



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

A RECONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA FACE AO AUTOCUIDADO APÓS UM EVENTO
GERADOR DE DEPENDÊNCIA – ESTUDO EXPLORATÓRIO NO CONTEXTO DOMICILIAR

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

por

Armando Manuel Gonçalves de Almeida

Novembro de 2009



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

A RECONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA FACE AO AUTOCUIDADO APÓS UM EVENTO
GERADOR DE DEPENDÊNCIA – ESTUDO EXPLORATÓRIO NO CONTEXTO DOMICILIAR

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Por

Armando Manuel Gonçalves de Almeida

Sob orientação de:

Professor Doutor Abel Avelino Paiva e Silva

Co-Orientação de:

Mestre Maria Alice Correia de Brito

Novembro de 2009

Resumo

A saúde encontra-se perante um novo paradigma, impulsionado por uma necessidade sócio-económica de mudança, onde o auto-cuidado é visto como um recurso escondido na sociedade, para suplantar a falência dos sistemas de saúde face ao envelhecimento da população.

A enfermagem encaixa-se perfeitamente neste modelo, pois mantém a atitude de estabelecer parcerias com o cliente/família no sentido de os ajudar a atingir e a melhorar o projecto de saúde que traçaram, investindo na investigação para desenvolver conhecimento científico que sirva de base à profissionalização dos cuidados de enfermagem centrados nas respostas dos clientes às transições que vivenciam.

Seguindo esse trajecto opta-se por estudar o fenómeno do autocuidado, restringindo-o à satisfação das actividades de vida diária que são comuns a todas as pessoas. A investigação realizada nesse domínio, apesar de muito extensa em algumas áreas específicas, revelou-se escassa relativamente à existência de estudos substantivos que expliquem o fenómeno da perda da autonomia face ao autocuidado, em contexto domiciliar, após um evento gerador de dependência.

Perante tal evidência, realizou-se um estudo de natureza qualitativa, exploratório-descritivo, adoptando a metodologia para gerar uma *Grounded Theory* com o intuito de explorar o fenómeno em contexto domiciliar, esperando que o conhecimento desenvolvido possa ajudar a melhorar os cuidados de enfermagem.

A selecção dos participantes foi realizada em contexto hospitalar (no período de internamento após o evento gerador de dependência), sendo que a recolha de dados teve início (recorrendo à técnica de observação participante) após o seu regresso a casa, optando-se por indivíduos com dependência, pela primeira vez, no autocuidado relativo às actividades de vida diária.

O estudo revela que perante situações de vulnerabilidade relativamente ao autocuidado, os indivíduos vêem-se obrigados a iniciar processos de transição. Nessas situações, emergem diversos factores intrínsecos (atributos do sujeito; status psicológico; e conhecimento) e extrínsecos (apoio social; *status* económico; a sociedade; e a tradição) ao sujeito que interferem com essa vivência, originando respostas (indicadores de processo) que são utilizadas pelos enfermeiros para adequarem as terapêuticas de enfermagem. Por fim, os resultados surgem revelando uma vivência salutar da transição, que não são mais que o ponto de partida para uma nova realidade.

Expressões-chave: Autocuidado, Transição, Grounded Theory

Abstract

Health is facing a new paradigm, driven by a need for socio-economic change, where self-care is seen as a hidden resource in society, to overcome the failure of health systems in an aging population.

Nursing fits perfectly into this model because it maintains the attitude of partnering with clients / families to help them reach and improve the health project that outlined by investing in research to develop scientific knowledge as a basis for professionalisation nursing care focused on customer responses.

Following this route option is to study the phenomenon of self-care, restricting it to the satisfaction of the activities of daily living that are common to all people. The research in this area, although very large in some specific areas, proved to be low on the existence of substantive studies to explain the phenomenon of loss of autonomy regarding self-care in home care after an event resulting in dependency.

Faced with such evidence, there was a qualitative study, exploratory and descriptive, adopting a methodology to generate a *Grounded Theory* in order to explore the phenomenon in domestic settings, hoping that the knowledge developed may help to improve nursing care.

The selection of participants was held in the hospital (the hospital stay after the event resulting in dependency), and the data collection started (using the technique of participant observation) after his return home, opting for individuals with dependence, for the first time in self-care on the activities of daily living.

The study shows that in situations of vulnerability in relation to self, individuals are forced to start the transition process. In these situations, several factors emerge from intrinsic attributes (the subject's psychological status, and knowledge) and extrinsic factors (social support, economic status, society, and tradition) to the subject that interfere with this experience, resulting in responses (process indicators) that are used by nurses to adapt the therapeutic nursing. Finally, the results are denouncing a salutary experience of transition, which are no longer the starting point for a new reality.

Key Words: Self-care, Transition, Grounded Theory

Agradecimentos

Ao Professor Abel, que na Enfermagem nos abre horizontes para continuarmos a sonhar com o futuro...

À Professora Alice que partilhou connosco algumas das angústias e discutiu caminhos no percurso percorrido...

Ao “Grupo do Autocuidado” que nos ajudou a encontrar o rumo sempre que as ideias se encontravam numa encruzilhada...

À Professora Margarida, que apostou em nós e nos permitiu crescer, desenvolvendo e aprofundando a enfermagem que acreditamos...

Às pessoas que, mesmo na sua vulnerabilidade, aceitaram participar no estudo, proporcionando excelentes momentos de aprendizagem...

Aos enfermeiros do Hospital Pedro Hispano e do Instituto Português de Oncologia do Porto que partilharam do seu tempo para nos possibilitarem a concretização do estudo...

Aos pais que, por vezes, mesmo sem saber que rumo tomámos, sacrificaram-se ao longo da vida em busca do nosso bem-estar...

À esposa, garante da estabilidade, que apesar de estar tanto ou mais ocupada, ainda consegue ser a confidente, a conselheira, a crítica pedagógica e a gerente da pensão onde por vezes pernoitamos... Nos momentos difíceis, bem como nos fáceis, ela está lá...

Índice de Figuras

Figura 1 - Teoria das Transições	27
Figura 2 - Processo de construção de uma Grounded Theory.....	37
Figura 3 - Representação esquemática das etapas de recolha de dados	40
Figura 4 - Representação esquemática da categoria Actividade Executada pelo Próprio	48
Figura 5 - Representação esquemática das relações entre a categoria Actividade Executada pelo Próprio e o processo de transição.....	50
Figura 6 - Representação esquemática das relações entre as categorias Compromisso nos Processos Corporais, Actividade Executada pelo Próprio e o processo de transição.....	51
Figura 7 - Representação esquemática das relações entre as categorias Como me sinto, Actividade Executada pelo Próprio e o processo de transição.....	52
Figura 8 - Representação esquemática das relações entre as categorias Conceptuais e a subcategoria central, O que mudou em mim.....	53
Figura 9 - Representação esquemática das relações entre as categorias Processo Familiar Alterado e Actividade Executada pelo Próprio	55
Figura 10 - Representação esquemática entre as categorias O que mudou à minha volta e a Actividade Executada pelo Próprio.....	57
Figura 11 - Representação esquemática da categoria Consciencialização e das suas relações com o processo de transição	58
Figura 12 - Representação esquemática da categoria Motivação Pessoal para a Mudança e das suas relações com a Transição	58
Figura 13 - Representação esquemática das categorias emergentes dentro dos factores extrínsecos ao sujeito que influenciam as transições.....	62
Figura 14 - Representação esquemática das relações existentes entre as Atitudes, as suas subcategorias e o processo de transição	82
Figura 15 - Representação esquemática das relações existentes entre a Auto-Imagem e o processo de transição.....	85
Figura 16 - Representação esquemática das relações existentes entre a categoria Força de Vontade e o processo de transição.....	92
Figura 17 - Representação esquemática da categoria emergente Emoção e sua relação com o processo de transição	94
Figura 18 - Representação esquemática da categoria Potencial da Terapia de Enfermagem ..	119
Figura 19 - Representação esquemática da categoria emergente Estou a Mudar	126
Figura 20 - Representação esquemática da categoria emergente Como estou	129
Figura 21 - Representação esquemática do processo de reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência	133

Índice de Quadros

Quadro 1 - Caracterização dos participantes do estudo.....	39
Quadro 2 - Exemplos da subcategoria Autocuidado.....	49
Quadro 3 - Exemplos da categoria Compromisso nos Processos Corporais.....	51
Quadro 4 - Exemplos da categoria Como me sinto	52
Quadro 5 - Exemplos da categoria Crise Familiar	54
Quadro 6 - Codificação da categoria Isolamento Social.....	56
Quadro 7 - Distribuição individual da dependência na actividade executada pelo próprio	59
Quadro 8 - Matriz síntese: A Sociedade	62
Quadro 9 - Matriz Síntese: Status Económico	64
Quadro 10 - Matriz síntese: Suporte Familiar	67
Quadro 11 - Matriz síntese: Recursos Comunitários	74
Quadro 12 - Matriz Síntese: Tradição	80
Quadro 13 - Matriz síntese da categoria Crença Cultural.....	82
Quadro 14 - Relações entre a categoria Força de Vontade e as transições	92
Quadro 15 - Relações entre a categoria Autocontrolo e as transições	93
Quadro 16 - Emoções que facilitam as Transições	94
Quadro 17 - Matriz síntese da categoria Sentimentos de impotência	97
Quadro 18 - Matriz síntese da categoria Falta de Esperança	98
Quadro 19 - Emoções que Dificultam as Transições.....	103
Quadro 20 - Matriz Síntese da categoria conceptual Medo.....	104
Quadro 21 - Matriz síntese da categoria Culpa	106
Quadro 22 - Matriz Síntese: Potencial das Terapêuticas de Enfermagem - Informar	112
Quadro 23 - Matriz Síntese: Potencial das Terapêuticas de Enfermagem - Gerir	115
Quadro 24 - Matriz Síntese: Potencial das Terapêuticas de Enfermagem - Atender.....	117
Quadro 25 - Estratégias de Coping Centrado no Problema	121
Quadro 26 - Estratégias de Coping Centrado nas Emoções para as Categorias: Sentimentos de Impotência e Falta de Esperança	123
Quadro 27 - Indicadores de resultado - categoria Capacidade para o Desempenho	127
Quadro 28 - Indicador de resultado: Processos Corporais Melhorados	128

Lista de abreviaturas e símbolos

- ADLs - Activities of Daily Living
C - Categoria Substantiva
E-I - Enfermeiro-Investigador
Enf-Inv - Enfermeiro-Investigador
EPE - Empresas Públicas Empresariais
ICN - International Council of Nurses
INE - Instituto Nacional de Estatística
IPO - Instituto Português de Oncologia
NC - Notas de Campo
OE - Ordem dos Enfermeiros
ONU - Organização das Nações Unidas
P - Participante
PC - Prestador de Cuidados
ULSM - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Índice geral

Introdução.....	13
Capítulo 1 – Enquadramento Teórico	23
1.1 – A Teoria do Défice do Autocuidado na Enfermagem	23
1.1.1 – Teoria do Autocuidado	23
1.1.2 – Teoria do Défice de Autocuidado.....	24
1.1.3 – Teoria dos Sistemas de Enfermagem.....	25
1.2 – A Teoria das Transições de Meleis	25
1.2.1 – Natureza das transições	27
1.2.1.1 – Tipos de transições	27
1.2.1.2 – Propriedades das transições.....	28
1.2.2 – Condições facilitadoras e inibitórias.....	29
1.2.3 – Padrões de resposta	30
1.2.3.1 – Indicadores de Processo	30
1.2.3.2 – Indicadores de Resultado.....	30
1.2.4 – Terapêuticas de Enfermagem.....	31
Capítulo 2 – Metodologia	33
2.1 – Finalidade do estudo	33
2.2 – Questões de investigação	34
2.3 – Desenho da investigação	35
2.3.1 – Método	35
2.3.1.1 – Fase do desenho da investigação.....	37
2.3.1.2 – Fase da recolha de dados	39
2.3.1.3 – Fase da ordenação dos dados.....	41
2.3.1.4 – Fase de análise dos dados	41
2.3.2 – Questões éticas	44
Capítulo 3 – Apresentação e discussão dos resultados	47
3.1 – O QUE MUDOU.....	47
3.1.1 – O que mudou em mim	47
3.1.1.1 – Dependência ao nível da Actividade Realizada pelo Próprio	47
3.1.1.2 – Compromisso nos processos corporais	50
3.1.1.3 – Como me sinto	51
3.1.2 – O que mudou à minha volta.....	53
3.1.3 – Propriedades das transições	57
3.1.4 – Síntese da categoria O que mudou	60
3.2 – ENFRENTAR A MUDANÇA	61
3.2.1 – Factores Extrínsecos ao Sujeito	61
3.2.1.1– A Sociedade	62

3.2.1.1.1 – Socialização versus Estigma Social da Dependência	63
3.2.1.2 – <i>Status</i> Económico	64
3.2.1.2.1 – Condições Habitacionais versus barreiras arquitectónicas.....	64
3.2.1.2.2 – Condição financeira favorável versus baixo rendimento familiar	65
3.2.1.3 – Apoio Social	66
3.2.1.3.1 – Suporte Familiar	66
3.2.1.3.1.1 – Apoio dos conviventes significativos versus conflitos familiares	67
3.2.1.3.1.2 – Alterações na habitação	69
3.2.1.3.1.3 – Apoio do Prestador de Cuidados versus Dificuldade do prestador de cuidados em assumir o papel versus Relação de dependência	69
3.2.1.3.1.4 – Conhecimento dos cuidadores	72
3.2.1.3.2 – Recursos Comunitários	74
3.2.1.3.2.1 – Apoio Instrumental	75
3.2.1.3.2.2 – Recursos hospitalares	76
3.2.1.3.2.3 – Preparação do regresso a casa.....	77
3.2.1.3.2.4 – Unidades de Saúde Locais.....	77
3.2.1.3.2.5 – Serviços de Apoio à Saúde	78
3.2.1.4 – Tradição	80
3.2.1.4.1 – Tradição familiar	80
3.2.1.4.1.1 – Tomar conta dos pais versus deixar para os filhos	80
3.2.1.4.2 – Experiência de doença na família	81
3.2.2 – Factores Intrínsecos ao Sujeito	81
3.2.2.1 – O <i>Status</i> Psicológico	81
3.2.2.1.1 – Atitude.....	82
3.2.2.1.1.1 – Crenças.....	82
3.2.2.1.1.2 – Atitude Face à Gestão dos Medicamentos.....	87
3.2.2.1.1.3 – Atitude Face ao Cuidado	90
3.2.2.1.1.4 – Volição	91
3.2.2.1.2 – Emoção.....	93
3.2.2.1.2.1 – Emoções que Facilitam as Transições	94
3.2.2.1.2.2 – Emoções que Dificultam as Transições.....	95
3.2.2.1.2.3 – Emoções ambivalentes.....	104
3.2.2.2 – Atributos do Sujeito	106
3.2.2.2.1 – <i>Locus</i> de Controlo	106
3.2.2.2.1.1 – Locus de Controlo Interno	107
3.2.2.2.1.2 – Locus de Controlo Externo	108
3.2.2.2.2 – Auto-eficácia	108
3.2.2.2.3 – Experiência Anterior de Doença.....	109
3.2.2.3 – Conhecimento sobre a Saúde.....	110
3.2.2.3.1 – Estou Informado	110

3.2.2.3.2 – Má interpretação	110
3.2.2.3.3 – Procedimentos Técnicos	111
3.2.2.3.4 – Implicações da Doença	111
3.2.3 – Potencial das Terapêuticas de Enfermagem	111
3.2.3.1 – Informar	112
3.2.3.1.1 – Desmistificar Crenças Erróneas	113
3.2.3.1.2 – Controlar os Processos Corporais	113
3.2.3.1.3 – Promover a Autonomia	113
3.2.3.1.3.1 – No Participante	113
3.2.3.1.3.2 – Ensinar o Prestador de Cuidados	114
3.2.3.1.4 – Ajuda Instrumental	114
3.2.3.2 – Gerir	115
3.2.3.2.1 – Orientar para o Regime Terapêutico	115
3.2.3.2.2 – Planear as Respostas à Doença	116
3.2.3.2.3 – Orientar para outros Técnicos	116
3.2.3.3 – Atender	117
3.2.3.3.1 – Incentivar a Autonomia	117
3.2.3.3.2 – Apoiar o Indivíduo	118
3.2.3.4 – Executar	118
3.2.3.5 – Determinar	119
3.2.3.6 – Síntese da categoria Potencial das Terapêuticas de Enfermagem	119
3.2.4 – Indicadores de processo	120
3.2.4.1 – <i>Coping</i>	120
3.2.4.1.1 – <i>Coping</i> Centrado no Problema	120
3.2.4.1.2 – <i>Coping</i> Centrado nas Emoções	122
3.2.4.2 – Desenvolvimento de confiança	123
3.2.4.3 – Desenvolvimento de parcerias	124
3.2.4.4 – Relação terapêutica	125
3.2.4.5 – Consciência de uma nova vida	125
3.3 – COMO FIQUEI...	126
3.3.1 – Indicadores de resultado	126
Conclusões	131
Bibliografia	135
Anexos	145
Anexo I – Parecer da Comissão de Ética para a realização do estudo na Unidade de Saúde Local de Matosinho.	
Anexo II – Parecer da Comissão de Ética para a realização do estudo no Instituto Português de Oncologia do Porto.	
Anexo III – Pedidos de autorização para a realização do estudo	
Anexo IV – Cartas de explicação do estudo e do consentimento (ULSM)	

Anexo V – Cartas de explicação do estudo e do consentimento (IPO Porto)

Anexo VI – Instrumento de avaliação do Autocuidado

Anexo VII – Categorização dos conceitos emergentes

Introdução

A disciplina de enfermagem possui um corpo de conhecimentos que servem de base ao exercício autónomo da profissão. É essa visão paradigmática da realidade que permite ao enfermeiro diferenciar o que é cuidado de enfermagem do restante conhecimento multidisciplinar.

Contudo, o reconhecimento da profissão não foi pacífico. Foi no séc. XIX que começou a dar os primeiros passos com Florence Nightingale. A sua visão, defendendo uma prática baseada em dados empíricos, alicerçada numa formação rigorosa e contínua dos profissionais para o desenvolvimento de competências, impulsionou o início da profissão em substituição da milenar vocação. “*A sua teoria das 5 componentes essenciais de saúde ambiental (ar puro, água pura, drenagem eficiente, limpeza e luz)*” (Tomey & Alligood, 2002:77) representa uma ruptura com a disciplina da medicina. Citando Nightingale (1946):

I use the Word nursing for want of a better [...] medicine, so far as we know, assists nature remove the obstruction, but does nothing more. And what nursing has to do in either case, is to put the patient in the best condition for nature to act upon him.

Os conceitos de Nightingale foram o ponto de partida para a criação de uma nova disciplina do conhecimento, que tem como principal objectivo ajudar “*o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde*” (Ordem dos Enfermeiros, 2001:8).

É um objectivo ambicioso mas atingível, passível de ser realizado através do desenvolvimento da investigação, ou seja, pela “*aplicação de métodos sistemáticos e científicos para estudar os fenómenos e gerar conhecimento*” (Tomey & Alligood, 2002:9), visando “*a produção de uma base científica para guiar a prática e assegurar a credibilidade da profissão*” (Fortin, 1999:18).

É chegada a altura de redireccionar a procura do conhecimento para o que realmente é a essência da enfermagem – o estudo da resposta humana à doença e aos processos de vida – e desenvolver modelos de actuação centrados no indivíduo, estabelecendo parcerias com ele e a família e assumindo a responsabilidade por prescrições de cuidados profissionais, resultantes de evidência empírica.

Analisando o contexto actual, verifica-se que a sociedade portuguesa, com o aumento da esperança de vida e a diminuição da taxa de natalidade, caminha no sentido do envelhecimento gradual da população (INE, 2005) com consequente aumento da prevalência de doenças crónicas, numa época onde o “*idoso sem autonomia é rapidamente excluído do trabalho, das funções de aquisição de produção, manutenção e transmissão de conhecimentos*” (Martins, 2006b), tendendo para o isolamento e assumindo cada vez mais uma situação de dependência.

Este problema tem vindo a tornar-se insuportável para o actual sistema de saúde, ainda muito alicerçado em atitudes profissionais paternalistas, onde a doença continua a ser tratada com recurso à institucionalização da pessoa doente, vista como receptora passiva de cuidados, algo a que Ferguson (1985) apelidou de “Idade Industrial da Medicina”.

Perante este cenário, o olhar economista da saúde deu início a uma mudança de paradigma, emergindo o conceito de envelhecimento activo, baseado nos princípios estabelecidos pela ONU: independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização (Jordão, 2006). Emerge desta forma uma nova concepção de assistência que redefine a importância da pessoa nos cuidados de saúde, atribuindo ao auto-cuidado um papel fundamental. Assim, o investimento no autocuidado passa a estar na agenda política e surgem definições orientadas nesse sentido como a do *Department of Health* (2005) que o define como o cuidado dispensado, pelos indivíduos, à sua saúde e bem-estar que engloba as acções individuais e cuidados empreendidos pelos próprios em relação a si, à família e filhos, para manterem a forma, gozando de uma boa saúde física e mental, conhecerem as suas necessidades psicológicas e sociais, prevenirem a doença e os acidentes, lidarem com os pequenos problemas de saúde e com doenças crónicas e manterem a saúde e o bem-estar após a doença ou a alta hospitalar.

Em Portugal emerge a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que preconiza um sistema de saúde que contribua “*para a melhoria do acesso do cidadão com perda de funcionalidade ou em situação de risco de a perder, através da prestação de cuidados técnica e humanamente adequados*” (Portugal, 2006), o que fez florescer o interesse pela promoção da autonomia, noutros sectores da sociedade contemporânea,

Estão, assim, a surgir novas necessidades de saúde e sociais, que requerem respostas novas e diversificadas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida (Portugal, 2006).

Contudo, apesar do seu carácter multidisciplinar, verifica-se que o conceito de auto-cuidado não é consensual, variando conforme a disciplina e inclusive dentro da mesma área de estudo. Como exemplo, Gantz (1990) referiu que para os médicos o auto-cuidado está relacionado com a capacidade que as pessoas têm para cumprir as prescrições (monitorizar e comunicar sintomas e implementar o esquema terapêutico) enquanto que, para os enfermeiros, significa trabalhar com a pessoa de forma a aumentar a sua capacidade funcional, ajudá-la a desenvolver estratégias de *coping* e aumentar o seu *status* de saúde. No entanto, não obstante o paradigma profissional, o autor identificou pontos comuns entre seis disciplinas diferentes (Enfermagem, Medicina, Educação para a Saúde, Sociologia, Psicologia e Saúde Pública), sempre que estas se centravam nos factores pessoais do cliente:

- ✓ Está dependente do contexto e da cultura
- ✓ Envolve capacidade para agir e tomar decisões

- ✓ É influenciado pelo conhecimento, capacidades, valores, motivação, *locus* de controlo e eficácia.
- ✓ O foco de atenção está centrado nos cuidados de saúde que estão sob o controlo do indivíduo.

A comprová-lo está a definição conjunta (enfermagem e medicina) que (Romender et al (1998:2) publicam, em que “o *autocuidado é definido como o conjunto de acções e decisões tomadas por alguém que está a enfrentar um problema de saúde e que geram resposta no sentido da sua melhoria*”.

Se analisarmos epistemologicamente o desenvolvimento da disciplina de enfermagem, verificamos que esta se centra essencialmente nas actividades de autocuidado que mantêm ou promovem uma vida saudável, o crescimento e desenvolvimento das pessoas e facilitam a recuperação e o autocontrolo em situações de doença (Orem, 2001).

Fawcett (2000) identificou aqueles que são reconhecidos como os quatro conceitos metaparadigmáticos da disciplina (Saúde; Pessoa; Ambiente; Cuidados de Enfermagem) que se relacionam entre si e que demonstram que cada pessoa é um ser único que interage com o ambiente que o rodeia de forma a manter o equilíbrio (Saúde) e o bem-estar, necessitando dos cuidados de enfermagem sempre que não consegue restabelecer sozinho a homeostasia. Reflectindo, não se pode deixar de salientar o paralelismo que pode ser traçado com os vários conceitos de autocuidado que se encontra na enfermagem. Esta constatação é congruente com a evolução da disciplina, que o adoptou como base para desenvolver o conhecimento, destacando-se de outras que, simplesmente, sofreram a sua influência. Não é por isso de estranhar que a maioria dos trabalhos e da bibliografia existente sobre o conceito sejam do âmbito da enfermagem.

O autocuidado é portanto, definitivamente, a grande base onde assenta o conhecimento disciplinar e esta revalorização social do conceito deve ser aproveitada pelos enfermeiros para produzirem mais investigação e contribuir activamente para o desenvolvimento da sociedade. Tornou-se claro, após a reflexão efectuada (ao longo do trajecto curricular) acerca do sentido da profissão e do seu valor social crescente face ao contexto português, a decisão de escolher esta área para se desenvolver a dissertação.

Segundo Hoy, Wagner & Hall (2007:456) “*as capacidades de auto-cuidado podem ser estruturadas em capacidades fundamentais (satisfazer as suas necessidades básicas e respectiva interacção com a sua aprendizagem e curiosidade intelectual), de poder (controlo da situação e satisfação de objectivos pessoais, nos domínios cognitivo, fisiológico e emocional) e ainda em capacidades de desempenho (do seu papel na dimensão da saúde, bem como resolução de situações por orientação para o problema ou tarefa e aperfeiçoando o processo de decisão)*”. Assim, dada a grande abrangência do conceito, para este estudo restringimo-lo apenas à sua essência básica, ou seja, às actividades realizadas pelo indivíduo que implicam “*tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária*” (ICN, 2005:46).

Contudo, há que reconhecer que a evolução da prática profissional tem acompanhado o desenvolvimento técnico e biomédico de outras disciplinas, repercutindo-se num afastamento gradual de áreas tão importantes e centrais ao desenvolvimento científico da profissão, como a satisfação das necessidades básicas do indivíduo.

