uma experiência entre seres humanos, numa relação de dignidade igualitária entre seres humanos, a pessoa e o enfermeiro (Código Deontológico dos Enfermeiros, OE, 2015), e não simplesmente por referência a papéis sociais desempenhados, apontando a percepção e importância de se sentirem valorizados reconhecendo a igualdade de investimento ao seu *ser*, e que assinalam com sentido de correspondência de uma experiência ontológica à sua dignificação.

O enfermeiro salvaguarda a sua dignidade pessoal e da pessoa cuidada, numa relação igualitária de sentido entre seres, e cada cuidado prestado está subordinado ao princípio ético fundamental: o de promover a dignidade humana, e compreende-se que a pessoa com mais de 80 anos não pode ser interpretada apenas por relação ao concreto da sua existência, ou tão pouco por referência depreciativa em relação à sua idade cronológica, e que a mesma comporta igualmente magnitude à sua essência ou o seu *ser*.

Memorando

Nos cuidados de enfermagem as pessoas com mais de 80 anos as possuem e partilham de um igual estatuto entre todos os seres humanos, assinalando essa consideração à correspondência de uma dimensão existencial dos cuidados.

4.1.3 – Considerar a experiência de cuidados de saúde articulada aos seus entes significativos

Os participantes pronunciaram-se acerca de serem clientes de cuidados de enfermagem tendo volvido mais ou menos tempo, e referiram-se a experiências vividas enquanto clientes na primeira pessoa, e também enquanto familiares e cuidadores, sobretudo dos seus cônjuges.

Os participantes enalteceram que quando internados e estando afastados da sua família, a importância que tem, os profissionais lhes darem notícias dos seus familiares, *“elas vinham lá [enfermeiras], as minhas noras também telefonavam e elas vinham-me lá dizer, a sua nora está a perguntar por si, não tive razão, de uma coisa tive da outra não tive a gente tem de dizer a verdade, elas foram boas para mim, raparigas novas.”* E3, L107-111. *“(…) diziam-me está aqui é a vir o filhinho, que andava a estudar (...) e pedia autorização para entrar fora da hora das visitas, (...)”* E9, L209-211.

Sabendo-se o papel crítico que as redes de apoio, como sejam os conviventes significativos, e sobretudo as relações familiares próximas têm para as pessoas no combate à vulnerabilidade e na promoção da sua saúde (Reblin & Uchino, 2008), para as pessoas com mais de 80 anos este aspeto é ainda mais premente dado que tende a ser mais restrita (Litwin & Stoeckel, 2013).

O cuidado de enfermagem às pessoas mais velhas implica o estar com estas, na medida em que prevê sempre o seu envolvimento bem como o da sua família, na avaliação do seu bem-estar, no querer conhecer as suas opiniões e preferências.

Memorando

O cuidado de enfermagem sentido como direcionado às necessidades da pessoa com mais de 80 anos enquanto membro de uma família, expressa o sentimento de um cuidado ao ser da sua família e por isso humanizado.

4.1.4 – A boa experiência de cuidados de saúde

Muitos dos participantes nos seus relatos usaram os termos adjetivais de “bom”, “bem” para se referirem às experiências de serem clientes de cuidados de enfermagem / saúde.

Os participantes expressaram como se sentiram subjetivamente nessas experiências, e ainda que por vezes o desfecho dessa experiência de recorrer a cuidados de saúde, nem sempre tenha sido a resolução da situação no sentido da cura total do ponto de vista biofisiológico, e mesmo alguns relatos tenham como contexto de ocorrência, a morte do seu cônjuge, ainda assim os participantes relevaram aspectos de satisfação, recordação positiva dos cuidados de enfermagem, desses momentos adversos da sua existência ou do seu familiar *“(...) aquele hospital, não há pai para aquilo, ainda hoje lá vou e gosto de lá ir e gosto de ir aquele hospital, (...) não tenho mal a dizer, só tenho bem a dizer também.”* E10, L22-24. *“Eu vou ao Centro de Saúde, vou e sou muito bem atendida (...) e as enfermeiras (...) são muito boas que me atendem (...) eu vou lá às enfermeiras por causa da diabetes, (...) elas querem sempre ver e elas tratam-me muito bem (...) são muito boas (...) muito boas (...)”* E14, L206-211.

O termo bom, é um adjetivo usado por referência a algo, não sendo um valor, mas uma entidade com a sua essência identificada, é uma qualidade, de algo que produz em nós uma sensação agradável. Mas, ainda que bom não seja um valor, por não ser em si mesmo, portador de valor, sem mais, possui qualidades objetivas e reais que podem satisfazer as necessidades ambicionadas por alguém, mas o bem transforma-se em valor quando satisfaz uma condição de avaliação subjetiva (Simões, 2014).

Por este entendimento é possível depreender que os cuidados de enfermagem correspondem para os participantes a um valor, pois há valor sempre que o sujeito se interessa pelo objeto e este não lhe é indiferente; o objeto (bem) tem interesse (ou é útil) em si mesmo; há uma apreciação parcial, ou um “parti pris” (Lavelle, 1951, p. 186), que a pessoa adota face ao objeto, sendo a combinação destes aspectos que forma o valor. As coisas constituem “valores”, não porque a pessoa lhe atribui um valor abstrato, mas por responderem objetivamente aos seus interesses e problemas. É pela relação que a pessoa mantém com as coisas que estas adquirem a natureza de valor (Cabanas, 1998; Gonçalo, 2008; Pontarolo, 2005; Silva, 2010).

“A recuperação custou-me muito, mas as enfermeiras, tanto as enfermeiras como homens, foram boas (...) até as empregadas (...)” E16, L317-320.

Tal como considerada a natureza ideal do valor, radicada na realidade da qual a pessoa parte e que não lhe é indiferente o que acentua a natureza relacional do valor,

simultaneamente, objetiva e subjetiva, e que constitui a marca indelevelmente axiológica do sujeito por relação com os outros seres existentes (ontológica).

“Mas foram todos, ele disse que todos foram bons, maravilhosos para ele, não há dinheiro que pague (...).” E7, L140-144.

“eles foram muito bons para mim (...) muito bons para mim (...) E eu estava nos cuidados intensivos e [inconsciente] estava mesmo para ir para o outro lado (...) E então, não me faltaram cuidados (...).” E16, L340-355. Significa que a questão da ação e o argumento dos valores encontram-se indissolúvelmente ligados. Por sua vez, a natureza ontológica do valor reside na plenitude de ser ou de perfeição que lhe é própria. No sentido moderno do termo, valor acrescenta à referida noção de “aspeto do bem”: a referência a um sujeito (em última análise o espírito): o valor vale “para alguém”; a estima efetiva da “importância” que o valor tem (Cabral, 2003, p. 150).

Os participantes nos seus testemunhos, atribuíram ao bom um sentimento construído decorrente no global das experiências vividas *“(...) tanto faz os enfermeiros como as enfermeiras (...) e as empregadas (...) correu tudo bem (...).”* E15, L323-333.

Uma participante refere-se à atenção, e ao carinho com que sentiu lhe prestaram cuidados *“Sempre muito bem, sempre irem perguntar se estava bem, se precisava de alguma coisa, quando foi da minha mão [cirurgia] estava com o gelo, (...), sempre a perguntar se estava bem, se ainda sentia frio ou não, (...) quando eu precisar de alguma coisa eu apito aqui, (...) tudo bem (...).”* E7, L70-76. *“(...) fui sempre muito bem tratado em qualquer lado, com delicadeza, não tenho mal a dizer das pessoas (...).”* E29, L8.

O poder *ser* da pessoa com mais de 80 anos, o seu modo de *ser* não é o de uma realidade objetivamente dada ou essencialmente determinada, e a pessoa nunca deve ser pensada como uma coisa ou como uma substância, pelo contrário ela, é a unidade imediatamente co-vivida do vivenciar e não uma coisa somente pensada por trás e fora do imediatamente vivido, e o *ser* da pessoa não pode esgotar-se no *ser* sujeito de atos racionais sujeitos a certa legalidade (Heidegger, 2009).

“(...) eu tinha pedido a uma enfermeira, (...) eu posso estar um bocadinho à porta? Eu não saio do corredor (...), você pode fazer isso tudo evita de estar fechada ao pé delas, (...) achei sempre tudo bem.” E7, L90-108.

Os participantes elucidaram com alguns aspectos porque consideraram subjetivamente de boa a experiência valorizando algumas ações e atitudes dos profissionais de saúde, que não lhes foram indiferentes, nas suas experiências vividas decorrentes de situações de doença ou alteração do seu estado de saúde.

A vivência do valor, independentemente do valor que for, é experienciado como um fenômeno que se apresenta à consciência como tal e como um acontecimento que nos é imediatamente dado, é uma forma fenomenológica de proceder para a determinação que buscamos do sentido da palavra valor, revela-nos igualmente outra característica importante: para além do valor constituir, primeiramente, um fenômeno que aparece à nossa consciência, num outro momento, ele é experienciado como algo de “valioso”, ao qual foi atribuída uma preferência maior no seu grau de importância face aos demais (Simões, 2014). Portanto, o ato de valoração – que é feito por uma pessoa que não pode deixar de valorar, pois, valorar é existir – é, por um lado, subjetivo e relacional e, por outro lado, objetivo e material, porquanto esse valor advém de um objeto que possui um determinado conjunto de qualidades, que não foram indiferentes à pessoa que as apreciou (Simões, 2014).

O termo bom foi usado pelos participantes na sua linguagem própria para se manifestarem face às suas vivências dos cuidados de enfermagem e os seres humanos expressam o seu *ser* na linguagem, e que se torna real através da compreensão da linguagem compartilhada. Significa que os participantes reconheceram em atos aparentemente simples e mundanos a criação de um ambiente propício à preservação da sua integridade (honrando a sua dignidade), concorreu para uma atmosfera de puro cuidado, que por aspectos mundanos (ações de enfermagem) foram sentidos além da dimensão física e possibilitaram o acesso ao núcleo da sua humanidade e sustentar a sua existência como significativa (Swanson, 1991).

Memorando

As ações e atitudes dos enfermeiros de mostrarem flexibilidade, o sentir que alguém está a tomar conta de si pelo questionar de como se sente num momento de maior vulnerabilidade e sofrimento, o sentimento de confiança construído pelo repetir de

experiências positivas, o sentirem-se acolhidos por quem presta cuidados, sentir manifestação de afeto positivo, carinho; sensibilidade nas normas e procedimentos, como poder receber visitas fora do horário estipulado, poder circular num espaço não confinado à enfermaria. Demonstraram aos participantes preocupação com as suas experiências humanas quando em transições de saúde e foco no seu bem-estar (Meleis, 2010).

4.1.5 – Sentir amenidade na relação com enfermeiro

Sentir amenidade no encontro com o enfermeiro comporta sentir-se acolhido não apenas no sentido formal da relação profissional, mas o ponto de viragem entre a formalidade, o normativo, a neutralidade e um sentido de preocupação à dimensão existencial de estar a viver uma determinada condição de alteração da sua saúde e do seu bem-estar.

“É importante como elas acolhem a gente, como nos acolhem, o bonito modo que nos dão, pronto (...) nós ficamos muito bem, satisfeitas (...)”

Um aspeto valorizado pelos participantes nos cuidados de enfermagem foi a forma de fazer, de dizer, de olhar, de estar, dos enfermeiros que expressaram amenidade para consigo *“(...) eu gosto muito que me tratem a mim como eu trato as outras pessoas (...) porque eu trato as outras pessoas muito bem e nunca lhes falo mal, e falam-me muito bem e com bonito modo e isso tudo e gosto muito disso assim (...)”* E14, L216-227.

Ainda que a maioria das relações se desenvolvam a partir de um modo impessoal, pois é um modo de *ser* no mundo, é na “indiferença mediana”, “impessoal”, que se encontra, de início e na maior parte das vezes, o existir e embora até haja uma tendência para o “encobrimento”, o *Dasein* fugir de si, esquecendo-se do seu “ser próprio”, quer o modo singular quer o impessoal são possibilidades do *Dasein*, a significatividade é constitutiva da relação com outros, mas, de imediato e primeiro, no modo da impessoalidade que delimita a projeção de *ser* (Ferreira, 2010).

As respostas humanas aos aspetos da sua saúde, são considerados os fenómenos com relevância para a prática de enfermagem (ICN, 2005). E nestes prevê-se que os enfermeiros assumam um papel relevante na facilitação das transições saúde-doença (Meleis, 2010), pelo estabelecimento de relações terapêuticas (relação de ajuda) (Bolander et al., 1998), devendo centrar a sua atenção no processo e nas experiências de transição, onde a saúde

e o bem-estar são os resultados esperados (Meleis & Trangenstein, 2010; Zagonel, 1999). E a relação terapêutica é um processo que se desenvolve por fases, desde um nível mais superficial ao mais profundo até que se estabeleça a aliança terapêutica (Gardner, 2010). O termo terapêutica (investigação da relação), pressupõe sempre uma ação desenvolvida para o benefício do cliente. A influência terapêutica é um modo sutil de interferir na direção do mesmo, para que possa tomar a melhor decisão no que respeita ao seu processo de saúde e doença. Este processo inicia-se por uma primeira abordagem próxima ao contacto social do quotidiano de qualquer pessoa, no entanto, esta abordagem encontra-se delimitada pelo referente terapêutico. A relação terapêutica é complexa e comporta uma variedade de fazeres e seres (Pereira, 2015).

Significa que nos cuidados de enfermagem que as relações enfermeiro-pessoa com mais de 80 anos não se desenvolvam a partir de um modo impessoal, ou da “indiferença mediana”, “impessoal”, e que haja lugar ao descobrimento ao “ser próprio”.

“(...) já fiz umas “operaçãozitas” e sei que a parte da saúde, as pessoas que dão assistência, é das melhores profissões que existe para o bem-estar do próximo.” E22, L56-57.

Os participantes atribuem significado à amenidade no trato com sentido de preocupação à situação da pessoa, e com potencialidade de abertura à na dimensão ontológica nos cuidados de enfermagem.

Memorando

Para os participantes sentir que o enfermeiro mostra agrado face à sua presença, à sua pessoa nos cuidados, significa para estes, uma forma de se sentir à vontade, de se pôr em comum com aquela pessoa que lhe é desconhecida, e podendo não ter repercussão no cuidado técnico, a amenidade no trato, no lidar, tem para os participantes uma disposição ao acolhimento da sua pessoa, à abertura do outro a si, e de si ao outro, para que o encontro não se dê de modo indiferente e impessoal, mas antes remete à possibilidade de abertura a um autêntico interesse entre seres e nesse sentido mais humanizada e com mais ser (Paterson & Zderad, 2008).

4.1.6 – Sentir envolvimento afetivo na relação com o enfermeiro

Alguns participantes relataram com agrado terem experimentado cuidados de enfermagem envolvidos em expressões de afeto positivo para consigo. Encontrando-se em momentos de maior vulnerabilidade como são as situações de doença, sentiram que o acompanhamento físico do enfermeiro, envolvido em gestos de carinho os fizeram sentirem-se bem, o que a partir da sua subjetividade tende a promover estados homeostáticos benéficos, com eventuais contributos fisiológicos positivos (Damásio, 2017).

“O carinho com que me tratavam, o maminho que me davam, (...) darem-me a aguinha a beber no algodão (...) fui sempre muito, muito bem cuidada.”

A noção de afeto evidencia-se como um dos atributos do cuidar, demonstra interesse e respeito pela pessoa (McCance, 2005), a afetividade dos enfermeiros é realçada como um aspeto favorável ao alívio do sofrimento por clientes e familiares (Cerqueira, 2010).

“(...) a enfermeira que estava de serviço também era muito boa, e depois durante a noite vinha ao pé de mim com a mãozinha dela pela minha cara [faz gesto de acariciar], não podia fazer mais pronto, mas dava assim maminho, (...) a gente gosta, fez-me bem.” E7, L220-276.

Uma participante ao descrever uma experiência de receber cuidados de saúde, quando internada numa unidade de saúde, distingue a doença do seu eu. Por estar sem comer há alguns dias, encontrava-se debilitada para realizar algumas atividades do seu autocuidado, que por norma executaria sem necessitar de ajuda, mas essa limitação do corpo, não se estendia à sua capacidade de prestar atenção a si mesma enquanto uma totalidade, e os seus sentimentos e perceções mantinham-se *“(...) um dia fiquei com o cabelo muito molhado, e elas [enfermeira e assistente operacional] disseram, a gente vai ali buscar um secador que ali temos, foram secar-me o cabelo e depois deitaram-me na cama, estava só com chá e soro e fui com o soro atrás de mim (...) eu acho que eles atendiam-me bem, e à minha doença.” E3, L114-123*

Do ponto de vista fenomenológico o relato é revelador da não simultaneidade de sentir o corpo e o seu ‘eu’ doentes, na sua condição existencial a pessoa humana não é, nessa

condição, um *ser* doente, mas trata-se de um *ser* que está a vivenciar uma situação, que afeta o seu autocuidado e que só ela sabe como e o que afeta no seu existir.

O que remete também ao sentido da preservação da identidade na experiência do autocuidado e identidade pessoal, a pessoa reconhece-se a mesma (a identidade-*idem*) e reconhece o que é de si (a identidade-*ipse*) nas diferentes situações de autocuidado, tendo como referência os seus padrões de independência, dignidade e saúde (Henriques, 2015).

Emergiram relatos no sentido de apreciação do humor associado aos cuidados de enfermagem, comportamentos e diálogos descontraídos que os ajudaram a descentrar do sofrimento físico e emocional *“A enfermeira tem de ser assim, nós podemos estar em baixo, mas com as graçolas que da enfermeira, acaba-se por se rir e às vezes até acaba por esquecer o mais grave que se tenha, por uns minutos a gente esquece.”* E7 L78-83. O humor pode funcionar como tranquilizante em situações árduas, e como uma chave básica facilitadora das relações e interações humanas e consequentemente a socialização contribuindo para um encontro genuíno (José, 2008), *“(...) eu mesmo com os tubos no nariz ainda me deu graça (...)”* E7, L84-87 *“Havia lá uma rapariga (...) deslizava com os chinelos no corredor, (...) a rapariga era de todo, muito brincalhona.”* E7, L90-108, *(...) a gente gosta, fez-me bem (...) aquilo foi uma barrigada de rir (...)”* E7, L220-222.

O significado que os cuidados de enfermagem têm na vida dos utilizadores emerge tendo em conta as suas necessidades de saúde e em função do que tem sentido para a sua vida (Collière, 1989). A sua maturidade e as suas experiências comportam um existencial de utilizadores que lhes permite compreender e selecionar o que lhes é mais próprio e mais próximo ao seu *ser*, pois o significado das coisas, das vivências surge na medida em que as coisas que estão no mundo são manuseadas, são vividas, construindo-se assim o mundo, e o *ser* tem uma ligação íntima com o sentido de tudo aquilo que o cerca (Heidegger, 2009).

Significa que os aspetos enfatizados pelas pessoas com mais de 80 anos, as suas experiências concretas têm uma ligação íntima ao seu *ser* e por isso com significado existencial. Referem-se a um aspeto fundamental do cuidado esperado pelos clientes de cuidados de enfermagem, que é o acompanhamento não apenas técnico, e que constitui, a essência do cuidado ético, que não desvaloriza a competência técnica do cuidado de enfermagem ou que esta possa ser substituída pela dimensão do encontro intersubjetivo, e mesmo significa não preterir um aspeto em relação ao outro, mas antes, ambos esboçam

a figura ou a essência desse cuidado representando as duas faces igualmente importantes desta essência, a competência técnica e o relacionamento ético do encontro (Renaud, 2010).

O cuidado e a cura começam e manifestam-se na maneira como os enfermeiros se relacionam com os clientes, as suas famílias e mesmo com os colegas, cuidar e curar está enraizado na valorização profunda do que significa ser uma pessoa e um compromisso de honrar a totalidade do eu e dos outros (Swanson, 1991). A orientação por um modelo humanístico o cuidado de enfermagem significa implicamo-nos no *ser* do outro com o que somos e coexistimos.

Memorando

A perspectiva metaparadigmática de enfermagem da pessoa com mais de 80 anos, não reflete a idade biológica como característica predominante, antes a sua natureza multidimensional de *ser* de relação contínua com o mundo e com os ambientes. Compreende-se a perspectiva sobre um *ser* cuja duração de vida expande e acompanha esse *ser*, e nesse sentido está explícito, a relevância sobre a possibilidade de viver no mundo enquanto *ser*, a possibilidade de estar sendo, enquanto vive não é uma totalidade acabada, cabe-lhe *ser* enquanto é (Heidegger, 2009).

Os participantes relevaram experiências de cuidados de enfermagem que para si, na sua situação particular de vida, tiveram um sentido de permeio da dimensão física ou manifesta à dimensão não física, apontam para um sentido de valorização no cuidado de enfermagem, à vivência de aspetos que decorrem do permeio “do que foi feito ao como foi feito”, “do que foi dito ao como foi dito”, “como as fez sentir positivamente” num sentido de se sentirem em envolvimento essencial do físico ao não físico de ser humano.

Aludindo que o cuidado de enfermagem compreende uma dimensão biológica ou fisiológica, o corpo físico, enquanto dimensão ôntica, mas que no cuidado prevê uma determinação ontológica esforçar-nos por entender a vida a partir do *ser*, implica não apenas estar à disposição do Outro, mas também estar com ele com o todo de si mesmo, envolve uma reciprocidade, a pessoa cliente também é vista como uma presença, como uma pessoa e não como um objeto, como uma função ou um caso (Paterson & Zderad,

2008) e nesse sentido, com potencial de atribuição de valor ontológico a esses cuidados de enfermagem.

Os participantes consideram que sentir-se acolhido com amenidade por parte do enfermeiro; considerar a experiência de cuidados de saúde articulada aos seus entes significativos família, (pessoas por quem sintam afeto); considerar-se dignificado como pessoa independentemente da sua condição pessoal, social; sentir a presença física do enfermeiro acompanhada de carinho; fazer do encontro um momento descontraído pelo uso do humor (uma forma de estar com, de apoiar); sentir o clima de cuidados “bom”, as pessoas “boas”, foram aspetos de ligação do comportamental, da competência técnica ao afetivo, atuando como redutores da vulnerabilidade e da incerteza e que adicionaram aspetos na construção de confiança enquanto clientes de cuidados de enfermagem / saúde.

O “bom” cuidado, o bom atendimento para os participantes, parece estar preenchido de sentido de se sentirem considerados enquanto seres no mundo, pois são aspetos que possibilitaram o estabelecimento de uma “ponte” ou conexão do cuidado manifesto, concreto, é nessa abertura que se dá a ressonância subjetiva à sua essência e nesse sentido é o *ser* que está em jogo.

As características eleitas pelos participantes nas suas experiências de clientes de cuidados de enfermagem, como momentos privilegiados, configuram-se de significado existencial (Heidegger, 2009; Paterson & Zderad, 2008) na medida em que no sentido da reflexão proporcionada às orientações teóricas de enfermagem e filosóficas as ajudaram a alcançar “bem-estar com mais ser” e traduzem a vivência de ações de presença terapêutica de enfermagem (Doona et al., 1997; Heidegger, 2009; Paterson & Zderad, 2008; Stanley, 2006) e de não abandono da dimensão existencial do cuidado de enfermagem humanística (esquema 1).

A perspetiva fenomenológica da pessoa com mais de 80 anos enquanto *ser*, significa que as experiências, vivências, condições de saúde-doença que a mesma vivencia são constituintes do *ser* que é sempre totalidade, considerado e previsto na procura, da possibilidade de um estado de sintonia e de equilíbrio da dimensão comportamental à existencial, e no qual o cuidado de enfermagem intervém enquanto agente facilitador e promotor de sentimentos de bem-estar existencial.

É de notar ainda que os aspetos, formas de estar identificados com sentido de ressonância existencial, também correspondem à estrutura do cuidar de Swanson (1991), confirmando a adequação dos cinco momentos de cuidar às pessoas com mais de 80 anos.

Sentir-se acolhido com amenidade por parte do enfermeiro aproxima-se do momento cuidativo de **Manter a fé**; considerar a experiência de cuidados de saúde articulada aos seus entes significativos / família; (pessoas por quem sinta afeto); aproxima-se do **conhece/fazer** significa esforçar-se para entender um evento, o significado que tem na vida do outro, envolve evitar suposições. Considerar-se dignificado como pessoa independentemente da sua condição pessoal, social, alinha-se com o **conhecer**.

Sentir o clima de cuidados “bom”, as pessoas “boas” comporta uma ligação a **Possibilitar a fazer** por atos, incluindo antecipar necessidades, confortar, executar com habilidade e competência, proteger e preservar a dignidade do outro.

A presença física acompanhada de envolvimento afetivo; e Fazer do encontro um momento descontraído pelo uso do humor denuncia uma forma de **Estar com**, significa estar emocionalmente presente ao outro, transmitindo disponibilidade.

4.2 – Um modo de ação com a pessoa com mais de 80 anos com sentido de abandono da dimensão existencial do cuidado de enfermagem

Um dos pressupostos da enfermagem humanística é o envolvimento existencial entre o enfermeiro e o cliente, a presença com todo o *ser* do enfermeiro, este modo de presença é uma resposta dada e escolhida livremente, pelo enfermeiro (Paterson & Zderad, 2008) e o sentido ontológico do cuidado de enfermagem humanística, postula o cuidado de enfermagem para além da dimensão comportamental, com o pressuposto de aceder ao *ser* da pessoa, a partir do que ela própria o define (Heidegger, 2009).

A possibilidade a esse acesso é pela dimensão ontológica, diz respeito aquilo que antecede originariamente toda manifestação ôntica e lhe garante um sentido, diz respeito às diferentes possibilidades de ação do enfermeiro aceder, abrir possibilidades junto às pessoas, não no sentido daquilo que é manifesto, mas daquilo que possibilita toda manifestação (Oliveira & Carraro, 2011).

A partir do pensamento de Enfermagem Humanística, e do cuidado humano da Analítica Existencial de Heidegger podemos pensar o modo próprio de cuidado ao ser humano, cliente de cuidados de enfermagem – pessoas com mais de 80 anos, o cuidado ontológico, porque representa um modo de *ser* (a outro) *ser*, e pode ser pensado e explorado a partir do modo do ser-presente.

Um ponto importante a reter é que o cuidado enquanto modalidade ontológica, não é um dado adquirido e sempre previsto ao ser humano na vida quotidiana, são as escolhas que o *ser-aí* (*ser-no-mundo*) é capaz de fazer e de decidir no seu caminho diante das situações da vida que possibilitam o *ser-aí* manifestar as suas características ontológicas ou existenciais e desvelar o seu *ser* no mundo quotidiano (Heidegger, 2009). Descreve igualmente os modos de relação que compreendem modos deficientes de preocupação como indiferença, dominação que concretizam modalidades de cuidado que refletem propriedades ônticas e que remetem à maior probabilidade de precariedade do *ser* e da dimensão existencial se manifestar (Heidegger, 2009).

Estes entendimentos transpostos para a análise das experiências vividas pelos participantes nos cuidados de enfermagem, foi possível identificar nos seus relatos das situações vivenciadas de cuidados de enfermagem, aspetos com sentido contrário a experiências ôntico-ontológicas (existenciais) e cingidas à dimensão ôntica das experiências dos cuidados de enfermagem.

Os participantes descreveram o seu real vivido enquanto clientes de cuidados de enfermagem, e tendo subjacente o objetivo de compreender o significado¹⁰ do fenómeno¹¹ de *sentir-se abandonado* a partir dos sentidos¹² revelados nessas experiências, e não tendo uma ideia pré-concebida da experiência de *sentir-se abandonado* nos cuidados de enfermagem, mas antes a conceção de cuidado enfermagem humanístico como um modo de abertura de sentido ao existencial / ao ser, e o cuidado humano ontológico de ser-no-

¹⁰ O significado de cada situação humana é imanente, a essa situação que faz simultaneamente parte da compreensão e do cumprimento (Lévinas, 1989, p. 67).

¹¹ Assumindo o sentido etimológico da palavra fenómeno ressaltada por Heidegger (2009) em Ser e Tempo, indicando fenómeno como: o que se revela, o que se mostra por si mesmo.

¹² De acordo com a análise, sentido é o contexto no qual se mantém a possibilidade de compreensão de alguma coisa, sem que ele mesmo seja explicitado ou, tematicamente visualizado. Sentido significa a perspectiva do projeto primordial a partir do qual alguma coisa pode ser concebida na sua possibilidade como aquilo que ela é. O projetar abre possibilidades, isto é, o que possibilita (Heidegger, 2009, p. 408).

mundo, constituíram os elementos fundamentais, o horizonte de entendimento e compreensão das dimensões primordiais do cuidado ôntico-ontológico humano e cuidado profissional.

As experiências dos participantes nos cuidados de enfermagem referem-se neste estudo ao existir humano concreto, a um modo de existir no mundo de seres humanos com modos próprios de se relacionarem consigo mesmos, com os outros e com o mundo, entes com capacidade de se interrogar criticamente diante de si, diante do outro (enfermeiro) e do mundo (ambiente de cuidados), permitindo conhecer e compreender a existência de vivências decorrentes de modos cuidados de enfermagem, que a sua competência auto-interpretativa de entes capazes de se questionar e questionar o seu vivido, e que na sua perspectiva se afastam de experiências inter-humanas de sentido e de significado existencial.

Porque o significado do cuidado de enfermagem é uma experiência vivida entre seres humanos, cada situação de enfermagem reciprocamente evoca e afeta a expressão e manifestação das suas capacidades humanas na sua condição de existência. Se a existência é uma abertura de sentido na qual os entes podem vir à luz, e como o cuidado ontológico não é um dado adquirido ou uma situação previamente existente, são as possibilidades construídas e constituídas em situação que as, possibilitarão e abrirão, e de igual modo as inibirão ou impossibilitarão.

O cuidado de enfermagem humanístico enquanto ação manifesta, é mediado por uma relação intersubjetiva entre seres humanos, que se encontram sempre face a desafios e a escolhas no seu caminho perante as possibilidades existenciais. É essencialmente no caráter intersubjetivo do cuidado de enfermagem que a possibilidade de desvelamento do *ser* está previsto na forma de sincronia entre o manifesto (o comportamento) e a essência humana.

Os participantes deste estudo, relataram experiências mediadas por sentimentos, emoções que no seu entender e na sua forma de expressão de seres auto interpretativos as vivenciaram como mais contrárias à sua natureza da sua essência humana enquanto clientes de cuidados de enfermagem. Tais relatos interpretados à luz dos fundamentos do cuidado de enfermagem humanística (Paterson & Zderad, 2008) bem como do cuidado enquanto existencial humano (Heidegger, 2009), caracterizam-se exatamente pela

ausência, pelo abandono, porque está previsto, de um sentido ontológico do cuidado, que medeia e por vezes impossibilita a sincronia da dimensão comportamental à existencial.

4.2.1 – Não me queixo dos Cuidados de Enfermagem

Face ao estímulo aos participantes para falarem da sua experiência de serem clientes de cuidados de enfermagem tornou-se significativo pela sua repetição o uso da expressão “não tenho/tive razões de queixa”, que em algumas situações os participantes queriam sublinhar que não tinham experiências negativas a relatar, mas do ponto de vista fenomenológico pode remeter a uma neutralidade que também significa que não as retiveram como significativas enquanto seres em relação, e nessa medida a neutralidade desfavorece também a possibilidade de um atributo significativo e existencial para com o vivido nessas experiências ou encontros humanos, como referem Paterson & Zderad (2008), estes encontros podem variar do trivial ao extremamente significativo, dentro de um dia de trabalho, a enfermeira pode experimentar vários níveis de intersubjetividade a partir do nível mais baixo de ser chamado como uma função ou sendo usado como um objeto, para o outro extremo da escala de ser reconhecida como uma presença ou um verdadeiro diálogo.

“(...) não tenho, mas não tenho mesmo uma razão nem das empregadas, nem das médicas, nem das enfermeiras, nem dos doutores, não tenho. Não sei porquê (...)” E16, L377-384; E3, L97-103; *“(...) não tenho razão de ninguém, ele entrou, o meu [genro] (...) e ele foi lá para dentro, lá falou com o doutor (...)”* E17, L62-75; *“(...) estive lá no hospital, e só tenho bem para dizer do hospital, há pessoas que dizem tanto mal, mas eu fui lá sempre bem assistida, não tenho razão para dizer mal do hospital (...)”* E19, L113-138; *“Eu não tenho razões de queixas, fui bem atendida, eu ia tomar banho, que eu não tinha força para me segurar nas pernas (...) eu não tenho para dizer mal (...)”* E3, L97-103.

O sentido¹³ das palavras usadas de “não ter razões de queixa”, compreende um contexto no qual se mantém a possibilidade de compreensão de alguma coisa, sem que ele mesmo seja explicitado ou tematicamente visualizado e nesse sentido, o âmbito dos nossos

¹³ Sentido significa a perspetiva do projeto primordial a partir do qual alguma coisa pode ser concebida na sua possibilidade como aquilo que ela é. O projetar abre possibilidades, isto é, o que possibilita (Heidegger, 2009 citado por Colpo, 2013).

comportamentos estão ancorados em sentidos, quer sejam eles explícitos ou não, o uso da palavra “queixa” remete a uma ideia de previamente esperar ressentimentos ou experiências não positivas enquanto clientes de cuidados de saúde.

No sentido fenomenológico a linguagem é entendida como a morada do *ser*, o seu sentido sobre os cuidados esperados das suas experiências de clientes de cuidados de saúde, aponta para uma expectativa contrária a um clima de relação de confiança que os permita perceber enquanto ambientes de cura (Swanson, 1991).

O cuidado que envolve uma estrutura de cuidado e cura incorpora atender às necessidades do cliente por meio da criação de um ambiente confortável que seja propício à cura.

Pela análise fenomenológica, o não ter razões de queixa remete a experiências de cuidados de enfermagem, que podem decorrer entre um enfermeiro e um cliente num ambiente de proximidade física, mas que isso por si só não garante a intersubjetividade genuína em que um enfermeiro se relaciona com a pessoa em “presença”. A presença não pode ser apreendida ou apreendida como um objeto. Não pode ser exigida ou ordenada; ela só pode ser acolhida ou rejeitada. Em certo sentido, ela está além da compreensão e só pode ser invocada ou evocada. E o não ter razões de queixa pode remeter a que não retiveram como essenciais as suas experiências de cuidados de enfermagem.

4.2.2 – Sentir falta de amenidade na relação com o enfermeiro

Os participantes relataram modos de proceder dos profissionais, em que identificaram ausência de disposição de abertura, sentido como um modo que não sendo totalmente impessoal, demonstrou-lhes uma atitude de fechamento do outro para si, atitude contrária à esperada por parte de profissionais de cuidados de saúde, uma vez que toda a situação de cuidados consiste no encontro e descoberta, significa que não se sabe antecipadamente, mas que se ousa ir ao encontro do “desconhecido” de que é portadora qualquer pessoa que precisa de cuidados que, e que por sua vez se defronta com o “desconhecido” de quem cuida dela (Collière, 1989, p. 294) *“(…) haviam lá umas duas que eram mais casmurras, menos simpáticas, que faziam assim cara feia, não tinham assim aquele sorriso, também podiam lá estar aborrecidas com a vida delas, mas os problemas têm de ficar lá atrás e com a pessoas doentes tem de haver um modozinho diferente para a pessoa ficar mais*

agradada, (...).” E7, L78-87 “(...) ela vem sempre aqui com uma cara, e eu dizia: ela pode ter problemas mulher, pode ter problemas e pode estar-se aqui a trabalhar e estar a lembrar-se dos problemas que tem lá em casa e depois pode não ter bom agrado (...) eu não estou a desculpá-las (...).” E7, L90-108.

O trato impessoal é uma possibilidade da existência sempre presente, assim como o singular. Por mais impessoal que uma existência seja, ela não tem menos possibilidades de se singularizar, de tornar-se própria, do que uma existência extremamente singularizada, pois uma e outra estão sempre em questão, é uma decisão, uma escolha que se coloca a cada momento, mas o impessoal remete ao já possuir uma configuração preestabelecida da pessoa esquecendo que a pessoa está sempre sendo (Heidegger, 2009), neste sentido, o *ser* humano pode manter-se em relações impessoais, em conceitos e relações pré-definidas, fechadas no quotidiano dos cuidados de enfermagem, e o contato entre enfermeiros e clientes tornar-se um encontro fortuito, impedindo, um relacionamento um de verdadeiro partilhar, e transação intersubjetiva (Paterson & Zderad, 2008).

Não raras vezes alguns profissionais não conseguem estabelecer relações de ajuda, e sentem mesmo dificuldade em conciliar o ideal profissional de cuidar e as limitações impostas pela realidade, o que leva a que adotem mecanismos como o distanciamento, o estabelecimento de relações superficiais com os clientes sobretudo em situações de maior sofrimento para os clientes, tal incapacidade origina uma *“blindagem profissional”* (Cerqueira, 2010).

Os relatos destas vivências no relacionamento com os profissionais de saúde remetem aos fundamentos de Heidegger (2009) quando alude ao modo de como o homem se relaciona um com o outro, a forma como a relação se dá, que pode ser de modo envolvente, preocupado (consideração, interesse pelo outro enquanto pessoa) ou pode dar-se de modo em que me ocupo do outro, sendo indiferente ao seu estar e ao descobrimento do seu *ser*.

Memorando

O trato impessoal oferece uma blindagem para a presença terapêutica do enfermeiro.

4.2.3 – Sentir o seu sofrimento não reconhecido pelo profissional de saúde

Um dos aspetos que ressoou negativamente aos participantes foi sentirem desconsiderada a sua resposta humana de sofrimento à experiência de alterações da sua saúde ou do seu bem-estar, o que se afasta da perspetiva de conceção de cuidado ao ser humano no paradigma de enfermagem humanística, bem como de uma perspetiva de cuidado humano existencial entre seres humanos.

“Lá [no hospital] nunca estive bem, lá tinha febre constantemente e não comia, (...) às vezes até me ofendiam assim um bocadinho, dizendo: há pessoas muito choramingas (...)”

Na situação de procura de cuidados de saúde pelos participantes decorrentes de alterações de saúde e bem-estar, está implícito para estes, a vivência de uma situação de sofrimento e vulnerabilidade, e neste sentido têm a expectativa de que os profissionais de saúde que lhes prestem cuidados, reconheçam essa situação de sofrimento e maior vulnerabilidade.

Alguns participantes relataram com sentido de indignação, experiências em que sentiram que a reação do profissional de saúde foi contrária à esperada. Pois a pessoa que sofre solicita alívio para o seu sofrimento e tem a esperança de ser acolhida pelo enfermeiro nesse sofrimento, sendo uma virtude indispensável de enfermagem reconhecer que a pessoa sofre, e ter presente, que esta é uma via para o restabelecimento da esperança, de que é possível transpor esse sofrimento (Simões, 2014).

Uma participante descreve uma situação em que acompanhando o seu marido ao serviço de urgência de uma unidade de cuidados de saúde, por uma situação de doença agudizada, em que num contexto de um comportamento de manifestação de sofrimento por parte do seu marido, a reação de riso observada por parte do profissional de saúde, foi sentida como descontextualizada de uma expressão de consideração do seu estado subjetivo de sofrimento *“(...) fomos para o hospital (...) o meu marido há muito tempo que não faz chichi, há muito tempo que não fez, ele está aflito que ele não é pessoa de clamar e ele estava a gritar que derrubava aqui o hospital, e ela a rir-se (...)”* E17, L62-75.

O âmbito dos nossos comportamentos, encontram-se ancorados em sentidos, sejam eles mais ou menos explícitos (Colpo, 2013). É importante ressaltar que o cuidado de enfermagem humanístico visa o bem-estar e mais *ser*, que enquanto processo envolve solicitude, preocupação com o Outro numa dimensão não apenas física.

O riso enquanto comportamento humano comporta um acto e um efeito e para os participantes em situação de maior vulnerabilidade e sofrimento, o acto de riso resultou sobretudo num efeito de desvalorizar o seu o sentimento (sofrimento), o riso ainda que tenha sido mais ou menos espontâneo, infringiu pelo profissional de saúde ao Outro (cliente de cuidados), uma experiência subjetiva para si com um sentido de desvalorização por si e pelo seu *ser*.

O significado de ser cuidado é atribuído quando o *ser* que cuida, mostra preocupação com quem é cuidado, nas suas ocupações, não limitando o cuidado apenas à pre-ocupação com a remissão dos sintomas agudos da doença, mas tendo por objetivo a sua recuperação como *ser-no-mundo*, ser recebido pelo enfermeiro com riso num momento de maior vulnerabilidade, como é recorrer aos cuidados de saúde / enfermagem por uma alteração no estado de saúde, teve um impacto de subvalorizar esse sentimento de sofrimento, e conforme Frankl (1984), a possibilidade sobrevivência ou encontrar sentido no sofrimento humano, é pela atribuição de um significado, o “sofrimento de certo modo deixa de ser sofrimento no instante em que encontra um sentido” e se o outro que o outro recebe, percebe o seu sofrimento com troça, tem para a pessoa um sentido de lhe retirar a possibilidade de atribuir sentido, e como tal, não sente entendido no seu sofrimento subjetivo.