É uma situação paradoxal se tivermos em conta o foco de atenção disciplinar que se traduz na prática de cuidados através de um diagnóstico de necessidades ou de oportunidades, onde o enfermeiro viabiliza a produção de um processo de cuidados profissional em parceria com a pessoa/cliente, baseado na inter-relação pessoal. Espera-se assim que os profissionais desempenhem vários papéis, mediante as respostas que são dadas pelos indivíduos que carecem de cuidados. Segundo Orem (2001), a acção poderá passar por substituir totalmente o cliente, compensar e assistir apenas nas tarefas que tem dificuldade em assumir e/ou orientar e apoiar naquelas que ele consegue executar sozinho.

Esta relação terapêutica só será possível se o profissional tiver disponível conhecimento empírico que permita interpretar o significado das respostas do indivíduo perante a situação e for capaz de capacitá-lo para lidar com o problema.

Nesse sentido, realizou-se uma pesquisa bibliográfica utilizando as expressões-chave “*self care*”, “*activities of daily living*”, “*ADLs*” e “*Nursing*”, nas bases de dados “CINAHL[®]”, “MEDLINE[®]”, “*Psychology and Behavioral Sciences Collection*” e “Cochrane[®]”. Usaram-se como critérios de selecção a existência do artigo em texto completo; escrito em língua inglesa; data mais recente (superior ou igual a 1980) e com pertinência para o estudo.

O resultado dessa revisão revelou a existência de uma vasta literatura que aborda a forma como os indivíduos lidam com os problemas de autonomia. No entanto, tal como Pereira (2009:17) refere, “apesar de numerosa, encontra-se muito direccionada para o desenvolvimento de instrumentos de mensuração das capacidades funcionais dos clientes e para populações específicas, nomeadamente direccionadas para certas faixas etárias (idosos)”.

Verifica-se que na sua maioria são reflexo de interpretações teóricas resultantes de conhecimento formal e não de evidência empírica proveniente de áreas de intervenção substantiva (Stevens, 2002). É de realçar, no entanto, que aqueles que o fazem utilizam ambientes controlados, como o internamento hospitalar ou o período de reabilitação em instituições apropriadas (Furlong, 1996; Proot et al, 2002), sendo escassos os estudos realizados em situação domiciliar.

Punamaki & Ascham (1994) afirmam que a doença, a reabilitação e a gestão de sintomas das doenças crónicas dependem da adopção de práticas de saúde por parte dos clientes. Por esse motivo, a enfermagem interessa-se por todas as variáveis identificáveis ou que os seus clientes identificam como importantes para a saúde (Gantz, 1990). Assim, relativamente ao **factor sexo**, a maioria dos autores considera que ao feminino se associam mais comportamentos de saúde, melhor auto-eficácia e maior capacidade de autocuidado, o que, no entanto, se vai diluindo à medida que as pessoas vão envelhecendo (Callaghan, 2005). Por sua vez, constata-se que as pessoas que têm uma atitude negativa face ao envelhecimento desenvolvem menos práticas de autocuidado (Backman & Hentinen, 1999).

Ainda na comparação por sexos, o feminino tende a valorizar mais, neste contexto, a família e os departamentos doméstico e social, enquanto que o masculino destaca as dimensões económica e profissional (Nair, 2003).

Outro factor é a **capacidade para desempenhar** as actividades de autocuidado, o que por si só é condição necessária para as executar. A existência de recursos multi-funcionais, ou seja, capacidade de adquirir novos recursos e/ou manter os já existentes potenciam o autocuidado (Soderhamn 2000; Hoy, Wagner & Hall, 2007) contribuindo positivamente para o auto-conceito (Hoy, Wagner & Hall, 2007). Como exemplos pode-se referir a diminuição da acuidade visual (Sacco-Peterson & Borell, 2004) ou a diminuição da capacidade de expressão verbal encaradas como perturbadoras do autocuidado (Leenerts & Magilvy 2000).

A **personalidade** é também um factor a ter em conta. Constata-se que o pessimismo/desalento dos indivíduos poderá fazer com que estes não procurem cuidados de saúde, para não aborrecerem os profissionais, dado considerarem que nada mais poderá ser feito por si e/ou que as terapêuticas eventualmente propostas perturbariam a sua actual qualidade de vida (Jaarsma et al, 2000). Aqui, enquadraram-se os indivíduos com um historial de vida severo, pois geralmente são mais deprimidos, apresentam pior atitude com o processo de envelhecimento, pior satisfação e menor autocuidado (Backman & Hentinen, 1999). O *locus* de controlo, sendo uma dimensão da personalidade, desempenha um papel fundamental, dada a relação que mantém com a auto-eficácia, de extrema importância para a elaboração de objectivos (Balsmeyer, 1984; Oberle, 1991; Shaw, McColl & Bond, 2003; Selander et al, 2006; Báñez et al, 2007; Brown, 2007) e na procura de saúde, pois indivíduos orientados internamente, com maior frequência, recorrem a serviços de saúde preventivos (Rourke, 1991).

A **auto-eficácia**, definida como um sentimento pessoal de sucesso perante um conjunto de competências desencadeadas como resposta a uma determinada situação (Burbank et al, 2002; Kasikçi & Alberto, 2007), permite aos indivíduos aumentar a capacidade para desempenhar actividades de auto-cuidado, conquistando o controlo da sua vida e satisfazendo os seus objectivos pessoais (Hoy, Wagner & Hall, 2007). A evidência demonstra que, para realizar um comportamento saudável, os indivíduos têm de o considerar útil para a sua saúde, crerem que são responsáveis pela sua realização e, ao mesmo tempo, acreditarem que são capazes de o executar (Wallston, 1989). A auto-eficácia dá, portanto, uma noção de controlo sobre o ambiente. É uma avaliação subjectiva sobre o que cada um pode fazer e influencia o que as pessoas sentem, pensam e fazem (Shawn, 1999).

Quanto aos **objectivos de vida**, estes são conscientes e facilmente identificáveis, podendo variar durante o processo de doença, o que, por vezes, se torna perturbador. São influenciados pela idade, sexo, personalidade, experiências e sociedade e detêm uma hierarquia complexa, cujo topo é ditado pela auto-imagem. Nos níveis seguintes temos as motivações abstractas (poder, fama, riqueza), objectivos pessoais (carreira, família, relacionamentos), objectivos contextuais (por exemplo, melhores notas académicas) e, por fim, objectivos para acções imediatas (ler, escrever, brincar...), sendo que o atingimento destes proporciona bem-estar (Nair, 2003). Constata-se ainda que, apesar de frequentemente estarem

relacionados com a motivação para participar, os objectivos de tratamento nem sempre são coincidentes (e esta discordância nem sempre é clara para os intervenientes) (Rourke, 1991; Nair, 2003). Por vezes, apenas a reorientação de objectivos ajudará o indivíduo a ter um melhor *coping* com a doença; pois não são raras as expectativas irrealistas, posteriormente, geradoras de ansiedade e desconforto. No entanto, é de salientar que indivíduos com uma maior percepção de bem-estar identificam melhor os seus objectivos de vida, têm maior dedicação aos mesmos e maior sensação de sucesso na sua concretização, ao passo que a sua ausência conduz à perda do sentido de vida, apatia e até mesmo (em situações extremas) ao suicídio (Nair, 2003).

Relativamente a este assunto, alguns investigadores defendem o auto-cuidado como processo ecológico, na medida em que o consideram integrativo das dimensões emocional/espiritual, biofísica e socio-cultural; ou seja, surge aqui o destaque à forma como o indivíduo dá sentido à sua vida e às fases de saúde/doença (Hoy, Wagner & Hall, 2007). Apenas o facto de este encontrar um **significado para a sua vida** e/ou evento perturbador poderá auxiliar intensamente o auto-cuidado (Leenerts & Magilvy, 2000; Soderhamn 2000; Amaral, 2006), incluindo eventualmente o planeamento do futuro (Leenerts & Magilvy, 2000).

A **motivação** é tanto mais prevalente quanto mais a auto-imagem do indivíduo se enquadra na de uma pessoa saudável e activa, ou seja, com o auto-conceito (Kasikçi & Alberto, 2007; Hoy, Wagner & Hall, 2007), sendo influenciada pelos objectivos pessoais de vida como, situações/estados que o indivíduo deseja adquirir/conquistar, manter ou eliminar (Nair, 2003). Deve-se ter em atenção que quando os desafios se tornam excessivos perante a capacidade de resposta, o indivíduo pode interpretar tais dificuldades como incompetência sua que, por sua vez, o poderá desmotivar (Sacco-Peterson & Borell, 2004). Por outro lado, a equipa de reabilitação pode classificar um indivíduo como pouco ou nada motivado quando este simplesmente tem objectivos diferentes para o tratamento. A percepção de tal e a junção dos objectivos pessoais do indivíduo aumenta a eficácia da reabilitação (Rourke, 1991; Nair, 2003).

O **envolvimento pessoal** do paciente nos seus cuidados de saúde é um dos factores intrínsecos destacados como potenciador do autocuidado, abarcando o controlo da semiologia, tratamento e consequências físicas e psicossociais, secundárias ao estilo de vida, face a uma patologia crónica (Barlow, Wright & Cullen 2002). Alguns autores também destacam o conceito de auto-responsabilidade (Hoy, Wagner & Hall, 2007), ou seja, indivíduos mais responsáveis, geralmente, cuidam melhor da sua saúde (Backman & Hentinen, 1999; Burbank et al, 2002).

O **conhecimento pessoal** advém da interacção entre as pessoas. Conhecemos através do outro e adaptamo-nos à medida que transformamos o conhecimento transmitido, produzindo respostas adequadas para satisfazer o projecto de vida individual ou colectivo (Soderhamn, 2000; Jaarsma et al, 2000; Kasikçi & Alberto, 2007), processo esse dependente da auto-curiosidade. Esta é dirigida ao ambiente exterior, constituindo um processo conscientemente auto-construído (Hoy, Wagner & Hall, 2007). A enfermagem utiliza como método de trabalho a interrelação pessoal com os seus clientes visando a *“promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue [...] frequentemente através de*

processos de aprendizagem do cliente” (OE, 2001) Contudo, proporcionar conhecimentos nem sempre aumenta a aprendizagem do indivíduo (Jaarsma et al, 2000).

As **crenças em saúde** e a auto-definição de saúde são ambas determinantes no autocuidado e na utilização dos recursos (Rourke, 1991; Backman & Hentinen, 1999; Burbank et al, 2002; Hoy, Wagner & Hall, 2007). A avaliação do próprio acerca do seu estado de saúde é (mesmo quando contraditória) frequentemente mais valorizada que a opinião dos profissionais (Backman & Hentinen, 1999).

O **nível económico** surge como factor influenciador pois, geralmente, indivíduos pertencentes a um nível financeiro mais elevado apresentam mais comportamentos saudáveis e conceitos de auto-eficácia e auto-cuidado mais intensos e eficazes (Callaghan, 2005). Por sua vez, indivíduos com situação económica mais precária, geralmente têm pior relação com as instituições prestadoras de cuidados de saúde, crenças negativas e maior auto-negligência no autocuidado (Leenerts & Magilvy, 2000). Contudo, o nível económico pode enviesar as conclusões, na medida em que uma situação financeira precária com alguma frequência se associa a preocupações com os filhos, desemprego, violência doméstica, opressão social, baixa auto-estima, abuso na infância, família disfuncional, toxicodpendência, dificuldade de acesso aos cuidados de saúde, auto-negligência, sacrifício, silêncio/isolamento, dependência económica e/ou condições habitacionais precárias ou inexistentes (ibidem). Importa acrescentar que o autocuidado pode ser negligenciado quando existe interesse em manter o papel de doente, por questões financeiras/segurança social (Rourke, 1991) ou até por dinâmica familiar.

O **ambiente físico** condiciona e influencia o autocuidado. Alguns autores mencionam que as condições existentes nas enfermarias, quartos e/ou casas de banho não permitem que um idoso debilitado consiga ser autónomo nos seus cuidados de higiene (Sacco-Peterson & Borell, 2004).

O apoio proporcionado pela família é também de vital importância (Backman & Hentinen, 1999; Nair, 2003). Aliás, alguns autores consideram que o **apoio social** é o mais importante dos factores extrínsecos (Backman & Hentinen, 1999) descrevendo-o como sendo a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós (Sarason et al, 1983). House et al. (1988), referem que vários estudos realizados para averiguar a relação entre a existência de suporte social e a saúde concluíram que os indivíduos com maiores níveis de suporte social têm maiores probabilidades de se adaptarem (física e psicologicamente) às situações. Kessler & McLeos (1985) sugerem que quando o apoio é percebido pelo cliente, tal percepção torna-se prognóstico de uma boa adaptação à doença. Shaw (1999) diz-nos que é um factor importante durante a avaliação de todo o processo, pois pode modificar a avaliação que o indivíduo faz dos sintomas ou a forma como lida com eles. É por este motivo que Vaz Serra (1992) o apelida de mediador do filtro cognitivo, atribuindo-lhe grande importância no seu modelo descritivo de *stress* e *coping*. A existência/participação em grupos de apoio poderá também influenciar positivamente o autocuidado (Leenerts & Magilvy, 2000).

Por último, o **apoio que os profissionais de saúde** proporcionam é fundamental para a motivação para o autocuidado (Nair, 2003). Contudo, estes também aumentam as dependências e diminuem a tomada de decisão do indivíduo (Faucett et al, 1990). Um dos exemplos decorre quando os profissionais de saúde não se demonstram optimistas perante uma eventual evolução positiva dos indivíduos, provocando desmotivação nestes, ou seja, surge uma certa “adaptação” vitalícia à situação (Sacco-Peterson & Borell, 2004). Outra situação semelhante acontece quando os profissionais comentam publicamente o facto de alguns indivíduos serem muito “calmos” e nunca pedirem ajuda para nada, quase transformando tal postura num modelo de virtuosidade a seguir pelos restantes; assim de forma consciente ou não, os próprios enfermeiros podem incentivar maior dependência e menor solicitação de ajuda para o autocuidado (ibidem).

Constata-se então a existência de numerosos factores, intrínsecos e extrínsecos ao sujeito, capazes de influenciar as actividades de autocuidado. No entanto, se numa fase inicial, os indivíduos aprendem a lidar com as limitações da autonomia em ambiente protegido, na fase do regresso a casa deparam-se com novos desafios que pressupõem uma resposta adaptativa à nova situação contextual. Também para os enfermeiros surgem novos desafios, como nos descreve Jaffe (1989:173):

Quando o doente está no hospital, o enfermeiro ou qualquer outro profissional de saúde detém o controlo da situação. Em casa passa-se o oposto: o doente e a família são quem controla. Assim os elementos da equipa multidisciplinar são considerados convidados da casa pelo que a abordagem do doente se torna particularmente importante. Uma entrada agressiva em casa e simultâneo pedido de adesão ao plano terapêutico não produzem resultados. A abordagem do doente e família deve ser objecto de um cuidadoso planeamento estratégico para a obtenção da máxima independência funcional.

Sobreviver a uma situação patológica, regressar a casa e passar subitamente a depender de terceiros para desenvolver as actividades de vida diárias, são acontecimentos comuns onde intervêm variados factores e que dão início a um processo (difícil e moroso) de recuperação da autonomia.

Planear a mudança para capacitar a pessoa a recuperar a autonomia requer conhecimento empírico substantivo acerca do problema. Contudo, embora o autocuidado esteja gradualmente a ganhar importância, o conhecimento disciplinar ainda é escasso para explicar de que forma os indivíduos com défices de autonomia desenvolvem o seu processo adaptativo em contexto domiciliário, não proporcionando aos profissionais conhecimento suficiente acerca dos constructos específicos e das relações entre as diversas variáveis que compõem o fenómeno, impedindo-os de promover respostas eficazes para lidar com os diversos factores presentes no contexto.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Portugal, 2006) prevê (artigo 28º) a existência de equipas de saúde que prestem cuidados domiciliários e que, entre outras competências, desenvolvam acções de educação para a saúde aos doentes, familiares e

cuidadores, e apoiem na satisfação das necessidades básicas, no desempenho das actividades da vida diária e nas actividades instrumentais necessárias.

O interesse é bem actual e implica que a perda de autonomia e a forma como as pessoas lidam no domicílio com os défices sejam fenómenos investigáveis, fundamentais para a evolução da disciplina, da profissão e da saúde em geral.

Considerando que *“numa realidade humana como a enfermagem, é imperativo que os enfermeiros adoptem uma tradição de investigação que forneça os modos mais significativos de descrever e compreender as experiências humanas”* (Streubert & Carpenter, 2002:3), pretendeu-se desenvolver um estudo que revelasse as múltiplas dimensões da adaptação aos défices de autocuidado, em contexto domiciliar, enfatizando *“a compreensão da experiência humana como é vivida [...] concentrando-se nos aspectos dinâmicos, holísticos e individuais dos fenómenos, tentando capturá-los na sua totalidade, dentro do contexto dos que os experimentam”* (Polit, 2004:30). É com base nessa investigação que se apresenta agora o relatório final que se encontra estruturado em quatro partes: a primeira (onde se faz o enquadramento teórico da problemática estudada), a segunda (onde se desenvolve o desenho do estudo e se expõe todas as decisões tomadas durante o percurso de forma a utilizar a metodologia científica mais adequada), a terceira, dividida em três (em que se faz a discussão dos resultados obtidos, conforme a categoria central identificada) e, por último, a conclusão (onde se apresenta o modelo teórico que sintetiza as conclusões do estudo).

Capítulo 1 – Enquadramento Teórico

“A teoria confere significado ao conhecimento de modo a melhorar a prática descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos” (Tomey & Alligood, 2002:213). O seu desenvolvimento na enfermagem trouxe um método científico de pensar nos problemas (o Processo de Enfermagem) deixando de ser aceitável, para os enfermeiros, uma postura de passividade perante a acção.

Meleis (2007) define a teoria de enfermagem como uma conceptualização articulada e comunicada da realidade inventada ou descoberta na enfermagem com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem.

Esta conceptualização da realidade não pode ser executada, sem o contributo prévio dos modelos teóricos que constituem a visão paradigmática do investigador e que o guiam até à descoberta de novo conhecimento disciplinar. Assim, neste capítulo, descrevem-se as teorias de enfermagem que subsidiaram a investigação, influenciando a análise dos dados e a construção do modelo teórico emergente.

1.1 – A Teoria do Défice do Autocuidado na Enfermagem

Ao identificar-se o autocuidado como área substantiva de interesse, é impossível não abordar Dorothea E. Orem. Esta investigadora, desenvolveu a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (1971), segundo a qual a condição que implica a necessidade da enfermagem, por parte de um adulto, é a ausência de capacidade para manter a quantidade e a qualidade do autocuidado, fundamental à sustentação da vida e da saúde, na recuperação da doença/lesão ou na capacidade para lidar com os seus efeitos.

Desde essa data, altura em que publicou “Nursing: Concepts of practice”, Orem foi desenvolvendo a sua teoria geral que culminou em 1985 com a apresentação da Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado na Enfermagem, como um corolário de três teorias relacionadas:

- ✓ A Teoria do Auto-cuidado que se centra nas pessoas e descreve os motivos e a forma como elas cuidam de si.
- ✓ A Teoria do Défice do Auto-Cuidado que descreve quais as necessidades de cuidados que surgem ao longo da vida das pessoas, onde os enfermeiros podem actuar.
- ✓ A Teoria dos Sistemas de Enfermagem que explica de que forma é que os enfermeiros interagem com as pessoas para que se produzam cuidados de enfermagem.

1.1.1 – Teoria do Autocuidado

Segundo Dorothea Orem, o autocuidado é “o cuidado pessoal diário requerido pelo indivíduo para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento” (2001:20), sendo executado por:

(...) pessoas maduras ou em amadurecimento que possuem os poderes e desenvolveram ou estão a desenvolver capacidades para usarem medidas apropriadas, fiáveis e válidas para regularem o seu próprio funcionamento e desenvolvimento em ambientes estáveis ou em mudança. (Orem, 2001:43).

Ou seja, é uma função reguladora que difere de outras pelo facto de ser uma acção deliberada e intencional realizada pelo indivíduo com o intuito de regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento ou o dos seus dependentes e que, quando bem executado ajuda a manter a integridade estrutural e o funcionamento humano.

A autora define ainda o conceito de **self-care agency** como “*uma complexa capacidade adquirida para realizar os seus requisitos contínuos de cuidado de si mesmo, que regulam os processos de vida mantêm ou promovem a integridade da estrutura, funcionamento desenvolvimento humano, e promovem o bem-estar*” (2001:254). Esta capacidade está dependente de um vasto leque de factores condicionantes básicos como a idade, estado de desenvolvimento, sexo, estado de saúde global, orientação sócio-cultural, apoio social (familiar e sistema de saúde), factores ambientais, estilos de vida, adequação e disponibilidade de recursos.

A **demanda terapêutica de autocuidado** é o conjunto de acções que têm de ser desempenhadas ao longo do tempo para satisfazer as necessidades de autocuidado e que podem ser partilhadas por várias pessoas.

Os **requisitos de autocuidado** podem ser definidos como acções dirigidas à provisão de autocuidado, podendo ser divididos em **requisitos universais** de autocuidado (comuns a todos os seres humanos durante os estádios do ciclo vital e que na enfermagem comumente se denominam de actividades de vida diária); **requisitos de desenvolvimento** (que estão associados ao crescimento humano e aos processos de desenvolvimento, englobando eventos e condições que podem ocorrer durante as diferentes fases do ciclo de vida e com algumas condições adversas) e **requisitos de desvio de saúde** do autocuidado (que surgem em situações de doença ou lesão e servem para os indivíduos se adaptarem, controlarem ou aprenderem a viver com os efeitos limitantes do estado patológico).

1.1.2 – Teoria do Défice de Autocuidado

A teoria do défice de autocuidado “*exprime a relação entre as capacidades de acção dos indivíduos e as suas necessidades de cuidados*” (Tomey & Alligood, 2002:218), sendo considerada o núcleo da teoria geral de enfermagem de Orem, pois “*delineia quando a enfermagem é necessária*” (George et al, 2000:85).

Enquanto a **actividade de auto-cuidado** explica os factores que intervêm e a forma como o indivíduo é capaz de identificar o problema, gerir ou controlar e delinear a natureza da acção a realizar para se adaptar a novas situações; a **necessidade de autocuidado terapêutico** descreve o conjunto de actividades que o indivíduo tem de executar com eficácia para se manter estável, no projecto de saúde que delimitou para si.

O **défice de autocuidado** ocorre quando um indivíduo já não é capaz de realizar certas tarefas (definidas por Orem como requisitos de autocuidado) sozinho. Neste caso a enfermagem pode ser chamada a intervir. Isto pode acontecer, por exemplo, em situações de doença, em que para além de haver uma diminuição da capacidade para executar o autocuidado também há frequentemente um aumento da necessidade de cuidados.

O enfermeiro poderá utilizar cinco métodos diferentes para actuar (substituir a pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; apoiar o desenvolvimento pessoal e ensinar), diminuindo as limitações de acção, do indivíduo, associadas à saúde.

1.1.3 – Teoria dos Sistemas de Enfermagem

Nesta teoria, Orem (2001) define como as necessidades de autocuidado da pessoa são colmatadas pela enfermeira, utilizando três classificações de sistemas de enfermagem distintos, aplicados conforme as necessidades evidenciadas.

Os sistemas de enfermagem são métodos de acção, concebidos e executados por enfermeiros para pessoas com défices de autocuidado. O enfermeiro poderá utilizar o **sistema totalmente compensatório**, quando o indivíduo é incapaz de executar qualquer tipo de autocuidado, sendo socialmente dependentes de outro para manter o seu bem-estar; O **sistema de enfermagem parcialmente compensatório** utiliza-se quando ambos (enfermeiro/pessoa) partilham a responsabilidade de satisfazer as necessidades de autocuidado; Por último, o **sistema de apoio-educação**, em que a pessoa é capaz de desempenhar a actividade de autocuidado, ou tem condições para o fazer no futuro, mas não o pode fazer ainda sem a assistência do enfermeiro, sendo da responsabilidade deste a promoção do autocuidado.

Conclui-se, por isso, que os enfermeiros podem desempenhar vários papéis mediante as respostas que são dadas pelos indivíduos, sendo que um dos factores fundamentais na sua actuação é o estabelecimento e a manutenção de uma filosofia que favoreça o autocuidado.

Explora-se assim a teoria do Déficit de Autocuidado em Enfermagem, de Dorothea Orem, uma vez que é a única que descreve exclusivamente o fenómeno e cuja publicação é considerada um marco para a abundante literatura existente sobre o tema.

No seu trajecto, a investigadora influenciou imensos trabalhos de investigação e impulsionou o estudo e a produção bibliográfica mundial em torno do autocuidado, sendo considerada actualmente uma das teorias de enfermagem mais testadas em todo o mundo (Meleis, 2007) e cujo contributo foi de grande importância para esta pesquisa.

1.2 – A Teoria das Transições de Meleis

“O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas [...] Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (OE, 2001:8).

É hoje consensual para a disciplina que o objectivo da prestação dos cuidados de enfermagem deixou de ser a doença propriamente dita, para passar a ser a resposta do indivíduo aos processos de saúde e de vida, tal como as transições vivenciadas por ele, família e grupos ao longo do ciclo vital.

Ao analisar a teoria de Orem, constata-se o enfoque que é dado às respostas que os indivíduos dão no sentido de executarem, ou não, actividades de autocuidado, ao longo da sua vida. É necessário, no entanto, analisar o conceito de transição, definindo a sua importância para a enfermagem e para o futuro da profissão.

Transição é um tema contemporâneo que provém da teoria da crise, bastante estudada no passado. Segundo esta, uma crise é essencialmente um distúrbio do equilíbrio, uma perturbação de um estado estável, exigindo imediatamente novos padrões de comportamento e cuja resposta, normalmente surge através dos mecanismos e reacções habituais que cada um tem disponível para lidar com os problemas. Considera-se que é um perigo porque ameaça o ser humano pelos seus efeitos negativos e uma oportunidade, porque durante os períodos de crise a pessoa está mais receptiva à influência terapêutica (Zagonel, 1999). Meleis et al. (2000:12) referem que:

Changes in health status may provide opportunities for enhanced well-being and expose individuals to increased illness risks, as well as trigger a process of transition.

Nos últimos anos Afaf Meleis e os seus colegas contribuíram para aumentar o conhecimento da disciplina de enfermagem ao desenvolverem uma teoria sobre o fenómeno das transições. Foram objecto de estudo alguns factos da vida quotidiana com interesse para a enfermagem como: a gravidez, a menopausa, a transição de adolescente a jovem adulto dentro de doentes com patologia cardíaca, a perda de entes queridos, a emigração, entre outros.

O conceito de transição é definido por Meleis e Trangenstein (1994:256) como:

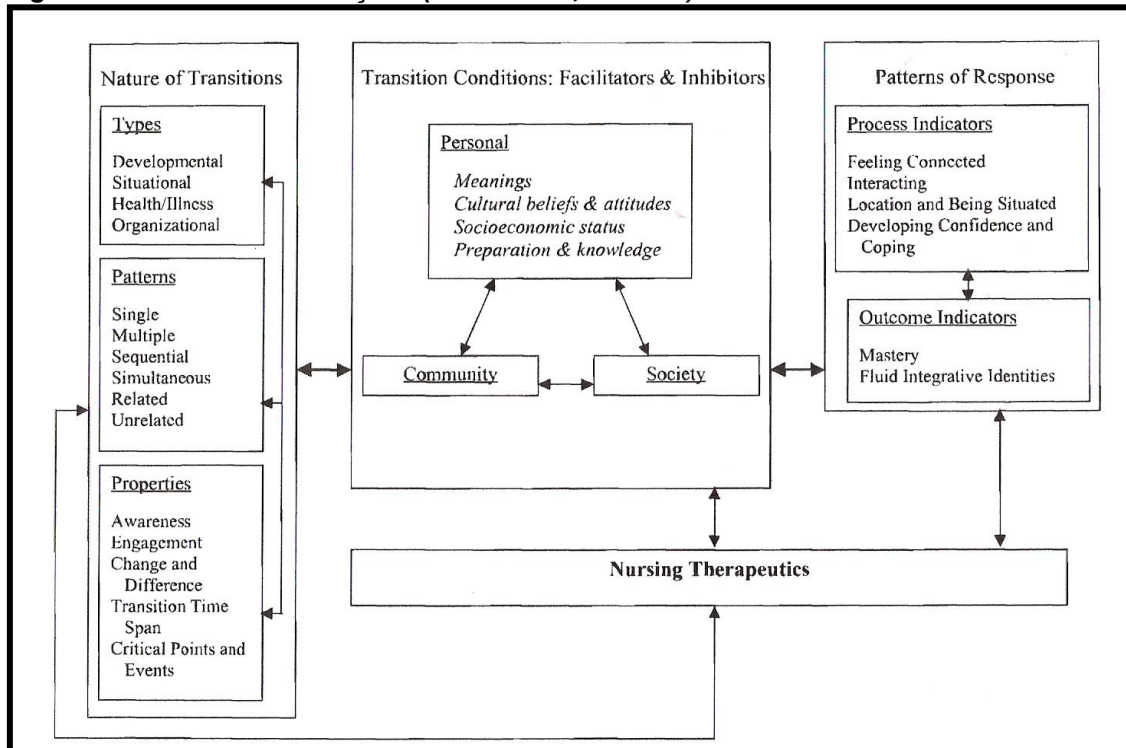
(...) a passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro... transições refere-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interacção pessoa/ambiente... denota mudança no estado de saúde, nos papeis relacionais, nas expectativas, ou nas habilidades. Denota uma constelação única de padrões de resposta ao longo de um espaço de tempo.

Durante os períodos de transição as pessoas podem passar por episódios de instabilidade e vulnerabilidade. Como se observa na teoria de Orem, o autocuidado é um conceito dinâmico ao longo do ciclo vital o que implica que o ser humano tenha que estar em permanente mudança para fazer face às exigências da vida. Situações de défice de autocuidado, em que as exigências são superiores à capacidade de resposta do indivíduo, podem provocar profundas alterações ao nível da vivência pessoal, familiar e social, tendo implicações importantes no que diz respeito à saúde e ao bem-estar.

Essas transições, segundo Meleis (2007) exigem novos conhecimentos para mudar comportamentos, dentro de um determinado contexto, alterando a definição do “self”. Um processo de transição passa por três fases: entrada, passagem e saída. A conclusão de uma transição traz um período de menor perturbação e maior estabilidade decorrente do crescimento resultante da experiência.

Considerando que o foco de enfermagem se centra nas respostas que os indivíduos dão à doença e aos processos de vida, Meleis (2007:219) considera que “o conceito de transição é central à Enfermagem” e com os seus colegas desenvolveu uma teoria de médio alcance, representada esquematicamente na figura 1.

Figura 1 - Teoria das Transições (Meleis et al, 2000:17)



1.2.1 – Natureza das transições

Ao longo de vários estudos Meleis e seus colaboradores foram analisando diversos fenómenos de mudança, registados em diversas áreas de interesse para a enfermagem. No seu modelo teórico identificaram uma categoria major que denominaram de Natureza das transições que, engloba os vários tipos de transição, a forma como se manifestam e se relacionam entre si, bem como as propriedades que cada uma evidencia.

1.2.1.1 – Tipos de transições

Segundo Meleis et al (2000), existem vários tipos de transições que o indivíduo pode vivenciar de forma sequencial ou em simultâneo, uma vez que elas não são discretas ou mutuamente exclusivas. Os enfermeiros devem estar sensíveis quando analisam a natureza

das transições para não se concentrarem apenas num tipo específico de transição em detrimento de outras que podem ser também relevantes.

Foram identificadas transições do tipo: Saúde/Doença; Desenvolvimento; Situacionais e Organizacionais.

De acordo com Meleis & Schumacher (1994:119):

(...) as transições de desenvolvimento ocorrem quando o ser humano enfrenta uma mudança decorrente da sua evolução ao longo do ciclo vital (adolescência, gravidez, papel parental, menopausa, etc.), o que implica que a maior parte dos trabalhos desenvolvidos se tenham focado unicamente na pessoa.

As transições organizacionais estão muito ligadas a mudanças no ambiente que rodeia o indivíduo/família. Normalmente são precipitadas por mudanças ao nível do contexto (social, político ou económico) ou devido a alterações dentro da organização e dinâmica de um grupo que afecta o indivíduo.

Existem ainda diversas situações como a imigração, lidar com uma doença terminal, mudar de trabalho, etc., que podem despoletar transições, neste caso classificadas como do tipo situacional.

Por último, Meleis & Schumacher (1994:119) descrevem as transições do tipo saúde-doença como aquelas em que *“o indivíduo tem de enfrentar as dificuldades decorrentes do episódio de doença”*.

1.2.1.2 – Propriedades das transições

As transições são fenómenos complexos e multidimensionais onde é possível identificar várias propriedades que normalmente se relacionam entre si.

A **consciencialização** está relacionada com a *“percepção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição”* (Meleis et al, 2000:18). A consciência é portanto uma propriedade essencial e para estar numa transição é necessário que o indivíduo tenha consciência das mudanças em curso. No entanto, os autores acrescentam que, a ausência de manifestações de consciência, não impede o início da transição. Fica, por isso, a dúvida relativamente ao que despoleta a transição: a consciência do enfermeiro ou do indivíduo?

O **envolvimento** define-se como o grau que a pessoa mostra estar envolvida com os processos inerentes à transição. Os níveis de compromisso do indivíduo têm uma estreita relação com a consciencialização, uma vez que o nível de envolvimento de alguém que está consciente da mudança que tem de encetar será obviamente diferente daquele que desconhece tais necessidades.

A **mudança** e a **diferença** são também propriedades importantes. Meleis et al. (2000:19) referem que *“apesar de todas as transições implicarem mudança, nem toda a mudança está relacionada com processos de transição, no entanto, as transições são o resultado de mudanças e resultam em mudanças”*. Para compreender na íntegra o processo, é

necessário descobrir e descrever os efeitos e significados da mudança em todas as suas dimensões. A diferença, por seu lado, associa-se a uma forma diferente de se ver a si mesmo, ao mundo e aos outros, bem como sentir-se diferente e ser percebido de forma diferente. Assim, ao analisar o fenómeno, os enfermeiros necessitam também de considerar o nível de conforto e de domínio dos indivíduos, na forma como lidam com estas duas propriedades.

Todas as transições são caracterizadas por fluxo e movimento ao longo do tempo. Qualquer processo tem início com os primeiros sinais de mudança, passa por um período de instabilidade até a um potencial fim, onde o indivíduo adquire um novo conceito de estabilidade. A **duração da transição** é, portanto, variável e muitas das vezes indefinida, podendo haver avanços e retrocessos que implicam uma avaliação contínua dos resultados ao longo do tempo e redefinição dos objectivos.

As transições estão associadas a acontecimentos desequilibrantes. Os pontos e **eventos críticos** (quer se associem ao início da transição ou ocorram durante a mesma) correspondem frequentemente a um aumento da sensibilização para a mudança, diferença ou para o aumento do envolvimento na experiência de transição. Cada ponto crítico implica atenção, conhecimento e experiência do enfermeiro para saber como identificar, facilitar, promover e apoiar as pessoas, sendo considerada a chave para a prática de uma enfermagem baseada na teoria das transições (Ibidem).

1.2.2 – Condições facilitadoras e inibitórias

A pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual [...] Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve. Toda a pessoa interage com o ambiente: modifica-o e sofre a influência dele durante todo o processo de procura incessante do equilíbrio e da harmonia (OE, 2001:6).

Meleis (2007:471), defende que “*a forma como os seres humanos lidam com as transições e como o meio ambiente afecta esse processo, são questões fundamentais para a Enfermagem*”, que deve explorar os factores que as condicionam ou facilitam.

Segundo Meleis et al (2000:21), “*existem determinadas **condições pessoais** como as **crenças culturais, atitudes, e o estatuto sócio-económico** que influenciam a vivência das transições*”.

Um outro factor importante é o **significado pessoal** que cada um atribui à mudança:

The meanings attributed to events precipitating a transition and to the transition process itself may facilitate or hinder healthy transitions (Ibidem).

Por último, os autores identificaram ainda o nível de **conhecimento e preparação** para lidar com a mudança. Assim, nas situações em que há preparação prévia, com conhecimento do expectável e das estratégias necessárias para resolver os problemas, as experiências de transição ficam facilitadas.

Para além das condições pessoais, Meleis et al (2000) acrescentam também as **condições comunitárias** (como a existência de apoio social ou de recursos instrumentais) e as **condições sociais** (como a marginalização ou a estigmatização social relativamente à mudança) como facilitadoras ou inibidoras das transições.

1.2.3 – Padrões de resposta

Uma transição saudável postula tanto os processos como as respostas resultantes. Meleis et al. (2000) referem que à medida que a transição vai decorrendo, a identificação de indicadores de processo que guiam as pessoas para uma vida saudável ou em direcção à vulnerabilidade ou risco, permite aos enfermeiros fazerem uma avaliação e uma intervenção precoce de modo a ajudar o indivíduo a atingir o bem-estar (indicadores de resultado).

(...) nursing... is concerned with the process and the experiences of human beings undergoing transitions where health and perceived well-being is the outcome (Meleis & Trangenstein, 1994:257).

1.2.3.1 – Indicadores de Processo

Meleis & Trangenstein (1994:257) referem que “*a enfermagem preocupa-se com o processo como os seres humanos vivem as transições, tendo como objectivo a saúde e a sensação de bem-estar*”. Assim, os enfermeiros devem centrar-se na identificação de indicadores de processo que demonstrem se os participantes estão a viver as transições de forma saudável ou a mover-se em direcção à vulnerabilidade, intervindo precocemente para facilitar a obtenção de resultados positivos.

São vários os indicadores de processo apresentados pelos autores. **Sentir-se envolvido**, por exemplo, implica uma ligação responsável do indivíduo com a mudança e com os participantes que o ajudam a mudar; a **interacção** permite clarificar e ajustar os comportamentos de resposta às transições, pois é através dela que todo o ser humano aprende e evolui; **sentir-se situado**, por sua vez, é de extrema importância, pois uma das características das transições é a criação de novos significados e percepções, permitindo que o indivíduo deixe de estar ligado ao passado e enfrente os novos desafios; **desenvolver confiança** manifesta-se através da compreensão dos diferentes processos relativos à necessidade de mudança, ao nível da utilização dos recursos e no desenvolvimento de estratégias para lidar com os problemas. Essas **estratégias de coping**, por seu lado, evidenciam um conhecimento cumulativo da situação, maior adaptabilidade aos eventos críticos e um sentido de sabedoria resultante da experiência.

1.2.3.2 – Indicadores de Resultado

Na teoria de Meleis (ver a figura 1), são evidenciados dois tipos de indicadores de resultado que segundo a autora servem para assinalar um novo ponto de equilíbrio na vida de uma pessoa que viveu uma transição: a **Mestria** e a **Integração fluida**.

Mestria significa domínio da situação. *“Uma conclusão saudável de uma transição é determinada pelo grau de domínio demonstrado, das competências e comportamentos necessários para lidar com as novas situações e ambientes”* (Meleis et al, 2000:26). A competência desenvolve-se ao longo do tempo com a experiência, devendo por isso medir-se os indicadores de resultado perto do final do processo de transição para saber até que ponto esta pode ser considerada saudável.

O outro indicador resulta da constatação de que, após uma experiência de transição, por vezes ocorre uma reformulação da identidade, fruto das modificações que se operaram ao longo do tempo, proporcionando maior adaptabilidade às exigências actuais. A esta alteração designa-se por **Integração fluida**.

1.2.4 – Terapêuticas de Enfermagem

As **Terapêuticas de Enfermagem** são constituídas por *“todas as actividades e acções deliberadas de Enfermagem destinadas ao cuidado dos seus clientes”* (Meleis, 2007:443).

Como os enfermeiros são, na maior parte das vezes, cuidadores de pessoas que enfrentam transições, bem como das suas famílias, eles atendem às mudanças e exigências que surgem (Meleis et al, 2000) tentando desenvolver neles competências para que possam modificar comportamentos e atingir o bem-estar (Meleis & Trangenstein, 1994). Assim, seguindo esse raciocínio, a enfermagem preocupa-se com as pessoas que atravessam processos de transição quando a saúde e o bem-estar são as metas desse processo. É o enfermeiro que deve facilitar a aprendizagem, tendo em conta as mudanças e necessidades que acompanham as transições sendo que o *“cuidar deve ser visto como um processo que facilita transições bem sucedidas que não está vinculado por início e fim a um evento determinado medicamente”* (Meleis & Trangenstein, 1994:257).

Só a Enfermeira está interessada na articulação das transições que são biopsicossocioculturais – e não somente para saber mas, em última instância, também para obter conhecimento acerca da utilidade daquilo que nós sabemos e, em particular, para obter maneiras de efectivamente usar esse conhecimento para obter transições individuais de saúde, saudáveis (ibidem: 256).

“A prática de Enfermagem preocupa-se, por isso, com a forma como os seus clientes vivem e respondem às transições, assim como com os factores que com elas interferem” (McEwen et al, 2007:201).

O conhecimento das transições permitirá manter, apoiar e aumentar o bem-estar físico-psíquico-social, o autocuidado e a qualidade de vida das pessoas que as vivenciam, uma vez que para Meleis & Trangenstein (1994:255) o conceito de transição pode ser *“pensado como sendo congruente com ou relacionado com conceitos, tais como adaptação, autocuidado, desenvolvimento humano unitário...”*

“Apenas a enfermagem como disciplina desenvolve uma base de conhecimento para ajudar as pessoas a adquirir um nível de funcionamento, conhecimento e mestria para lidar

com os processos de transição” (Meleis & Trangenstein, 1994:257), o que implica o desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem focadas na prevenção de transições mal sucedidas, na promoção da sensação de bem-estar e em estratégias para ajudar as pessoas a lidarem com as transições.

Capítulo 2 – Metodologia

O objectivo da “ciência de enfermagem” é desenvolver teorias para descrever, explicar e compreender a natureza do fenómeno e/ou prever a sua ocorrência (Meleis, 2007). Para o concretizar é necessário fazer escolhas e tomar decisões relativas à utilidade dos vários procedimentos alternativos, sejam eles qualitativos ou quantitativos (Strauss & Corbin, 2008). Assim, neste capítulo, descrever-se-ão todas as opções metodológicas tomadas no decurso da investigação, desde o estabelecimento dos objectivos iniciais até à redacção das conclusões finais resultantes do complexo fluxo de trabalho.

2.1 – Finalidade do estudo

Como já foi referido anteriormente, a saúde, tal como a conhecemos, está gradualmente a mudar. Os sucessos da medicina catapultaram a esperança de vida para valores nunca antes imaginados e diminuíram drasticamente a taxa de mortalidade, traduzindo-se num acréscimo da morbidade. Como consequência, nos últimos anos, verificou-se um aumento exponencial de pessoas com défices de autocuidado (Portugal, 2006), cuja adaptação (disposição para gerir novas situações e desafios) se foi tornando cada vez mais complexa.

Segundo Soderhamn (2000:184) “*um indivíduo consegue desempenhar com eficácia o autocuidado quando compreende os factores que têm de ser controlados ou geridos de forma a regular o seu funcionamento e desenvolvimento*”. Quando isso não acontece e não consegue desempenhar a actividade reguladora, ele tem de fazer um esforço para se confrontar com a situação para a qual sente não ter recursos.

Estas situações requerem estratégias que permitam ao cliente ultrapassar ou adaptar-se à situação vivenciada. Vaz Serra (1999:366) define-as como “*...esforços para lidar com as situações de dano, ameaça ou desafio, quando não está disponível uma rotina ou uma resposta automática para confrontar a situação*”, concluindo que “*...tendemos a falar de coping quando uma modificação relativamente drástica ou um problema desafia as formas usuais da pessoa se comportar e requer a produção de um comportamento novo*”.

Orem (2001) fala de requisitos de desvio de saúde do autocuidado que, são aqueles que na presença de um problema de saúde, desenvolvem necessidades específicas para a situação e que necessitam de serem solvidos pelos processos de autocuidado.

Vaz Serra (1999) chama-lhe filtro cognitivo, referindo que quando o indivíduo tem a percepção de não ter o controlo sobre a situação, as exigências são sentidas como demasiado elevadas. Nestas situações, independentemente dos elementos *stressores* em causa, há necessidade de recorrer à ajuda de terceiros para lidar com o problema, quer sejam de carácter pessoal ou profissional.

A prática de Enfermagem preocupa-se com a forma como os seus clientes vivem e respondem às transições, assim como com os factores que com elas interferem (McEwen et al,

2007). Profissionalizar a actuação da enfermagem à luz do seu paradigma disciplinar significa trabalhar com o cliente, compreender as suas respostas e estabelecer uma parceria que favoreça o desenvolvimento de processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde. Nesse sentido, e pelo facto de reconhecermos esta problemática como crucial e verificarmos que existe pouca teorização sobre o assunto, decidimos aprofundar e investigar o fenómeno.

Este estudo tem, por isso, como finalidade, conhecer os factores que interferem com a promoção da autonomia face ao autocuidado, em indivíduos que regressam a casa após um evento gerador de dependência (que implicou internamento hospitalar) para produzir conhecimento empírico substantivo, que permita aos enfermeiros melhorar a prestação de cuidados, capacitando as pessoas para enfrentar os processos de transição.

2.2 – Questões de investigação

As questões de investigação de um estudo qualitativo são declarações que identificam o fenómeno a ser estudado e explicam aos leitores o que o investigador deseja conhecer acerca do assunto (Strauss & Corbin, 1998) permitindo identificar os métodos mais adequados para desenvolver a investigação (Fortin, 1999; Streubert & Carpenter, 2002; Lopes, 2003; Strauss & Corbin, 2008).

Em investigação qualitativa, sempre que existem poucos estudos ou teorias sobre o fenómeno, o investigador opta por questões mais gerais que lhe permitam explorar sem restrições o problema (Fortin, 1999).

Essas questões são um produto inacabado e à medida que a investigação vai evoluindo, poderão ser refinadas e tornar-se mais focalizadas no problema, acompanhando a descoberta de novos conceitos e novas relações entre os conceitos que explicam o fenómeno (Strauss & Corbin, 2008). Assim, durante a pesquisa exploratória, surgiram várias interrogações dirigidas à problemática em estudo que passamos a enunciar:

- ✓ Que factores facilitam ou dificultam o processo de reconstrução da autonomia no autocuidado, após o regresso a casa, posterior a um evento gerador de dependência que levou a um internamento hospitalar?
- ✓ Que tipo de estratégias/respostas desenvolvem os indivíduos para lidar com os défices de autocuidado em contexto domiciliário?
- ✓ Que intervenções ou terapêuticas de enfermagem podem influenciar o processo de reconstrução da autonomia face ao autocuidado, após o evento gerador de dependência, em contexto domiciliário?

Segundo McCann & Clark (2003:29) “*good research is promised on clearly written research questions and concise and unambiguous aims*”. Assim, centrando na problemática do autocuidado, na evidência científica actual e considerando as interrogações que foram emergindo, formulou-se a seguinte pergunta de investigação:

⇒ **Que factores interferem com a reconstrução da autonomia face ao autocuidado, centrado nas actividades de vida diária, após o regresso a casa, posterior a um evento gerador de dependência e que implicou um internamento hospitalar?**

2.3 – Desenho da investigação

“O desenho de investigação é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas” (Fortin, 1999:132).

2.3.1 – Método

Analisando a pergunta de investigação e as interrogações que a precederam, é possível inferir que, para estudar os factores que interferem com a promoção da autonomia em contexto domiciliário, torna-se obrigatório mergulhar no universo dos participantes, para extrair as características pessoais dos indivíduos e das suas relações com o ambiente circundante que condicionam todo o processo dinâmico de resposta aos défices de autocuidado.

“Num enquadramento de ciência humana, o melhor que os cientistas podem esperar na criação de novo conhecimento, é fornecimento da compreensão e interpretação de um fenómeno dentro de um contexto” (Fortin, 1999:9), até porque “os seres humanos são incapazes de total objectividade porque se encontram numa realidade construída por experiências subjectivas. O significado e, portanto, a procura da verdade são possíveis apenas através da interacção social” (Streubert & Carpenter, 2002:12). Assim, tornou-se lógica a opção por uma abordagem qualitativa, definida com um “processo não-matemático de interpretação, feito com o objectivo de descobrir conceitos e relações nos dados brutos e de organizar esses conceitos e relações num esquema exploratório teórico” (Strauss & Corbin, 2008:24).

Regressando à pesquisa bibliográfica efectuada, constata-se a ausência de teorias de médio alcance na enfermagem, capazes de explicar o fenómeno da reconstrução da autonomia face ao autocuidado em contexto domiciliário. Apesar disso, acredita-se que o investimento gradual, por parte dos investigadores, no sentido de dotar a disciplina de enfermagem com mais conhecimento empírico substantivo, é fundamental para o amadurecimento da disciplina, dado que a teoria derivada dos dados tende “a oferecer mais discernimento, melhorar o entendimento e fornecer um guia importante para a acção” (Strauss & Corbin, 2008:25), factores que nos preocupam e que perseguimos enquanto estudantes do fenómeno.

Opta-se assim por um estudo de carácter qualitativo, exploratório-descritivo, que permite analisar profundamente as práticas, comportamentos, crenças e atitudes dos indivíduos, inseridos no seu ambiente natural em interacção com o enfermeiro-investigador, relacionando conceitos e/ou descobrindo variáveis ainda não reveladas ou compreendidas, fundamentais para a interpretação do fenómeno, através de um processo indutivo de comparação continua dos dados que emergem da realidade.

Na literatura consultada, a metodologia que se pensa mais adequada a este propósito é a que permite gerar uma *Grounded Theory*, na perspectiva defendida por Strauss & Corbin (2008), descrita como útil para quem se interessa “pelo estudo dos fenómenos instáveis e

dinâmicos, implicando a interacção entre diferentes actores e a observação fina de fenómenos característicos destas interacções” (Fortin, 1999:151).

Grounded Theory

A metodologia conhecida por *Grounded Theory* foi desenvolvida por dois sociólogos, Barney Glaser e Anselm Strauss, que em 1967 apresentaram uma proposta metodológica de investigar que tem como princípio fundador a indução, onde o investigador “*começa com uma área de estudo e permite que a teoria surja a partir dos dados*” (Strauss e Corbin, 2008:25).

Opta-se, por manter o termo original, dado também não existir nenhuma tradução que satisfaça unanimemente o conceito. Segundo Stern (1998:149),

Because the scientist constructs (or theory) from the data rather than applying a theory constructed by someone else from another data source, the generated theory remains connected to or grounded in the data. Hence the name, “grounded theory”.

Ao possibilitar o desenvolvimento de teorias a partir dos dados, sistematicamente recolhidos e analisados, permite explorar a riqueza e a diversidade da experiência humana, factores de extrema importância para o desenvolvimento de teorias de enfermagem de médio alcance (Streubert & Carpenter, 2002; Lopes, 2003; Castro, 2007).

Como foi referido, a *Grounded Theory* não é gerada à *priori* e depois testada. Como o próprio nome indica, é induzida do estudo do fenómeno que representa e pretende descobrir as relações entre os conceitos que o retratam para os transformar em conhecimento empírico para a disciplina, passível de ser utilizado para esclarecer, por analogia, situações contextuais da prática de enfermagem substantivamente ou formalmente semelhantes.

Streubert & Carpenter (2002), citando Stern (1980) referem que a construção de uma *Grounded Theory* difere de outros estudos qualitativos em 5 pontos básicos:

- ✓ O quadro conceptual emerge dos dados em vez de estudos prévios;
- ✓ Procura-se descobrir os processos dominantes na cena social, mais do que descrever a unidade em estudo;
- ✓ Compara-se constantemente todos os dados que se obtêm das várias fontes;
- ✓ É possível modificar a recolha de dados de acordo com a evolução da teoria, caso se verifique que existem formas mais válidas para chegar à verdade;
- ✓ Analisam-se os dados à medida que chegam e começa-se a codificar, categorizar, conceptualizar e a escrever os primeiros pensamentos do relatório de investigação, praticamente desde o início do estudo.

Na sua essência a *Grounded Theory* apresenta três elementos básicos: conceitos, categorias e preposições.