Num contexto de maior vulnerabilidade como o sofrimento provocado pela doença, é premissa essencial aprender a interpretar e compreender a linguagem da pessoa e da sua subjetividade, havendo ainda que conhecer, compreender e perceber a dimensão humana no sofrimento existencial da pessoa doente, numa relação de empatia e cumplicidade (Simões, 2014).

Memorando

A reação de riso do enfermeiro face à situação de sofrimento, de maior vulnerabilidade da pessoa que procura cuidados de enfermagem, surge para a pessoa com mais de 80 anos, descontextualizada e contrária a uma expressão de consideração pelo seu estado de vulnerabilidade e sofrimento subjetivo, sendo sentido como uma atitude de desinteresse e de desrespeito pela experiência vivida, distanciando-se e mesmo contrária a um

comportamento de demonstração e de ter para a pessoa um sentido de significado essencial de cuidado pelo seu *ser*.

4.2.4 – Sentir-se não escutado pelo profissional de saúde

Quando o profissional de saúde não ajuda a pessoa com mais de 80 anos a interpretar a dimensão manifesta dos cuidados de enfermagem, o que percebe, o que entende, e conhece no imediato, não garante à pessoa a compreensão do sentido do que os mesmos visam ou encerram.

“(...) mandou-me embora e não me deu nada, eu fiquei zangadíssima (...)”

O fenómeno da enfermagem como ocorre no mundo real vivido, é um evento inter-humano envolvendo dois, ou mais seres humanos, que se relacionam numa situação compartilhada. Cada um participa de acordo com o seu próprio modo de estar na situação e a relação cliente de cuidados de saúde com o profissional de saúde, é o solo onde ocorre o cuidado. O cuidado de enfermagem humanístico é compreendido como um diálogo no encontro com a pessoa, é de ordem ontológico-existencial, supõe mais do que uma conversa entre duas pessoas, é um relacionamento em que ocorre um verdadeiro partilhar, uma transação intersubjetiva, não restrita à noção de enviar e receber mensagens verbal ou não verbal, implica um tipo especial de reunião entre pessoas, que ocorre em resposta a uma necessidade percebida relacionada com a condição de saúde humana (Paterson & Zderad, 2008).

Uma participante ao descrever uma situação de doença do seu marido, devido a qual houve a necessidade de recorrerem a cuidados de saúde hospitalares, e que culminou na morte do seu marido, refere que o procedimento de algáliação a que o seu marido foi sujeito a causa de muito do seu sofrimento, atribuindo ao mesmo procedimento a causa da necessidade de ser sujeito a uma intervenção cirúrgica, bem como no culminar na causa da sua morte *“O meu marido foi para lá a andar e saiu de lá com aquela algália que ficou mais de um ano, aquela algália é que o matou.”* E17, L72-113.

A possibilidade, da verdadeira experiência inter-humana de cuidado, pode ficar arredada na experiência de cuidados de enfermagem, pela falta de esclarecimento acerca da necessidade de procedimentos mais invasivos, e objetivos dos mesmos, não ajudar as

peessoas a compreender o sentido manifesto dos procedimentos mais invasivos e que gerem sofrimento, concorre para que a pessoa apenas atribua sentido apenas ao manifesto, à dimensão técnica do cuidado e a não encontrar sentido nesse sofrimento.

Um participante, descreve falta de disponibilidade para ser escutado pelo profissional de saúde *“Só uma vez é que fui lá maltratado, eu tinha feito uma operação [aponta para o abdómen] e abriu uma fenda [hérnia], depois era para ser lá operado e eles não tinham lá vagas e deram-me uma carta, para ir ao hospital (...) e eu fui lá, (...) o médico, ai, Jesus! O homem ralhou tanto, agarra na carta rasgou-a, a ralhar, eu vi aquilo nem perguntei mais nada, volto costas vim-me embora, quando vinha à porta chamaram-me, mas eu já nunca voltei para trás, no outro dia fui ter com aquele, contei-lhe o resultado, e o outro disse, eles até têm razão, que o mal é nosso, e depois arranjaram aquilo lá, é um hospital que eu gosto, a minha sorte foi (...) mandar-me para lá.”* E10, L25-36.

O conceito de “diálogo vivido” na enfermagem vai além da definição típica de diálogo no dicionário como “uma conversa entre duas ou mais pessoas ou entre personagens de um drama ou romance”, é usado antes no sentido existencial, implica uma “esfera ontológica”, que remete ao “reino do ser” a uma forma particular de relacionamento intersubjetivo, ainda que inequivocamente implícita na experiência, é extremamente difícil de a conceituar e de a transmitir a outros (Paterson & Zderad, 2008).

“Estávamos três num quarto e eu estava cheio de frio, e o outro ao lado diz-me assim oh, sr. (...) tire-me aqui uma manta e eu tirei pu-la em cima de mim, no outro dia ralharam comigo (...).” E29, 7`25`.

Outra participante interpreta o agravamento do estado de saúde do seu marido que se encontrava internado numa unidade de cuidados de saúde hospitalares, devido à falta de assistência, ausência de cuidados por parte da equipa de saúde, percebendo-se no contexto da entrevista, que esta noção se relacionava sobretudo com a falta de informação que detinha acerca da condição de doença do seu marido *“Ai, louvado seja Deus! Estão as pessoas aqui dentro do hospital e deixam-nos morrer sem socorro, (...) eu acabei por saber que ela era uma médica estrangeira, e a médica ia de facto para ir ao pé do meu marido, (...) eu não sabia que ela era médica (...).”* E19, L172-213.

As descrições de enfermagem, muitas vezes concentram-se principalmente sobre interpretações unilaterais do aspeto do processo, conduzindo a falta de transação intersubjetiva, aponta para um modo mediano da “preocupação” com os outros ou “indiferença”, isto é, a suposição de evidências, o *ser-aí* com os entes cujo modo de ser é simplesmente dado, “ocupação” assumindo as suas “ocupações”, para as libertar ou devolvê-las posteriormente como algo já pronto (Santos & Sá, 2013).

“O frasco preto acabou-se e colocaram um branco, e a enfermeira disse, olhe que ele é mauzinho a gritar muito, a dizer que somos más para ele. Oh! Sra. Enfermeira desculpe! A doença faz tudo, o meu marido nunca foi agressivo para ninguém, para ninguém (...).” E17, L118-124.

A participante manifesta-se incompreendida pelos profissionais de saúde do significado da sua experiência de preocupação com a saúde e o bem-estar do seu marido, a não ocorrência de comunicação, ou por vezes mesmo ausência de diálogo, entre enfermeiro e cliente, contrapõe-se a uma perspectiva de comunicação terapêutica e por isso a uma dimensão de prática de cuidados arredada da perspectiva de se alinhar à dimensão existencial do cuidado de enfermagem humanístico.

“(...) o meu marido está pior e a resposta (...) para mim. Oh! Minha senhora, eu aqui pelo telefone não estou a ver o seu marido, não sei se está melhor, se está pior (...) Eu estava-lhe a dar conhecimento (...).” E19, L216-234.

As descrições das vivências dos participantes revelaram-se marcadas por um sentimento de que o profissional, não se abriu à sua experiência subjetiva, não mostrou disponibilidade às suas necessidades e ponto de vista, o diálogo esclarecedor entre o enfermeiro e a pessoa no cuidado de enfermagem pode ser entendido como uma possibilidade entre o ôntico e o ontológico. O esclarecimento transcende o ôntico, mas não no sentido do transcendente separado do real, tem é o sentido da possibilidade de abertura, que a pessoa se sinta existencialmente compreendida.

Embora os participantes identifiquem comunicação por conversa entre si e os profissionais de saúde, em certas situações de cuidados identificam igualmente que não se sentiram escutados acerca dos aspetos subjetivos relacionados com a sua saúde / doença, as quais são supostas pelos profissionais. Não emerge a partir do discurso dos participantes um

significado de diálogo, no sentido de pôr em comum, partilhar os seus significados de experiências de saúde com o profissional. A falta de diálogo terapêutico nos cuidados de enfermagem surge contrária à ocorrência de uma “esfera ontológica”, que remeta ao “reino do ser” e relacionamento intersubjetivo (Paterson & Zderad, 2008).

Memorando

Os participantes relataram as experiências nos cuidados de saúde em que ao invés de haver diálogo entre si e o profissional, houve uma forma de interpretação unilateral dos acontecimentos ocorridos, os participantes interpretaram os cuidados a partir unicamente do seu conteúdo manifesto, e os profissionais interpretaram comportamentos, sintomas com base apenas na sua percepção e não procurando ter em conta também do ponto de vista de quem os vivenciou.

A inexistência de diálogo terapêutico entre os seres humanos, prestador e cliente, intervenientes nos cuidados de saúde impede que seja colocado em comum o sentido manifesto e subjacente dos cuidados de enfermagem, impede a passagem da compreensão implícita e não-autêntica à compreensão explícita e autêntica dos fenómenos e de qual podem ocorrer formas de sofrimento sem sentido para os clientes, e de igual forma a interpretação das respostas humanas relativos aos processos de saúde / doença não são observadas a partir de quem as vivenciou.

4.2.5 – Cumprir com quem manda nos cuidados de saúde

Alguns participantes relataram as suas vivências de clientes de cuidados de enfermagem essencialmente pelos aspetos associados às normas, regras de uma estrutura em que ocorriam os cuidados e não tanto associado às suas necessidades pessoais. Do ponto de vista fenomenológico, a normatividade não tem um significado pejorativo, na medida em que está associado aos entes, à primeira vista, como os entes, coisas, situações manifestas imediatas, se nos apresentam, mas assume esse significado negativo quando a experiência de relação se mantém nesse registo e não abre possibilidades ao desvelar do sentido do ser.

“(...) fazem é os tratamentos que têm de fazer à gente, não perguntam nada (...).”

A normatividade descrita pelos participantes nas experiências de cuidados de saúde, decorre dos cuidados ocorrerem, conforme regras previamente estabelecidas e padrões habituais de resposta, dos profissionais face às suas situações singulares e imprevistas, e que dispõe menos à possibilidade de negociação, troca de perspetivas entre o cliente e o profissional em relação, à possibilidade de abertura à dimensão subjetiva vivida pela pessoa nos cuidados de saúde.

“(...) quando vínhamos às quatro horas viam-nos a tensão e viam-nos a febre (...).” E8, L 32

Num relato a participante expressa que numa unidade de cuidados onde esteve internada sentiu o interesse dos profissionais sobretudo dirigido às tarefas a que tinham de dar resposta, e não sentiu tanto abertura ou iniciativa de diálogo dos profissionais para consigo *“(...) nunca mais me perguntaram nada, os médicos, agora, as enfermeiras faziam aquilo que mandavam, não me perguntaram nada.” E2, L40-44.*

No sentido do relato, a participante reteve da sua experiência de que o que os profissionais fazem com os clientes de cuidados o que está previamente estabelecido, não carecendo de questionar esclarecer acerca dos mesmos, e dos seus estados subjetivos. Uma participante estando habituada a gerir a sua medicação em sua casa consoante as necessidades sentidas, sentiu-se pouco conformada por não poder ser ela própria ou a ter acesso à “sua” medicação quando estava internada *“a gente chega lá entrega os medicamentos todos a elas, mas se eu lá tornar a ir não me enganam, porque eu fico com uma parte do xanax® e dou-lhe outra, que é para quando é preciso, (...) e eu tinha de andar sempre a pedir (...)” E7, L 145-147.*

Um participante com diversas experiências de internamento em unidades de cuidados de saúde, conclui que a melhor forma de proceder para com os profissionais de saúde é confiar e anuir com as práticas instituídas, ainda que por vezes não concorde com certas situações, ainda assim, tem para si que é preferível aceitar do que entrar em conflito os profissionais *“É confiar nas pessoas que lá estão e fazer aquilo que elas mandam, (...) a gente muitas as vezes, há certas coisas que parece que não é assim na nossa ideia, mas tem que as cumprir e há pessoas que estão lá e não pensam assim e depois discutem com as enfermeiras e com os médicos.” E10, L38-44.*

Um participante relata o sentido da percepção de cuidado essencialmente determinado pelos profissionais de saúde, cabendo-lhe o papel de ter de cumprir de acordo com o determinado pelo profissional conformando-se com essa normatividade, ainda que a manifeste, a entenda como forma de sobreviver e de não estabelecer discórdias entre os profissionais e os clientes *“Importante, é a gente cumprir com quem manda, importante cumprir o regulamento, (...) temos que nos adaptar a cada um, porque se a gente não for a cumprir aquilo que nos mandam, muitas das vezes é pior para a gente eu naquele hospital (...) passei lá um bocado (...)”*. E10, L144-153.

O participante relata com estranheza o facto dos profissionais de saúde não reagirem positivamente à cautela que tem, em os informar da sua condição específica de saúde e que requer sempre alguns cuidados inerentes quando realiza exames complementares de diagnóstico, como seja fazer raio x ao tórax *“(...) cortaram-me as costelas, serraram-nas (...) agora estão gateadas com ferros, (...) quando é exames aos pulmões tenho de dizer (...) e eles começam a refilar, mas eles precisam de saber o que se passa, para se precaverem com o material que é preciso.”* E10, L144-153

Pelo significado ontológico do cuidado de enfermagem humanístico não se pode definir a interação enfermeiro-cliente apenas em relação ao enfermeiro ou apenas em relação ao cliente, ou por uma relação pré-existente ou pré-determinada porque a pessoa com que o enfermeiro lida na situação de cuidados é um sendo acontecendo, isto significa que é em cada instante que se manifesta a possibilidade de poder *ser*, o sentido de lidar com as pessoas como pré-determinadas no sentido do cuidado que busca atualizar-se naquele encontro, o seu significado existencial, como também de trazer elementos capazes de tornar mais precisos os aspetos como sinais, sintomas, riscos, determinantes e que por ventura se façam necessários para os procedimentos de cuidado e autocuidado (Ayres, 2004).

O utensílio só se torna utensílio quando as meras coisas recebem propriedades funcionais atribuídas pelos seres humanos, dimensão ôntica (Gorner, 2018). A ocupação é o conceito que define o uso específico, que o *ser-aí* faz dos outros entes que vêm ao encontro para uso, os entes têm a possibilidade de estar disponíveis, estando aí para o *ser-aí* ocupar-se com eles, tal característica define este tipo de ente como utensílio (Almeida, 2008, p. 10).

Toda a base do cuidado humanístico se sustenta numa atitude hermenêutica de cuidado, que diz respeito ao modo de como aceder ao *ser* “o ser pode-se encobrir tão profundamente que chega a ser esquecido, e a questão do ser e de seu sentido se ausentam”. É a intenção de dirigir a atenção (a circunvisão) para o trazer à luz aquilo que na maior parte das vezes se oculta, não se mostra, mas que é precisamente o que se manifesta nisso que se mostra (Heidegger, 2009).

Memorando

Alguns participantes viram na experiência vivida nos cuidados de enfermagem uma forma em que o enfermeiro se ocupou de si, próxima de um lidar com coisas, escolhendo ou fazendo por ele, tornando-se uma maneira menos ontológica de cuidado.

Em algumas situações a maneira de ver ou de sentir considerado pelos enfermeiros é de sentir-se enquanto uma tarefa a que o enfermeiro tem de dar cumprimento, o cuidado é algo pronto, o que se assemelha ao lidar quotidiano com os clientes, ao trato como as coisas, estabelecendo uma relação de serventia, em que estas assumem um carácter de entes-à-mão, tal modo de cuidado traduz um modo de cuidado ao ser humano de ocupação (Heidegger, 2009).

4.2.6 – Sentir não consideração pelas manifestações de alteração do seu bem-estar

Alguns participantes relataram sentiram-se incompreendidos e incomodados por sentir que a experiência subjetiva, fenomenológica de viver e conhecer sintomas no seu próprio corpo não é fonte de informação relevante para o seu processo de cuidados. Os profissionais de saúde não considerarem, não valorizarem o seu conhecimento acerca de si próprios, decorrente de serem eles a habitarem o seu corpo e a sentirem as manifestações decorrentes das situações de alteração da sua saúde e do seu bem-estar, justificando que tal ocorra devido à sua maior idade e à desvalorização a que socialmente estão votados.

“(...) ele pensou assim! Já és velha, vais fazer um raio x, levas uma injeção e pões-te a andar, foi (...) o que ele fez (...)”

A interpretação das experiências subjetivas vividas pelas pessoas na alteração do seu bem-estar decorrente de respostas humanas no seu processo de saúde-doença, baseada na suposição do profissional de saúde do significado pessoal dessas experiências, impede a pessoa de partilhar a sua própria experiência vivida e o significado que lhe atribui no seu processo de vida, distancia-se de um modo próprio de compreensão de deixar a pessoa ser o que ela é (Paterson & Zderad, 2008).

“(...) eu comia pouco, bebia pouco e elas alimentavam-me e censuravam-me de eu ser assim tão niquinhas (...) e quando os médicos deram aquela notícia que tinha de ser operada outra vez, as tais pessoas que cuidavam em mim, viram-se muito tristes umas para as outras, e disseram, realmente quem se queixa alguma coisa lhe dói, e ficaram muito tristes de me terem ofendido, a dizerem que eu era niquinhas porque não comia tudo, (...) eu estava com os olhos postos nelas e elas disseram, não há ninguém que se queixe que não lhe doa.” E11, L77-94.

Em sentido fenomenológico não temos corpo, somos corpo, habitamo-lo, vivemo-lo, somos o primeiro a ouvir, a compreender as suas modificações, sinais, sintomas, daí deriva um conhecimento que é o próprio e existencial da pessoa (Merlau-Ponty, 1999), que quando explorado no cuidado à pessoa no sentido do seu bem-estar inclui, possibilita o seu mais *ser*, pois a relação da pessoa com o seu eu, com o seu corpo dá-se sempre em “misteriosa inter-relação” (Paterson & Zderad, 2008) abrindo a perspetiva, a possibilidade do manifesto ao ontológico.

“(...) levei a injeção, ele pensava que a injeção me ia unir a carne, não me ia unir a carne, ele devia ter-me mandado fazer era uma ecografia, porque a eco é que ia ver o que músculo tinha, (...) para eu não estar a ouvir: quem é o médico, é a Sra. Ou sou eu? Ele era pessoa para me dizer isso, (...) não eu não sou médico, mas sei aquilo que me dói aqui no meu corpo, sei o que sinto, o Sr. É médico, mas não sente aquilo que eu estou a sentir aqui no meu braço (...)” E7, L310-318.

A pessoa doente identifica a transformação que se dá no seu mundo habitual, experienciá-la, percebe-a de um modo emocional, sensível e imediato e, por isso, toda a transformação envolve a sua existência total *“o inchaço (...) disse agora vais fazer um rx, mas claro não era osso partido, porque o rx acusa quando é osso partido, porque quando não é osso partido, não acusa, (...) não sou assim tapadinha (...)” E7, L 299-303.*

“Meu corpo é esse núcleo significativo que se comporta como uma função geral e toda via existe e é acessível à doença. Nele aprendemos a conhecer esse nó entre essência e existência que em geral reencontramos na percepção” (Merleau-Ponty, 1999, p. 204).

Ao eliminar o corpo da existência, estamos a retirar-lhe toda a linguagem que diz «eu» e passamos a encontrar o corpo como um simples organismo descrito pela Biologia, porém, eu sou o meu corpo, o corpo-para-mim não é objeto, não o posso tratar como algo que possuo, eu sinto-o. Ao nível do corpo vivido, isto é, a vivência do corpo para-si autoriza o homem a dizer que não existe separação entre o corpo e a pessoa. O homem é corporal, ou seja, o corpo não é uma coisa que se tenha, é uma “dimensão que se vive” (Simões & Oliveira, 2016).

Uma vez que a fala é o que nos possibilita aceder ao fenómeno interrogado, o qual se insere na experiência de vida do homem, a ausência de “diálogo vivido” (Paterson & Zderad, 2008), anula a possibilidade de partilhar as experiências vividas pelo cliente, bem como aceder aos seus possíveis significados a elas atribuídos *“E já fui lá uma vez [urgência] porque (...) o meu esófago é de plástico, e aquilo tem uma junção à entrada do estômago, quando vou fazer exames tenho logo que dizer ao médico o que é que se passou, (...) quando vou fazer radiografia às costas aos pulmões, tenho que dizer (...) Com esse tal médico, (...) ele queria-me por uma sonda e eu disse-lhe logo que se deixassem estar quietos, se não era pior, que aquilo não entrava, olhe, ele não quis saber e quis fazer à força aquilo, dava-me vômitos, vomitei-o todo, sujei-o todo, aquilo escusadamente (...) daí a bocado vi que aquilo já estava mais ou menos, disse à enfermeira, que se quisessem por agora, já podiam pôr, e ela foi buscar aquilo e correu que foi uma maravilha e ele teimoso que tinha de ser, que tinha de ser. Se nós não explicamos as coisas as pessoas não sabem.”* E10, L52-70.

A perspetiva de enfermagem humanística (Paterson & Zderad, 2008) entende o corpo como parte integrante da pessoa, e o seu comportamento como uma expressão de seu modo de existência ou de seu modo de ser no mundo. O *Dasein* é o único ente capaz de compreender a si mesmo, e essa compreensão dá-se na medida em que é, em que exerce o seu existir (Heidegger, 2009) *“(...) não me mandou fazer a ecografia e agora o resultado é que agora eu já tive de fazer massagem, exercício aqui ao braço e agora já não vai lá, porque a rutura se não for tratada logo, nunca mais vai ao sítio (...) é como se fosse um*

pano velho, rasga-se um pano velho, abre por vezes não rasga a direito e fica aos fiozinhos (...). E7, 322-328.

Nos seus relatos os participantes retratam mal-estar devido aos profissionais de saúde suporem a sua experiência fenomenológica de corpo vivido doente e de afastarem, de não terem em conta a sua experiência indo ao encontro do que afirma Simões (2014) afastar do diagnóstico a experiência do corpo vivido doente; é não compreender que há algo mais do que a doença, existe a experiência vivida da pessoa doente sendo a forma particular como cada pessoa vive a sua doença, ir além da doença e conceder existência visível à experiência vivida dos doentes é uma exigência ética que se impõe a todos os profissionais de saúde.

E que vai de encontro a que doença e o corpo têm um significado diferente, quer para o doente quer para o profissional de saúde, ao profissional de saúde cabe não ficar pelo que lhe diz a doença, mas perguntar sempre o que diz a doença ao doente (Simões, 2014).

Uma vez que a referência do “diálogo vivido” constitui um caminho, um modo de ver a existência do homem no mundo da enfermagem, e de levar à compreensão da vivência das suas experiências de lidar com os fenómenos e proporcionar um cuidado existencial ao não ter em conta que é a pessoa, que lida no seu corpo com as manifestações da doença, mal-estar, expressa um sentido de desvalorização das suas experiências subjetivas.

Heidegger (2009), elucida pela ideia de cuidado o não podermos abandonar nem a razão nem a técnica, mas sim recuperar o sentido do *ser*, da existência humana, do ser humano no mundo.

O Cuidado como Ser-com-o-Outro, no cuidado de enfermagem humanístico, é ser sempre aberto para o Outro, comunicando com ele, no mundo compartilhado das experiências (Paterson & Zderad, 2008).

Um ambiente de cuidado de enfermagem por princípio comporta sempre uma dimensão ôntica (mais imediata, superficial) entre enfermeiro e cliente que se relacionam inicialmente num modo de ocupação, pois compreende a dimensão física, sintomas etc., mas um ambiente de cuidado terapêutico (Swanson, 1991) prevê sempre uma possibilidade de abertura, acontecimento da dimensão de um cuidado ontológico, procurar estar com o cliente que a partir de uma atitude fenomenológica, estar atento à realidade

apresentada pelo mesmo e procurando com ele fundamentalmente uma procura de sentidos e significados envolvidos na situação de saúde e de vida. Possibilita uma abertura maior a possibilidades de *ser*.

Memorando

Os comportamentos humanos entre os profissionais e os seus clientes encontram-se ancorados em sentidos, sejam eles mais ou menos explícitos, e alguns comportamentos e atitudes nos cuidados de enfermagem revelam sentido contrário e desligado da dimensão existencial entre seres humanos.

O comportamento profissional que não mostre respeito pelo sofrimento e vulnerabilidade da pessoa que está em sofrimento subjetivo, é contrário à atitude esperada por parte do profissional que é de ajudar a desagravar ao invés de o desconsiderar, importando essa atitude abandono da dimensão existencial e essencial do cuidado humano.

O diálogo entre o profissional de saúde e a pessoa pode conduzir à não abertura do profissional à experiência subjetiva de quem a vive, a falta de disponibilidade para as suas necessidades e pontos de vista, impede o diálogo esclarecedor entre o enfermeiro e a pessoa com mais de 80 anos no cuidado de enfermagem, é entendido na forma de relação entre pessoas em presença física que se mantêm numa relação entre subjetividades e não numa relação intersubjetiva e por que por isso impede de haver passagem do ôntico ao ontológico na comunicação.

A experiência existencial de lidar com sintomas de doença, para quem a vivencia, não existe desligada dessa experiência vivida, e ao significado que lhe é atribuído na relação com o seu mundo e com o seu corpo, o não interesse desse conhecimento por parte do enfermeiro / profissional de saúde para o seu processo de cuidados individualizado, gera mal-estar existencial face apenas à preocupação com a remissão dos sintomas agudos da doença, e não por referência à sua recuperação como ser-no-mundo.

4.3 – Síntese compreensiva da ação com sentido de abandono da dimensão existencial nos cuidados de enfermagem

O estudo do fenómeno sentir-se abandonado – pessoas com mais de 80 anos, num quadro de orientação fenomenológica hermenêutica, compreendeu considerar a estrutura de significância dos cuidados de enfermagem compreendidos de precedência ôntico-ontológica (Paterson & Zderad, 2008) e igualmente considerar as pessoas com mais de 80 anos na sua dimensão existencial (Heidegger, 2009).

Nas suas experiências nos cuidados de enfermagem encontram-se em transação intersubjetiva com outro ser humano, em que identificaram de atos e respostas humanas com sentido mais limitador de serem remetidas à dimensão existencial. Sentir o seu sofrimento não reconhecido pelo profissional de saúde; sentir-se não escutado pelo profissional de saúde; cumprir com quem manda; sentir não consideração pelas manifestações de alteração no seu bem-estar, revelam sentidos de atos humanos que para as pessoas se constituíram limitadoras de se tornarem em experiências existencialmente positivas, e para si contrárias à sua essência de seres humanos cuidados por outros seres humanos. E que conceptualmente se compreendem em modos limitadores de tornar a presença de quem cuida, um modo de presença terapêutica *Ser-Ser*.

Os cuidados de enfermagem referem-se a um cuidado de saúde profissional em que um ser humano cuida de outro ser humano, este enquadramento significa que tudo o que se apresenta ao enfermeiro, tudo o que realiza no âmbito do cuidado de enfermagem, prevê um princípio de abertura originária ao *ser* (Heidegger, 2009; Paterson & Zderad, 2008).

O cuidado de enfermagem conceptualizado, nesta estrutura de relação, “ser humano enfermeiro – ser humano cliente”, *Ser-Ser*, ôntico-ontológico, em que cabe ao enfermeiro tomar a iniciativa e conduzir no sentido da abertura a essa possibilidade de cuidado ontológico (Paterson & Zderad, 2008), cabe-lhe o primeiro passo de aproximação, no sentido ético da palavra, é dele (enfermeiro) que se espera o cuidado que possa transformar o cuidado num encontro intersubjetivo autêntico (Renaud, 2010). Para os participantes os aspetos de inibição de ligação ao constitutivo do *ser* não se referem ao lugar espaço de ocorrência dos cuidados, mas aos modos contrários em se sentirem envolvidos de forma mais existencial.

Esta é uma relação entre compreensões de *ser*, e que define e enquadra a relação e o cuidado ontológico, não entre entes ou entre coisas, mas entre *seres*. Sempre e enquanto o cuidado de enfermagem for pensado, previsto nesta forma de combinação, de no ôntico prever, possibilitar o ontológico, inibi-la, não a prever nesta configuração, ou 216investigala como dispensável, na sua forma de envolvimento existencial afirma-se uma forma precária de cuidado de enfermagem à pessoa com mais de 80 anos, compreendendo-se uma forma de abandono ético no cuidado de enfermagem em virtude da abdicação, dos aspetos constitutivos da forma de relação Ser-Ser, no cuidado de enfermagem humanístico.

5 – CUIDADO DE ENFERMAGEM EXISTENCIAL À PESSOA COM MAIS DE 80 ANOS. UMA PROTOTEORIA COMPREENSIVA

O significado de sentir-se abandonado indutivamente construído seguindo os princípios da fenomenologia interpretativa, a partir dos relatos expressos nas experiências vividas pelas pessoas com mais de 80 anos, expôs aspetos menos manifestos e mais existenciais, tornando reveladora a dimensão existencial da vida humana como constituinte da sua saúde e bem-estar, e como tal área de atenção do cuidado de enfermagem.

Este processo tornou possível apresentar uma representação simbólica deste fenómeno da realidade quotidiana das pessoas com mais de 80 anos, e explicar as suas situações, condições ou relações entre os seus elementos constituintes (Meleis et al., 2012).

Com base nos achados é proposta a prototeoria compreensiva¹⁴ - Cuidado de Enfermagem Existencial à Pessoa com Mais de 80 Anos.

Podendo ser considerada com um nível de abstração de médio prazo, dado os princípios da Teoria de Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad (2008) e em alguns pensamentos da Analítica Existencial de Heidegger (2009) usados para analisar e interpretar os dados e de igual modo sustentar a visão e os elementos que a constituem.

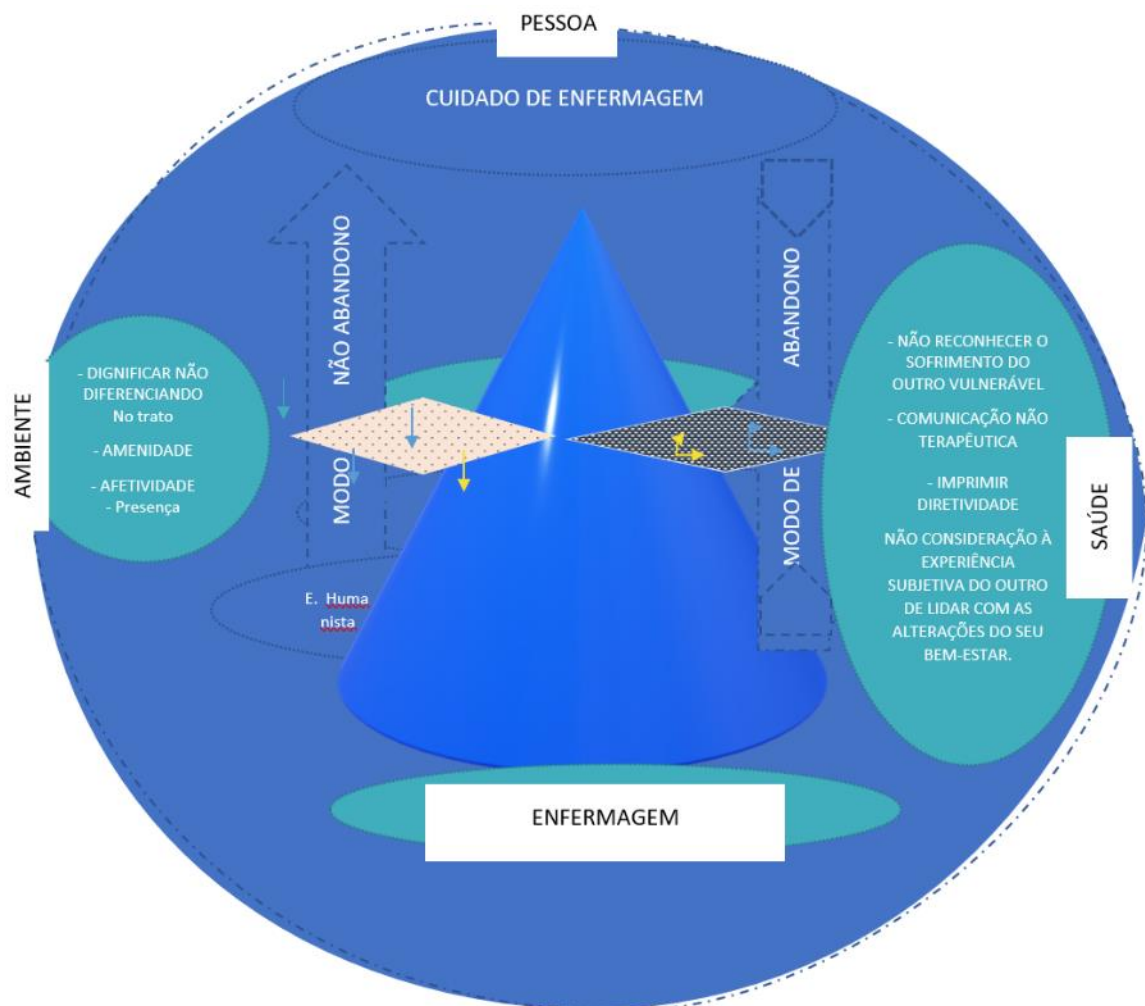
Com um campo de ação delimitado à aplicação destes componentes teóricos, mas útil para desenvolver intervenções de enfermagem específicas (Davidoff et al., 2015) às pessoas com mais de 80 anos, em situação de não dependência de outros para as suas atividades de autocuidado, e a viver no seu ambiente domiciliário, com alteração do seu bem-estar existencial e conseqüentemente da sua saúde.

A presente prototeoria destaca o carácter ontológico do cuidado de enfermagem humanístico que se vincula à essência da natureza humana, e à valorização do sentido de *ser* da pessoa com mais de 80 anos e, do enfermeiro que permite que cada momento de cuidados, seja vivido com base na possibilidade de “expansão” da dimensão da existência da pessoa e não nas limitações ou declínio das suas capacidades.

¹⁴ “Cuidado de Enfermagem Existencial à Pessoa com Mais de 80 Anos”, etapa intermediária entre o modelo e a teoria, uma concepção que nasce de modelos heurísticos, que têm primeiro uma instância fenomenológica e depois uma instância tipo-essência, e que deve amadurecer para se tornar uma teoria (Batista, 2004).

Esta prototeoria de cuidado de enfermagem com fundamento fenomenológico, constituída a partir da vivência quotidiana das pessoas com mais de 80 anos, permite reforçar a enfermagem como disciplina e profissão do cuidado humano, porque estará mais próxima do sentido de *ser* das pessoas cuidadas e por isso, do que a caracteriza como ciência do cuidado humano.

O cuidado de enfermagem existencial à pessoa com mais de 80 anos, explica o cuidado de enfermagem no complexo dos comportamentos humanos, na forma e na estrutura de uma relação intersubjetiva entre seres, a pessoa/família/comunidade e o enfermeiro, tendo em vista a resolução das situações de saúde e de vida com foco no seu bem-estar existencial, que se pretende ilustrar no esquema 4.



Esquema 4. Cuidado de enfermagem Existencial à pessoa com mais de 80 anos.

Esta estrutura considerada complexa na medida em que sendo a mais próxima de nós, no entanto na maioria do tempo e das situações não a vemos e para chegarmos até ela, é preciso mergulharmos onde estamos e ao que somos, na condição humana, o que se constitui na sua essência. Mostra como comportamentos e ações simples que os enfermeiros podem usar para cuidar as pessoas com mais de 80 anos a alcançarem bem-estar no seu processo de cuidados (Amendoeira, 2001), advém-lhe eficácia, porque tende a ir ao encontro do *ser*, no que ele tem de mais essencialmente humano.

O ambiente significativo de cuidado (Swanson, 1991) refere-se sobretudo aquele em que a pessoa se sente valorizada do ponto de vista humano, retratado no cenário das relações humanas com afeto positivo partilhado.

5.1 – Os conceitos da prototeoria Cuidado de enfermagem existencial à pessoa com mais de 80 anos

No sentido da compreensão e descrição da prototeoria Cuidado de enfermagem existencial à pessoa com mais de 80 anos, apresentam-se os conceitos ou frases resumo, que expõem as principais ideias, observações e experiências acerca do fenómeno sentir-se abandonado – pessoa com mais de 80 anos (Fawcett, 2005; Meleis, 2007).

Pessoa com mais de 80 anos – ser humano no mundo – que vive numa totalidade articulada, com dimensões complementares, nomeadamente a existencial, que se encontra em permanente concretização de si enquanto *ser* e fortemente caracterizada pelo já vivido, resultante dos sentidos e significados das suas experiências de relação com o mundo e com os outros seres humanos no seu mundo.

Cuidado de enfermagem existencial – um modo de proceder em presença terapêutica face à pessoa que vivencia situações de saúde e de vida, interessado no sentido existencial da experiência (presente, passadas e futuras), cabendo à própria pessoa atribuir sentidos e significados ao envolvido naquela situação de saúde e de vida, e ao enfermeiro cabe tomar a iniciativa, abrir possibilidades a criar um encontro com ações de sentido ontológico (relação / encontro entre seres) com vista às resoluções das necessidades de saúde ou outras identificadas e ao seu bem-estar existencial.

Saúde – para as pessoas com mais de 80 anos tem um significado do sentido da posse da capacidade de ativação de potencialidades de uma reserva funcional para enfrentar, ultrapassar e atribuição de sentido aos eventos adversos da vida, que resulta no sentimento de bem-estar existencial pela preservação do seu sentido de *ser*.

Ambiente (físico e subjetivo) – O ambiente envolve desde um espaço físico até um condicionamento não físico, circunstâncias / contextos / resultantes da relação da pessoa com mais de 80 anos com o mundo e com os outros. Refere-se ao seu mundo / à realidade particular onde vivencia as suas experiências, e às quais reage de forma global e que resulta em possibilidades mais ou menos promotoras, mais ou menos favoráveis à realização do seu sentido de *ser* (como algo se torna presente, manifesto, percebido e conhecido) e que influencia o modo de concretização da sua existência.

Bem-estar existencial – noção subjetiva da vivência de aspetos na vida da pessoa que produzem ressonância positiva pela harmonia da realidade vivida à sua essência/*ser*, e que contribuem favoravelmente para a manutenção do sentido de uma vida humana significativa. Não resulta apenas da presença de um conjunto específico de circunstâncias e das condições objetivas que se possui, mas sobretudo no impacto favorável que essas vivências têm sobre a forma como se sente na vida em geral e que capta uma avaliação reflexiva positiva sobre a forma como ela se desenrola quotidianamente.

5.2 – Proposições da prototeoria Cuidado de enfermagem existencial à pessoa com mais de 80 anos

As afirmações seguintes ou proposições ajudam a identificar o fenómeno e a interrelacionar os conceitos antes apresentados, (Fawcett, 2005), e que apoiam a argumentação e compreensão da construção da prototeoria proposta.

B 1) A pessoa com mais de 80 anos pode sentir-se abandonada numa dimensão física se se sentir (posta de lado) excluída pelas pessoas, para as quais considerava ter valor e ser significativa; sentir falta da partilha de afetos positivos em relação à sua pessoa numa relação de pertença importante construída ao longo da sua existência; não ser visitado pelas pessoas para si significativas, sentir que os familiares dão mais valor aos bens materiais do que à sua pessoa, ter de abandonar o seu lar.

B 2) A pessoa com mais de 80 anos pode sentir-se abandonada enquanto ser-no-mundo numa dimensão não física: se viver em sofrimento permanente não aliviado, pela falta de atribuição de um sentido, que a impede de usufruir bem-estar existencial nas suas vivências, como a perda do cônjuge por morte, e ficar em luto permanente durante vários anos; viver sozinha e sentir solidão, viver acompanhada, mas sem afetos positivos; viver a angústia extrema do receio da perda de autonomia, que a impedem de ter vivências com sentido ontológico.

B 3) Os determinantes para a vivência de *sentir-se abandonado* não estão exclusivamente por relação a fatores físicos e a fatores não físicos, ainda que experiências similares apontem para idêntica vivência, algumas pessoas demonstram face a circunstâncias idênticas, como a perda de pessoas significativas, viver sozinho, o desenvolvimento de formas de estar no sentido da procura de criar harmonia interior, como a aceitação dessa circunstância como sendo a sua forma própria de cumprir a sua existência e assim gerir aceitando as suas novas situações ou ambientes ainda que adversos, de forma apaziguada. Ainda que implique sofrimento, o sentido de dar continuidade, de se responsabilizar pela sua melhor existência mantem-se, sendo possível usufruir momentos de bem-estar existencial nas experiências de vida atuais, e nas já vividas.

O estado de *sentir-se abandonado* – pessoa com mais de 80 anos, resulta da percepção de que a relação matricial da pessoa ao seu lócus de pertença (que ela própria define) se definiu ou extinguiu com base na noção da diminuição do seu apreço, valor, estatuto de *ser*, que a impede do usufruto de uma existência humana significativa.

Estado de considerar viver ou ter vivido experiências de forma a usufruir e concretizar com êxito a sua existência humana, baseado na crença de ter conseguido aproveitar satisfatoriamente as possibilidades do seu *poder vir a ser*, e as que efetivamente concretiza e ou concretizou, e que refletem subjetivamente uma conexão positiva (relação ontológica) do vivido e do já vivido ao seu sentido de *ser*. Trata-se um estado próximo do desenvolvimento de uma mestria (Meleis et al., 2012) para viver a longevidade e as suas vicissitudes com bem-estar existencial.