Os conceitos são unidades básicas de análise, sendo representações abstractas de um facto, objecto ou de uma acção/interacção que o investigador identifica como importante nos dados, permitindo que estes sejam divididos em incidentes, ideias, eventos e actos distintos

que recebem um nome que os representa (Lopes, 2003; Strauss & Corbin, 2008). “*Only by comparing incidents and naming like phenomena with the same term can the theorist accumulate the basic units for theory*” (Pandit, 1996:1).

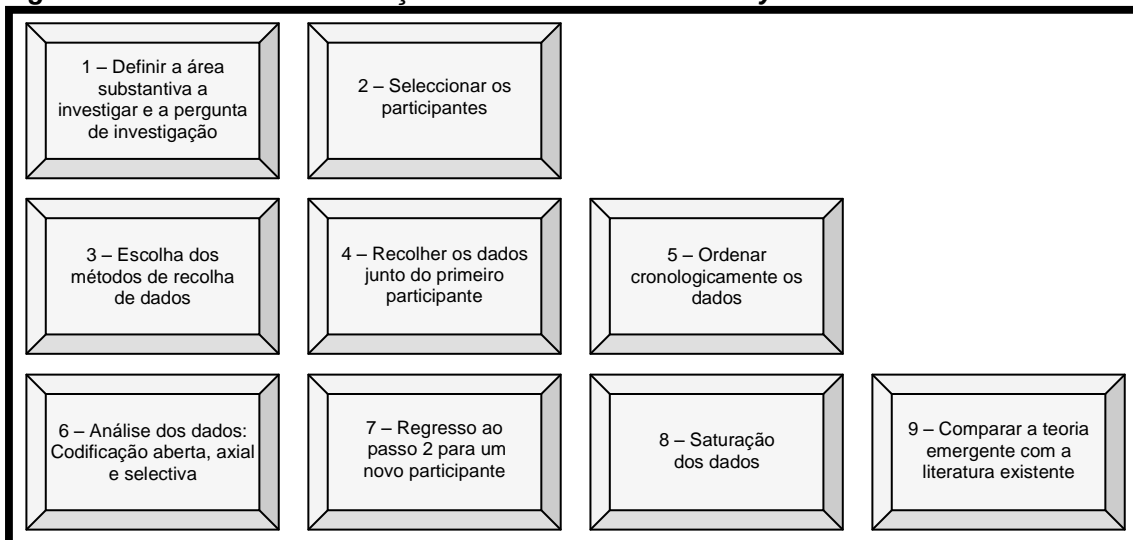
À medida que a análise comparativa constante se vai desenvolvendo, os conceitos vão sendo agregados ou categorizados sob termos explicativos mais abstractos capazes de representar o fenómeno social: as categorias. “*Categories are the “cornerstones” of developing theory. They provide the means by which the theory can be integrated*” (Pandit, 1996:2)

Uma vez que a categoria seja identificada, fica mais fácil recordá-la, pensar sobre ela e (mais importante) desenvolvê-la em termos de suas propriedades e suas dimensões e diferenciá-la, dividindo-a em subcategorias, ou seja, explicando quando, onde, por que, como, etc., uma categoria tende a existir (Strauss & Corbin, 2008:115).

Por último, as preposições representam as relações conceptuais que se estabelecem entre as categorias e os conceitos que as constituem, e/ou as suas subcategorias.

Segundo Pandit (1996) o processo de construção de uma *Grounded Theory* desenvolve-se em cinco fases (que não necessitam de ser sequenciais), subdivididas em nove passos (ver a figura 2).

Figura 2 - Processo de construção de uma Grounded Theory



2.3.1.1 – Fase do desenho da investigação

A primeira fase é a do desenho da investigação. Comporta um primeiro passo em que o investigador identifica o fenómeno substantivo a investigar e elabora a pergunta de investigação (já descrita anteriormente); e um segundo, onde planifica a selecção dos participantes que pretende para o estudo.

Segundo a metodologia utilizada, o investigador parte das perguntas de investigação para seleccionar o primeiro participante. Atendendo a isso, definiram-se três critérios de inclusão:

- ✓ Indivíduos que aceitem participar livre e voluntariamente no estudo;
- ✓ Indivíduos com capacidade de interacção verbal;
- ✓ Indivíduos que no momento do regresso a casa, após um internamento hospitalar, apresentem dependência, pela primeira vez, em pelo menos uma actividade de autocuidado relacionada com a satisfação das actividades de vida.

Através deste processo, consideraram-se excluídos do estudo todos os indivíduos com dependências no autocuidado resultantes de outros episódios anteriores, uma vez que se pretendeu estudar apenas, as respostas à mudança e não comportamentos automáticos adquiridos ao longo do tempo. Segundo Lazarus & Folkman (1984) quando uma situação é nova (estádios precoces de aquisição de competências, que requerem esforço e são *stressantes*) carece de estratégias de *coping*, mas se a situação é encontrada consecutivamente, ela é reflexo da aprendizagem (as competências tornam-se automáticas).

Sendo assim, optou-se por seleccionar os participantes ainda durante o período de internamento hospitalar, onde lhes foi pedida a colaboração voluntária no estudo e a autorização para recolher dados no domicílio, após o seu regresso a casa.

O processo de selecção teve início a 01 de Agosto de 2007, após parecer positivo da Comissão de Ética (anexo 1), nos serviços de Medicina e Cirurgia/Ortopedia do Hospital Pedro Hispano – Unidade de Saúde Local de Matosinhos. A opção por esta instituição teve a ver com o facto de: ser uma unidade integrada, constituída por um hospital e quatro centros de saúde que prestam apoio domiciliário; permitir que o local da recolha de dados se mantivesse próxima da área geográfica do investigador e ser uma instituição habituada a receber e a facultar o acesso aos serviços para a realização de estudos de investigação.

A escolha dos participantes prolongou-se até 30 de Abril de 2008, culminando em apenas três casos para o estudo, dada a dificuldade em arranjar indivíduos que cumprissem com os critérios de selecção; no momento do regresso a casa fossem para o domicílio e não para unidades de convalescença; e, não estivessem envolvidos noutros projectos de investigação em curso com critérios de selecção semelhantes.

Optou-se então por trocar de instituição de saúde para dar continuidade à amostragem teórica e, a partir de 01 de Maio de 2008, após a aprovação da Comissão de Ética do Instituto Português de Oncologia Francisco de Gentil – EPE (anexo 2), iniciou-se a selecção de participantes nos serviços de Cirurgia e Medicina da respectiva instituição, mantendo-se os mesmos critérios. Neste caso, a opção por esta instituição de saúde teve a ver com o conhecimento abrangente da mesma por parte do investigador, facilitando o acesso rápido aos casos; proximidade geográfica do investigador do local de recolha de dados e inexistência de outros estudos que carecessem de participantes passíveis de verificar os mesmos critérios de inclusão noutros estudos em curso.

A 30 de Novembro de 2008, deu-se por terminada a recolha de dados, o que fez um total de cinco participantes, cuja caracterização pode ser observada no quadro 1.

Quadro 1 - Caracterização dos participantes do estudo

Participantes	Idade	Sexo	Estado civil	Grau de Escolaridade	Profissão	Agregado familiar		Situação habitacional
						Nº. de elementos	Nº. de filhos	
Participante 1	63	Masculino	Casado	4º ano	Mecânico de automóveis	2	2	Apartamento
Participante 2	79	Masculino	Viúvo	4º ano	Agricultor reformado	4	2	Moradia
Participante 3	62	Feminino	Casado	6º ano	Doméstica reformada	3	1	Moradia
Participante 4	74	Masculino	Casado	4º ano	Tomeiro reformado	2	2	Apartamento
Participante 5	72	Feminino	Casado	Bacharelato	Professora reformada	2	4	Apartamento

Dada a dificuldade em constituir a amostragem teórica e atendendo à limitação temporal a que este estudo se encontra adstrito, considerando ainda a nossa inexperiência relativa ao tratamento dos dados, admite-se que o número de indivíduos seja insuficiente para se atingir a saturação teórica das categorias emergentes, como é suposto através da metodologia utilizada. Existe por isso consciência que esta limitação poderá impedir de gerar uma *Grounded Theory*, ficando, no entanto, a apropriação do método de análise, que permite afirmar que se atingiu os objectivos propostos para este ciclo de estudos.

2.3.1.2 – Fase da recolha de dados

A segunda fase, denominada fase da recolha de dados (Pandit, 1996) pressupõem que o investigador desenvolva um protocolo rigoroso para recolha da informação (passo 3) e que lhe dê início, actuando junto dos participantes.

Optou-se pela observação participante em casa dos indivíduos, enquanto o enfermeiro-investigador desenvolvia com eles uma relação profissional de parceria de cuidados, mantendo permanentemente a intenção de promover a autonomia dos participantes na sua interacção. Cumpriu-se assim a máxima de que *“o investigador deverá assumir explicitamente o seu papel de estudioso junto da população observada, combinando-o com outros papéis sociais cujo posicionamento lhe permita um bom posto de observação”* (Carmo & Ferreira, 1998:109).

Esta técnica de recolha de dados, apesar de exigir muito tempo foi a que pareceu mais adequada para extrair da realidade social os factores que influenciam os processos adaptativos, face aos défices de autocuidado.

Na abordagem inicial dos participantes, ainda em contexto hospitalar, quando alguém concordava em fazer parte do estudo, acordava-se um primeiro encontro, com data marcada para os primeiros dez dias após o regresso a casa, insistindo-se, no entanto, para que se realizasse nos dois primeiros dias, de forma a captar na íntegra o impacto da mudança no indivíduo. As entrevistas seguintes sucederam-se com uma periodicidade semanal, com excepção da última e quinta entrevista que distava duas semanas da quarta, limitando-se a

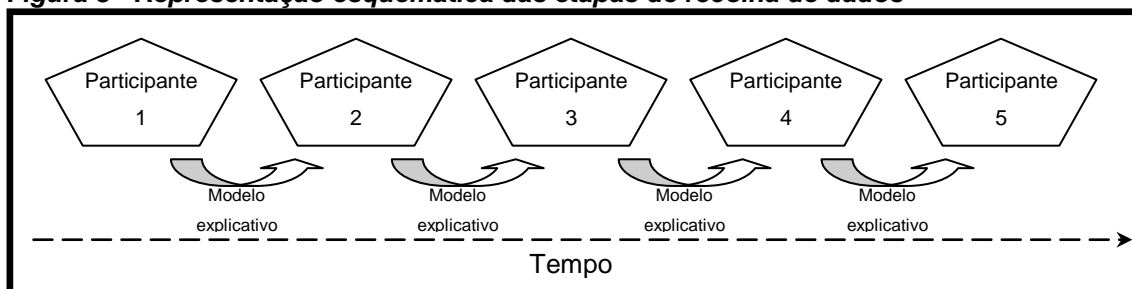
observação participante a um espaço de seis semanas, compatíveis com as restrições temporais inerentes à duração do ciclo de estudos.

No final de cada sessão de observação, respeitante aos três participantes iniciais, elaboraram-se notas de campo de todas as observações efectuadas, dada a impossibilidade de as fazer na sua frente sem perturbar a interacção. Este processo decorreu imediatamente após cada contacto de forma a não perder dados que pudessem ser vitais para a investigação. No entanto, para os dois últimos participantes, dada a complexidade que por vezes tais interacções acarretam e tendo em conta o risco potencial de perda de informação, optou-se por recorrer à gravação em registo áudio com posterior transcrição de dados. É de realçar a possibilidade, conforme a evolução do estudo, de o investigador recorrer a outras técnicas que lhe pareçam mais adequadas para obter um determinado dado. Pandit (1996:6) afirma mesmo que:

(...) while the [researcher] may use one technique of data collection primarily, theoretical sampling for saturation of a category allows a multifaceted investigation, in which there are no limits to the techniques of data collection, the way they are used, or the types of data acquired.

As notas de campo divididas em descritivas (quando nos dão indicações do que se passou na realidade) e analíticas (quando narram as reflexões pessoais do investigador durante os períodos de interacção) e as interacções gravadas constituem as fontes de dados utilizadas para dar resposta à pergunta de investigação. Assim, a análise dos dados do primeiro participante gerou um primeiro esquema de interpretação teórico da realidade, permitindo que os casos seguintes fossem analisados, gradualmente, de forma a testar e a ampliar esse esquema (ver a figura 3). Segundo Fortin (1999:152) “a amostra não é representativa, no sentido estatístico, mas sobretudo representativa de cada uma das experiências, das formas de interacção ou das situações em estudo”.

Figura 3 - Representação esquemática das etapas de recolha de dados



A selecção dos casos seguintes, seguindo o esquema da figura 3, deve ser programada de acordo com os princípios de uma amostragem teórica.

The process of data collection for generating theory whereby the analyst jointly collects, codes, and analyses his data and decides what data to collect next and where to find them, in order to develop his theory as it emerges (Glaser & Strauss, 1967:45).

Segundo Yin (1989 citado por Pandit, 1996), a escolha de cada participante deverá servir propósitos específicos que podem passar por escolha de um caso para preencher categorias teóricas (de forma a estender a teoria emergente); escolha de um caso para replicar um caso anterior e testar a teoria emergente ou escolha de um caso completamente oposto ao anterior, para ampliar a teoria emergente. No presente estudo, embora se considere que estes critérios foram respeitados, isso aconteceu aleatoriamente, uma vez que, como já foi referido, a dificuldade em encontrar participantes condicionou a escolha dos mesmos.

2.3.1.3 – Fase da ordenação dos dados

A ordenação cronológica dos dados permite identificar correctamente no tempo os eventos importantes impedindo que a sequência temporal dos mesmos se apague e desvirtue o processo de causa-efeito (Yin, 1989 citado por Pandit, 1996).

Esta etapa foi-nos facilitada, uma vez que utilizamos o software informático NVivo 8[®] para nos ajudar a realizar a análise de conteúdo. Apesar do tempo inicialmente dispendido para aprender a tratar os dados informaticamente, considera-se que a sua utilização foi uma mais-valia, dada simplicidade e a variedade de ferramentas que são proporcionadas para trabalhar, facilitando a organização, acesso e registo dos dados recolhidos.

2.3.1.4 – Fase de análise dos dados

É a fase primordial de uma *Grounded Theory*, pois “*é através da análise dos dados que vamos descobrir as categorias e as suas características, a relação daquelas com as subcategorias e com a categoria central, a necessidade de recolha de novos dados e deste modo construir uma estrutura conceptual coerente*” (Lopes, 2003:68).

Para o fazer utiliza-se o método de análise comparativa constante descrito por Strauss & Corbin (2008), que se divide em três tipos de codificação¹ (aberta, axial e selectiva) e permite a obtenção de uma teoria substantiva.

Os autores (2008:29) consideram que “*uma teoria é um conjunto de conceitos bem desenvolvidos relacionados através de preposições que, em conjunto, formam uma estrutura integrada passível de ser usada para explicar ou prever fenómenos*”. Para a desenvolver, o investigador necessita de comparar o que pensa que vê, com o que vê ao nível das propriedades e/ou dimensões dos conceitos, tendo em atenção que não é a sua percepção ou perspectiva que importa, mas sim, como os participantes da pesquisa vêem os acontecimentos.

As propriedades não são mais do que as características que definem e dão significado às categorias; enquanto as dimensões são a forma como variam as propriedades gerais de uma categoria, especificando-a e fazendo-a variar. A análise comparativa constante implica a realização de comparações teóricas entre os dados de forma a encontrar diferenças e/ou similaridades entre as propriedades e dimensões que compõem as categorias.

¹ Codificação pode definir-se como, “*a operação através da qual os dados são quebrados, conceitualizados, e repostos juntos de modos novos*” (Lopes, 2003:68)

Ao final, as explicações teóricas do pesquisador são mais completas, mais específicas e mais densas, pois as propriedades e as dimensões que anteriormente talvez não estivessem visíveis para o pesquisador tornam-se evidentes quando ele se sensibiliza para elas. Evidentemente, elas surgem a partir dos dados, mas surgem apenas para as mentes sensíveis, e não para mentes bloqueadas (Strauss & Corbin, 2008:99).

Codificação aberta

Após a introdução dos dados resultantes da primeira interacção, iniciou-se a codificação aberta, definida como o processo analítico que compreende a desestruturação dos dados recolhidos, observação cuidada de similaridades entre eles e aglutinação selectiva de forma a fazer emergir conceitos.

Este processo é realizado, analisando atentamente os dados linha a linha de forma a agrupar códigos substantivos em categorias de acordo com o seu relacionamento ou as suas características comuns, ou seja, mediante as propriedades e dimensões que definem os conceitos potencialmente importantes para dar resposta às interrogações iniciais e à pergunta de investigação.

Os conceitos, por sua vez, passam também por este processo de comparação constante, de forma a serem agrupados em categorias substantivas (definem as propriedades dos comportamentos), que reduzem o número de unidades com as quais o investigador vai trabalhar e têm poder analítico, com potencial para explicar e prever (Lopes, 2003).

Este foi um processo complexo, que exigiu grande concentração e que ocupou bastante tempo. Tal como referem Strauss & Corbin (1998:13)

A análise é a ligação entre o investigador e os dados. É também ciência e arte. É ciência pelo facto de manter um certo grau de rigor e por fazer crescer a análise dos dados. A criatividade revela-se pela capacidade do investigador dar nome às categorias, fazer perguntas estimulantes e comparações e extrair um inovador, integrado e realístico esquema a partir de grandes quantidades de dados desorganizados

A nomeação das categorias substantivas fez-se, por vezes, recorrendo à atribuição de “códigos *in vivo*” (Glaser & Strauss, 1967) – o nome é retirado das palavras dos informantes – sendo que noutras situações, essa atribuição se deveu à experiência e visão paradigmática do fenómeno por parte do investigador. Independentemente das duas formas adoptadas, o rótulo conceptual foi sempre sugerido pelo contexto no qual o facto que lhe deu origem está situado.

Codificação axial

Após a identificação de várias categorias substantivas inicia-se a codificação axial, processo em que ocorre uma reorganização dos dados, após novo episódio de análise comparativa constante, com o intuito de estabelecer relações entre categorias e identificar subcategorias, que “*especificam melhor uma categoria ao denotar informações do tipo quando, onde, por que e como um fenómeno tende a ocorrer*” (Strauss & Corbin, 2008:119).

Do ponto de vista de Strauss & Corbin (2008:135):

há, como em todas as ciências, uma interacção entre indução e dedução. O investigador utiliza o pensamento indutivo, quando faz emergir dos dados as potenciais relações existentes entre os conceitos e o pensamento dedutivo, para desenvolver essas proposições, recorrendo obrigatoriamente à interpretação prévia com base não só no contexto, como também no seu referencial teórico que lhe proporciona a visão paradigmática disciplinar.

Os autores (2008:136) reconhecem assim o elemento humano na análise e o “*potencial para possíveis distorções de significado, motivo pelo qual se torna tão importante a manutenção da comparação constante entre os dados*”.

Esta nova codificação, examina como as categorias se cruzam e se associam, permitindo a construção de categorias conceptuais, mais abstractas, que relacionam o processo com o contexto, o que implica, já nesta fase, uma tentativa de descrição conceptual do comportamento.

Para o fazer, recorreu-se ao auxílio de diagramas esquemáticos para resumir os resultados, tornando visíveis as relações entre os conceitos e permitindo direccionar a pesquisa para a procura de dados adicionais que teriam de emergir de forma a alargar a sua capacidade de compreensão do contexto, acrescentando-lhe mais propriedades e conferindo-lhe maior consistência teórica à medida que se foram codificando novos dados.

Codificação Selectiva

É considerada a última fase do processo e consiste em integrar e relacionar todas as categorias conceptuais em torno de uma categoria central, eleita como o tema principal da investigação. Cria-se assim um modelo teórico que permite compreender e explicar o fenómeno em estudo.

“*A categoria central representa o tema principal da pesquisa, sendo também ela uma abstracção que condensa em poucas palavras o produto de todas as análises*” (Strauss & Corbin, 2008:145); para a sua definição, o investigador necessita de satisfazer determinados critérios:

- ✓ Como é central, todas as categorias importantes relacionam-se com ela;
- ✓ Precisa de aparecer frequentemente nos dados, ou seja, em todos ou quase todos os casos há indicadores que apontam para ela;
- ✓ A explicação resultante da relação das categorias é lógica e consistente, não se evidenciando dados forçados;
- ✓ A sua denominação deve ser abstracta para que possa ser alvo de novas pesquisas possibilitando o desenvolvimento de uma teoria mais geral;
- ✓ Tem de ter poder analítico sendo capaz de aglutinar as outras categorias de modo a formarem um todo;
- ✓ O conceito não desaparece quando as condições variam. Deve ter o poder de explicar inclusivamente casos contraditórios ou alternativos em torno dessa ideia central.

Para descobrir a categoria central foi extremamente importante a escrita do enredo tal como é aconselhado por Strauss & Corbin (2008). Essa estratégia de integração dos dados permitiu a construção de uma história descritiva que relaciona as relações existentes entre as várias categorias do modelo emergente, evidenciando lacunas e inconsistências teóricas que careciam de nova reflexão sobre os dados para reestruturação e refinamento, permitindo finalmente a obtenção do esquema teórico final, que estabelece a relação entre as várias categorias identificadas com as suas categorias centrais.

No final do estudo, existe não só um modelo explicativo para cada um dos participantes, como um modelo integrativo onde todos eles se reflectem à luz das categorias centrais emergentes. Para o explicar, construíram-se diagramas esquemáticos e quadros descritivos que relacionam as categorias e utilizaram-se transcrições dos dados e expressões dos participantes para validar essas relações.

Para melhor compreensão, desenvolveu-se um sistema de código alfanumérico, relacionando os participantes com os dados em questão. Assim, a letra P significa Participante, ao que se associa um número de 1 a 5, conforme a ordem cronológica de entrada desse participante no estudo. Sempre que nos referimos ao enfermeiro-investigador, utilizamos as letras E-I, associadas ao número do participante, o que também se aplica em relação ao prestador de cuidados (PC). Na organização dos quadros descritivos aparece frequentemente a letra C associada a um número (que codifica uma categoria substantiva) que por sua vez se associa a um participante, ou seja, P1 C45 (Participante 1, categoria substantiva 45). No caso de serem notas de campo, surgem as letras NC associadas ao participante em questão (NC2 – Notas de campo do participante 2)

Conclui-se assim que o desenvolvimento de uma *Grounded Theory* implica que o processo de recolha, codificação e análise de dados ocorra em simultâneo. Segundo Streubert & Carpenter (2002:122 citando Hutchinson, 1986), “o método é circular, permitindo aos investigadores mudar o foco e perseguirem pistas reveladas pela análise contínua dos dados” (ver a figura 2) até que deixe de surgir nova informação que contribua para o apurar da teoria emergente.

2.3.2 – Questões éticas

A investigação proposta situa-se ontologicamente num paradigma humanista, que considera o ser humano “*um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual*” (OE, 2001:6).

É portanto fundamental assegurar os seus direitos, de forma a salvaguardar o desenvolvimento ético do estudo perpetuando o princípio de que a prática baseada na investigação é um distintivo da enfermagem profissional e que a investigação, qualitativa, é de importância crítica para cuidados de saúde de qualidade e eficazes em custos (Nunes, 2005).

Assim, durante todo o percurso o investigador teve em conta determinados princípios éticos, enunciados por Nunes (2005), para salvaguardar os participantes no estudo:

- ✓ Direito de conhecimento pleno ou de informação completa sobre o estudo – sobre a natureza, fim e a duração da investigação para a qual é solicitado a participação, assim como os métodos utilizados;
- ✓ Direito de autodeterminação (baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer um é capaz de decidir e tomar conta do seu destino). Decorre deste princípio que o potencial sujeito tem o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não na investigação.
- ✓ Direito à intimidade – inclui poder negar-se a responder a algumas questões, a ter protegida a sua identidade e à confidencialidade da informação que partilharam. Qualquer investigação junto de seres humanos constitui uma forma de intrusão a vida pessoal dos sujeitos – e a pessoa é livre de decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar uma investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas.
- ✓ Direito ao anonimato e à confidencialidade – isto é, os dados pessoais não podem ser divulgados ou partilhados sem autorização expressa do sujeito e a identidade não pode ser associada às respostas individuais. Os resultados devem ser apresentados de forma que nenhum dos participantes no estudo possa ser reconhecido.

Para tal efectuou-se o pedido de autorização para realização do estudo ao Conselho de Administração das Instituições de Saúde envolvidas (anexo 3) e às respectivas Comissões de Ética para que fosse dado o parecer quanto à sua realização nos moldes propostos, tendo-se obtido, em ambas as situações, uma resposta favorável (anexos 1 e 2).

Os indivíduos que aceitaram participar foram informados dos objectivos, virtudes e potenciais constrangimentos do desenrolar da investigação, tendo todos eles assinado um documento de consentimento informado (anexos 4 e 5), onde se disponibilizaram voluntariamente a fazer parte do estudo, em regime domiciliário, salvaguardando a sua possível desistência.

Por último, foi dado conhecimento aos participantes que, caso o desejem, terão acesso aos resultados finais da investigação que, dada a natureza do método utilizado se espera que seja uma teoria onde eles se revejam.

Capítulo 3 – Apresentação e discussão dos resultados

Da análise dos dados, identificaram-se 3 categorias centrais que, para melhor compreensão, serão apresentadas separadamente:

- **O que mudou** – Esta categoria ilustra a tomada de consciência, por parte dos participantes, das dificuldades sentidas na recuperação da vida que tinham anteriormente, face à nova situação de dependência. É nesta fase que reconhecem e se confrontam com situações difíceis de mudança, manifestadas a vários níveis: pessoal (**O que mudou em mim**) e familiar/social (**O que mudou à minha volta**).
- **Enfrentar a mudança** – A segunda categoria relaciona-se com a vivência da transição. Duas das subcategorias emergentes representam o conjunto de factores pessoais ou externos que interferiram com essa vivência (**Factores Extrínsecos ao Sujeito; Factores Intrínsecos ao Sujeito**); Uma terceira ilustra o papel que os enfermeiros desempenharam ao facilitar essa vivência (**Potencial das Terapêuticas de Enfermagem**); Por último, uma quarta que expõem os vários tipos de indicadores de processo das transições, identificados nos participantes ao longo do estudo (**Estou a mudar**).
- **Como fiquei** (indicadores de resultado) – A última categoria central, divide-se em duas subcategorias (**Sou outra pessoa; O que faço hoje diferente**) e demonstram que os participantes se encontram a evoluir positivamente para atingir a mestria para lidar com a situação.