A 1) As pessoas com mais de 80 anos possuem e procuram o sentido de *ser* na sua existência, e que se torna presente, manifesto, percebido e conhecido em cada experiência

vivida, sempre que atribuem nexos entre o vivido no manifesto dos comportamentos, relacionamentos humanos e a sua essência.

P 1) As **respostas humanas das pessoas** com mais de 80 anos, às suas experiências / aos diferentes aspectos do seu processo de vida / saúde / doença constituem-se por componentes que ultrapassam a dimensão física e psicossocial, vivenciam também a dimensão existencial que requer atenção e cuidado (Paterson & Zderad, 2008), uma vez que influencia os seus valores e significados subjetivos dados à vivência de cuidar de si, dos outros e da manutenção da vida e expectativas acerca do cuidado de enfermagem.

P 2) Decorrente da sua experiência de vida, as pessoas com mais de 80 anos possuem uma maturidade e serenidade exclusiva, que lhes permite compreender aquilo que lhes é mais ou menos próprio à sua essência, ou seja, são capazes de ter um maior envolvimento com o seu *ser*, e compreensão das vivências que lhes conferem maior sentido na sua existência.

A 2) A vivência autêntica do sentido de *ser* na existência é própria e essencial ao ser humano, sendo concebida numa forma de relação ontológica entre o concreto do vivido e a sua essência. Conduz a que sempre que as experiências, vivências das pessoas com mais de 80 anos no mundo e com os outros, não comportem essa ligação ao sentido existencial e se cinjam simplesmente ao manifesto, ao ôntico, corresponde-lhes identificar o abandono dessa dimensão.

P 3) A forma como a pessoa reconhece a sua existência no mundo sofre influência do seu ambiente (interno), quando atribuem influência positiva ao vivenciarem ou terem vivenciado experiências na vida que lhe faz atribuir um sentido de realização à sua vida pessoal e ao facto de existir, como vivenciar e ter vivenciado afetos positivos na família, no casamento e na vida profissional; ter vivenciado ou vivenciar um casamento feliz; ter desfrutado da vida de forma alegre; o ter no presente capacidade física e cognitiva para atribuir um sentido positivo à sua existência com valor; sentir-se respeitado nas relações com os outros e na comunidade; participar de alguma forma na gestão da vida familiar nos aspectos relacionados consigo.

Igualmente um ambiente (externo) que lhe propicie realizar um trabalho, atividade que integra a percepção humana de si próprio, a atividade depois dos 80 anos, não tem apenas sentido de entretenimento (passatempo), liga-se com a continuidade do sentido de estar

sendo-no-mundo, ter uma atividade liga-se com uma necessidade existencial de cuidar de si da sua subsistência, liga-se com a sua identidade e com o seu autoconceito de poder cuidar da sua existência dentro das suas possibilidades.

P 3) As pessoas estabelecem e elegem relações existenciais com o seu espaço casa (Merleau-Ponty, 1999), que é compreendido como um prolongamento da possibilidade da sua existência, tal como deixá-lo significa poder deixar de ser si próprio na sua existência.

P 4) A pessoa relaciona a sua saúde e bem-estar ao seu ambiente (interno e externo) na medida em que é sobretudo pela preservação da possibilidade de continuar a sentir emoções positivas, da troca de afetos com as pessoas e os espaços significativos, que a noção subjetiva do seu eu, dá sentido à sua existência.

Ambiente de bem-estar existencial – envolve partilhar a existência com alguém, o sentimento de importância especial mútua, para as pessoas com mais de 80 anos, a família (os filhos e o cônjuge) e o seu lar são a base para manter esse ambiente, o ambiente de cuidados em bem-estar existencial é o que valoriza a pessoa enquanto ser que existe naquele momento.

P 5) As pessoas com mais de 80 anos, reconhecem influência positiva na sua existência pela sua crença de fé em Deus. Relação biunívoca pela crença, é um suporte para lidar de forma menos vazia e mais acompanhada face às expectativas, indefinições da vida e encaminhamento para o fim da mesma.

P 6) A interdependência do ambiente sobre a pessoa é compreendida igualmente como negativa quando vivenciado por relação a aspetos que têm um efeito pejorativo sobre o sentido da sua existência, o sofrimento sem sentido atribuído por si, à perda do cônjuge por morte, reagindo viver em luto permanente muitos anos após a sua morte, e que se caracteriza por deixar de cuidar da sua existência.

A pessoa que vive em luto permanente existe, vive, mas é com vista a cuidar da sua existência na forma de ocupação, o *ser* individual perde a capacidade de existência autêntica sem ligação recíproca a outro(s), aparentemente sofre por incompletude.

As relações familiares, sobretudo com os filhos, são compreendidas como as relações a quem a pessoa interiorizou como parte de si mesmo, pela fusão de entre o seu *ser* e o *ser* desses outros, e quando existem conflitos com os filhos, é sentida a perda ou ausência de

compreensões entre *seres*. As pessoas passam a ter uma compreensão das suas vivências menos completa, dado que estar envolvido, ter construído aquela relação, é muitas vezes a única e é o fundamento da sua existência e reconhecem ausência de sentido, para que os filhos se afastem, não apoiem, não visitem ou guerreiem pela posse de bens materiais de herança.

P 7) Sentem-se em solidão, quando as suas possibilidades de ser-com (de se relacionar com os outros) no mundo cessam por falta de saúde que possibilite o convívio social, quando vivem acompanhadas em presença física dos filhos, mas não sentem que têm para estes um significado positivo demonstrado pela falta de afetos partilhados ou demonstração de indiferença face à sua presença e existência.

P 8) As pessoas com mais de 80 anos na sua existência estão inextricavelmente ligadas a outros seres humanos, nesse sentido têm para si relações ontológicas a outros seres humanos que são uma projeção, uma continuação da sua existência dada a interdependência do seu *ser* a esses seres, estabelecida pelos vínculos afetivos, personificados na família constituída, sobretudo pelos filhos e o cônjuge. Esta forma de relação é o expoente máximo de cuidado (Heidegger, 2009) entre seres humanos, envolve alguém a quem se sente partilhar a existência, e por isso considerada a sua existência importante, é uma forma de cuidado que é procurado manter (dar e receber) durante toda a sua existência, que é o fundamento da existência humana e que pretende significar um modo de existir percebido por estima pelo seu *ser* e pelo *ser* de outrem.

P 9) Os valores humanos universais imateriais nas relações sociais como a bondade, a honradez, a interajuda, a procura de estar em sociedade fundado no bem comum, a partilha entre seres humanos, e os actos de estima, consideração entre seres humanos, são actos que perspetivam a natureza ontológica da relação entre seres humanos.

A sua ausência na sociedade empobrece a relação as pessoas, a falta de consideração de não saudar nas relações sociais, é um ato de indiferença entre seres iguais, e um estado cego à essência que cada um comporta e necessita concretizar na relação com os outros conviventes na sua existência.

P 10) Na sua experiência de vida aos 80 anos, embora sendo pessoas autônomas nos seus autocuidados, sentem alterações fisiológicas do corpo, que levam a modificação de relação com o mundo, e com os outros.

A ideia de promover a saúde para as pessoas com mais de 80 anos engloba uma vivência subjetiva em interligação dinâmica da pessoa ao seu ambiente, está integrada na qualidade e na adequação às experiências auferidas pelos sentidos e emoções, na interdependência com o seu mundo, com a família e com as suas crenças.

A independência e autonomia na capacidade de realizar as suas atividades de autocuidado ao seu próprio ser, é uma estrutura fundamental do ser humano, sendo essa a forma de cuidado mais ontológica, é um valor, dado que o ser humano assume preocupação com a sua existência cuidando-se, e essa é maneira inscrita no *ser* das pessoas com mais de 80 anos. A angústia pela perda da mesma, trata-se de uma inquietação relacionada com a finitude da existência, mas, que é entendida pelas mesmas como uma condição a que não podem fugir, e a qual ninguém se substitui dado o caráter mortal do ser humano, sendo entendida natural, dada a impossibilidade de existência eterna. No entanto, é a dependência e as suas formas de sofrimento que provocam obscuridade para a existência, pois cuidar do próprio *ser*, não é qualquer coisa que se junta ao ser do exterior, mas um acontecimento do *ser* que o autocuidado permite.

O sentimento do potencial de saúde é individual a cada pessoa, e refere-se mais ao bem-estar do que à cura ou ausência de diagnósticos de doenças, tal como a dependência se relaciona mais com o ser velho do que a idade cronológica.

A experiência de superação de episódios agudos de mal-estar, fazem parte do processo de transformação/mudança da pessoa.

O cuidado de enfermagem promotor de bem-estar existencial tem um sentido ontológico, que compreende as pessoas com mais de 80 anos enquanto seres no mundo por relação à sua existência e não apenas por relação à sua idade cronológica, e que nas suas relações quotidianas atualmente vividas consigo próprias, com mundo e com os outros, estão inseparavelmente ligadas ao já vivido, sendo um elemento chave para a compreensão das suas experiências atuais e da relevância do seu significado nas suas vidas.

O interesse pelo sentido de *ser*, significa que nas suas experiências de cuidados de enfermagem, reagem em totalidade à realidade que percebem nas suas experiências e não à que percebemos, compreende-se a valorização da sua dimensão de um *ser* em expansão desde o nascimento à morte e não por referência à variação das etapas da idade cronológica, mas à sua existência.

O cuidado de enfermagem existencial funda-se no sentido de *ser* e não na sua idade cronológica, pois a pessoa durante toda a sua existência mantém a perseverança pelo seu sentido de *ser*, de se entender a si mesmo e aos outros entes significativos como seres humanos valiosos e enquanto a sua percepção de *ser* se mantiver, considera-se, merecedor desse valor e é-lhe essencial sentir e partilhar esse valor por si e por alguém.

O cuidado de enfermagem existencial compreende uma atitude terapêutica, fenomenologicamente coerente na medida que procura ativamente o sentido existencial nas experiências de cuidados, o que significa que se foca sobretudo na pessoa, no seu sentido de *ser*, o sentido e os significados que as experiências de saúde/ doença representam na sua vida, mas o sentido de *ser* não dita as circunstâncias, ou seja nunca está pronto ou pré-estabelecido, é uma possibilidade aberta de ser vivida em cada situação, em cada experiência de cuidado de enfermagem.

O modo de cuidado de enfermagem existencial à pessoa com mais de 80 anos, caracteriza-se pela procura de sincronia da dimensão comportamental à existencial, entre o profissional e a pessoa, podendo apenas os envolvidos avaliar essa ocorrência pela ressonância à sua essência.

Para as pessoas com mais de 80 anos uma experiência de cuidados de enfermagem com sentido existencial é aquela que decorre com amenidade com o profissional, muda o modo indiferente e impessoal, para um modo de interesse mais autêntico e essencial entre *seres*; os comportamentos e falas menos formais e mais “descontraídos” por parte do profissional, ajudam a pessoa a descentrar-se do sofrimento físico e emocional que possa sentir; “dar uma palavra” à pessoa, deter-se pela sua pessoa, é uma atitude profissional de humanização e que gera sintonia à dimensão existencial, bem como a presença física do profissional acompanhada de envolvimento pessoal e de afeto; a experiência de cuidados de saúde para as pessoas com mais de 80 anos, é sempre considerada articulada aos seus

entes significativos, qualquer experiência de cuidados de enfermagem envolve as pessoas por quem tem afeto (normalmente os filhos, os netos e o cônjuge).

O estabelecimento de uma relação de igualdade para com a pessoa preserva a sua percepção de dignidade humana.

A parceria ou substituição da pessoa nas atividades do seu autocuidado tem para si um significado profundamente existencial, necessitar de ajuda ou ser substituído implica sempre uma perda do sentido existencial do cuidado por si próprio e pela sua existência.

Uma experiência de cuidados de enfermagem que possibilite a pessoa manifestar as suas características existenciais comporta a dimensão ética de promover o valor da dignidade humana.

6 – PRINCIPAIS CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES DO ESTUDO

Ao concluir este relatório de investigação importa sistematizar o que este estudo desvelou de mais relevante, o que acresceu ao conhecimento, bem como as implicações que poderão advir para a educação em enfermagem e para a investigação em enfermagem.

Por esta investigação se sustentar num percurso metodológico fenomenológico hermenêutico e numa análise compreensiva, consequentemente ancorada no círculo hermenêutico, e o fenómeno *sentir-se abandonado* referir-se às vivências do ser humano, significa que o mesmo não tem uma só interpretação. Pode ser compreendido de diferentes formas, conforme as pessoas/participantes e o seu contexto, esta investigação revela uma dessas formas de compreensão, constituindo-se naquela que se evidenciou ser capaz e credível para melhor atingir o objetivo estabelecido e responder às questões de investigação colocadas.

Para compreender o significado de *sentir-se abandonado* – pessoa com mais de 80 anos, realizaram-se entrevistas fenomenológicas, a pessoas de ambos os sexos nessa faixa etária o que permitiu aceder aos seus relatos no seu contexto natural. Mas, as pessoas com mais de 80 anos são compreendidas enquanto *seres* em desenvolvimento, e na fenomenologia hermenêutica o contexto histórico está implícito na compreensão do fenómeno explorado, pelo que os depoimentos dos participantes em outra fase da sua vida poderiam conduzir a outros resultados e interpretações. Igualmente por outros investigadores, dado que nesta abordagem metodológica, o significado pode ser influenciado pelos sistemas de crenças da investigadora.

Considerando o desenho de investigação utilizado, importa frisar que as conclusões deste estudo são válidas para os contextos de onde emanaram (contexto de vida dos participantes), sendo reveladoras das experiências através das entrevistas.

Este estudo acresce ao conhecimento de enfermagem a compreensão das experiências subjetivas das pessoas entrevistadas, pessoas com mais de 80 anos, reveladoras de aspetos relacionados com o processo de envelhecimento individual humano, e por revelar a natureza da experiência humana, contribui para o desenvolvimento do conhecimento da enfermagem, de aspetos relacionados e com influência na sua saúde e no seu bem-estar, que são foco da área de intervenção da enfermagem.

A fenomenologia hermenêutica possibilitou a compreensão daquele estado de sentir-se abandonado percebido em algumas pessoas nos cuidados de enfermagem, não conjugado à presença ou ausência de companhia física de alguém, embora possa ter significados que diferem de pessoa para pessoa, mas está fortemente relacionado à dimensão existencial da vida humana.

Revelou que a temática do abandono para além de ato ou condição individual, pode compreender uma dimensão subjetiva resultante da percepção da falta de valor, do estatuto de *ser* na relação com os outros e com o mundo.

Esta investigação acresce (ainda) ao conhecimento de enfermagem a compreensão das pessoas com mais de 80 anos, são reguladas matricialmente pelo sentido de *ser*, que se constitui na sua relação com o mundo, com os outros e na expectativa face aos cuidados de enfermagem, e nesse sentido revelam que têm necessidades de serem considerados e valorizados enquanto *seres-no-mundo*, em cumprimento de uma existência e que a dimensão ontológica do cuidado de enfermagem é agente facilitador ou inibidor para atender a essa necessidade.

Representa uma perspectiva sobre a pessoa com mais de 80 anos, que independentemente da idade e da sua condição de saúde, capacidades físicas e ou cognitivas, essa pessoa é, está sempre sendo, e existindo como ser completo, significa que enquanto *ser*, o seu valor nunca se exime conforme as suas capacidades físicas e intelectuais, expande-se à sua existência. Faz emergir a valorização dessa existência, constitui-se numa base efetiva para relações humanizadas e terapêuticas nos cuidados de enfermagem às pessoas com mais de 80 anos.

O significado de *sentir-se abandonado*, foi sendo construído a partir de detalhes expressos nas experiências vividas pelas pessoas com mais de 80 anos. Pormenores que surgindo espontaneamente durante as entrevistas, foram percebidos por terem significado para a investigadora, para a enfermagem.

Da escuta atenta dos participantes resultou a compreensão de que a pessoa com mais de 80 anos necessita sentir a sua existência notada, se possível sentir-se em apreço com alguém, por alguém ou por algo (o seu lócus de pertença). O estado de *sentir-se abandonado* – resulta da percepção de que a sua relação matricial ao seu lócus de pertença

(que ela própria define) se definiu, com base na noção da diminuição do seu valor, estatuto de *ser*, que impede o usufruto de uma existência significativa para si.

A pessoa com mais de 80 anos, na sua situação particular de vida, necessita de sentir ser-com os outros para sentir a sua existência plena, e compreende-se em permanente relacionamento com outros seres humanos, essencialmente os filhos, pela demonstração de se manterem preocupados uns com os outros, e de manifestarem afeição mútua, significa que compartilham a mesma situação de afeto e nessa relação, são igualmente considerados enquanto seres.

A pessoa com mais de 80 anos para se sentir em *bem-estar existencial* necessita de sentir a sua existência valorada por afetos positivos partilhados ao seu *bando*, (família – os filhos) o seu *locus* de pertença. Essa relação parece ser o fundamento, o conteúdo para qualificar em termos existenciais o *ser* no mundo com os outros, pois tem sentido ontológico. Também as emoções auferidas pelo seu espaço-casa; e a manutenção da sua identidade pelo autocuidado independente, são determinantes do seu bem-estar existencial.

A pessoa com mais de 80 anos ao longo da sua existência estabeleceu laços com outros seres humanos e aos quais se mantém ligada depois dos 80 anos, sendo os mais duradouros, e os mais significativos, quase sempre também os únicos, e nos quais tem necessidade de se continuar a sentir incluída e de manter-se parte dessa relação. Sentir-se excluída, sentir a perda do lugar no *bando* subtrai identidade e reconhecimento à sua existência humana, não se incluir é tido como resto e, por conseguinte, acaba por perder o seu valor.

O estudo do significado de sentir-se abandonado – pessoa com mais de 80 anos, trata-se de um fenómeno que se relaciona com a natureza do cuidado de enfermagem, uma vez que, para que a pessoa viva uma existência humana significativa e de não se sentir abandonada, precisa de ser compreendida enquanto *ser* inteiro, e sentir a sua existência valorizada, a que o cuidado de enfermagem existencial, por comportar um horizonte ontológico de compreensão da pessoa, permitindo-a *ser* presença no cuidado, considerando-a na sua vivência, no seu modo, de ‘ser si-mesmo’, aproximamo-nos do ‘ser-aí’ na sua condição de saúde e de vida, possibilita acompanhar e valorizar a sua experiência, sempre em abertura para a sua própria essência e dignidade.

As pessoas participantes neste estudo revelaram expectativa face ao cuidado de enfermagem que o mesmo seja agente facilitador e promotor de bem-estar existencial, com vista à resolução das suas situações de saúde e de vida, num modo de proceder em presença terapêutica, tendo em vista o sentido existencial na experiência.

Os participantes ao destacarem nas experiências de cuidados de enfermagem as intervenções dos enfermeiros que maior significado positivo tiveram naquela sua situação particular de vida e relevaram, considerarem-se dignificados como pessoa por tratamento não diferenciador entre pessoas, associar os cuidados de saúde a uma boa experiência; sentirem-se cuidados com amenidade, sentirem envolvimento afetivo na relação com o enfermeiro e não terem razões de queixa dos cuidados de enfermagem, segundo a sua linguagem.

São aspetos que pelo sentido apontam para a valorização da vivência de aspetos que decorreram do permeio “do que foi feito ao como foi feito”, “do que foi dito ao como foi dito”, “como as fez sentir positivamente” num sentido do envolvimento do físico ao não físico de seres humanos. Aludindo a que o cuidado de enfermagem compreende uma dimensão de intervenção no corpo físico, enquanto dimensão ôntica, mas que esses cuidados preveem uma determinação ontológica de esforço de o entender a vida a partir do *ser*, implica não apenas estar à disposição do Outro, mas também estar com Ele com o todo de si mesmo, envolve uma reciprocidade, a pessoa cliente é vista como uma presença, uma existência significativa, como uma pessoa e não como um objeto, como uma função ou um caso e nesse sentido, com potencial de atribuição de valor ontológico a esses cuidados de enfermagem.

As experiências das pessoas com mais de 80 anos nos cuidados de enfermagem de sentir o seu sofrimento não reconhecido pelo profissional de saúde; sentir-se não escutado pelo profissional de saúde; cumprir com quem manda; sentir não consideração pelas manifestações de alteração no seu bem-estar, revelam sentidos de atos humanos que para as pessoas se constituíram limitadoras de experiências existencialmente positivas, para si contrárias à sua essência de seres humanos cuidados por outros seres humanos. E que conceptualmente se compreendem em modos limitadores do compromisso de tornar a presença de quem cuida, em um modo de presença terapêutica *ser-ser ou existência-existência*.

Significa que estar-com a pessoa com mais de 80 anos, envolve dois seres humanos, o enfermeiro tem o seu '*ser-aí*' envolvido com o "ser-que-está-doente", ou com "alteração do seu bem-estar", e a partir do momento que assume o cuidado pela pessoa, passa a "ser-com-o-outro", e essa relação afeta sempre, de alguma forma, as suas existências.

A compreensão dos participantes enquanto seres no mundo em desenvolvimento, evidenciou que sofrem processos de transições que se caracterizam em destruturação e de reestruturação do seu *ser*, decorrentes de alterações na sua saúde e bem-estar. Esses processos, são sobretudo desencadeados pela percepção de mudanças na sua vida *de ser-no-mundo*, após eventos de rutura na sua vida, como a ocorrência de doença geradora de dependência no seu autocuidado; a necessidade de deixar a sua casa; a morte do seu cônjuge.

Viver depois dos 80 anos comporta para todos os participantes a consciencialização da vivência de uma transição de desenvolvimento, pois narraram sentir-se envolvidos por mudanças ocorridas na sua vida, que implicaram modificações e adequações dos hábitos depois dos 80 anos relatando-as de forma integrada na sua atual identidade.

Alguns participantes relataram transições relacionadas e simultâneas, pela vivência de doença, que lhes trouxe como consequências mudanças físicas diminuição das capacidades físicas e em consequência a mudança para a casa dos filhos, onde os seus papéis se modificaram, bem como a alteração da sua relação com o seu espaço casa, pois a casa dos filhos não significa a sua casa.

No elemento *sentir-se com saúde* identifica-se a percepção e consciencialização das mudanças significativas ocorridas na sua vida, levando à aceitação e à mudança de comportamentos e uma outra definição de si, no contexto social (Meleis, 2010).

É um tipo de *consciencialização* que denota que as pessoas foram construindo e que têm relação com a constatação das mudanças que foram ocorrendo e da percepção e acomodação às mudanças que vão acontecendo na vida, após um determinado acontecimento ou ocorrência mais ou menos paulatina, mas que afeta a percepção de si próprios.

Os eventos críticos relatados como pontos de rutura de *ser-no-mundo*, foram o ter de deixar o seu lar, a sua casa de forma não programada, que provoque alteração nas

capacidades do autocuidado e que provoque a dependência em algumas atividades de autocuidado como fazer a higiene pessoal e as refeições.

As condições pessoais relatadas pelos participantes que lhes facilitam que a transição desenvolvimental envelhecimento ocorra de forma mais saudável são: a harmonia familiar, ter (ou ter tido) um casamento feliz; ter filhos que dão suporte físico e emocional e afetos positivos, ser independente e autónomo no autocuidado, viver a sua própria forma de espiritualidade de vida, ser alegre; atribuir um significado de realização à vida vivida (como por exemplo ser pai, ser mãe).

O atribuir de um significado existencial positivo ao sentido da vida construído a partir da interpretação que cada um faz da realidade que o envolve e experiencia, constitui-se para os participantes como fator facilitador enquanto condição que facilita a qualidade da experiência de transição no processo de envelhecimento.

As condições pessoais que dificultam que as transições ocorram de forma saudável, dado que acarretam ausência de bem-estar existencial são: a existência de conflitos familiares, a agudização ou surgimento de doença, viver só e em solidão; a ocorrência da quebra de uma relação de pertença importante (primordial como é a de pais e filhos); a falta de recursos económicos para fazer face às suas necessidades pessoais.

As condições da comunidade favorecedoras enunciadas pelos participantes passaram por sentir a sua existência valorizada pelos outros, pelo reconhecimento do seu contributo para o bem comum através da profissão que exerceram ou de atividades de voluntariado que mantêm.

As condições da comunidade (ser-com) dificultadoras reveladas foram, viver em casa dos filhos e sentir que a sua existência não faz parte, não completa a sua família; ao nível das relações interpessoais sociais o sentirem-se diferenciados baseados na idade e não atenderem à manutenção, à presença das suas capacidades cognitivas.

Sentir-se envolvido e interagir com os outros e com o mundo pelo sentido de vínculo, de pertença das pessoas com mais de 80 anos ao seu *bando* família, à sua comunidade; ao seu espaço (casa); os afetos positivos são um aspeto fundamental para o seu bem-estar, são padrões de resposta identificados nos seus discursos que para as pessoas com mais de 80 anos, e indicadores de um processo de envelhecimento que mantém o sentimento de

sentir-se um ser no mundo. São indicadores do processo de envelhecer como uma determinação ontológica do existir humano, de ser-no-mundo consigo próprio e com os outros.

Sentir-se com saúde, tal como apontado pelos participantes, pode ser entendido como o significado de uma experiência humana de aceitação e ao mesmo tempo de enfrentamento, cujo resultado é um estado de mestria dado que evidenciam sentir ter confiança no seu potencial, e relatam os comportamentos adotados para lidar com as suas circunstâncias de vida após os 80 anos.

As percepções das mudanças a nível físico também podem ser entendidas como indicadores da evolução favorável da reconstrução da sua identidade, para os participantes a vivência das alterações fisiológicas do corpo, comporta modificação das experiências existenciais de viver os seus espaços, as suas coisas, os relacionamentos sociais, ou seja, implica uma nova e diferente relação de *ser-no-mundo* e *ser-com*.

Encarar a finitude da vida como um existencial do ser humano trata-se de uma integração fluida da transição do envelhecimento.

As transições representam o ponto de desequilíbrio, a modificação, a destruturação no modo de ser consigo próprio, com os outros e com o mundo, resultando num modo de ser mais deficiente, e o retorno ao ponto equilíbrio e sentido de reestruturação do seu *ser*.

As pessoas com mais de 80 anos consideraram que nas situações de saúde-doença o cuidado de enfermagem com sentido de não abandono da dimensão existencial, tem um potencial para favorecer a aproximação ao que lhes é próprio do ser, entendidas por isso como terapêuticas de enfermagem para a pessoa com mais de 80 anos que vivencia transições de saúde-doença ou “mal-estar, bem-estar”.

A valorização da vivência de transições por parte das pessoas com mais de 80 anos, decorre do impacto que as mesmas podem ter na sua saúde e bem-estar, uma vez que estão associadas ao aumento de vulnerabilidades que requerem intervenção terapêutica de enfermagem (Meleis, 2007). No entanto a sua identificação, caracterização e compreensão só é possível a partir do significado que a própria pessoa atribua a determinado evento na sua vida, o que só pode ocorrer num espaço de interação, partilha, escuta entre o enfermeiro, tal como na proposta de cuidado estruturado em momentos cuidativos como

sejam, querer esforçar-se para entender o evento, e o significado que tem na vida da pessoa; estando emocional e fisicamente presente para a pessoa; fazer pela pessoa impossibilitada ou incapacitada o que esta faria por si mesmo se lhe fosse possível; facilitar a passagem da pessoa pelas transições da vida depois dos 80 anos bem como eventos desconhecidos; oferecer otimismo realista, ajudando a pessoa a encontrar sentido ao que vivência, envolve acreditar nas pessoas e mantê-las em alta estima, mantendo uma atitude positiva, tais princípios permitem incorporar a criação de um ambiente confortável de atender às necessidades com mais de 80 anos e por isso propício à cura (Swanson, 1991).

A teoria de Enfermagem Humanística (Paterson & Zderad, 2008), a estrutura de Cuidar (Swanson, 1991) e a teoria de médio alcance das Transições de Meleis (2010), na sua conciliação conceptual em torno do fenómeno sentir-se abandonado, permite edificar o conceito de presença terapêutica de enfermagem como uma das dimensões do cuidado de enfermagem potenciadora para atender às necessidades específicas das pessoas com mais de 80 anos.

Implicações para a investigação

Há necessidade de a investigação em enfermagem estudar permanentemente o cuidado em geral e especificamente às pessoas vulneráveis, como podem ser as pessoas com mais de 80 anos, este estudo fornece compreensão acerca de algumas respostas humanas que podem ser vivenciadas nesta fase de vida, contribuindo para a o desenvolvimento de intervenções que poderão capacitar os enfermeiros a avaliar e a promover o bem-estar destas pessoas.

Por ser um fenómeno pouco explorado no conhecimento de enfermagem e porque os resultados deste estudo não esgotam a compreensão do fenómeno *sentir-se abandonado*, e de forma a aprofundar a compreensão do mesmo, importa continuar a 236nvestiga-lo nomeadamente reproduzindo o seu desenho, a pessoas com mais de 80 anos, dependentes na realização de atividades de autocuidado, mantendo a filosofia existencial na sua sustentação epistemológica e metodológica, a fim de perceber se existe algum tipo de regularidade e similitude nas conclusões. Considera-se ainda haver possibilidade à

continuidade da compreensão do fenómeno, pela realização da análise do conceito *sentir-se abandonado* considerando os elementos constituintes encontradas neste estudo.

Implicações para a educação em Enfermagem

A educação na academia e na sociedade acerca do fenómeno da expansão da longevidade nas sociedades, sob o ponto de vista existencial, acresce a noção de que para os cidadãos a possibilidade de usufruir o estatuto de um *ser* inteiro, independentemente da idade afigura-se como uma forma humanamente sã de envelhecer.

O uso da fenomenologia desvelou algumas as ações de enfermagem que na prestação de cuidados, significam para a pessoa com mais de 80 anos o usufruir do estatuto de *ser*, que não visam tecnicidade e instrumentalização, mas que promovem e fortalecem um cuidado de enfermagem baseados nos significados pessoais e em princípios teóricos e filosóficos que fundamentam a contribuição para a compreensão da pessoa com mais de 80 anos.

A noção de ser-no-mundo para a sociedade do conhecimento fundamenta que os termos, os adjetivos para designar os assuntos, as temáticas relativas às pessoas com mais de 80 anos possam ser designados relativos a pessoa(s) ou a sere(s) humano(s), e não com outros adjetivos que tendencialmente se têm tornado em estereótipos face às pessoas com mais de 80 anos.

De igual modo o estudo dos fenómenos relativos à(s) etapa(s) de vida referentes à velhice focados na existência, ao invés da idade cronológica tendem a dar valor à pessoa, aspeto que é acalentado pelas pessoas mais velhas e pela própria sociedade, conforme explanado nos objetivos das políticas públicas mundiais da OMS.

O significado do já vivido para as pessoas mais velhas é um elemento pedagógico chave para a compreensão das vivências atuais e da sua relevância para a humanização das experiências dos cuidados de enfermagem.

O conteúdo do cuidado de enfermagem existencial às pessoas mais de 80 anos, por se fundamentar em teorias de caris humanísticas e empíricas da realidade das pessoas mais velhas e constitui-se de evidência, para ser abordado em programas curriculares na formação de enfermagem.

Pela reflexão fenomenológica compreende-se que se em fases de vida anteriores, as pessoas estão mais envolvidas com os afazeres com as obrigações, em responder às solicitações da família, da sociedade, num fluxo direcionado para o fazer, em idades posteriores como depois dos 80 anos, existe maior propensão do ser humano em mergulhar, no que vive e naquilo que é, onde o cuidado de enfermagem existencial terá sentido e porventura proficuidade.

As pessoas com mais de 80 anos no *ser* da Família, são entendidas como elementos que independentemente da idade, produzem afeto para esse ser Família, e desse ponto de vista são importantes para que a família se sinta completa e a pessoa se sinta produtiva para a família.

A perspectiva da existência humana enquanto “ser em desenvolvimento”, é uma estrutura óbvia e simples, mas que precisa ser ensinada porque embora esteja perto de nós, não a vemos, como reflete a fenomenologia, e compreender as limitações da pessoa enquanto limitações humanas, decorrente do cumprimento humano tem um sempre sentido positivo associado ao alcance de longevidade.

O cuidado de enfermagem existencial, pela compreensão da sua matriz de cuidado humanística, revela-se importante para capacitar os enfermeiros a atender ao Cuidado Holístico ou Cuidado autêntico e que pode ser usado para promover e manter bem-estar às pessoas com mais de 80 anos.

As pessoas com mais de 80 anos continuam e continuarão a aumentar nas populações aumentando igualmente a necessidade de cuidados físicos, em sistemas cuidados de saúde que tendem a fragmentar esses cuidados entre diferentes especialidades, atividades e atores, sendo as pessoas com mais de 80 anos potencialmente mais vulneráveis, nesses ambientes física e tecnologicamente mais complexos, os enfermeiros encontram-se idealmente situados dentro desses sistemas de cuidados de saúde para serem defensores, promotores e educadores da dimensão existencial da vida humana da pessoa com mais de 80 anos. As habilidades de escuta são implantadas desde a formação base, incorporar a importância de ouvir a história do cliente pode ser integrado em todo o currículo.

Um fenómeno construído pela sociedade, como o envelhecimento, o seu significado depende do contexto social e histórico. Esta construção afeta a percepção das pessoas

acerca das pessoas com mais de 80 anos e acerca da sua própria idade, e influencia igualmente as decisões que são feitas acerca de recursos, prioridades e valores atribuídos a esses grupos etários. O ensino de enfermagem e a literacia em saúde assentes na dimensão existencial do envelhecimento, e a perceção da vivência da velhice enquanto um *ser* com o futuro alcançado com sucesso, influi positivamente na perceção das próprias pessoas que envelhecem, e na sociedade em geral.

Também pode ser útil na enfermagem de família no processo de ajudar as famílias a destrancar a dimensão existencial, e prever atividades com vista à comunicação, partilha de afetos.

O bem-estar existencial propiciado às pessoas com mais de 80 anos no espaço vivido, na sua própria casa, robustece a evidência do fomentar nas sociedades o propiciar a que as pessoas permaneçam o mais tempo possível nas suas casas, fomentando através de apoio às famílias cuidadoras, e/ou através do desenvolvimento de projetos de redes institucionais, comunitárias, tecnológicas ou outras de supervisão das pessoas com mais de 80 anos garantindo-lhes segurança e dignidade nas suas casas.

Cuidados de enfermagem existenciais à pessoa com mais de 80 anos

O uso ou aplicação na prática da prototeoria Cuidado de enfermagem existencial às pessoas com mais de 80 anos, combaterá o fenómeno de sentir-se abandonado e concorrerá para lidar com o fenómeno do idadismo.

A divulgação dos resultados desta investigação pode contribuir para capacitar os enfermeiros para identificar e prevenir o estado de sentir-se abandonado nas pessoas mais velhas na Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030.

A similitude da perceção do que é para os participantes o Modo de cuidado de enfermagem de não abandono, aos momentos de cuidar da Teoria do Cuidar de Swanson (1991) revela que esta se constitui numa teoria de suporte de resposta às necessidades vivenciadas pelas pessoas com mais de 80 anos.

Este desvelamento a partir das experiências vividas pelos participantes revela também uma interseção entre a fenomenologia e o cuidado enfermagem, podendo ser afirmada como uma das possibilidades de cuidar de modo humanístico as pessoas com mais de 80 anos.

Nos relatos acerca das suas experiências significativas enquanto clientes de cuidados de saúde, nem sempre os participantes evidenciaram os enfermeiros e os seus cuidados, como a primeira ou a referência principal e central nas suas experiências de clientes de cuidados de saúde, o que contrasta com a proximidade conferida aos enfermeiros, nas diferentes tipologias de cuidados do Serviço Nacional de Saúde, denotando que os enfermeiros e a enfermagem, podem ainda tornar-se mais significativos para os seus clientes, nomeadamente para as pessoas com mais de 80 anos. E que os resultados desta investigação abrem caminho a essa possibilidade pela aplicabilidade do cuidado de enfermagem existencial.

Enquanto intervenção terapêutica pode ter diferentes níveis de intervenção na saúde e bem-estar das pessoas com mais de 80 anos, nomeadamente de promoção do bem-estar, na prevenção do sentir-se abandonado e na intervenção face às pessoas que vivenciam ausência de bem-estar. Não se baseia em normas tipo, é a partir de como cada pessoa se sente que a intervenção pode acontecer, centrando-se nas experiências que as pessoas vivenciem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agamben, G., & Burigo, H. (2007). *Homo Sacer, o poder soberano e a vida nua I*. Ed. UFMG.
- Almeida, R. S. (2008). O cuidado na primeira seção de ser e tempo. *Existência e Arte*, 4(4), 1-16. https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/existenciaearte/Edicoes/4_Edicao/rogerio_almeida.pdf
- Almeida, M. C. P., & Rocha, J. S. Y. (1986). *O saber de enfermagem e sua dimensão prática* (2ª ed.). Cortez.
- AGE (2011). *AGE Platform Europe*. <https://www.age-platform.eu/>
- Agustini, F. C. (2003). *Introdução ao direito do idoso*. Fundação Boiteux.
- Amendoeira, J. (2000). O cuidado de enfermagem. Intenção ou acção, o que pensam os estudantes de enfermagem. *Nursing*, 5, 8-14.
- Araújo, P. A. (2007). Nada, Angústia e Morte em Ser e Tempo, de Martin Heidegger. *Revista Ética e Filosofia Política*, 10(2). https://repository.globethics.net/bitstream/handle/20.500.12424/234572/n10-2-5_nada.pdf
- Araújo, M., De Almeida M., Cidrack M., Queiroz H., Pereira, M., & Menescal Z. (2008). O papel da religiosidade na promoção da saúde do idoso. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 21(3), 201-208.
- Assis, M. (2005). Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. *Revista APS*, 8(1), 15-24. <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Envelhecimento.pdf>
- Ayres, J. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 16-29. <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>
- Ayres, J. R. C. M. (2003). Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface*, 8(14), 73-92. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>
- Bahramnezhad, F., Shiri, M., Asgari, P., & Afshar, P. (2015). A Review of the Nursing Paradigm. *Open Journal of Nursing*, 5(1), 17-23. <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2015.51003>
- Barbosa, A. (2010). Processo de Luto. In A. Barbosa, & I. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed). Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Barbosa, K. T. F., Oliveira, F. M. R. L., & Fernandes, M. G. M. (2019). Vulnerability of the elderly: a conceptual analysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(Suppl 2), 337-344. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0728>
- Barton, S. S. (2004). Narrative inquiry locating Aboriginal epistemology in a relational methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 519-526 <https://onestoppipshop.weebly.com/uploads/3/8/5/8/38583033/j.1365-2648.2003.02935.x.pdf>
- Base de Dados de Portugal Contemporâneo [Pordata] (s.d.). *Anos de vida saudável aos 65 anos: por sexo*. <https://www.pordata.pt/Europa/Anos+de+vida+saudável+aos+65+anos+por+sexo-1590>

- Base de Dados de Portugal Contemporâneo [Pordata] (2019). <https://www.pordata.pt/ebooks/PT2018v20180713/mobile/index.html>
- Base de Dados de Portugal Contemporâneo [Pordata] (2020).
- Batista, I. L. (2004). O ensino de teorias físicas mediante uma estrutura histórico-filosófica. *Ciência & Educação*, 10(3), 461-476. <https://doi.org/10.1590/S1516-73132004000300010>
- Bayer, T., Tadd, W., & Krajcik, S. (2005). Dignity: The voice of older people. *Quality in Ageing – Policy, practice and research*, 6(1), 22-29. <https://doi.org/10.1108/14717794200500005>
- Beauvoir, S. de. (1990). *A velhice* (M. H. Franco, trad.). Nova Fronteira.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Benner, P. (1994). The tradition and skill of interpretive phenomenology in studying health, illness, and caring practices. In P. Benner (Ed.), *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health and illness* (pp. 99–127). Sage. <https://doi.org/10.4135/9781452204727>
- Berg, A. I., Hassing, L. B., McClearn, G. E., & Johansson, B. (2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old? *Aging & Mental Health*, 10(3), 257–264. <https://doi.org/10.1080/13607860500409435>
- Berg, A. I., Hoffman, L., Hassing, L. B., McClearn, G. E., & Johansson, B. (2009). What matters, and what matters most, for change in life satisfaction in the oldest-old? A study over 6 years among individuals 80+. *Aging & Mental Health*, 13(2), 191–201. <https://doi.org/10.1080/13607860802342227>
- Blessmann, E. J. (2004). Corporeidade e Envelhecimento: o significado do corpo na velhice. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 6, 21-39. <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/4737/2661>
- Bachelard G. (1996). *O novo espírito científico*. Textos Filosóficos, Edições 70.
- Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina, Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*, 13(2), 11-18. [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_11-18\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_11-18(1).pdf)
- Berenguer, S. C (2013). *Validação do Diagnóstico de Enfermagem Angústia Espiritual* [Tese de Doutoramento não publicada]. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.14/15386>
- Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults: a prospective study. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 257(8), 444–452. <https://doi.org/10.1007/s00406-007-0744-0>
- Boff, L. (1999). *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. Vozes.
- Bolander, V. R. (1999). *Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lusodidacta.