3.1 – O QUE MUDOU

O que mudou é a categoria que emerge como ponto de partida para todo o processo de transição. Ela define um conjunto de experiências, interações e condições ambientais que expõem os participantes à vulnerabilidade e que os impele para a mudança, despoletando o processo de transição.

3.1.1 – O que mudou em mim

Dorothea Orem (2001:20), refere que o autocuidado é “*o cuidado pessoal diário requerido pelo indivíduo para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento*”. Assim, ao iniciar-se o estudo sobre o processo de reconstrução da autonomia no autocuidado após o regresso a casa, tornou-se evidente a necessidade de caracterizar em primeiro lugar quais os défices evidenciados pelos indivíduos e se estes estavam conscientes de que estavam dependentes de outras pessoas para realizarem as actividades de vida diárias.

3.1.1.1 – Dependência ao nível da Actividade Realizada pelo Próprio

Ao longo das entrevistas foi utilizado um instrumento de avaliação que permitiu caracterizar o nível de dependência dos participantes (anexo 6). Essa avaliação facilitou a

confrontação dos mesmos com os seus défices, permitindo-lhes reconhecer as dificuldades a enfrentar e ajudando-os a identificar progressos que favorecessem o seu envolvimento com a vivência da transição.

(Enf-Inv) – “Arranja os objectos do banho sem ajuda?”

(Participante 3) – Por acaso não mas, já os podia levar sem ajuda, mas a semana passada tinham que mos levar...”.

Segundo Meleis et al. (2000:18), “os indivíduos necessitam inicialmente de perceber as mudanças que estão a ocorrer para poderem reorganizar-se e dar respostas”.

(Participante 1) – “Eu preciso dela para tudo... A minha mulher tem de ajudar-me a vestir, a passar para a cadeira, a arranjar a comida para eu poder comer, a usar o urinol na cama ou a ajudar-me no WC...”;

(Participante 4) – “Ela (esposa) põem-me a roupa aqui e veste-me as calças... O casaco visto eu...”

(Prestador de Cuidados 4) – Em antes de ir para o hospital... Depois disso nunca mais se vestiu... É sempre o pijama... Antes ele vestia para cima e eu vestia para baixo... Agora nunca mais se vestiu...”;

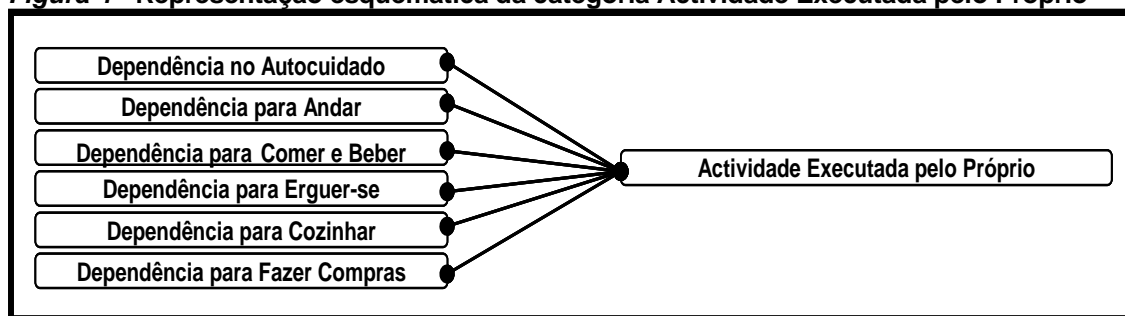
(Participante 5) – “Até aqui têm-me sentado, ensaboado e como eu digo, comecei a tentar participar na lavagem, mas pronto... É isso, é uma grande dependência.”.

Da análise emergiram categorias substantivas que caracterizavam as várias limitações evidenciadas pelos participantes e que, através do método de comparação constante, puderam ser agrupadas nas seguintes categorias conceptuais: dependência para andar; dependência para erguer-se; dependência para comer e beber; dependência para cozinhar; dependência para fazer compras e dependência no autocuidado (ver o quadro 2).

Ao analisar o quadro 2 podemos observar a forma como a subcategoria conceptual dependência no Autocuidado, emergiu de forma indutiva através dos dados, reunindo e revelando as relações entre os conceitos que a retratam.

Continuando a progredir na abstracção, todas estas categorias deram origem a outra categoria conceptual que aglutina em si as características das anteriores e que foi denominada de Actividade Executada pelo Próprio (ver a figura 4) que, segundo o ICN (2005), é um comportamento intencional que gera a acção auto-iniciada, e que permite ao ser humano sobreviver, desenvolver-se e adaptar-se.

Figura 4 - Representação esquemática da categoria Actividade Executada pelo Próprio



Ou seja, “um indivíduo consegue desempenhar com eficácia o autocuidado quando compreende os factores que têm de ser controlados ou geridos de forma a regular o seu funcionamento e desenvolvimento” (Soderhamn, 2000:184).

Quadro 2 - Exemplos da subcategoria Autocuidado

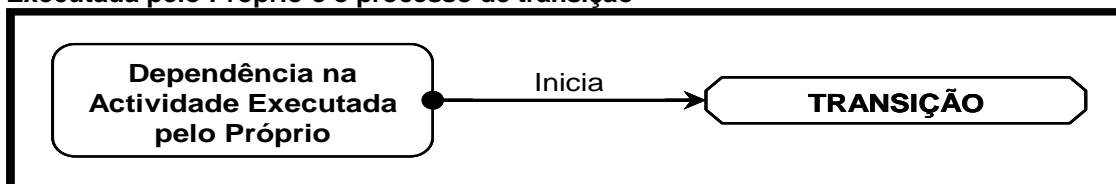
CODIFICAÇÃO ABERTA	CODIFICAÇÃO AXIAL
Unidades de registo (Exemplos)	Subcategorias Conceptuais
(P1) - “No chuveiro é a minha mulher que me lava...” (P3) - “Para o banho preciso do meu marido para me chegar as coisas” (P4) - “...a torneira está fechada com tamanha pressão que eu não consigo rodar o punho.”	Dependência para Tomar banho: Dependência para enxaguar o corpo ou partes dele em água, por exemplo, entrando ou saindo da banheira, providenciando todo o material necessário para o banho, obtendo ou abrindo a água, lavando e secando o corpo (ICN, 2001:55).
(P1) - “É ela que me veste... Eu vou ajudando conforme vou podendo”. (NC2) - São as filhas que escolhem a roupa e o vestem e despem na cama. (P5) - “As calças ainda me as enfiam em baixo, porque tenho dificuldade em chegar lá em baixo...”	Dependência para Vestir-se ou despir-se: Dependência para colocar ou retirar roupas e sapatos adaptados à situação e ambiente tendo em consideração convenções e códigos normais de vestir, vestir e despir as roupas pela sequência correcta, fechando-as de forma correcta (ICN, 2001:55).
(P1) - “Para comer a mulher arranja-me a comida e eu como sozinho na mesa...” (P2) - “Elas dão-me sopa e leite pela seringa...” (PC4) - “Até para as refeições... Sou eu que lhe tenho que dar de comer... Ou eu ou o meu filho que esteja aí à noite...”	Dependência para Alimentar-se: Dependência para organizar a ingestão de alimentos sob a forma de refeições saudáveis, cortar e partir os alimentos em pedaços manejáveis, levar os alimentos à boca, colocá-los na boca utilizando os lábios, músculos e língua e alimentando-se até estar satisfeito (ICN, 2001:56).
(P1) - “Preciso dela para tudo... Para me fazer a barba, para cortar as unhas...” (NC2) - São as filhas que o arranjam (barbeiam, penteiam)... (E-I) - Barbear-se? (P4) - “É o meu filho... É o meu filho porque às vezes não tenho forças nos braços...”	Dependência para Arranjar-se: Dependência para manter-se asseado, cuidar do cabelo e da barba, barbear-se, pentear-se, escovar ou encaracolar o cabelo, lavar, arranjar as unhas, aplicar desodorizante, cosméticos e maquilhagem, manter as roupas limpas sem odor e em ordem, verificar a aparência ao espelho (ICN, 2001:55).
(NC1) - Enquanto falava precisou de limpar o nariz... Pegou num pacote de lenços que, estava intacto, e tentou abrir com a mão esquerda. Após várias tentativas falhadas chamou pela esposa. (P1) “Oh mulher, chega aqui... Abre-me isto” (NC2) - São as filhas que [...] cuidam da higiene pessoal (higiene oral, lavar as mãos...)	Dependência para Cuidar da higiene pessoal: Dependência para manter um padrão contínuo de higiene, manter o corpo limpo e bem arranjado, sem odor corporal, lavar regularmente as mãos, limpar as orelhas, nariz e áreas perineais, manter a pele macia usando princípios de preservação e manutenção de limpeza (ICN, 2001:55).
(P1) - “A mulher ajuda-me a ir à casa de banho e a sentar-me lá...” (NC2) - Faz a sua eliminação intestinal/vesical, na cama, para a fralda que é trocada pelas filhas. (P5) - “Tenho uma cadeira própria... Vou... Fico lá... E depois a Sra. vai-me limpar...”	Dependência para Usar o sanitário: Dependência para levar a cabo as actividades de eliminação fazendo a sua própria higiene íntima, limpar-se depois de urinar ou evacuar, deitar fora os produtos de eliminação, por exemplo, puxar o autoclismo de maneira adequada, no sentido de manter o ambiente limpo e evitar a infecção (ICN, 2001:56).
(P1) - “Passar para a cama tem de ser a minha mulher a ajudar...” (P2) - “Quando chega o meu genro passa-me para a cama...” (P4) - “(...) ajudam-me a sentar na cama... Depois põem-me a cadeira aqui à beira... Depois puxam-me com jeitinho, uma agarra de um lado, a outra a agarra do outro... E eu sento-me...”	Dependência para Transferir-se: Dependência para mover e mudar o corpo entre a cama e a cadeira (ICN, 2005:47).
(P1) - “A mulher ajuda-me a deitar e deixa-me confortável na cama... A meio da noite vem ver se eu preciso de alguma coisa e às vezes dá-me um jeito”. (P5) - “Deitei-me virada para a direita, depois irritei-me e achei que era melhor virar para o outro lado e pedi para me darem uma ajudinha...”.	Dependência para Virar-se: Dependência para mover e mudar o corpo de um lado para outro e de frente para trás (ICN, 2001:56)
(P1) - “Levanto-me de manhã, passo para a cadeira... a mulher traz-me para aqui...” (NC2) - “Pedi-se para que tentasse mobilizar a cadeira de banho com a mão direita ao que respondeu: (P2) - “Eu assim não consigo... Elas estão cá e empurram...”	Dependência para Usar a cadeira de rodas: Dependência para movimentar o corpo de um lado para outro em cadeira de rodas, transferir-se de e para a cadeira com segurança, manobrar em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos (ICN, 2005:47)

Este factor, do ponto de vista da saúde, coloca o cliente como principal responsável por gerir o seu projecto de vida (com base no seu repertório de recursos internos). Contudo, quando isso não acontece e não consegue desempenhar a actividade reguladora, ele tem de fazer um esforço para se confrontar com a situação para a qual sente não ter recursos, o que significa que qualquer alteração ao nível dessa capacidade implica uma necessidade pessoal de mudança, que segundo Orem (2001:147) carece da ajuda da enfermagem.

Os deficits de autocuidado, quando expressos nas limitações das pessoas para se comprometerem com as operações intencionais (de estimativa) ou de produção de autocuidado, fornecem guias de orientação para a selecção de ajuda e de compreensão do papel do paciente no autocuidado.

Pode-se assim dizer que a dependência ao nível da acção auto-iniciada é um factor gerador de *stress* que incute nos participantes uma necessidade de mudança, dando início à transição (ver a figura 5).

Figura 5 - Representação esquemática das relações entre a categoria Actividade Executada pelo Próprio e o processo de transição



3.1.1.2 – Compromisso nos processos corporais

No entanto, a dependência nas actividades executadas pelo próprio tem causas que precisam de ser explicadas para se poder conhecer verdadeiramente o fenómeno. Segundo Orem (2001:46) *“a doença ou mau funcionamento físico ou mental podem limitar aquilo que a pessoa pode fazer por ela mesma, desde que tal estado limite a sua capacidade de raciocínio, de tomada de decisão e de iniciativa para as actividades destinadas aos objectivos de autocuidado”*. Esta afirmação torna clara a necessidade de definir quais os factores decorrentes do evento gerador de dependência que influenciam a capacidade de autocuidado dos participantes. Assim, constatou-se que a nova realidade encontrada esbarrava quase sempre nas alterações sentidas a nível pessoal, decorrentes de processos fisiológicos que limitavam o comportamento, empurrando-os para uma situação de dependência de outros, a que não estavam habituados. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001:7), a *“pessoa é também centro de processos não intencionais. As funções fisiológicas, enquanto processos não intencionais, são factor importante no processo de procura incessante do melhor equilíbrio”*.

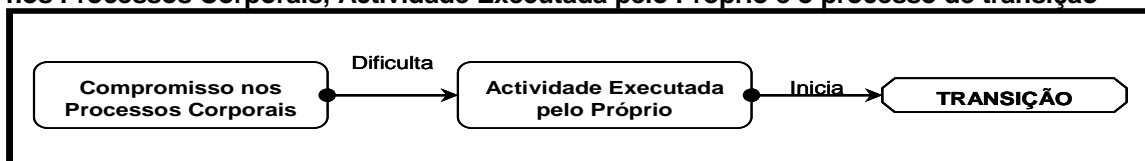
O quadro 3, revela-nos alguns exemplos das várias subcategorias que emergiram da análise dos dados e que definem factores associados ao processo de doença responsáveis pelas limitações ao nível do autocuidado.

Quadro 3 - Exemplos da categoria Compromisso nos Processos Corporais

CODIFICAÇÃO ABERTA	CODIFICAÇÃO AXIAL
Unidades de registo (Exemplos)	Subcategorias Conceptuais
(P1) - “Nunca que eu trinquiei tanto a língua como agora, mas eu consigo comer com o lado esquerdo, o lado direito é que não mastiga muito bem.” (P3) - “Os joelhos já me doíam e agora faltam-lhes força, o que não ajuda nada para eu poder andar novamente...” (P5) - “por causa de todas as limitações que tenho, sobretudo desta mão (não é capaz de mobilizar os dedos da mão direita) que ficou assim e portanto nesse aspecto estou ainda muito dependente, não é?”	Parésia: Paralisia total ou parcial, perda incompleta ou completa da capacidade de mover partes do corpo (ICN, 2005:58).
(P1) - “Dói-me este ombro quando faço a ginástica ou quando tento levantar o braço” (NC2) - Refere ter dor intensa ao nível do joelho sempre que se mobiliza a perna parética. (P4) - “E tudo o que seja baixar eu não consigo... As dores são horríveis...” (P5) - “Para além disso o que tem contribuído ainda muito para além da debilidade em que fiquei, as dores, que sinto quando estou sentada”	Dor: Aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de auto-protecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite (ICN, 2005:60).
(P1) - “Sem eles eu não consigo dormir... Estou sempre a pensar como vai ser daqui para a frente...” (P3) - “Cansa muito não conseguir descansar durante a noite...” (PC4) - “Esta semana só tivemos uma noite em que dormimos até às seis horas. (P4) - Foi a única noite que dormimos seguidos” (P5) - “Agora eu durmo muito pouco... Ontem durante o dia não dormi... Durmo muito pouco e preocupo-me com esses pormenores todos.”	Insónia: Incapacidade crónica de dormir ou de se manter a dormir a noite toda ou durante os períodos de sono planeados, apesar do posicionamento confortável num ambiente agradável; espertina, falta de sono; frequentemente associada a factores psicológicos ou físicos como o stress emocional, ansiedade, dor, desconforto, tensão, perturbação da função cerebral e abuso de drogas (ICN, 2005:73).
(P1) - “Antes fazia todos os dias. Agora chego a estar 4 dias sem fazer e sinto-me mal...”	Obstipação: Diminuição na frequência da defecação acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta das fezes (ICN, 2005:52).

Estas subcategorias agrupadas deram origem a uma nova categoria mais abstracta que descreve conceptualmente o fenómeno das alterações fisiológicas que influenciaram a perda da autonomia. A este conceito atribuímos o nome de **Compromisso nos Processos Corporais** (ICN, 2005), sendo claro que estes dificultam a realização das actividades auto-iniciadas pelos participantes (ver a figura 6).

Figura 6 - Representação esquemática das relações entre as categorias Compromisso nos Processos Corporais, Actividade Executada pelo Próprio e o processo de transição



3.1.1.3 – Como me sinto

Paralelamente aos processos corporais afectados e à dependência nas actividades auto-iniciadas, os participantes identificaram ainda outros problemas pessoais que lhes limitavam a capacidade para o autocuidado.

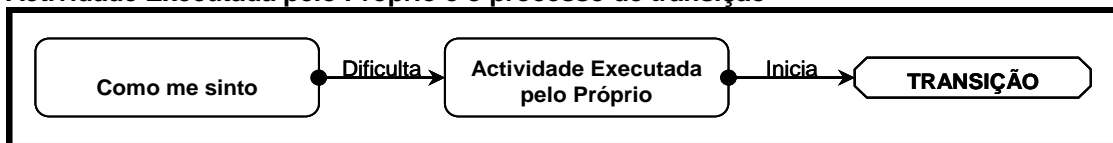
Estes problemas manifestavam-se normalmente quando os indivíduos desenvolviam ou tentavam desenvolver alguma actividade física, acabando frequentemente por comprometer o sucesso da acção. No quadro 4, podem-se observar algumas das categorias que emergiram.

Quadro 4 - Exemplos da categoria Como me sinto

CODIFICAÇÃO ABERTA	CODIFICAÇÃO AXIAL
Unidades de registo (Exemplos)	Subcategorias Conceptuais
(P1) - “Quando chego da fisioterapia venho muito cansado... Até a falar me custa, às vezes... Não consigo fazer mais nada”; (P4) - “Porque não posso... Tenho dificuldade em ir lá ao WC... Tenho dificuldade em segurar-me em pé... Têm de estar uma ou duas pessoas a segurar em mim para eu não cair...”; (P5) - “Foi um dia cansativo, porque estavam com umas saudades de vir cá e então fez-se o almoço como antigamente, não é... Foram as minhas forças embora, pronto...”.	Intolerância à actividade: Falta de capacidade para manter a energia, energia física e psicológica insuficiente para tolerar ou completar as actividades diárias necessárias ou desejadas, cansaço fácil, movimentos corporais extenuantes (ICN, 2005:94).
(P1) - “A cadeira é muito difícil de empurrar, a minha esposa mal consegue empurrar... Para além disso não trava... Eu levanto-me, ela foge e eu caio...”; (NC2) - colocou-se o cadeirão ao lado da cama e sentou-se o Sr. na cama. Tinha dificuldade em manter o equilíbrio sentado; (P4) - “tenho pouca força nas pernas. Às vezes desequilbro-me”; (P5) - “Ora bem... Noto a melhoria no andar, noto a melhoria que eu não me equilibrava”.	Equilíbrio diminuído: Falta de segurança do corpo e coordenação dos músculos, ossos e articulações para estabilizar o corpo como um todo ou partes para permitir o movimento, manter a cabeça levantada, manter-se em pé, sentar-se em posição correcta; a capacidade para manter o equilíbrio é, em certa medida, dependente da idade (ICN, 2005:94)
(PC4) - “Aqui é a mesma coisa... Às vezes não quer comer... Come muito mal...” (P5) - “Agora realmente eu também vou comendo pouco e queria ver se tentava comer um pouco mais...”	Apetite diminuído: Sensação diminuída de desejo de satisfazer as necessidades orgânicas em nutrientes, ou de um tipo particular de alimentos (ICN, 2005:94).
(P3) - “Movimento da perna... Neste momento não estou autónoma e não consigo nem posso fazer força...”	Mobilidade diminuída: Diminuição dos movimentos voluntários e psicomotores do corpo, incluindo a coordenação dos movimentos musculares e articulares, bem como o desempenho do equilíbrio, o posicionamento corporal e o deslocamento (ICN, 2005:93).

Analisando ao pormenor, verifica-se que todos estes conceitos descrevem condições vivenciadas pelos indivíduos, que dificultam o autocuidado, e que os fazem sentir em desvantagem comparativamente com o que eram antes da doença aparecer. Emerge assim um novo conceito aglutinador, denominado de: **Como me sinto**.

Figura 7 - Representação esquemática das relações entre as categorias Como me sinto, Actividade Executada pelo Próprio e o processo de transição

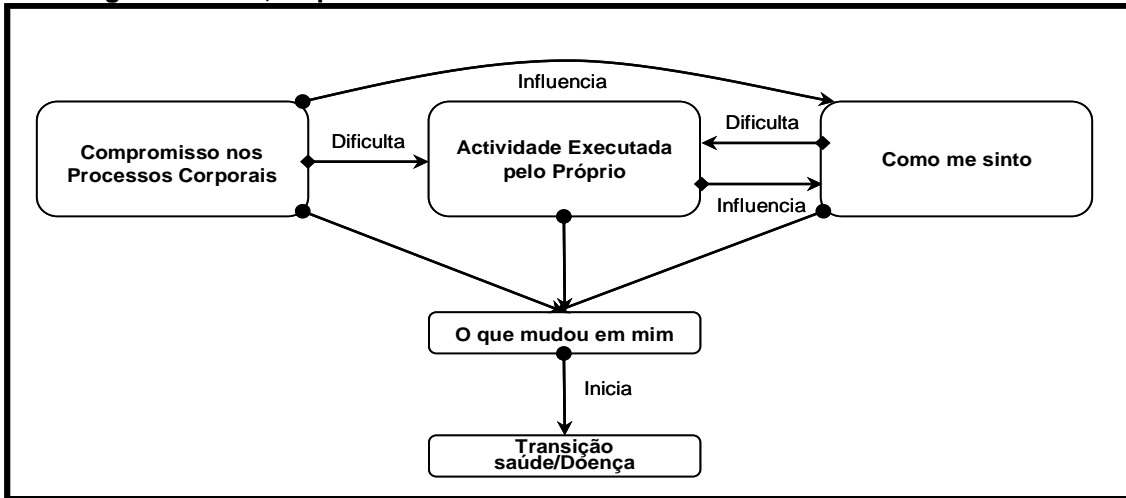


Analisando as categorias conceptuais anteriores (Dependência na Actividade Executada pelo Próprio; Compromisso nos Processos Corporais; Como me sinto) verifica-se que, pelas suas similaridades, é possível aglutina-las noutra de maior grau de abstracção – **O que mudou em mim** – que representa o conjunto de transformações que ocorreram nos participantes, resultantes do processo de doença, e que os impossibilita/limita de recuperarem o modo de vida anterior, após o regresso a casa.

Meleis et al. (2000), referem que este tipo de transformações conduz à vivência de transições, do tipo saúde/doença, implicando grande esforço nos indivíduos para se adaptarem. Martins (2002:89) alerta para a importância de caracterizar bem este conceito e ressalva que “Para se entender em que consiste a reabilitação de um indivíduo teremos que

compreender o que aconteceu com ele em termos de deficiência, de incapacidade e de desvantagem, bem como o modo como ele percebe a sua realidade”.

Figura 8 - Representação esquemática das relações entre as categorias Conceptuais e a subcategoria central, O que mudou em mim



3.1.2 – O que mudou à minha volta

Meleis et al. (2000:18), referem que as transições não são discretas ou mutuamente exclusivas, podendo coexistir múltiplas sequenciais ou em simultâneo. Assim, para efeitos de estudo devem ser abordados todos os tipos de transição relevantes para os participantes, de forma a atender às mudanças e exigências que estas trazem às suas vidas.

O ambiente familiar (onde os participantes foram reinseridos após o regresso a casa) demonstrou-se rico em factores geradores de mudança, expondo-os as condições de vulnerabilidade.

Considera-se a família como “*um sistema, em que há interdependência entre os seus membros, onde cada indivíduo é um subsistema bem diferenciado, que interage com todos os outros, ocupando um papel e desempenhando funções próprias, reconhecidas pelo grupo*” (Wright & Leahey, 2002:41).

A transição para uma situação de dependência, de um dos elementos, gera *stress* na família e obriga a reorganizações adaptativas de todos os seus membros, para que o possam apoiar e substituir no papel anteriormente desempenhado.

A análise dos dados revela que, tal como nos diz Martins (2002), a escolha do prestador de cuidados no interior da família, recaiu (a maioria das vezes) sobre a pessoa mais próxima e não sobre a mais competente para desempenho originando, frequentemente, situações de *stress* secundárias às exigências do novo papel.

(Prestador de cuidados 1) – “Eu não posso ir ao Centro de Saúde para as vagas... Não posso ir para lá uma manhã para a sala de espera e deixar o meu marido sozinho em casa... Tenho que lá ir a correr quando ele vai para a fisioterapia e rezar para chegar antes dele... Fico sempre com o coração nas mãos”.

Os participantes, por conseguinte, interpretaram todas as alterações e tensões que se desenvolveram à sua volta, procurando compreender e adaptar-se à nova realidade.

Emerge assim dos dados um novo conceito que se constata ter influência na forma como os indivíduos lidam com a dependência no autocuidado, após o regresso a casa, a que chamamos de **Stress do Prestador de Cuidados** (ver o quadro 5)

Martins (2002:51), diz-nos ainda que *“no início da doença há, pois, uma desestruturação da família sendo esta obrigada, posteriormente, a redistribuir as suas tarefas”*.

(Prestador de Cuidados 2) – “Eu agora até já ajudo menos o meu marido que, coitado, até anda mal das costas... Mas eu por vezes tenho de sair... Não posso estar aqui sempre... O pai já sabe...”.

Acrescenta ainda que essa *“tarefa [...] não se circunscreve ao subsistema a que pertence o elemento atingido mas reflecte-se nos restantes. Muitas das vezes terão mesmo de ser os filhos a realizar tarefas que até aí eram da exclusividade dos pais”*, o que, por si só, gera *stress* nos indivíduos que são obrigados a enfrentar a nova realidade familiar.

Há ainda a realçar o papel dos elementos mais jovens da família que nem sempre compreendem a nova situação, gerando *stress* e obrigando os participantes a enfrentar uma nova transição.