- Bowlby, J. (2004). *Perda, Tristeza e Depressão* (3ª ed). Martins Fontes Ed.
- Boswell, J. (1984). Expositio and Oblatio: The abandonment of children and the ancient and medieval family. *The American Historical Review*, 89(1), 10–33. <https://doi.org/10.1086/ahr/89.1.10>
- Bozzaro, C., Boldt, J., & Schweda, M. (2018). Are older people a vulnerable group? Philosophical and bioethical perspectives on ageing and vulnerability. *Bioethics*, 32, 233–239. <https://doi.org/10.1111/bioe.12440>
- Braga, T. B. M., & Farinha, M. G. (2017). Heidegger: em busca de sentido para a existência humana. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 23(1), 65-73. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672017000100008&lng=pt&tlng=pt.
- Brito, M. A. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado: Uma teoria explicativa* [Tese de Doutorado não publicada]. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde do Porto, Porto, Portugal. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12617/1/tese_alicebrito_reconstrucao_autonomia_autocuidado.pdf
- Bruges, M. (2007). *Mastectomia e Autoconceito*. Lusociência.
- Brustolin, L. A. (2006). A vida: dom e cuidado: Antropologia Teológica e Ética do Cuidado. *Teocomunicação: Revista da Teologia da PUCRS*, 152(36), 441-460. <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/teo/article/viewFile/1732/1265>
- Burns, M., & Peacock, S. (2019). Interpretive phenomenological methodologists in nursing: A critical analysis and comparison. *Nursing Inquiry*, e12280. <https://doi.org/10.1111/nin.12280>
- Bynum, W. E., Artino, A. R. Jr, Uijtdehaage, S., Webb, A. M. B., & Varpio L. (2019). Sentinel Emotional Events: The Nature, Triggers, and Effects of Shame Experiences in Medical Residents. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 94(1), 85-93. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000002479>.
- Bynum, J. P., Barre, L., Reed, C., & Passow, H. (2014). Participação de adultos muito idosos nas decisões sobre cuidados de saúde. *Tomada de decisão médica: um jornal internacional da Society for Medical Decision Making*, 34(2), 216–230. <https://doi.org/10.1177/0272989X13508008>
- Cabral, R. (2003). *Temas de Ética*. Universidade Católica Portuguesa.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. da, Jerónimo, P. G., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.ffms.pt/FileDownload/b45aa8e7-d89b-4625-ba916a6f73f4ecb3/processos-de-envelhecimento-em-portugal>
- Cerqueira, M. M. A (2010). A pessoa em fim de vida e família: o processo de cuidados face ao sofrimento [Tese de Doutorado não publicada]. Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal. <http://hdl.handle.net/10451/3614>
- Cabanas, J. M. Q. (1998). *Pedagogía axiológica: la educación ante los valores*. Ed. Dykinson.

- Caldeira, S., Carvalho, E. C., & Vieira, M. (2013). Spiritual distress-proposing a new definition and defining characteristics. *International journal of nursing knowledge*, 24(2), 77–84. <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2013.01234.x>
- Caldeira, S., & Timmins, F. (2017). Implementing spiritual care interventions. *Nursing Standard*, 31(34), 54–60. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10313>
- Canaval, E., Gladys, E., Jaramillo, B., Deisy, C, Rosero, S., Haydee, D., Valencia, C., & Germán, M. (2007). La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el postparto. *Aquichan*, 7(1), 8-24. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=741/74170102>
- Cardoso, M. C. S., & Ferreira, M. C. (2009). Envolvimento religioso e bem-estar subjetivo em idosos. *Psicologia e Profissão*, 29(2), 380-393. <https://doi.org/10.1590/s1414-989009000200013>
- Carr, D., & Bodnar-Deren, S. (2009). Gender, Aging and Widowhood. In P. Uhlenberg (Ed.), *International Handbook of Population Aging* (Vol. 1). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4020-8356-3_32
- Carrilho, M. (2010). O Cuidado como ser e o cuidado como agir. *Exæquo*, (21), 107-114. <http://www.scielo.mecpt/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0874-55602010000100008>
- Cassel, E. J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England journal of medicine*, 306(11), 639–645. <https://doi.org/10.1056/NEJM198203183061104>
- Cassel, E. J. (1991). *The nature of suffering and goals of medicine*. Oxford University Press.
- Cestari, V., Moreira, T., Pessoa, V., Florêncio, R., Silva, M., & Torres R. (2017). The essence of care in health vulnerability: a Heideggerian construction. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1112-1116. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0570>
- Chaska, N. L. (Ed.). (2001). *The Nursing Profession: Tomorrow and Beyond*. Sage Publications.
- Chick, N., & Meleis, A. (1986) Transitions: A Nursing Concern. In C. Peggy (Ed.), *Nursing Research Methodology - Issues and implementation* (pp. 237-257). Aspen Publication,
- Cohen, M. Z. (2000). Introduction. In M. Z. Cohen, D. L. Kahn, & R. H. Steeves (Eds.), *Hermeneutic phenomenological research: A practical guide for nurse researchers* (pp. 1-10). Sage Publications.
- Cohen, M. Z., Kahn, D. L., & Steeves, R. H. (2000). *Hermeneutic phenomenological research: A practical guide for nurse researchers*. Sage Publications.
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida*. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Colpo, M. O. (2013). O método fenomenológico de investigação e as práticas clínicas em Psicologia. *Psicologia Revista*, 22(1), 101-118.
- Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa [UNECE]. (2013). *Abuse of Older Persons. Policy Brief on Ageing No. 14*. UNECE.
- Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa [UNECE]. (2017a). *Relatório de síntese sobre a implementação do Plano de Ação Internacional de Madrid sobre o envelhecimento na região da ECE entre 2012 e 2017*. UNECE, Grupo de Trabalho sobre Envelhecimento.

- Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa [UNECE]. (2017b). *Realizing the potential to live longer. Summary of UNECE aging policy No. 19*. UNECE, Working Group on Aging. https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Ministerial_Conference_Lisbon/Declaration/2017_Lisbon_Ministerial_Declaration.pdf
- Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa [UNECE]. (2017c). *Lisbon ministerial declaration “A Sustainable Society for All Ages: Realizing the potential of living longer”*. Ministerial Conference on Ageing. http://www.seg-social.pt/documents/10152/1198153/2017UNECE_MinisterialDeclaration+on+Ageing-22+Sept/3e2d4300-09be-4fe4-8e3f-efc0624dce57
- Conroy, S. A. (2003). A pathway for interpretive phenomenology. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(3), 36–62. <https://doi.org/10.1177/160940690300200304>
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida [CNECV] (2014). *Parecer sobre as vulnerabilidades das pessoas idosas, em especial das que residem em instituições. Parecer nº 80 2014*. CNECV. https://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1413212959_Parecer%2080%20CNECV%202014%20Aprovado%20FINAL.pdf
- Couto, A. (2005, abril 26). *O retrato da mulher durante o Estado Novo*. JornalismoPortoNet. <https://jpn.up.pt/2005/04/26/o-retrato-da-mulher-durante-o-estado-novo/>
- Courtin, E., & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health & social care in the community*, 25(3), 799–812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- Correia, J. A. (2000). Identidade Narrativa e o Problema da Identidade Pessoal. Tradução comentada de «L’identité narrative» de Paul Ricoeur”. *Arquipélago*, 7, 177-194. [https://www.porta33.com/eventos/content_eventos/Identidade\(s\)/_pdf/Paul_Ricoeur_A%20IDENTIDADE_NARRATIVA.pdf](https://www.porta33.com/eventos/content_eventos/Identidade(s)/_pdf/Paul_Ricoeur_A%20IDENTIDADE_NARRATIVA.pdf)
- Cultura Genial (s.d.). *10 principais obras de Frida Kahlo (e seus significados)*. <https://www.culturagenial.com/obras-frida-kahlo/>
- d’Epinay, C. J. L., Cavalli, S., & Guillet, L. A. (2010). Bereavement in Very Old Age: Impact on Health and Relationships of the Loss of a Spouse, a Child, a Sibling, or a Close Friend. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 60(4), 301–325. <https://doi.org/10.2190/OM.60.4.a>
- Damásio, A. (2017). *A estranha ordem das coisas: a vida, os sentimentos e as culturas humanas* (5ª ed., L. O. Santos, trad.). Companhia das Letras.
- Davidoff, F., Dixon-Woods, M., Leviton, L., & Michie, S. (2015). Demystifying theory and its use in improvement. *BMJ Quality & Safety*, 24(3), 228-238. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003627>
- de Vasconcelos Torres, G., dos Reis, L. A., dos Reis, L. A., Fernandes, M. H., & Xavier, T. T. (2010). Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes no município de Jequié (BA). *Revista Baiana de Saúde Pública*, 34(1), 21-21. <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n1/a1398.pdf>

- Decreto-Lei n.º 187/2007. Diário da República n.º 90/2007, Série I de 2007-05-10. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. <https://dre.pt/home/-/dre/119366210/details/maximized>
- Delgado, J. (2003). *Aproximação à compreensão ontológica da família baseada no pensamento de Heidegger* [Tese de Doutoramento não publicada]. Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil. <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/84619/189965.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Denzin, N. K. (1989). *Interpretive biography* (Vol. 17). Sage.
- Dewes, J. O. (2013). *Amostragem em Bola de Neve e Respondent-Driven Sampling: uma descrição dos métodos* [Trabalho de Conclusão de Curso]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/93246/000915046.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Diener, E., & Lucas, R. F. (2000). Subjective emotional well-being. In M. Lewis, & J. M. Haviland (Orgs.), *Handbook of Emotions* (pp. 325-337). Guilford.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2004). *Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas*. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dgcg-de-02072004-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017). *ENEAS – Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. DGS. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Doona, M. E., Haggerty, L. A., & Chase, S. K. (1997). Nursing presence: An existential exploration of the concept. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 11, 3–16. <https://doi.org/10.1891/0889-7182.11.1.3>
- Dreyfus, T. (1991). On the status of visual reasoning in mathematics and mathematics education. *Proceedings of the 15th Conference of the International Group for the Psychology of Mathematics Education*, (1), 33-48.
- DuPont, R. L., & McGovern, J. P. (1992). Suffering in addiction: Alcoholism and drug dependence. In P. L. Starck, & J. P. McGovern (Eds.), *The Hidden Dimension of Illness: Human Suffering*. National League for Nursing Press.
- Eben, J. D., Gasti, N. N., Hayes, S. E., Marriner-Tomey, A., Nation, M. J., & Nordmeyer, S. B. (2005). Dorothea E Oren: Self care deficit theory of nursing. In A. Marriner-Tomey, & M. R. Alligood, *Nursing theorists and their work* (5^a ed., pp. 181-199). Harcourt Brace.
- Elias, N. (2001). *A solidão dos moribundos seguido de envelhecer e morrer*. Jorge Zahar.
- Epner, D. E., Ravi, V., & Baile, W. F. (2011). When patients and families feel abandoned. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 19(11), 1713–1717. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-100>

- Esquivel, L. R., Calleja, A. M. M., Hernández, I. M., Medellín, M. P. O., & Paz, M. T. H. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11, 47- 56. http://www.cucs.udg.mx/revistas/edudesarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf
- Fawcett, J. (1995). *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing* (3rd ed.). F.A. Davis.
- Fawcett, J. (2005). The structure of contemporary nursing knowledge. In J. Fawcett, & S. Desanto-Madeya (Eds.), *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories* (pp. 3-30). F.A. Davis.
- Faugier, J., & Sargeant, M. (1997). Sampling hard to reach populations. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 790-797. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.00371.x>
- Ferreira, A. M. C. (2017). Heidegger e o projeto de superação da subjetividade [Heidegger and the project of overcoming of subjectivity]. *Princípios: Revista De Filosofia (UFRN)*, 24(43), 107-130. <https://doi.org/10.21680/1983-2109.2017v24n43ID11374>
- Figueiredo, M. H. J. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar* [Tese de Doutorado não publicada]. Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Finfgeld-Connett, D. (2008a). Qualitative comparison and synthesis of nursing presence and caring. *International journal of nursing terminologies and classifications: the official journal of NANDA International*, 19(3), 111–119. <https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2008.00090.x>
- Finfgeld-Connett, D. (2008b). Concept synthesis of the art of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 62(3), 381–388 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04601.x>
- Fonseca, A. M. (2006). *O Envelhecimento: Uma abordagem Psicológica* (2^a ed.) Universidade Católica Editora.
- Formiga, F., Ferrer, A., Sanz, H., Marengoni, A., Albuquerque, J., Pujol, R., & Octabaix study members (2013). Patterns of comorbidity and multimorbidity in the oldest old: the Octabaix study. *European journal of internal medicine*, 24(1), 40–44. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2012.11.003>
- Foucault, M. (1999). *Em defesa da sociedade*. Martins Fontes.
- Foucault, M. (2002). *História da sexualidade*. Graal.
- Foucault, M. (2007). *Security, Territory, Population: Lectures at the College de France*. Palgrave Macmillan.
- Foucault, M. (2008). *Segurança, território, população*. Martins Fontes.
- Fourez, G. (1995). *A construção das ciências: introdução à filosofia e a ética das ciências*. UNESP.
- Frankl, V. E. (1984). *Em Busca de Sentido. Um Psicólogo no Campo de Concentração* (25^a ed., C. Aveline, trad.). Editora vozes.
- Frankl, V. E. (1991). *Em busca de sentido*. Vozes.

- Freitas, M. (2016). Espiritualidade e saúde: das conexões originais aos esforços de seu resgate na contemporaneidade. *Interações – Cultura e Comunidade*, 11(20), 3-8. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=313049300002>
- Fundo de População das Nações Unidas [UNFPA] (2012). *Help Age International. Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio*. UNFPA.
- Gabinete de Estatísticas da União Europeia [Eurostat]. <https://ec.europa.eu/health/indicators/indicators>
- Gallo, S. (2017). Biopolítica e subjetividade: resistência? *Educar em Revista*, 33(66), 77-94. <https://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.53865>
- García, A., & Maya A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Gardner, A. (2010). Therapeutic friendliness and the development of therapeutic leverage by mental health nurses in community rehabilitation settings. *Contemporary Nurse. A Journal For The Australian Nursing Profession*, 34(2), 140-8. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2010682671&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures*. Basic Books.
- Geller, S., & Greenberg, L. (2002). Therapeutic presence: Experience of the presence of therapists in counseling psychotherapy. *Experiential and Person-Centered Psychotherapies*, 1(1-2), 71-86. <https://dx.doi.org/10.1080/14779757.2002.9688279>
- George, J. (2010). *Nursing Theories: the base for professional nursing practice* (6ª ed.). Pearson.
- George, J. B. (2000). *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional* (4ª ed.). Artes Médicas.
- George, L. K. (2000). Well-being and sense of self: What we know and what we need to know. In K. W. Shaide, & J. Hendricks (Eds.), *The Evolution of the Aging self: The Societal Impact on the Aging Process* (pp. 1- 35). Springer Publishing Company Inc.
- Gill, M. J. (2015). A Phenomenology of Feeling: Examining the Experience of Emotion in Organizations. *New Ways of Studying Emotions in Organizations*, 29–50. <http://dx.doi.org/10.1108/S1746-979120150000011003>
- Gomes, A. M. T, & Espírito Santo, C. C. (2013). A espiritualidade e o cuidado de enfermagem: desafios e perspectivas no contexto do processo saúde-doença. *Revista de Enfermagem UERJ*, 21(2), 261-264.
- Gonçalo, E. (2008). Os valores como fundamento ético do agir humano. *Contexto*, 3(3), 111-124.
- Gorner, P. (2018). *Ser e tempo: uma chave de leitura* (M. A. Casanova, trad.). Vozes.
- Griep, R., Faerstein, E., Chor D., & Lopes. C. (2003). Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Publica*, 19(2), 625-634. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000200029&lng=pt&tlng=pt

- Grundy, E. (2006). Ageing and vulnerable elderly people: European perspectives. *Ageing and Society*, 26(01), 105-134. <https://doi.org/10.1017/S0144686X05004484>
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105–117). Sage Publications, Inc.
- Hall, M. (1997). *Cuidados médicos ao doente idoso*. Climepsi.
- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, Prática e Investigação*. Lusociência.
- Heale, R., & Shorten, A. (2017). Ethical context of nursing research. *Evidence-Based Nursing*, 20(1), 7-7. <http://dx.doi.org/10.1136/eb-2016-102514>
- Heidegger, M. (1993). *Ser e tempo* (3ª ed., Vol. 2, M. S. C. Schuback, trad.). Vozes.
- Heidegger, M. (2009). *Ser e Tempo* (4ª ed., M. S. C. Schuback, trad.). Vozes.
- Heidegger, M. (2012). *Ser e tempo*. (F. Castilho, trad.). Vozes.
- Henriques, H. (2015). *Experiência do autocuidado e identidade pessoal: Um estudo fenomenológico com pessoas idosas que vivem com doença pulmonar obstrutiva crónica* [Tese Doutoramento não publicada]. Universidade católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa, Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.14/18573>
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020* (11ª. ed., R. M. Garcez, trad.). NANDA International. Artmed. http://www.nascecme.com.br/2014/wp-content/uploads/2018/08/NANDA-I-2018_2020.pdf
- Hinck, S. (2004). The lived experience of oldest-old rural adults. *Qualitative health research*, 14(6), 779–791. <https://doi.org/10.1177/1049732304265774>
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de reabilitação. Prevenção, intervenção e resultados esperados* (C. Saraiva, trad.) (4ª ed.). Lusodidacta.
- Holstein, J. A., & Gubrium, J. F. (1995). *The active interview*. Sage publications.
- International Council of Nurses [ICN]. (2005). *CIPE® Versão Beta 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (3.ª ed., A. Madeira, L. Abecassis, & T. Leal, trad.). Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- International Council of Nurses [ICN] (2009). *Servir a la comunidad y garantizar la calidad: las enfermeras se comprometen a dispensar cuidados innovadores*. ICN.
- International Council of Nurses [ICN] (2011). *CIPE, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão2*. Ordem dos Enfermeiros.
- International Council of Nurses [ICN] (2015). *CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2002). *O Envelhecimento em Portugal Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. DECP / Serviço de Estudos sobre a População. <http://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2019/03/Envelhecimento-1.pdf>

- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2018) <https://ec.europa.eu/health/indicators/indicatorsen>.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008460&contexto=bd&selTab=tab2
- Isherwood, L. M., King, D. S., & Luszcz, M.A. (2017). Widowhood in the fourth age: support exchange, relationships and social participation. *Aging and Society*, 37(1), 188-212. <https://doi.org/10.1017/S0144686X15001166>
- INE (2018) https://ec.europa.eu/health/indicators/indicators_en.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008460&contexto=bd&selTab=tab2
- Jakobsson, U., Hallberg, I. R., & Westergren, A. (2004). Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Quality of Life Research*, 13, 125–136. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000015286.68287.66>
- Käfer, G. (2018). *Abandono Afetivo de Pais Idosos: A Responsabilidade Civil dos Filhos. Monografia apresentada à– Univates* [Título de Bacharel em Direito]. Universidade do Vale do Taquari, Rio Grande do Sul, Brasil. <https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/2071/1/Giovana%20K%C3%A4fer.pdf>
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). *La pensée infirmière. Conceptions e stratégies*. Éditions Études Vivantes.
- Khan, J. (2000). How to Conduct Research. In M. Z. Cohen (Ed.), *Hermeneutic phenomenological research: A practical guide for nurse researchers* (pp. 57-69). Sage Publications.
- Kidd, L., Kearney, N., O'Carroll, R., & Hubbard, G. (2008). Experiences of self-care in patients with colorectal cancer: a longitudinal study. *Journal of advanced nursing*, 64(5), 469–477. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04796.x>
- Koenig, H. G., McCollough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. Oxford University Press.
- Koenig, H. G., George, L. K., & Titus, P. (2004). Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(4), 554–562. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52161.x>
- Kolcaba, K. (2009). Comfort. In S. J. Peterson, T. Bredow, & S. Timothy (Eds.), *Middle ranges theories: application to nursing research* (2^a ed., pp. 254-272). Lippincott Wilkins.
- Kontis, J., Bennett, J. E., Mathers, C. D., Li, G., Foreman, K., & Ezzati, M. (2017). Future life expectancy in 35 industrialised countries: projections with a Bayesian model ensemble. *The Lancet*, 389, 1323-1335. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32381-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32381-9)
- Kuhn, T. (2003). *A estrutura das revoluções científicas*. Perspectiva.
- Leininger, M. (1988). Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality. *Nursing Science Quarterly*, 1(4), 152-160. <https://doi.org/10.1177/089431848800100408>