(Participante1) - "O meu neto esteve aqui e disse "Oh Bu... Vamos dar uma volta que eu empurro a cadeira! E eu disse: Não pode ser, o Bu não pode andar"

Todos estes dados originaram categorias substantivas que foram reunidas na categoria conceptual – **Stress dos Elementos da Família** (ver o quadro 5)

Quadro 5 - Exemplos da categoria Crise Familiar

CODIFICAÇÃO ABERTA	CODIFICAÇÃO AXIAL
Unidades de registo (Exemplos)	Subcategorias Conceptuais
(P1) - “A minha mulher tem sofrido muito com isto... quando estive internado ela esteve dias sem conseguir dormir... Emagreceu imenso... Ela preocupa-se muito comigo, coitada! Agora está exausta...Anda a dormir pelos cantos...” (P4) - “Não... Ele não vai... Ele não sai daqui... Ai (suspirou)...” (P5) - “O meu marido também, mas coitado, sabe Deus, com Parkinson está a viver estas coisas todas... É por isso que ele também se exalta muito...”	Stress do Prestador de Cuidados Sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto do prestador de cuidados ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente.
(P1) - “Ainda há bem pouco tempo era eu que a ajudava e levava o miúdo ao infantário e agora... Está tudo ao contrário... São eles que me têm que transportar a mim” (P4) - “Ela (nora) coitada... Passou a semana passada no hospital para preparar a alta dele e agora anda a trabalhar nas noites para compensar...” (P5) - “Agora cansam-me um bocadinho... Lá conversam... E depois ficam cá menos tempo... Acho que se sentem pressionados...”	Stress dos elementos da família Sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de os elementos familiares serem incapazes de funcionar de forma adequada física e mentalmente.

Sintetizando, Schumacher (1996) diz-nos que a transição para o papel de prestador de cuidados não pode ser compreendida isoladamente da transição de saúde-doença vivida pelo indivíduo, uma vez que é este o factor gerador de toda a mudança.

Martins (2002:146) acrescenta que “*com a existência de um problema acidental no seio da família espera-se que esta use a sua capacidade auto-organizativa e as suas fontes de suporte para se reorganizar*” promovendo assim a mudança.

No entanto, as duas categorias anteriores demonstraram que nem sempre isso é possível, gerando stress nos participantes e obrigando-os a mudar. Chegamos assim ao conceito de **Crise Familiar**, definido como:

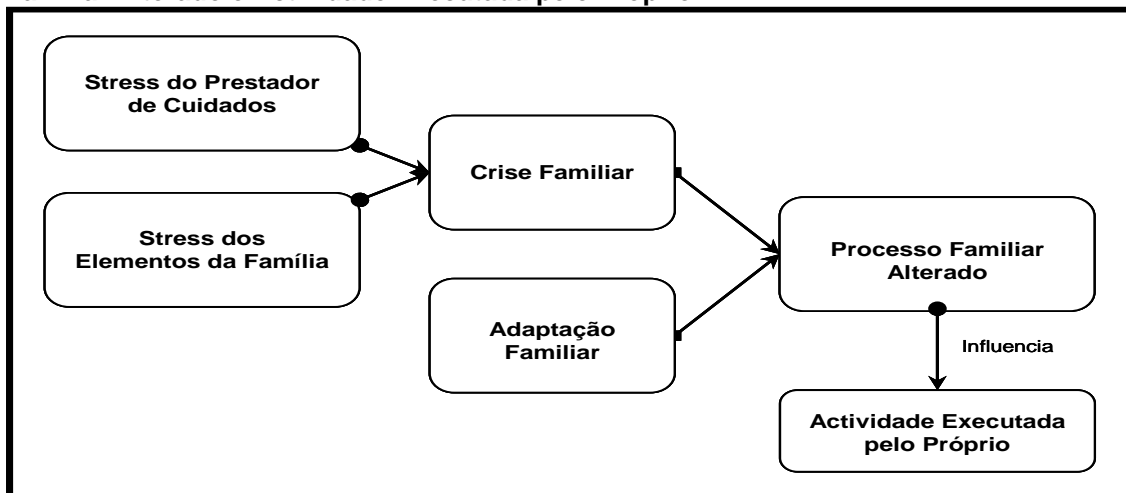
Facto repentino que desequilibra a estabilidade mental, social e económica do grupo familiar, causando uma inadaptação e alteração temporária do desempenho normal da família. Dificuldade da família para resolver problemas, para reconhecer situações de mudança, para reconhecer recursos internos, para reconhecer redes externas de apoio, ambiente tenso, comunicação familiar ineficaz (ICN, 2005:77).

Em oposição, constata-se que há famílias que se adaptam e se reestruturam para a receber em casa os participantes, mantendo a estabilidade do sistema familiar (participante 3). Ressalva-se no entanto que, mesmo numa situação de **Adaptação Familiar** (categoria emergente), facilitada pelo carácter temporário da transição, também aqui foi exigido à participante que se organizasse para que rapidamente pudesse assumir o papel que exercia anteriormente, como se constata no exemplo seguinte:

(Participante 3) – “Para a semana já devo mexer-me melhor e não precisar tanto do meu marido... Ele vai ter que retomar o trabalho...”.

Temos assim duas condições antagónicas que geram situações de *stress*, com influência no processo de recuperação da autonomia no autocuidado. É essencial, por isso, conhecer a “*importância dos contributos da família para o desenvolvimento da integração do próprio indivíduo. Nesse sentido é importante compreender como é que o indivíduo interpreta os acontecimentos e as interações em que se envolve.*” Martins (2002:148). Emerge assim o conceito unificador de Processo Familiar Alterado (ver a figura 9).

Figura 9 - Representação esquemática das relações entre as categorias Processo Familiar Alterado e Actividade Executada pelo Próprio



Em analogia com a Teoria das Transições, esta subcategoria (Processo Familiar Alterado) pretende representar as “*transições do tipo organizacional*” (Meleis et al, 2000:17) com que os indivíduos foram confrontados no regresso a casa, à medida que tomaram consciência das alterações necessárias que tinham de ocorrer no interior da família.

Sobreposta às transições do tipo saúde/doença e organizacional, reconhecidas anteriormente, identificou-se um terceiro tipo de transição relacionada com as alterações sociais com que os indivíduos se depararam após o regresso a casa, o que segundo Meleis et al. (2000:19) pode ser classificada como “*situacional*”. Segundo esta visão paradigmática, identificaram-se duas situações contíguas: uma por, os participantes, se sentirem isolados em casa, afastados de todo o contacto social e outra provocada pelo afastamento das pessoas que habitualmente lidavam com eles, deixando-os isolados dentro do contexto familiar.

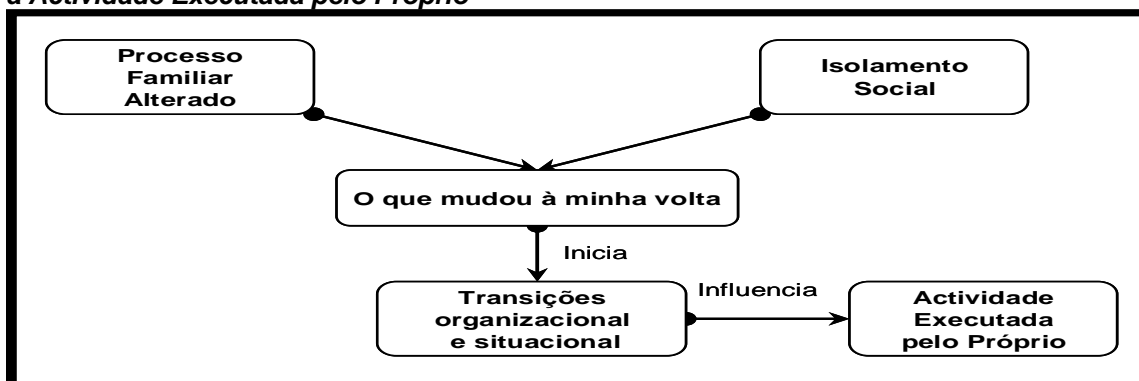
Esta categorização dicotómica dos dados pode então ser agrupada numa categoria conceptual mais abstracta, com o nome de **Isolamento Social** (ver o quadro 6).

Quadro 6 – Matriz síntese da categoria Isolamento Social

CODIFICAÇÃO ABERTA		CODIFICAÇÃO AXIAL
Unidades de registo (Exemplos)	Categorias Substantivas	Categoria Conceptual
(NC1) - O indivíduo encontra-se isolado de todo o contacto social, restringindo-se apenas aos familiares próximos. (P5) - “mas para uma pessoa cheia de actividade, apesar dos 72 anos, estava aqui, que ia a Bragança, que falava com os meus netos, essas coisas todas que deixei...” (P5) - “faz-me falta a minha actividade, os meus netos, poder estudar com eles, poder fazer as refeições que eles adoravam quando vinham aqui comer, não é... Eles vinha cá muitas vezes, sobretudo o mais velho, e era uma relação fantástica que tinham e que agora é limitada não é...” (P5) - “Desde que saí do hospital que tenho saudades de ver a natureza...” (P5) - “Continuo com aquela sensação de que... Então agora que a Primavera ainda está aí, continua tudo no lugar, sobretudo aqui no Porto, uma maravilha... E isso traduz-se nessa perda de não poder aproveitar...”	<p>Afastamento da sociedade Os participantes sentem-se isolados em casa, e afastam-se de todo o contacto social</p>	<p>Isolamento Social: Status social que revela afastamento ou ausência de contacto social</p>
(P1) - “Uns ligam a perguntar como estou, outros nem querem saber...” (E-I) - “E tem recebido muitas visitas...” (P2) - Não... Agora estou para aqui...” (P2) - “Falava com os meus amigos... Agora estou na cama...” (E-I) - E os seus amigos... Ainda não o vieram visitar? (P2) - Eu gostava mas agora estou para aqui...”	<p>Agora estou para aqui Observa-se um afastamento das pessoas que habitualmente lidavam com os participantes</p>	

Analisando atentamente as duas últimas categorias conceptuais mais abstractas (**Processo Familiar Alterado; Isolamento Social**), verificamos que representam mudanças do tipo organizacional e situacional que resultam da interacção que os participantes mantêm com a família e com o meio ambiente que os rodeia, após o regresso a casa, sendo que todas elas influenciam o processo de recuperação da autonomia face ao autocuidado. Estas similaridades permitiram a sua agregação na categoria **O que mudou à minha volta**, representada na figura 10.

Figura 10 - Representação esquemática entre as categorias O que mudou à minha volta e a Actividade Executada pelo Próprio



3.1.3 – Propriedades das transições

Até aqui verificamos que ocorreram em simultâneo vários tipos de transição com influência no processo de reconstrução da autonomia face ao autocuidado. É de realçar, no entanto, que segundo Meleis et al. (2000), as transições só têm início após os indivíduos tomarem consciência do que realmente mudou na sua vida, sendo esse factor considerado uma propriedade inerente a todas as transições. É sob esta visão paradigmática que emerge dos dados o conceito “**Consciencialização**” (ICN, 2005:83).

Verifica-se pois que, alguns dos participantes só iniciaram a transição após terem tomado consciência de que tinham de ter um papel activo na procura de respostas para os problemas, ou seja, a consciencialização facilitou o seu envolvimento no processo de reconstrução para a autonomia no autocuidado.

(Enf-Inv) – “Está disposto a colaborar no sentido de tentarmos fazer com que fique gradualmente mais independente?”

(Participante 2) – Vamos lá ver... Eu gostava... (Olha fixamente para o entrevistador com um sorriso e os olhos carregados de esperança).

(Enf-Inv) – Vai depender muito de si e da sua força de vontade... Olhe, como tem sido o seu regresso a casa depois de tudo que lhe aconteceu?

(Participante 2) – Estou para aqui deitado, não é!? A doença apareceu... Não há nada a fazer... Temos que aguentar...”.

Esta tomada de consciência passa também por identificar exaustivamente todos os défices (ver o quadro 7) de forma a equacionar correctamente os recursos disponíveis e as respostas exequíveis, promovendo ainda mais o seu envolvimento.

(Enf-Inv) – “Ao longo da semana vai pegar num papel e numa caneta e vai escrever uma lista de tudo o que quer fazer... Quando não se sentir cansada, vai tentar fazer uma dessas coisas... À medida que for conseguindo fazer, vai riscando da lista... Assim não se esquece onde estão os degraus e treina a sua escrita em simultâneo... Pode ser?”

(Participante 5) – Pois... Por acaso o ir à sanita foi da conversa que tivemos aqui... E afinal resulta... Faço melhor a minha higiene porque me limpo até sentir que estou limpa, pronto e é óptimo... Pelo menos agora consigo fazer isso...”.

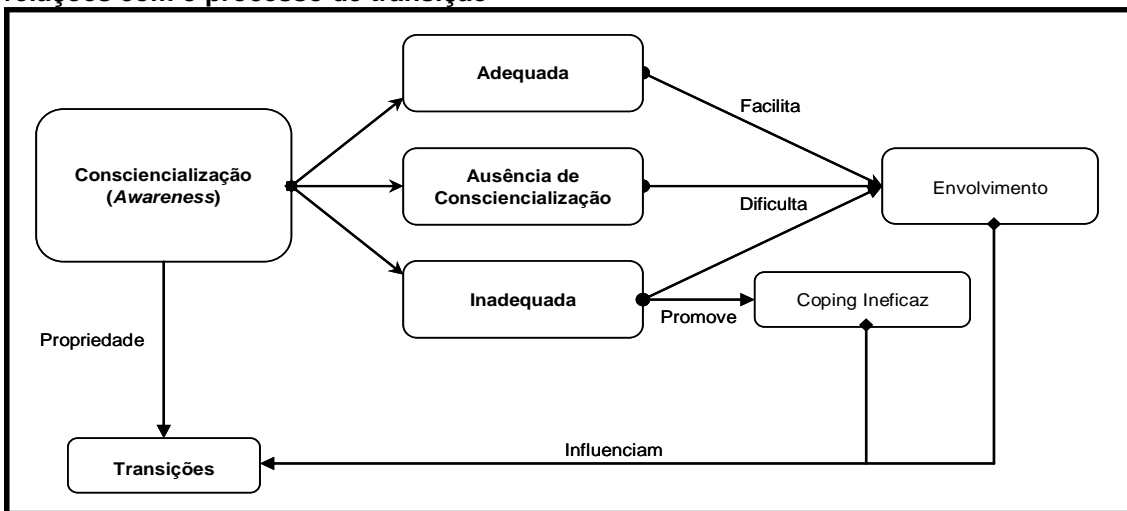
Quando isso não acontece, verifica-se, por vezes, a ocorrência de respostas inadequadas (ver ponto 3.2.4.1.1) que podem ser prejudiciais à vivência das transições, ou até, a ausência de respostas, que impedem a evolução dos participantes no sentido de recuperarem o autocuidado, como podemos observar no exemplo:

(Participante 2) – “Agora não faço nada... São elas que me fazem tudo... Eu não posso... Antes andava pelo campo... Fazia a minha vida normal... Falava com os meus amigos... Agora estou na cama...”.

No entanto, segundo Meleis et al. (2000:19) “*embora a consciência pareça ser uma propriedade importante na transição, a ausência de manifestações de consciência não impede o seu início*”.

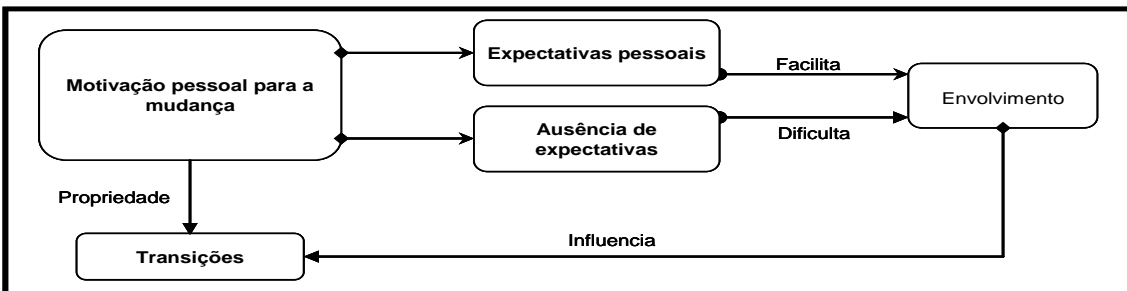
Constata-se, portanto, que essa ausência, ou uma consciencialização inadequada, dificultam todo o processo adaptativo enquanto que uma correcta consciencialização é factor facilitador da mudança (ver a figura 11).

Figura 11 - Representação esquemática da categoria Consciencialização e das suas relações com o processo de transição



Associada a esta propriedade das transições, emergiu uma outra representada pela categoria **Motivação Pessoal para a Mudança** (ver a figura 12), que define um conjunto de expectativas que os participantes desenvolveram em função do evento gerador de dependência.

Figura 12 - Representação esquemática da categoria Motivação Pessoal para a Mudança e das suas relações com a Transição



Meleis et al. (2000:19) descrevem-nas como uma dimensão importante da mudança, quando referem que “*para compreendermos o processo de transição é necessário compreender primeiro as expectativas dos indivíduos que a atravessam*”.

Assim, constata-se que quem tem **metas a atingir** (categoria conceptual) relacionadas com o concretizar de determinadas actividades centradas em si, mais facilmente se envolve no processo adaptativo, desenvolvendo comportamentos e atitudes direccionados para a resolução de problemas.

A análise revela que a principal motivação se relaciona com a autonomia no autocuidado e com a possibilidade de voltarem a ser independentes, para sair de casa e realizar as actividades de vida diária que antes executavam. Neste contexto, assume particular relevância o conceito de “andar autonomamente” comum a todos os participantes (ver o quadro 7) e para o qual todos direccionaram os seus esforços.

Quadro 7 - Distribuição individual da dependência na actividade executada pelo próprio

Actividade Executada pelo Próprio	Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4	Participante 5
Tomar banho	x	x	x	x	x
Vestir-se ou despir-se	x	x	x	x	x
Alimentar-se	x	x		x	x
Arranjar-se	x	x		x	
Cuidar da higiene pessoal	x	x		x	x
Usar o sanitário	x	x		x	x
Transferir-se	x	x	x	x	x
Virar-se	x	x		x	x
Usar a cadeira de rodas	x	x			
Andar	x	x	x	x	x
Erguer-se	x	x		x	x
Comer e beber		x			
Fazer compras			x		x
Cozinhar			x		

(Participante 1) – “(...) ao menos, se eu conseguir andar e mexer esta mão, eu poderei fazer outra coisa e ganhar dinheiro de outra forma para poder sustentar esta família.”;

(Participante 2) – “Custa-me estar aqui preso... Gostava de sair... Dar os meus giros... Ir para o campo ajudar... Para as feiras falar com os amigos...”.

Segundo a teoria de Aprendizagem de Rotter, a expectativa dos indivíduos para um resultado predirá o seu comportamento, em determinado contexto (Oberle, 1991; Selander et al, 2006), ou seja, a motivação previsivelmente precede a acção.

Os dados revelam ainda uma outra subcategoria (**dependência temporária**) associada à motivação pessoal, no único participante que encarava o seu estado, após o evento gerador de dependência, como um percalço accidental na vida, que teria resolução, após um período de

convalescença. Este conceito temporal de dependência, que lhe fora transmitido no hospital, era a sua principal motivação para encarar a transição de uma forma mais tranquila que os restantes.

(Participante 3) – “Mas sei que se cumprir à risca com as indicações vou poder recuperar e farei a minha vida”;

(Participante 3) – “Temos de ter calma, temos que nos arranjar até ficar boa...”.

Uma outra propriedade identificada que, como vimos, está muito interligada com a **Consciencialização** e a **Motivação Pessoal para a Mudança**, é o nível de **Envolvimento** dos participantes no processo de reconstrução da autonomia face ao autocuidado.

Esse envolvimento tem grande influência na vivência das transições e é perceptível quando os participantes demonstram preocupação com o seu estado, procuram informações para melhorar o *status* pessoal e familiar, aderem às propostas de mudança e são proactivos a modificar comportamentos e atitudes.

(Notas de Campo 1) – Preocupa-se muito com o que come e continua a fazer muitas perguntas sobre a alimentação porque quer controlar as tensões ao máximo;

(Participante 2) – “Acho que não estou pior... O que acha?” (pergunta à espera de receber uma resposta positiva);

(Enf-Inv) – “E ler, já começou a ler?”

(Participante 5) – Ler ainda não comecei... Tenho de começar a ler um a ver se consigo, não é...”;

(Enf-Inv) – “Ainda no banho o que precisa que lhe façam?”

(Participante 5) – No hospital era tudo... Até há bem pouco tempo não conseguia nada... Agora já tento colaborar pois já me esfrego e essas coisas todas, mas sentada na cadeira”.

3.1.4 – Síntese da categoria O que mudou

Ao analisar as primeiras entrevistas com os participantes, confrontámo-nos com um conjunto de difíceis mudanças que foram ocorrendo, desde o seu regresso a casa.

A nova realidade esbarrava quase sempre nas alterações sentidas a nível pessoal, decorrentes da transição saúde/doença, que lhes limitava o comportamento, empurrando-os para uma situação de dependência, a que não estavam habituados.

(Participante 1) – “Está a ver... Até as coisas mais simples agora são difíceis...”.

O que mudou em mim foi o conceito emergente que explica este fenómeno.

Simultaneamente, esta dependência influenciava todo o sistema familiar, implicando mudanças no comportamento dos vários elementos e no comportamento dos indivíduos dentro da própria família, obrigando-os a viver uma nova “*transição de carácter organizacional*” (Meleis et al. 2000:19).

(Participante 1) – “Eu agora sou como uma criança... Tratam-me como uma criança... Para tudo querem ser eles a fazer, a substituir-me, não posso fazer nada sozinho”.

Sobreposta às transições do tipo saúde/doença e organizacional, identificou-se uma outra de carácter situacional que ilustra a mudança nas relações do indivíduo com a sociedade;

(Participante 1) – “Já há algum tempo que não estou com os meus amigos. Uns ligam a perguntar como estou, outros nem querem saber... Agora é que se vê quem são os amigos... Mas eu não os quero ver, assim...”.

Para explicar estes últimos fenómenos emergiu a categoria **O que mudou à minha volta**.

Analisando as duas categorias (**O que mudou em mim**; **O que mudou à minha volta**) constata-se que têm em comum o conceito de mudança, como resposta a um acontecimento *stressante* e a capacidade de influenciar o processo de recuperação da autonomia no autocuidado, factores centrais a toda a investigação. Podemos assim aglutiná-las na primeira categoria central a emergir do estudo – **O que mudou** – que descreve a natureza das transições decorrentes do evento gerador de dependência.

3.2 – ENFRENTAR A MUDANÇA

Enfrentar a mudança é uma categoria que aglutina em si toda a experiência de reconstrução da autonomia face ao autocuidado, desde a identificação dos factores extrínsecos e intrínsecos ao sujeito que interferem no processo; dos indicadores que revelam a trajectória dos participantes ao longo do tempo; e das terapêuticas propostas pela enfermagem no sentido de se atingirem resultados coerentes com os projectos de vida individual.

3.2.1 – Factores Extrínsecos ao Sujeito

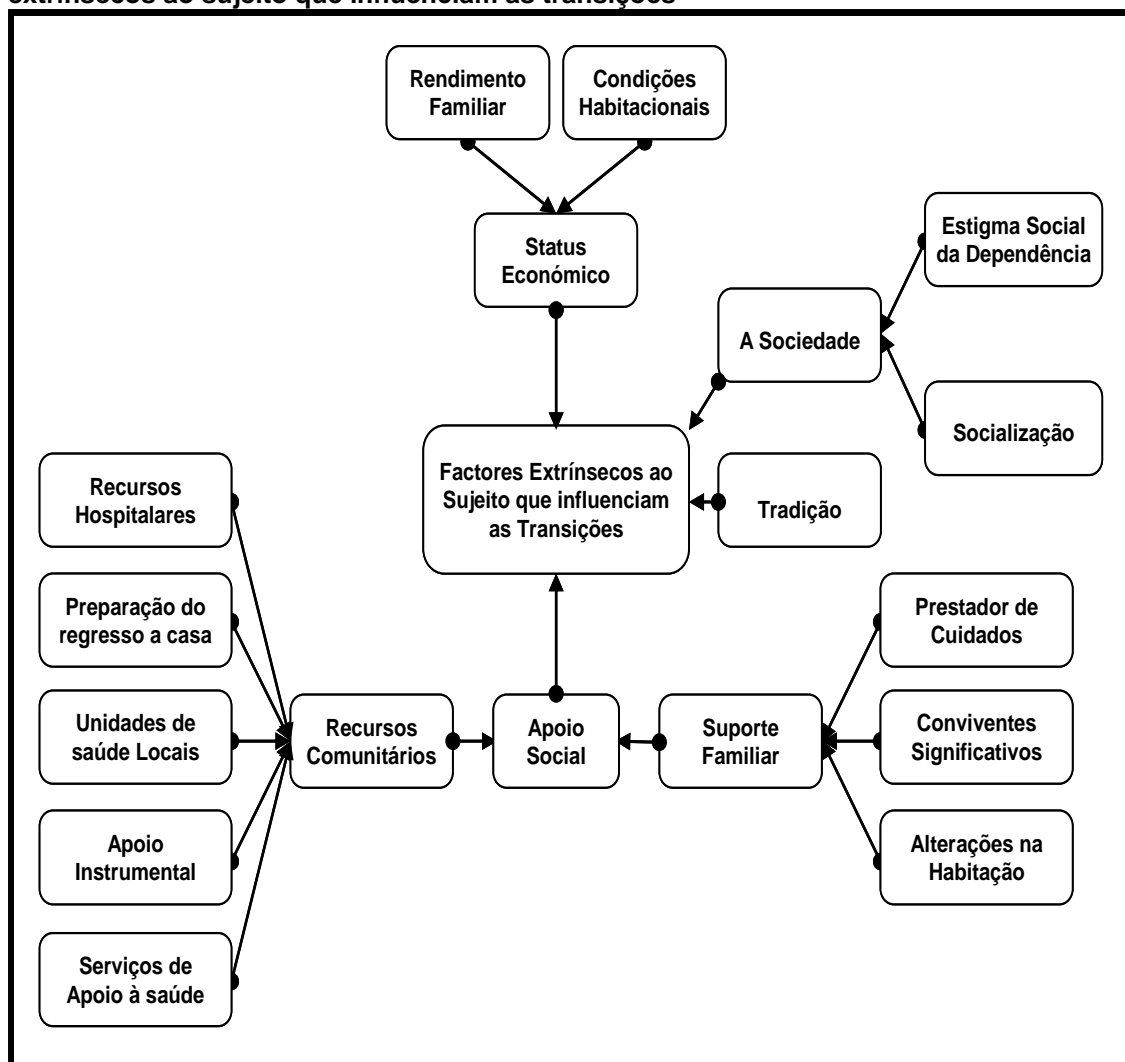
O enunciado descritivo dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem refere que:

Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve. Toda a pessoa interage com o ambiente: modifica-o e sofre a influência dele durante todo o processo de procura incessante do equilíbrio e da harmonia (OE, 2001:6).