- Leopardi, M. T., Gelbke, F., & Ramos, F. (2001). Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? *Texto & Contexto Enfermagem*, 10(1), 32-49.
- Lima, T. A. S., & Menezes, T. M. O. (2011). Investigando a produção do conhecimento sobre a pessoa idosa longeva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(4), 751-758. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000400019>
- Lins, A. E. S., Rosas, C., & Neri, A. L. (2018). Satisfaction with family relations and support according to elderly persons caring for elderly relatives. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(3), 330-341. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170177>
- Leshem, N. (2017). Spaces of abandonment: Genealogies, lives and critical horizons. *Environment and Planning D: Society and Space*, 35(4), 620–636. <https://doi.org/10.1177/0263775816683>
- Levin, J., Taylor, R., & Chatters, L. (1995). A Multidimensional Measure of Religious Involvement for African Americans. *The Sociological Quarterly*, 36(1), 157-173. <http://www.jstor.org/stable/4121282>
- Levinas, E. (1989). Is ontology fundamental?. *Philosophy Today*, 33(2), 121-129.
- Lévinas, E. (1997). *Descobrimo a Existência com Hursse e Heidegger*. Instituto Piaget.
- Litwin, H., & Stoeckel, K. J. (2013). Social networks and subjective wellbeing among older Europeans: Does age make a difference? *Ageing & Society*, 33(7), 1263–1281. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12000645>
- Loureiro, H., Mendes, A., Camarneiro, A., Fonseca, A., Silva, M., Carvalho, M., Veríssimo, M., Fernandes, A., Rodrigues, R., Pedreiro, A., & Ângelo, M. (2014). *A Transição para a Reforma em Reformados Portugueses* (ed. 1). Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)/Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC). https://www.researchgate.net/publication/268148582_A_Transicao_para_a_Reforma_em_Reformados_Portugueses
- Lopez, K. A., & Willis, D. G. (2004). Descriptive versus interpretive phenomenology: Their contributions to nursing knowledge. *Qualitative Health Research*, 14, 726–735. <https://doi.org/10.1177/1049732304263638>
- Luna, F. (2014). Community-based disaster risk reduction and disaster management. In A. Lopez-Carresi, M. Fordham, B. Wisner, I. Kelman, & J. C. Gaillard (Eds.), *Disaster management: International lessons in risk reduction, response and recovery* (pp. 43–63). Earthscan. <https://doi.org/10.1093/phe/phu012>
- Lucchetti, G., Lucchetti, G., Granero, A. L., Bassi, R. M., Nasri, F., & Nacif, S. A. P. (2011). O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(1), 159-167. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000100016>
- Machado, T. S. (2021). *Espiritualidade, religiosidade e satisfação com a vida em idosos*. https://www.researchgate.net/publication/349303172_Espiritualidade_e_religiosidade_em_idosos

- Margaroni, M. (2005). Care and abandonment: A response to Mika Ojakangas' 'Impossible Dialogue on Bio-power: Agamben and Foucault'. *Foucault Studies*, (2), 29–36. <https://doi.org/10.22439/fs.v0i2.856>
- Marques, A. (2017). *Solitude e sofrimento em pessoas maiores de 80 anos* [Tese de Doutorado não publicada]. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/27702/1/CD_Tese_Doutoramento_AlbertinaMarques_2017_v14.pdf
- Marrow, M., & Luhrmann, T. (2012). The Zone of Social Abandonment in Cultural Geography: On the Street in the United States, Inside the Family in India. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 36, 493-513. <https://doi.org/10.1007/s11013-012-9266-y>
- McCance, T. (2005). A concept analysis of caring. In J. Cutcliff, & H. McKenna (Eds.), *The essential concepts of Nursing* (pp. 33-50). Elsevier.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: development e progress* (4th ed.). Lippincott.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress* (5^a ed.). Lippincott William e Wilkins.
- Meleis, A. I., Hall, J., & Stevens, P. (1994). Scholarly caring in doctoral nursing education: promoting diversity and collaborative mentorship. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(3), 177-180.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, H., Messias, E., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advance Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory. In A. I. Meleis, *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (2010). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. In A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company
- Meleis, A. I., Schumacker, K., Jones, P. (2010). Helping Elderly Persons in Transition: A framework for research and practice. In A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 129-144) Springer Publishing Company.
- Menezes, E. (2012). Kant e a noção de pessoa. *Revista de Filosofia Aurora*, 24(34), 49-59. <http://dx.doi.org/10.7213/rfa.v24i34.817>
- Menezes, T. M. O., & Lopes, R. L. M. (2009). Produção do Conhecimento sobre idoso longevo 1998-2008. *Revista de Enfermagem UREJ*, 17(4), 569-574.
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da percepção* (C. A. R. de Moura, trad.). Martins Fontes.

- Minayo, M. C. S. (2017). Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Qualitativa*, 5(7), 1-12. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.30302016>
- Moreno López, S. (2014). la entrevista fenomenológica: una propuesta para la investigación en psicología y psicoterapia. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, XX(1), 71-76. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3577/357733920009>
- Morin, E. (2000). *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. Bertrand Brasil.
- Morse, J. M. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. *Advances in Nursing Science*, 13(1), 1-14.
- Munhall, P. L. (2012). Interpretative phenomenology. In C. T. Beck (Ed.), *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research* (pp. 145-161). Routledge.
- Naciones Unidas (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: Madrid, 8 a 12 de abril de 2002*. Naciones Unidas.
- Neves, E. P. (2002). As dimensões do cuidar em enfermagem; concepções teórico-filosóficas. *Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery*, 6(1), 79-92.
- Neves, M. C. P. (2006). Sentidos da vulnerabilidade: características, condição, princípio. *Revista Brasileira de Bioética*, 157 – 172.
- Nightingale, F. (1989). *Notas sobre enfermagem*. Cortez/ABEN-CEPEN.
- Nilsson, M., Sarvimäki, A., & Ekman, S.-L. (2003). The Meaning of the Future for the Oldest Old. *The International Journal of Aging and Human Development*, 56(4), 345–364. <https://doi.org/10.2190/3GEG-99Y0-137X-L7GU>
- Nordenfelt, L. (2009). *Dignity in care for older people*. Wiley-Blackwell.
- Northrup, D. T., Tschanz, C. L., Olynyk, V. G., Makaroff, K. L. S., Szabo, J., & Biasio, H. A. (2004). Nursing: Whose Discipline is it Anyway? *Nursing Science Quarterly*, 17(1), 55–62. <https://doi.org/10.1177/0894318403260471>
- Novo, R. (2003). *Para além da eudaimonia. O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Nunes, A., & Nunes, M. (2016). *A saúde em Portugal: um olhar sobre o distrito de Castelo Branco*. RVJ Editores.
- Oliveira, M. F. V., & Carraro, T. E. (2011). Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(2), 376-380. <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a25v64n2.pdf>.
- Orem, D. (1993). Modelo de Orem Conceptos de Enfermería en la Práctica. Ed. MASSON – SALVAT.
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2002). *Active ageing: A policy framework*. OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;sequence=1

- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2011). National Institute on Aging. National Institute of Health. *Global Health and Aging*. OMS. http://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/.
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2012). *Good health adds life to years: Global brief for World*. OMS.
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2015). *Relatório Mundial de envelhecimento e saúde*. OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=6F84297FEE89C4E2586A6296AE0D8CBB?sequence=6
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2020). *Elder Abuse*. OMS. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2021). *Newsroom, Elder abuse*. OMS. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem - Conceptos de enfermagem en la práctica*. Masson - Salvat Enfermeria.
- Oriente, I., & Sousa, S. M. G. (2005). O significado do abandono para crianças institucionalizadas. *Psicologia em Revista*, 11(17), 29-46. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v11n17/v11n17a03.pdf>
- Paganini-Hill, A. (2013). Aging in Place in a Retirement Community: 90+ Year Olds. *Journal of housing for the elderly*, 27(1-2), 191–205. <https://doi.org/10.1080/02763893.2012.754822>
- Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R., & Gertzder Schans, C. (2010). Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of advanced nursing*, 66(11), 2481-2489. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05433.x>
- Parse, R. R. (2000). Paradigms: A reprise. *Nursing Science Quarterly*, 13(4), 275-276. <https://dx.doi.org/10.1177/08943180022107924>
- Pasqua, H. (1997). *Introdução à Leitura do Ser e Tempo de Martin Heidegger*. Instituto Piaget.
- Paterson J., & Zderad L. (1979). *Enfermería humanística* (G. R. Herrera, trad.). Limusa.
- Paterson, J., & Zderad, L. (2008). *Humanistic Nursing. Copyrighted Project Gutenberg eBook*. <http://archive.org/stream/humanisticnursin25020gut/25020-8.txt>
- Ramírez Perdomo, I. A. (2016). Fenomenología hermenéutica y sus implicaciones en enfermería. *Index de Enfermería*, 25(1-2), 82-85. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100019&lng=es&tlng
- Pereira, P. S. (2015). *O amor na relação terapêutica em enfermagem. Experiência vivida do enfermeiro de saúde mental* [Tese de Doutorado não publicada]. Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal. http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20503/1/ulsd071581_td_Patricia_Pereira.pdf

- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *The Gerontologist*, 56 Suppl 2(Suppl 2), S194–S205. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw004>
- Pontarolo, R. (2005). *Atividade axiológica na educação*. Universidade Estadual de Ponta Grossa.
- Portela, L. (2018). *Da Ciência ao Amor, pelo esclarecimento espiritual*. Gradiva.
- Porto, G. M. (2020). Michel Foucault e o Governo Pastoral: Um paradigma de exercício político. *Revista Jurídica Luso-Brasileira*, 6(3), 799-828. https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2020/3/2020_03_0799_0828.pdf
- Powell, J. (2010). The power of global aging. *Ageing International*, 35, 1-14.
- Prigerson, H. (2004) Complicated grief. *Bereavement Care*, 23(3), 38-40. <https://doi.org/10.1080/02682620408657612>
- Quaresma, M. de L., & Ribeirinho, C. (2016). Envelhecimento – Desafios do Séc. XXI. *PUC-SP: Revista Kairós Gerontologia*, 19(3), 29-49. <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/30900/21382>.
- Queirós, P. (2007). Editorial: Enfermagem de Prática Avançada. Ir ao cerne da questão. *Revista Investigação em Enfermagem*, 17, 1-3. <https://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/RIE18.pdf>
- Queirós, P. J. P., Fonseca, E. P. A. M., Mariz, M. A. D., Chaves, M. C. R. F., & Gómez C., S. (2016). Significados atribuídos ao conceito de cuidar. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(10), 85-94. <https://dx.doi.org/10.12707/RIV16022>
- Querido, A. (2018). A esperança como foco de enfermagem de saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Especial 6), 6-8. <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/3914/1/Esperan%C3%A7a%20como%20foco%20de%20enfermagem%20de%20sa%C3%BAde%20mental.pdf>
- Rabelo, D. F., & Neri, A. L. (2016). Avaliação das Relações Familiares por Idosos com Diferentes Condições Sociodemográficas e de Saúde. *Psico-USF*, 21(3), 663-675. <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210318>
- Reblin, M., & Uchino, B. N. (2008). Social and emotional support and its implication for health. *Current opinion in psychiatry*, 21(2), 201–205. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f3ad89>
- Renaud, I. C. R. (2010). O Cuidado em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 14(1), 3-8. [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_2-8\(2\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_2-8(2).pdf)
- Resolução da Assembleia da República n.º 70/2015. Diário da República n.º 126/2015, Série I de 2015-07-01. <https://dre.pt/application /conteudo/67647962>
- Ribeiro, P. A. (2012). *Natureza do Processo de Conforto do Doente Idoso Crónico em Contexto Hospitalar - Construção de uma Teoria Explicativa* [Dissertação de Mestrado não publicada]. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream>

/10400.14/12685/1/Tese%20Doutoramento%20-%20Patr%C3%ADcia%20Pont%C3%ADfice%20Sousa.pdf

- Roach, M. S. (1984). *Cuidar: o modo de ser humano, implicações para a enfermagem*. The Canadian Hospital Association Press.
- Rodriguez, A., & Smith, J. (2018). Phenomenology as a healthcare research method. *Evidence Based Nursing, 21*(4). <https://doi.org/10.1136/eb-2018-102990>
- Rodrigues, J., Chicau, Borrego, C., Ruivo P., Sobreiro, P., Catela, D., Amendoeira, J., & Matos, R. (2020). Conceptual Framework for the Research on Quality of Life. *Sustainability, 12*, 4911. <http://doi.org/10.3390/su12124911>
- Rodrigues, W. P., & Gonçalves, P. D. (2019). Envelhecimento: qualidade de vida e bem-estar das mulheres idosas. *Scire Salutis, 9*(1), 30-36. <http://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2019.001.0004>
- Rosa, L. M., Sebold, L. F., Arzuaga-Salazar, M. A., Santos, V. E. P., & Radünz, V. (2010). Referenciais de enfermagem e produção do conhecimento científico. *Revista de Enfermagem UERJ, 18*(1), 120-125.
- Rosas, F. (2012). *Salazar e o poder – A Arte de Saber Durar*. Edições Tinta-da-China.
- Rossen, E. K. (2010) Assessing Older Persons' Readiness to move to Independent Congregate Living. In A. I. Meleis (2010), *Transitions Theory Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 182-186). Springer Publishing Company.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well being. *Annual Review of Psychology, 52*, 141-166. <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Sá, I. dos G. (1998). *Abandono de crianças, identidade e lotaria: reflexões em torno de um inventário*. Inventário da Criação dos Expostos do Arquivo Histórico da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Santa Casa da Misericórdia.
- Sá, F., Henriques, M., & Velez, M. (2019). A presença da fenomenologia na investigação em enfermagem: mapeamento das teses de doutoramento em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência, IV*(23), 9-20. <https://doi.org/10.12707/RIV19038>.
- Sandelowski, M. (1993). Theory unmasked: the uses and guises of theory in qualitative research. *Research in nursing & health, 16*(3), 213–218. <https://doi.org/10.1002/nur.4770160308>
- Sanderson, W. C., & Scherbov, S. (2013). The Characteristics Approach to the Measurement of Population Aging. *Population and Development Review, 39*(4), 673. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2013.00633.x>
- Santiago, M. D. (2013). *Vivência afetiva em enfermagem* [Tese de Doutoramento não publicada]. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14960/1/Tese%20Doutoramento%20em%20Enfermagem%20Dulce%20Santiago.pdf>
- Santos, R. (2013). A contingente relação entre o dasein e o ser e sua importância para o neopragmatismo de richard rorty. *Revista Húmus, 8*(8).

- Santos, N. C. dos, & Abdala, G. A. (2014). Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(4), 795-805. <https://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13166>
- Santos, D. de G., & Sá, R. N. de (2013). A Existência como “Cuidado”: Elaboraões Fenomenológicas sobre a Psicoterapia na Contemporaneidade. *Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies*, XIX(1), 53-59. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672013000100007
- Schramm, F. R. (2006). A saúde é um direito ou um dever? Uma autocrítica da Saúde Pública. *Revista Brasileira de Bioética*, 2(2), 187-200.
- Sebold, L. F., Locks, M. O. H., Hammerschmidt, K. S. de A., Fernandez, D. L. R., Tristão, F. R., & Girondi, J. B. R.. (2017). Círculo Hermenêutico Heideggeriano: Uma Possibilidade de Interpretação do Cuidado de Enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(4), e2830017. <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002830017>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lidel.
- Shewly, H. J. (2013). Abandoned spaces and bare life in the enclaves of the India–Bangladesh border. *Political Geography*, 32, 23–31. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0962629812001187>
- Silva, A. P. (2007). “Enfermagem avançada”: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55(1-2), 11 – 20.
- Silva, C. (2010). *Valores e valoração: posições éticas num itinerário educativo* [Relatório de estágio do Mestrado]. Universidade do Porto, Porto, Portugal. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54855/2/tesemestclaudiasilva000122944.pdf>
- Silva, J. F. (2014). A ilegitimidade e a exposição de crianças conexões historiográficas (América Latina, século XVIII-XIX). *Revista Angelus Novus USP*, 5(8), 57-78.
- Simões, M. (2014). *Respeito pela integridade da pessoa doente: uma virtude indispensável na enfermagem* [Tese de Doutoramento não publicada]. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/0400.14/20122/1/RESPEITO%20PELA%20INTEGRIDADE%20DA%20PESSOA%20DOENTE_%20UMA%20VIRTUDE%20INDISPENS%C3%81VEL%20NA%20ENFERMAGEM.pdf
- Simões, M. C. O., & Oliveira, M. C. F. C. (2016). Dimensão do Corpo na Antropologia Clínica. *Boletim da Saúde*, 25(1), 75-84.
- Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review*, 5(1), 9-27. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.510659>
- Smith, M. (1994). A theory of the validity of predictors in selection. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 67(1), 13–31. <https://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8325.1994.tb00546.x>
- Serrão, D. (s.d). Vulnerabilidade: uma proposta ética. *Revista Autopoética. Sentir, pensar e Agir*.

- Stanley, K. (2006). The Healing Power of Presence: Respite From the Fear of Abandonment. *Journal of Oncology Nursing Forum, supl. Celebrating 25 Years of the Mara Mogensen Flaherty*, 29(6), 935-940.
- Steeves, R. H. (2000). Sampling. In *Hermeneutic phenomenological research: A practical guide for nurse researchers* (pp. 45-55). Sage Publications.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. Artmed. <https://pagotto.files.wordpress.com/2018/09/pesquisa-qualitativa-tecnicas-e-procedimentos.pdf>
- Swanson, J., & Tidwell, C. (2011). Improving the culture of patient safety through the Magnet® journey. *Online journal of issues in nursing*, 16(3). <https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No3-Sept-2011/Culture-of-Patient-Safety-and-Magnet-Journey.html>
- Swanson, K. M. (1991). Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring. *Nursing Research*, 40(3), 161-166.
- Swanson, K. M., & Wojnar D. M. (2004). Optimal Healing Environments in Nursing. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10(1), S-43—S-48.
- Sawyer, L. M. (1997). *Engaged mothering within a racist environment: the transition to motherhood for a group of African american women*. University of California.
- Taborda, A., & Vieira, M. (2011). *Grandes velhos – novos problemas* [Apresentação em Poster]. Colóquio Internacional Desigualdades e Políticas de Género, Universidade do Minho, Braga.
- Tamayo, A., Campos, A., Matos, D., Mendes, G., Santos, J., & Carvalho, N. (2001). A influência da atividade física regular sobre o autoconceito. *Estudos de Psicologia*, 6(2), 157-165.
- Taylor, S. G., & Renpenning, K. (2011). *Self-care science, nursing theory, and evidence-based practice*. Springer Publishing Co. <https://dx.doi.org/10.5860/choice.49-2104>
- Thorne, S. E. (1991). Methodological Orthodoxy in Qualitative Nursing Research: Analysis of the Issues. *Qualitative Health Research*, 1(2), 178–199. <https://doi.org/10.1177/104973239100100203>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua obra* (5ª ed.). Lusociência.
- Umbelino, L. (2008). Espaço vivido e saúde. Contributos merleau-pontyanos para um debate. *Revista Filosófica de Coimbra*, (33), 223-232. http://dx.doi.org/10.14195/0872-0851_33_11
- Vale, E. G., & Pagliuca, L. M. F. (2011). Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 106-113. <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/2083>.
- Van Eenoo, L., Declercq, A., Onder, G., Finne-Soveri, H., Garms-Homolová, V., Jónsson, P. V., Dix, O. H., Smit, J. H., van Hout, H. P., & van der Roest, H. G. (2016). Substantial between-country differences in organising community care for older people in Europe-a review. *European journal of public health*, 26(2), 213–219. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv152>

- Van Manen, M. (2003). *Investigación Educativa y Experiencia vivida. Ciencia humana para una pedagogía de la acción y de la sensibilidad*. Idea Books.
- Van Manen, M. (2006). Writing qualitatively, or the demands of writing. *Qualitative health research*, 16(5), 713–722. <https://doi.org/10.1177/1049732306286911>
- Van Manen, M., Higgins, I., & Van der Riet, P. (2016). A conversation with Max van Manen on phenomenology in its original sense. *Nursing & health sciences*, 18(1), 4–7. <https://doi.org/10.1111/nhs.12274>
- Vinuto, J. (2014). A amostragem em Bola de Neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas, Campinas*, 22(44), 203-220. <https://doi.org/10.20396/temáticas.v22i44.10977>
- Warren, C. A. (2002). *Qualitative interviewing. Handbook of interview research: Context and method*. Sage.
- Watson, C. (2019). *A Linguagem da Bondade*. Arena.
- Werle, M. (2003). A Angústia, o Nada e a Morte em Heidegger. *Transformação/Formação/Ação*, 26(1), 97-113.
- Wojnar, D. M., & Swanson, K. M. (2007). Phenomenology: an exploration. *Journal of holistic nursing: official journal of the American Holistic Nurses' Association*, 25(3), 172–185. <https://doi.org/10.1177/0898010106295172>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família* (5ª ed.). Roca.
- Health Day 2012 . Geneva.
- Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Global Health*, 5(2), e147-e156. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28104184>
- Zagonel, I. P. S. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista latino-americana enfermagem*, 7(3), 25-32. <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>

ANEXOS