Meleis (2007) acrescenta que os enfermeiros que estudam as pessoas em fase de transição devem estar atentos à interacção que estas têm com o meio que as rodeia, pois toda a experiência vivida é subjectiva e sofre a influência das dimensões bio-psico-socio-cultural.

Segundo Strauss & Corbin (1998:110), “*categorias são conceitos, derivados dos dados, que representam os fenómenos*”. Quando estes conceitos começam a acumular-se, o analista deve iniciar o processo de agrupá-los ou de categorizá-los sob termos explicativos mais abstractos. É o que podemos observar na figura 13, onde representamos todos os conceitos emergentes relacionados com os **Factores Extrínsecos ao Sujeito**, que interferem com a reconstrução da autonomia face ao autocuidado.

Figura 13 - Representação esquemática das categorias emergentes dentro dos factores extrínsecos ao sujeito que influenciam as transições



3.2.1.1– A Sociedade

No quadro 8 podemos observar a codificação efectuada até ao apuramento da categoria conceptual **A Sociedade**.

Quadro 8 - Matriz síntese: A Sociedade

P	C	CODIFICAÇÃO ABERTA	CODIFICAÇÃO AXIAL	
		Categorias Substantivas	Categoria Conceptual e suas subcategorias	
P1	63	O apoio do compadre	Socialização	A SOCIEDADE
P2	43	Gosto que os amigos me visitem		
P2	44	Sair para falar		
P4	72	Apoio dos vizinhos		
P5	72	É uma história que me alegra		
P1	27	Adeus ao condomínio	Estigma Social da Dependência	
P1	28	Olham com pena		
P1	50	Coitadinho! Está ali um coitadinho		
P5	42	A sociedade está preparada para tratar		

3.2.1.1.1 – Socialização versus Estigma Social da Dependência

A análise dos dados demonstra a importância da **socialização** para os participantes. O restabelecimento de relações sociais, para além do núcleo familiar, deixa-os mais alegres, com mais confiança no futuro e a encarar melhor a mudança.

(Participante 1) – “Quando fiquei assim disse ao meu compadre que queria sair da direcção do condomínio, mas ele disse que eu era fundamental e que se eu saísse não haveria condomínio... Isso fez-me ver o quanto era preciso. Agora já posso resolver alguns problemas, o que é bom para mim...”;

(Participante 2) – “Gosto que venha alguém me entreter e que a gente converse, saiba sempre alguma coisa de novo e assim...”;

(Participante 5) – “Tenho uma que me telefona quase todos os dias, tenho outra que me telefonou há pouco tempo [...] Ela foi muito feliz, embora tenha tido um início de vida muito difícil...”.

Em oposição, verifica-se que a ausência do contacto social com as pessoas que estavam habituados e o afastamento por parte de algumas destas, após o evento gerador de dependência, contribuem para o aparecimento de sentimentos negativos, que dificultam a adaptação à situação de Isolamento Social em que se encontram.

(Participante 1) – “Já há algum tempo que não estou com os meus amigos. Uns ligam a perguntar como estou, outros nem querem saber... Agora é que se vê quem são os amigos...”;

(Participante 2) – “Falava com os meus amigos... Agora estou na cama...”

(Enf-Inv) – E os seus amigos... Ainda não o vieram visitar?

(Participante 2) – Eu gostava mas agora estou para aqui...”.

Outro factor a ter em conta, é a importância que a interactividade social com os vizinhos por vezes adquire, assumindo um papel preponderante no apoio aos participantes/família, ajudando-os a restabelecer o equilíbrio.

(Prestador de Cuidados 4) – “Tive que ir ao 3º andar, chamar uma senhora para o ajudar a levantar para o levar para a cama...”.

Em contrapartida, a sociedade actual exerce uma pressão negativa sobre os cidadãos com deficiência e/ou dependência.

Segundo Martins (2006b) isto resulta do modelo de desenvolvimento em vigor, assente sobre os mitos do crescimento económico e do produtivismo, do qual sobressai uma visão redutora do homem e da sociedade, que se encontra dividida pelo mercado de trabalho entre membros activos e inactivos.

Este **estigma social sobre as pessoas com dependência** (categoria conceptual) é um entrave à sua reinserção na sociedade, dificultando a adaptação ao Isolamento Social (transição situacional).

(Participante 1) – “Não quero ir de cadeira de rodas lá para baixo porque vêm todos ter comigo. Coitadinho... Coitadinho... Coitadinho do Sr. ...”.

Simultaneamente, a sua desvalorização perante a sociedade, facilita o desenvolvimento de emoções negativas (ver pontos 3.2.2.1.2.2.1 e 3.2.2.1.2.2.2) que dificultam a reconstrução da autonomia face ao autocuidado.

(Participante 5) – “Também o doente nessa altura precisa de ter compreensão da sociedade, mas a sociedade não está preparada para isto... A sociedade está organizada para tratar... É como se estivesse a arrumar gavetas... Esta ficou bem arrumada e que fique bem arrumadinha e sem incomodar, isso é que é preciso...”.

3.2.1.2 – Status Económico

No quadro 9 podemos observar a codificação efectuada até ao apuramento da categoria conceptual **Status Económico**.

Quadro 9 - Matriz Síntese: Status Económico

P	C	CODIFICAÇÃO ABERTA	CODIFICAÇÃO AXIAL		
		Categorias Substantivas	Categoria Conceptual e suas subcategorias		
P1	68	É uma boa casa	A habitação	Condições Habitacionais	STATUS ECONÓMICO
P3	25	Posso andar à vontade			
P5	85	A minha casa é fresca			
P1	39	O que mudava na casa	Barreiras Arquitectónicas da Habitação	Condições Habitacionais	
P2	28	Limitações da casa			
P4	60	Ainda não tenho <i>polivan</i>			
P4	61	A casa é estreita para a cadeira			
P4	62	Não tenho onde me apoiar	Condição Financeira Favorável	Rendimento Familiar	
P2	48	Compra-se o que for preciso			
P2	49	Material para os cuidados			
P2	50	Contratou-se um fisioterapeuta			
P3	26	Não precisei			
P4	86	As senhoras da Cruz vermelha			
P4	87	Tenho contas para pagar			
P5	86	Empresa de prestação de serviços			
P5	87	Apoio de fisioterapia			
P5	88	Isso vende-se			
P1	40	Não chega para a doença	Baixo Rendimento Familiar	Rendimento Familiar	
P1	41	Não tenho dinheiro			

3.2.1.2.1 – Condições Habitacionais versus barreiras arquitectónicas

Estabeleceu-se uma relação entre as condições da habitação para onde os participantes regressaram, após o internamento, e o processo de reconstrução da autonomia face ao autocuidado. Alguns enaltecem as suas características, por estarem bem preparadas estruturalmente ou por manterem um ambiente adequado que ajudava a superar défices fisiológicos, o que permitiu concluir que **boas condições habitacionais** (categoria conceptual) são facilitadoras do processo de recuperação da autonomia.

(Participante 1) – “Este é um bom apartamento... Se eu vivesse numa casa pequena não ia ter espaço para andar na cadeira de rodas... Aqui posso andar à vontade”;

(Participante 3) – “No banho, eu tenho *polivan* e o marido leva-me lá para me ajudar a entrar [...] A casa é plana logo, ando bem...”;

(Participante 5) – “estava muito quente... A minha casa por acaso é incrivelmente fresca, porque dá-lhe a humidade e é fria... E portanto não estou habituada...”.

Paradoxalmente, constatou-se que essas habitações, por vezes, apresentavam **barreiras arquitectónicas** que dificultavam a reconstrução da autonomia face ao autocuidado.

Um dos constrangimentos comuns era a presença de obstáculos que limitavam a livre circulação de pessoas ou de cadeira de rodas.

(Participante 1) – “Eu não consigo ir para a varanda por causa do degrau. Tenho uma varanda tão boa e não posso lá chegar”;

(Notas de Campo 2) – uma vez que o seu quarto ficava no 1º andar e a casa não dispunha de elevador;

(Participante 4) – “Ainda não me servi dela... Para ir à casa de banho, é tão apertado e é tão pertinho que leva mais tempo a sentar-me na cadeira de rodas do que a ir à casa de banho...”.

Outro dos problemas identificados foi a ausência de casas de banho adaptadas que facilitassem o autocuidado.

(Participante 1) – “O único problema é a casa de banho, que só tem banheira e eu não consigo entrar para tomar banho”;

(Notas de Campo 2) – A sala tinha ainda uma casa de banho que não estava adaptada para poder receber o banho em cadeira de rodas (tinha um degrau à entrada e só tinha banheira, sendo o prolongamento do chuveiro muito curto);

(Participante 4) – “Ainda não tenho *polivan*... É só banheira... E para subir para a banheira, ela é muito alta e ainda custa um bocado...”.

3.2.1.2.2 – Condição financeira favorável versus baixo rendimento familiar

A análise dos dados revelou que os participantes atribuíam importância à sua situação financeira sempre que se abordava a recuperação da autonomia.

Para a maioria, a manutenção de uma **condição financeira favorável** permitia-lhes recorrer a mais recursos para enfrentar melhor os desafios, pautando-se como factor facilitador do processo de reconstrução da autonomia.

(Enf-Inv) – “Não têm uma aparadeira ou uma cadeira sanita?”

(Prestador de Cuidados 2) – Não sabia que era preciso mas se é, eu consigo arranjar uma cadeira dessas que era do sogro da minha irmã... Para a próxima vez já terei cá. E se for preciso mais coisas compram-se...”;

(Notas de Campo 5) – Regressou a casa, tendo à disposição uma acompanhante, durante as 24 horas, contratada a uma empresa de prestação de serviços na comunidade (prestadora de cuidados formal) e apoio de um Fisioterapeuta que se deslocava ao domicílio.

Essa estabilidade financeira libertava ainda os indivíduos para se concentrarem na recuperação, uma vez que não tinham a preocupação premente de sustentar a família.

(Participante 4) – “Agora tenho os impostos para pagar da casa... Tenho a luz, o telefone, a água, tenho o seguro da casa, tenho essas coisas todas...”

(Enf-Inv) – Está com problemas para responder a isso tudo?

(Participante 4) – Não... Não... Não... Para já ainda não... Por aquilo que eu lhe disse... Trabalhei no duro para ter as minhas coisas... Quanto a isso... Se não puder gastar 10, gasto 5, e é isso...”.

Paralelamente emergiu outra categoria – **baixo rendimento familiar** – que demonstra que as dificuldades financeiras da família podem ser um entrave à aquisição de bens e serviços considerados úteis para a promoção da autonomia nos indivíduos.

(Participante 1) – “Deram-me esta cadeira assim... Eu não tenho dinheiro para a reparar... Não a posso arranjar”.

Esta realidade poderá ser ainda mais castradora para a vivência das transições, se considerarmos que ela também influencia a não aquisição de serviços, para apoio ao prestador de cuidados aumentado dessa forma os desequilíbrios dentro da família.

(Participante 1) – “Não quero ninguém cá em casa... Os 4 euros que me levam pela mulher, não chegam sequer para eu comer depois... O meu dinheiro é pouco para poder enfrentar a doença”;

(Participante 1) – “A única coisa que eu precisava era de alguém para me arrumar a casa mas, pelo dinheiro que cobram, não posso pagar...”.

3.2.1.3 – Apoio Social

Segundo o ICN (2005), Apoio Social é um comportamento interactivo. Visão análoga apresenta Vaz Serra (1999), que o define como “*quantidade e coesão das relações sociais que rodeiam de modo dinâmico um indivíduo*” e que proporcionam transacções mutuas, no sentido de promover o bem-estar físico e psicológico, assumindo-se como um processo promotor de assistência e ajuda, através de factores de suporte que facilitam e asseguram a sobrevivência dos seres humanos.

3.2.1.3.1 – Suporte Familiar

No quadro 10 podemos observar a codificação efectuada até ao apuramento da categoria conceptual **Suporte Familiar**.

Quadro 10 - Matriz síntese: Suporte Familiar

P	C	CODIFICAÇÃO ABERTA	CODIFICAÇÃO AXIAL		
		Categorias Substantivas	Categoria Conceptual e suas subcategorias		
P3	23	Tenho o apoio da família	Apoio do Prestador de Cuidados	Prestador de Cuidados	Suporte Familiar
P3	24	Tenho o meu marido			
P4	84	Fê e comeres			
P4	85	Não desanimas			
P5	82	Lá foi às compras			
P1	42	Anda a dormir pelos cantos	Dificuldade do prestador de cuidados em assumir a papel		
P1	43	Não vais chorar			
P1	44	Trata-me como um vidrinho de cheiro			
P1	45	Ele precisa de mim			
P2	29	Ele é muito pesado			
P2	30	Não posso estar cá sempre			
P4	45	Eu quero que ele coma			
P4	46	Não chores			
P4	47	Reformada aos 25 anos			
P4	48	Eu também não posso			
P4	49	Estava a ver que caíamos			
P4	50	E qual dos comprimidos é?			
P4	41	Ficou espalhado no chão			
P5	57	Se ele fosse saudável			
P5	58	Ele acha que não vou recuperar			
P2	31	Relação de dependência	Relação de dependência		
P3	18	Miminho do marido			
P1	51	Conhecimento da esposa	Promoção da autonomia	Conhecimento dos cuidadores	
P2	36	As filhas substituem-no em tudo			
P2	37	Vê pai... Afinal pode...			
P2	40	Não sabia que era preciso			
P4	64	Demora para aí meia hora			
P1	56	Conhecimento sobre o regime alimentar	Regime alimentar		
P2	38	Não tem que ser sopa			
P1	57	Conhecimento sobre os medicamentos	Regime medicamentoso		
P4	65	Só na última quando tiver dores			
P4	66	Dose de cavalo			
P2	39	Não conseguimos passá-lo para o cadeirão	Procedimentos técnicos		
P4	67	Cansam-se os dois			
P5	53	Um dá uma opinião, outro dá outra	Conflitos familiares	Conviventes Significativos	
P5	54	Tiraram-me os papéis			
P5	55	A mulher não colabora			
P1	66	A filha dá-me tudo o que preciso	Apoio dos Conviventes Significativos		
P2	80	Eles cuidam de mim			
P3	23	Tenho o apoio da família			
P4	79	A nora prepara os medicamentos			
P4	80	Ela é formidável			
P4	81	São solidários			
P4	82	Sem eles a comida fica no tacho			
P4	83	Zé! Joelhos direitos			
P5	83	Estão a pensar levar-me a dar uma volta			
P5	84	Estar em minha casa			
P1	65	Mudanças na casa			Alterações na Habitação
P2	47	Novo quarto			
P4	76	Viramos os sofás			
P4	77	Vou pôr um <i>polivan</i>			

3.2.1.3.1.1 – Apoio dos conviventes significativos versus conflitos familiares

Relativamente ao suporte familiar, é possível inferir que o **apoio** dado pelos **conviventes significativos**, para além do prestador de cuidados, é fundamental para promover a recuperação da autonomia face ao autocuidado.

(Participante 1) – “O meu genro vai-me fazer um *polivan*... Eu nem sabia de nada... Já contratou um empreiteiro e tudo...”;

(Participante 2) – “quando eles estão por casa ajudam-me a levantar, e eu gosto de dar uma volta... Chamo por eles, levantam-me e ando por aí...”;

(Prestador de Cuidados 4) – “O meu filho é assim – Zé! Joelhos direitos...”.

Para além de promoverem as capacidades dos participantes, fornecem ainda conforto psicológico e incentivam os indivíduos a superar as dificuldades, ajudando-os a sanear alguns problemas externos e a redireccionar a atenção para a resolução dos problemas internos. Proot et al (2002) dizem-nos que o apoio dos conviventes significativos durante o período de recuperação, demonstrando interesse e fornecendo suporte emocional é essencial para que possam confiar que para eles ainda existe um futuro dentro do núcleo familiar.

(Participante 1) – “A minha filha não quer vender a casa... Diz que vão manter tudo como está... A casa é para nós vivermos”;

(Prestador de Cuidados 4) – “Quando o filho veio... Heeei... Fez-lhe uma festa tão grande... – Oh pai, tu estás a comer pela tua mão à mesa! – É isso que ele devia de fazer...”.

Por último constata-se que dão também apoio de retaguarda ao prestador de cuidados ajudando-o a exercer melhor esse papel.

(Prestador de Cuidados 4) – “O que é, tenho uma nora que aquilo é fantástico... Tem aqui tudo nestas caixinhas, com datas, horas, dias... É o que nós fazemos com os nossos medicamentos... É assim... A gente assim sabe aquilo que tem de tomar. Quando as caixas começam a ficar vazias ela tem que vir cá encher...”.

Em contrapartida, emergiu o conceito de **conflito familiar** relacionado com a existência de problemas relacionais entre os membros da família, anteriores à situação de doença, e que foi identificado como factor que dificulta as transições pois interfere com a estabilidade emocional dos participantes.

(Participante 5) – “E estava renitente em tomar, porque tiraram-me os papeis... Irrita-me... Fico desorientada... Deve ter sido... Pronto não interessa...”;

(Participante 5) – “O outro, pronto, bem diz que vem, mas com a mulher... Já a conheço muito bem...”.

Nessas situações, fragilizados com as suas perdas, por vezes, os indivíduos recuperam feridas antigas e atribuem-lhes novo significado, amplificando os seus efeitos na vivência dos problemas.

(Participante 5) – “tomo o Ramipril[®], que foi o tal que me tiraram o que lá diz e qualquer dia vou dizer que não tomo mais se não me arranjam a bula.”;

(Participante 5) – “Já da outra vez era para vir, mas a mulher inventou que tinha um jantar em casa, e não tinha nada, arranjou, ela é terrível, mas agora não estou a inventar, ela é mesmo um traste. E então ela faz tudo para não vir aqui abaixo... Ele vem aqui e pronto”.

Embora a atitude da família possa manter-se inalterada, relativamente a esses assuntos, nesta altura de transição poderá ser necessária uma mudança adaptativa também por parte dos membros visados.

3.2.1.3.1.2 – Alterações na habitação

Constata-se, também, que o apoio da família pode ser muito importante para a realização de **alterações** estruturais nas **habitações**, facilitando a introdução de dispositivos promotores do autocuidado ou reorganizando o espaço interno.

(Participante 1) – “Tem um ferro que puseram na casa de banho e agora já consigo agarrar-me com a mão afectada...”;

(Notas de Campo 2) – “A família adaptou uma sala de estar, transformando-a em quarto para o indivíduo”.

3.2.1.3.1.3 – Apoio do Prestador de Cuidados versus Dificuldade do prestador de cuidados em assumir o papel versus Relação de dependência

A subcategoria conceptual, **Apoio do Prestador de Cuidados** revela a importância que este tem para uma pessoa que regressa a casa dependente no autocuidado. Tal como refere Orem (2001:352) “*a melhor forma da Enfermagem substituir o seu cliente é interagir com a família e integra-los nos cuidados, partilhando responsabilidades*”. Assim, na análise de conteúdo, foi possível inferir que os prestadores de cuidados actuavam a vários níveis, ou seja: assegurando cuidados de substituição por incapacidade dos participantes;

(Notas de Campo 2) – Diariamente é mobilizado na cama pelas filhas pois é incapaz de o fazer sozinho;

(Prestador de Cuidados 2) – “Temos estas almofadas (muitas almofadas) para o posicionar como nos ensinaram lá (hospital)”.

Partilhando os cuidados com os participantes assumindo a substituição parcial para alguns défices ainda não ultrapassados;

(Participante 3) – “Tenho dificuldades em vestir a parte de baixo... Tem que ser o meu marido a ajudar...”;

(Participante 5) – “Claro, ele vai... Vai fazer as compras... Ontem ajudou-me... Eu temperei o peixe e ele demolhou-mo... E assim essas coisas...”.

Promovendo a recuperação da autonomia face ao autocuidado e facilitando a vivência das transições;

(Participante 2) – “Só ando com o terapeuta ou então com elas (filhas) a apoiarem-me dos 2 lados”.

Dando apoio emocional e incentivo para continuar a lutar, duas actividades fundamentais para promover a recuperação da autonomia face ao autocuidado.

(Enf-Inv) – “E a família... Como está a viver isto?”

(Participante 3) – A família (sorri novamente), o meu marido é igual... Cai!!! Não há nada a fazer”;

(Prestador de Cuidados 4) – “É o que eu tenho dito... Não desanimes... [...] Tem tantas consultas marcadas no cartão... Está a ver Sr. Enfermeiro (tentativa da esposa demonstrar ao marido que não desistiram dele)”.

Apesar de poder ser visto como um facilitador, paradoxalmente, o prestador de cuidados também pode interferir negativamente, dificultando a reconstrução da autonomia. Isso acontece quando ele tem **dificuldade em assumir o papel** e agir de encontro com as expectativas e necessidades dos participantes, promovendo respostas inadequadas.

Um dos factores identificados, que é talvez dos mais redutores em termos de promoção da autonomia, tem a ver com a instalação de relações de superprotecção.

Quando se desenvolve este tipo de interacção, o prestador de cuidados tenta substituir a pessoa cuidada em tudo, negando-lhe, inconscientemente, todas as oportunidades para lutar por uma maior autonomia e desenvolver todo o potencial remanescente. Segundo Martins (2002), muitas das vezes, com tal comportamento, o indivíduo é mesmo impedido de se reabilitar.

(Participante 1) – “A esposa é a cuidadora. Tem uma atitude super-protectora não querendo que o individuo faça nada sozinho – “trata-me como se eu fosse um vidrinho de cheiro!”;

(Participante 1) – “A minha mulher é muito possessiva... Tem uma forma de cuidar muito possessiva... Eu próprio às vezes tenho dificuldades em... Ela abafa-me com os cuidados... Está sempre a ver se está tudo bem...”.

Um outro conceito que emergiu relaciona-se com a necessidade que alguns cuidadores têm, em ser reconhecidos pela sua actuação perante o outro, desenvolvendo nos participantes sentimentos negativos (ver o ponto 3.2.2.1.2.2.1) que prejudicam o autocuidado.

(Nota de Campo 1) – “A esposa ao longo da entrevista diz que não é ele mas sim ela que põe a cadeira na varanda. Entra na sala e diz – “Vou com a escada fazer o teu serviço... Queres a escada... Queres ser tu a fazer o serviço!?” – Este episódio perturba o indivíduo que expressa alguma revolta”.

Para além disso, o *stress* contínuo a que estão a ser sujeitos, fazem com que alguns dos cuidadores desenvolvam grande instabilidade emocional.

(Participante 1) – “Esta semana explodiu uma lâmpada e eu não pude fazer nada... A minha mulher ficou em pânico e eu só pude lhe dizer aonde estavam e como se faziam as coisas...”;

(Prestador de Cuidados 4) – “Passamos uma noite desgraçada... Para ir à casa de banho demora para aí meia hora... Estava a ver que caíamos... Sem dormir, nem um nem outro...”;

(Participante 5) – “Porque o meu marido é escusado... Não tem temperamento para... Eu digo uma palavrinha e ele diz sempre que o estou a ofender... E às vezes estou tão caladinha, é normal...”.

É essa ambivalência que choca muitas vezes com a dos participantes no estudo, originando situações de hostilidade mútua, o que prejudica o equilíbrio emocional para enfrentar as mudanças.

(Participante 1) – “Às vezes até digo – Oh mulher, deixa-me!!! Não me chateies... Nós dormimos em quartos separados e durante a noite ela levanta-se para me ir aconchegar a roupa... Já viu! Numa carcaça como eu, aconchegar a roupa!!!”;

(Prestador de Cuidados 2) – “Ele não gosta de estar aí e é muito preguiçoso...”;

(Prestador de Cuidados 4) – “Não és velho... Não és velho! (diz a esposa zangada)”.

Para piorar, por vezes os cuidadores têm dificuldade em lidar com as emoções dos participantes, tal como é possível constatar.

(Nota de Campo 1) – A esposa entra também muitas vezes e diz irritada – “Não vais chorar... Não te admito que chores... Não quero nada de choros aqui...”;

(Nota de Campo 4) – O indivíduo começa a chorar enquanto pensa... A esposa apressa-se a reprimi-lo...

(Prestador de Cuidados 4) – “Oh homem... Não comeces...”

Por último, identificam-se mais dois conceitos que interferem com a promoção da autonomia dos indivíduos: as dificuldades de ordem física, por parte dos cuidadores;

(Prestador de Cuidados 2) – “Ele é muito pesado... Nós sozinhas não conseguimos pô-lo na cadeirão. Só passa quando o meu marido o põe ou o fisioterapeuta.”;

(Prestador de Cuidados 4) – “Esta semana tive que pedir socorro a uma vizinha porque ia levá-lo para a casa de banho, mas botou a mão ao guarda-fatos, escorregou... E ficou espalhado no chão... Eu, como é que eu podia... Não podia de maneira nenhuma levá-lo...”.

E as dificuldades relacionadas com o tempo disponível para prestar cuidados que, não raras vezes, é insuficiente para atender a todas as necessidades dos participantes.

(Prestador de Cuidados 1) – “A esposa entra a chorar e diz – “Eu não o posso deixar sozinho... Não o posso deixar nem por um segundo... Veja lá que nem posso ir fazer compras lá em baixo que ele faz logo asneira”;

(Prestador de Cuidados 2) – “Nós não podemos estar cá sempre...”

Paralelamente às situações, já abordadas, de superprotecção, emergiu outra categoria conceptual relacionada com a **relação de dependência** que se estabelece entre os participantes e o prestador de cuidados. Por vezes, os indivíduos deixam de fazer, por si, aquilo que já poderiam executar, devido à disponibilidade e presença permanente do prestador

de cuidados. Esta situação de apoio deve ser evitada, pois dificulta a mudança projectada no sentido da autonomia face ao autocuidado.

(Participante 2) – “Eu assim não consigo... Elas estão cá e empurram...

(Enf-Inv) – Mas o ideal é que seja o Sr. a fazê-lo... Tudo o que conseguir fazer sem ajuda...”;

(Prestador de Cuidados 4) – “Até para as refeições... Sou eu que lhe tenho que dar de comer... Ou eu ou o meu filho que esteja aí à noite...”.

3.2.1.3.1.4 – Conhecimento dos cuidadores

O conhecimento é algo que deve ser transversal a todos os intervenientes do processo de reconstrução da autonomia face ao autocuidado.

Nas entrevistas realizadas, constata-se que os cuidadores que estão informados sobre determinados aspectos da saúde conseguem lidar melhor com os problemas, descentrando a sua atenção dos mesmos e concentrando-a naqueles em que têm menos conhecimentos.

(Enf-Inv) – “Mas sabe que ele não pode comer bananas por causa dos tratamentos?”

(Prestador de Cuidados 4) – Sei Sr. Enfermeiro... Agora não pode comer nada disso... Só pode comer frutas enlatadas sem molho...”.

3.2.1.3.1.4.1 – Promoção da Autonomia

De acordo com os dados recolhidos, foram identificados prestadores de cuidados com défices de conhecimento prejudiciais à promoção da autonomia.

A análise revela que o problema tem início durante o internamento hospitalar onde os prestadores de cuidados aprendem a cuidar e a substituir, e não a promover a independência (ver o ponto 3.2.1.3.2.3), como se comprova nos exemplos seguintes:

(Notas de Campo 2) – O banho é dado na cama pelas filhas sem a colaboração do indivíduo [...] – “Nós aqui damos-lhe banho todos os dias tal como nos ensinaram.” – A filha disse esta afirmação esperando uma gratificação oral pelos bons cuidados prestados ao pai;

(Notas de Campo 2) – É alimentado com a ajuda de uma seringa, dada pela filha

(Prestador de Cuidados 2) – “No hospital ensinaram-me a dar-lhe com a seringa... Assim é mais fácil”.

Este factor é perceptível quando se analisam os recursos adquiridos pelo prestador de cuidados.

(Notas de Campo 2) – Dispunham também de todo um conjunto de material para banho e para prestação de cuidados de higiene, na cama, tal como tinham sido aconselhados no hospital, pelos enfermeiros [...] sem contudo ter adquirido outro tipo de materiais para promover a independência;

(Enf-Inv) – “Não têm uma aparadeira ou uma cadeira sanita?”

(Prestador de Cuidados 2) – Não sabia que era preciso mas se é, eu consigo arranjar uma cadeira dessas que era do sogro da minha irmã... Para a próxima vez já terei cá. E se for preciso mais coisas compram-se...”.

Para o enfermeiro que quer promover a autonomia, no domicílio, esta pode ser uma barreira importante que terá de enfrentar (ver o ponto 3.2.3.1.3), uma vez que, caso não haja uma preparação prévia para a importância da promoção do autocuidado, e um reconhecimento dessa importância por parte dos interessados, a reconstrução da autonomia será mais difícil. Substituir e ser substituído é muitas das vezes mais fácil e menos moroso que promover a acção e agir contra os défices.

(Prestador de Cuidados 2) – “Ele assim vai-se lavando... Mas demora muito tempo...”;

(Prestador de Cuidados 4) – “Para ir à casa de banho demora para aí meia hora...”.

3.2.1.3.1.4.2 – Regime Alimentar

A análise revela que quando o prestador de cuidados apresenta défices de conhecimento relacionado com o regime alimentar, isso pode ser um entrave a uma vivência saudável das transições.

É o que acontece com o Participante 1, onde toda a alimentação passou a ser preparada em função da doença do indivíduo, transformando-se o momento social das refeições num interminável pesadelo, com repercussões a nível emocional.

(Participante 1) – “A comida é que é muito má... Já estou cansado de comer sempre a mesma coisa... E a mulher quer que todos comam daquilo sem sal... Assim não pode ser...”.

No caso do Participante 2, a situação é ainda pior, pois o próprio, para além de ter sido obrigado a conformar-se com um novo tipo de alimentação, viu-se privado de fazer as refeições com a restante família, tornando-se ainda mais difícil a progressão para a autonomia.

(Nota de Campo 2) – Após estar, adequadamente, sentado à mesa, foi incentivado a pegar nos talheres e a comer sozinho a fruta que estava no prato. De imediato, e sem qualquer dificuldade, ingeriu a fruta sozinho.

(Prestador de Cuidados) – Ah, ele come!!! Vê pai... Afinal o Sr. pode comer à mesa e não tem que ser sopas...

3.2.1.3.1.4.3 – Regime Medicamentoso

Verifica-se que após um evento gerador de dependência o regime medicamentoso geralmente fica ao encargo dos prestadores de cuidados.

Estes, no seu novo papel, têm habitualmente dúvidas relativamente à sua aplicabilidade que, quando não esclarecidas, poderão levar a erros de medicação.

(Participante 1) – “Estou a tomar muitos medicamentos... Explique aí à minha esposa para que são esses medicamentos todos que é para ela saber... É ela que os guarda no armário...”;

(Prestador de Cuidados 4) – “Ainda ontem veio da hemodiálise e tinha que tomar um comprimido grande e antes de adormecer disse-lhe para tomar [...] E ele disse – “Não tomo” – “Não tomas porquê?” – “Porque já tomei no hospital.” – “Mas ele está aqui na caixinha como é que tomaste lá?” – “Eles deram-me lá...” – A minha nora veio, pegou no telemóvel, ligou para lá, e ele não tinha tomado... Disse ela – “Oh sogra, eu mato-a...” – E eu depois é que pago... Ele é que não quis...”.

3.2.1.3.1.4.4 – Procedimentos Técnicos

No estudo, é possível inferir que a falta de competências (do prestador de cuidados) para desenvolver técnicas que ajudem a lidar com a dependência, é um factor que dificulta o processo de promoção da autonomia.

(Prestador de Cuidados 2) – “nós sozinhas não conseguimos pô-lo na cadeirão.”

3.2.1.3.2 – Recursos Comunitários

No quadro 11 podemos observar a codificação efectuada até ao apuramento da categoria conceptual **Recursos Comunitários**.

Quadro 11 - Matriz síntese: Recursos Comunitários

P	C	CODIFICAÇÃO ABERTA	CODIFICAÇÃO AXIAL		
		Categorias Substantivas	Categoria Conceptual e suas subcategorias		
P1	139	Usar a cadeira	Dispositivos de Ajuda	Apoio Instrumental	Recursos Comunitários
P2	110	A cadeira e o cadeirão			
P3	69	Preciso de canadianas			
P4	78	Com o colchão já durmo			
P5	75	A cadeira é óptima			
P5	76	Agora veio um cadeirão			
P5	77	A cama é articulada			
P5	78	Colchão úlcera de pressão			
P5	79	Concentrador de oxigénio			
P1	46	A cadeira de rodas	Falta de Apoio instrumental		
P2	35	Falta de recursos materiais			
P4	63	O colchão é de molas			
P5	64	Não tenho andarilho	Centro de Saúde	Unidades de Saúde Locais	
P3	21	Centro de Saúde perto			
P1	47	Consulta pelo telefone			
P1	49	Ir ao Centro de Saúde	Falta de apoio das Unidades de saúde locais		
P2	32	Vieram medir a tensão			
P3	22	Aviso médico			
P4	73	Fui à urgência	Importância dos Recursos Hospitalares		
P4	74	A lista do enfermeiro			
P4	75	Tirou-lhe as dores			
P2	33	Idade avançada			
P4	54	As enfermeiras do hospital	Recursos hospitalares inadequados	Recursos Hospitalares	
P4	56	Disse ao médico			
P4	71	E nada mais			
P5	53	Um dá uma opinião, outro dá outra			
P5	59	Iludida que eram chás			
P5	62	Estava para lá pendurada			
P1	48	Não sou pessoa para usar fraldas	Preparação do regresso a casa		
P2	34	Aprendemos no hospital			
P4	57	Ralharam comigo			
P3	19	Alguém para me ajudar	Serviços de saúde de apoio inadequados	Serviços de Apoio à Saúde	
P4	52	Lavam tudo que é mais rápido			
P4	58	Dão-me tarefa até à hemodiálise			
P4	59	Enjoo na ambulância			
P5	60	A farmacêutica			
P5	61	O enfermeiro prometeu que vinha			
P5	65	Fazem-me tudo			
P1	64	A fisioterapia			
P2	46	A fisioterapia	Serviços de Saúde de Apoio		
P5	73	O monge ajudou			
P5	74	O fisioterapeuta			
P5	80	Sentir uma companhia			
P5	81	A empregada ajuda			

3.2.1.3.2.1 – Apoio Instrumental

A análise dos dados permite inferir uma relação directa entre a utilização de **dispositivos de ajuda** para a promoção da autonomia ou para diminuir as limitações provocadas pelos défices e os ganhos em autonomia face ao autocuidado.

(Participante 1) – “Utilizo o urinol quando estou na cama, mas de resto faço questão de ir ao wc...”;

(Enf-Inv 2) – “A partir de hoje vai deixar de fazer na fralda e vai passar a fazer na cadeira, todos os dias antes do banho”;

(Participante 3) – “Estou melhor... Só que preciso das canadianas para tudo e para nada...”;

(Prestador de Cuidados 4) – “Ela quis que o trouxessem à mesa que ela fez anos e trouxe a mãe e a avó, e ele lá foi na cadeirinha de rodas só para cantar parabéns a você”;

(Participante 5) – “Agora já tento colaborar pois já me esfrego e essas coisas todas, mas sentada na cadeira. Por acaso é ótima, aquela cadeira, porque roda e facilita.”.

É de realçar que a amostra revelou que aqueles que tinham mais recursos financeiros, usufruíram também de uma maior variedade de dispositivos.

No entanto, o estudo evidenciou, também, problemas relacionados com o **apoio instrumental**.

A colocação de dispositivos de ajuda em casa dos participantes sem a devida supervisão de um técnico de saúde poderá ser prejudicial, pois há o risco do material fornecido não estar indicado ou não estar em condições de ser utilizado pelos indivíduos, atrasando dessa forma a sua recuperação.

(Notas de Campo 1) – “Ele já consegue levantar-se sozinho quando está na cadeira de rodas mas, tem uma cadeira de rodas, fornecida pela assistência social, que não tem travões, o que o impede de levantar sem ter alguém a segurar”;

(Participante 1) – “A cadeira é um problema. Olhe para a cadeira que me deram... Não tem travões e os pneus estão vazios... Assim nem eu me consigo levantar, porque a cadeira foge, nem a minha mulher consegue empurrar a cadeira, que fica muito pesada.”;

(Participante 5) – “Mas aquela cama é horrível... É horrível... Cada vez que penso ir para aquela cama... Porque se levanto, cria ali uma cova... Tenho de dormir encostada à almofada... Nem pensar em dormir para baixo... Deus me livre... Nem conseguia...”

(Enf-Inv) – Não se dá bem então com a cama articulada?

(Participante 5) – Não... Não me dou bem porque é muito fofa... Quer dizer cria aquelas covas...”.

Da mesma forma, a ausência de instrumentos adaptativos demonstrou ser um obstáculo para a recuperação da autonomia.

(Notas de Campo 2) – Não faz uso da cadeira de rodas (ainda não possui nenhuma);

(Enf-Inv) – “Tem algum andarilho cá em casa?”

(Participante 5) – Não mas já me falaram disso... Mas não tenho...”.

Por último, a presença de dispositivos de ajuda em casa, sem que os participantes os estivessem a utilizar ou a necessitar, é um desperdício de recursos e um não investimento ao nível do potencial de autonomia dos indivíduos.

(Enf-Inv) – “E a cadeira de rodas que está ali... Porque não vai sentado nela?”

(Prestador de Cuidados 4) – A cadeira de rodas é para os bombeiros o levarem daqui para baixo...”;

(Enf-Inv) – “Tem feito oxigénio? (Tinha um concentrador de oxigénio montado no corredor da casa).

(Participante 5) – Ora bem, até aqui eu não fiz, porque a sensação que eu tinha era que o gás era tóxico, e não me saía aquilo da ideia...”.

3.2.1.3.2.2 – Recursos hospitalares

A possibilidade de recorrerem ao hospital em caso de necessidade e de prosseguirem lá com os tratamentos foi considerada factor positivo por alguns dos participantes, uma vez que o tratamento médico era mais dirigido às suas necessidades, facilitando o processo de reabilitação.

(Participante 1) – “Estou a fazer a fisioterapia no hospital cinco dias por semana... Espero que nunca me mandem para uma clínica...”;

(Participante 4) – “E ele agora vai... Sei lá o que lhe fizeram na hemodiálise que lhe deram um comprimido que lhe tirou mais as dores, que bastava a gente mexer nele que Deus me livre...”.

No entanto, a dificuldade de comunicação que por vezes existiu entre profissionais da saúde e participantes foi geradora de situações de *stress* (ver os pontos 3.2.2.1.1.3.2 e 3.2.2.1.2.2.10) que influenciaram a vivência das transições e limitaram ou atrasaram o acesso a uma maior autonomia.

(Enf-Inv) – “Sr. M... Porque é que isso o marcou tanto?”

(Participante 4) – Não sei! (disse-o de uma forma convicta e decidida) Só sei que... Eles mandaram-me assim embora o que quer dizer que eu praticamente estava arrumado...”.

Relativamente ao atendimento por parte dos profissionais de saúde no período de internamento, emergiram conceitos antagónicos. Umas vezes a sua actuação foi considerada como preponderante para preparar o regresso a casa.

(Participante 3) – “Ensinares, ensinaram... A enfermeira... Primeiro andei com o andarilho, depois tive uns percalços mas ela estava presente e ajudou-me... O percalço foi um desmaio, porque foi a primeira vez... Mas tinha a enfermeira ao meu lado, portanto a assistência de enfermagem foi fantástica...”.

Noutras, emergiu a supremacia do atendimento centrado nos processos corporais, em detrimento do apoio socio-psicológico. Esta situação veio a revelar-se prejudicial para a evolução emocional (ver os pontos 3.2.2.1.2.2.8 e 3.2.2.1.2.3.1) dos indivíduos, no domicílio.

(Participante 5) – “Porque eu compreendo... Têm dificuldades... Não têm tempo, têm de

despachar aquilo tudo, não é, e a gente... Devem haver muitos mais apoios para a gente que precisa... Olhe, é assim...”.

Outro factor que emergiu do relacionamento entre os participantes e os técnicos de saúde revelou que quando estes são contraditórios, ou dizem coisas diferentes, podem provocar dúvidas nos indivíduos que os levam por vezes a optar, sem critérios científicos, pela pior hipótese ou, em último caso, retêm a sua atenção para o problema, desviando-a do processo adaptativo.

(Participante 5) – “Ora bem, a médica lá mandou-me por betadine na perna... O meu filho (médico) ontem disse que não era da opinião de pôr betadine porque tinha não sei o quê... Fico tão baralhada... É que eu uso muito betadine... E ele disse – “Bem... Eu sou da opinião que não se deve pôr betadine, porque o betadine tem outras não sei o quê [...] Ela disse para pôr betadine só depois do banho e para não pôr creme, senão a pele fica mais macia e estas senhoras aqui também disseram que não costumam por betadine...”.

3.2.1.3.2.3 – Preparação do regresso a casa

Outro conceito emergente considerado de grande importância para o estudo relaciona-se com o fraco investimento na promoção da autonomia dos participantes, durante o internamento, o que se veio a demonstrar prejudicial ao processo adaptativo dos indivíduos, após o regresso a casa.

(Participante 1) – “Houve um enfermeiro no hospital que se chateou comigo porque queria dar-me um laxante e eu disse-lhe que não queria tomar porque tinha feito no dia anterior diarreia, se tomasse o laxante, teria de usar fralda e eu não quero fralda para nada.”;

(Participante 4) – “Eu vinha sozinho, agarrado àquele apoio que tem na parede... Eu fui à casa de banho... Eles viram e uma enfermeira começou a ralhar comigo, que eu que não podia andar sozinho...”.

A actuação dos profissionais, preparando o prestador de cuidados para lidar com a dependência dos participantes e não para promover a independência, veio a revelar-se castradora para a evolução, dificultando a reconstrução da autonomia.

(Prestador de Cuidados 2) – “As enfermeiras ensinaram-nos a dar-lhe o banho na cama...”;

(Notas de Campo 2) – É alimentado com a ajuda de uma seringa, dada pela filha.

(Prestador de Cuidados 2) – “No hospital ensinaram-me a dar-lhe com a seringa... Assim é mais fácil”.

3.2.1.3.2.4 – Unidades de Saúde Locais

Ao longo das 23 entrevistas apenas um dos participantes atribuiu alguma importância à colaboração dada pelo Centro de Saúde, referindo-o como facilitador do processo adaptativo. Esta situação vai de encontro às crenças sobre os cuidados de saúde que abordaremos à frente (ver o ponto 3.2.2.1.1.1 – Descrença nos Cuidados de Saúde Comunitários).

(Enf-Inv) – “Porque não administra a Sra. a injeção (heparina de baixo peso molecular, via subcutânea)? Quer aprender?”

(Participante 3) – Não preciso... Tenho o Centro de Saúde perto... Eu não gosto de injeções... E a enfermeira sempre sabe o que está a fazer...”.

Nas situações em que existiram contactos, constatou-se que os cuidados prestados não foram dirigidos às necessidades adaptativas dos indivíduos, limitando-se quase sempre a actividades de vigilância de rotina que, já se realizavam antes do evento gerador de dependência.

(Participante 1) – “A médica ligou cá para casa para saber como eu estava... Ela quer que eu controle as minhas tensões. Mas para ir ao Centro de saúde eu preciso que me dêem transporte”;

(Enf-Inv) – “Que apoio tem tido do Centro de Saúde?”

(participante 2) – Já veio cá a doutora mais a enfermeira. Mediram a tensão estava tudo bom... Mas agora não têm vindo... Eu estou a tomar uns remédios que ela me dá... Nem sempre os tomo (falava de um laxante e um expectorante)”.

Foi possível verificar também que os profissionais dessas unidades não estavam sensíveis às novas necessidades dos participantes, inclusivamente no que diz respeito ao agendamento de consultas, tornando-se, por isso, numa fonte geradora de *stress*.

(Notas de Campo 1) – A esposa interrompe e diz indignada – “Eu não posso ir ao Centro de Saúde para as vagas... Não posso ir para lá uma manhã para a sala de espera e deixar o meu marido sozinho em casa...”;

(Participante 1) – “À noite tomo muita medicação e fico muito chumbado... Depois de tomar a medicação só quero estar quieto, sem falar para ninguém... Tenho que falar com a médica pois acho que estou a tomar muita medicação... Vou ter consulta com ela daqui a duas semanas”.

3.2.1.3.2.5 – Serviços de Apoio à Saúde

A análise revela que existem serviços de apoio à saúde disponíveis na comunidade que podem ser úteis para facilitar a vivência das transições.

A existência de técnicos de saúde que exercem a sua profissão em regime liberal, na comunidade, permite que os indivíduos com possibilidades financeiras tenham acesso a cuidados de saúde direccionados para a reabilitação funcional, repercutindo-se posteriormente na evolução ao nível da autonomia.

(Participante 2) – “Agora já ando de canadianas e o terapeuta quer que eu ande também sem canadianas. Eu digo-lhe... Não pode ser com uma e tal... Mas ele não quer... Quer que eu ande sozinho sem as canadianas...”;

(Participante 5) – “Ele só me dava assim um dedo, mas esse dedo para mim... Depois ele queria que eu imaginasse que estava um fogo e a situação era, escorregar para o chão e ir de gatas...”.

O acompanhamento de carácter religioso emerge, também, como um bom recurso para o desenvolvimento de estratégias de *coping* para lidar com as transições.

(Participante 5) – “E então eu falei também com aquele monge, ele até veio aqui a casa e disse que não fazia mal eu pensar, que é diferente, pronto... Ele dizia que estava tudo bem, que na vida, concerteza procurei fazer o melhor, para não me preocupar”.

Foi ainda possível inferir que, a presença de pessoas que prestam serviços de acompanhamento, em determinadas circunstâncias, podem ser um apoio importante para ajudar os indivíduos a ultrapassar as fases mais difíceis, ou para ajudar em casa, libertando os participantes ou o prestador de cuidados dessa preocupação.

(Participante 5) – “Ontem, até fui ao chuveiro com a acompanhante, acabamos por tratar de assuntos de religião, e pronto, passei o tempo.”;

(Participante 5) – “A empregada está cá até às 14, porque é ela que limpa, cozinha, come alguma coisa e depois vai para casa do meu filho...”.

Verifica-se, no entanto, que os cuidadores contratados não investem na promoção da autonomia, limitando-se a substituir os indivíduos no autocuidado.

(Enf-Inv) – “Lavar-se já me disse que eram as senhoras da Cruz Vermelha porque tem dores e não se consegue baixar para lavar a parte inferior do corpo... Mas a parte superior... É o Sr. que lava? Consegue lavar?”

(Participante 4) – Consigo... Mas como estão cá as senhoras lavam tudo que é mais rápido...”;

(Enf-Inv) – “E lavar a cara, o nariz, os ouvidos... Consegue fazer sozinha?”

(Participante 5) – Sim, o que é eu não tenho feito porque elas vêm-me tão frágil que fazem tudo”.

Para além disso, constata-se que nem sempre prestam serviços de qualidade, provocando, muitas das vezes, mal-estar nos indivíduos que, por não terem outras alternativas, se submetem a eles.

(Participante 4) – “Eu acho que é preferível estar em casa mas se o Sr. experimentasse estar exposto na ambulância, uma pessoa quase que salta fora da maca e eu até digo ao motorista que vá mais devagar a ver se enjoa menos um bocadito... Tem as suspensões estragadas...”;

(Participante 5) – “E depois temos, conforme nos aturam a nós, de aturar temperamentos que não nos entendem... Esta Sra. de hoje não, mas às vezes tem cada uma... O que vale é que estão cá pouco tempo...”.

Conclui-se assim que, por vezes, a presença de serviços de apoio à saúde sem qualidade, dificultam ainda mais a adaptação à nova realidade.

(Participante 5) – “Elas chegavam, entravam, falavam... Era horrível... Porque a empresa em termos de gente, tem pouca gente... Os bons já estão ocupados... E depois só ficam assim...”.

3.2.1.4 – Tradição

No quadro 12 podemos observar a codificação efectuada até ao apuramento da categoria conceptual **Tradição**.

Quadro 12 - Matriz Síntese: Tradição

P	C	CODIFICAÇÃO ABERTA	CODIFICAÇÃO AXIAL		
		Categorias Substantivas	Categoria Conceptual e suas subcategorias		
P2	42	É tradição de família	Tomar conta dos pais	Tradição Familiar	TRADIÇÃO: Crença com as características específicas: Costumes, regras, rituais, símbolos e mitos transmitidos oralmente ou pela prática e que funcionam como meio de unidade através das gerações e da história (ICN, 2005:80).
P5	52	Terror da factura	Deixar para os Filhos		
P2	41	O pai tem que se habituar	Experiência de doença na família		

3.2.1.4.1 – Tradição familiar

Os costumes familiares transmitidos de geração em geração têm também influência no processo de reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência.

3.2.1.4.1.1 – Tomar conta dos pais versus deixar para os filhos

Os dados revelam que um dos participantes, apesar de todos os défices evidenciados, foi tratado no seu domicílio e não num lar, devido a uma tradição familiar que ditava que o filho mais velho deveria sempre **tomar conta dos pais**.

(Prestador de Cuidados 2) – “Eu sou a filha mais velha... É de tradição que a filha mais velha fica com a casa e tem de cuidar dos pais... É isso que eu tenho de fazer agora... Não é pai?”.

Proot et al (2002) dizem-nos que manutenção de um indivíduo junto da família durante o período de transição para uma maior autonomia poderá ser vantajosa, pois esta conhece-o melhor do que qualquer técnico, podendo por isso reconhecer rapidamente o que ele quer, favorecendo a sua autonomia.

Emerge aqui, a categoria **Tradição Familiar** como facilitadora para a reconstrução da autonomia face ao autocuidado.

(Prestador de Cuidados 2) – “Sr. Enfermeiro... Ele agora está com uma ideia na cabeça... Diz que quer ir para um Lar... Que lá é que vão tratar bem dele... Acha que ele iria ser melhor tratado num lar?

(Enf-Inv) – Porque acha isso Sr. S?

(Participante 2) – Eu não acho nada... Na maré estou bem assim...”.

No entanto, foi possível identificar uma outra tradição familiar que comumente observamos na nossa sociedade: a gestão parental das economias para **deixar** como herança **para os filhos**.

Este factor, transformou-se numa preocupação que dificultava a vivência das transições, dado o avultar da despesa que o tratamento implicou.

(Participante 5) – “O meu marido nem faz a pequena ideia... Ele sabe, mas depois dá os alugueres a pessoas diferentes, isso para mim isso é aterrorizante... Agora procurei afastar-me e dizer assim –“Deixa as consumições nos outros e pensa em ti. Bom, se tiveres de mexer em alguma coisinha que tens lá, paciência”. Pronto, gostaria de poder dá-lo, não é, mas... Pronto, é isso que me tem aterrorizado...”;

(Participante 5) – “É um bocado complicado... Até o saber que estou a fazer uma injustiça medonha, isso me incomoda, não é. A minha filha então diz – “Oh mãe deixe lá, pronto...” Mas eu pronto... Até isso me incomoda... Tentei sempre pensar nos filhos e lutar pelos filhos e agora faz-me impressão entregar tanto dinheiro, não é...”.

3.2.1.4.2 – Experiência de doença na família

Segundo Martins (2002:146), “*a vivência de uma crise é, pois, influenciada pelos recursos que a família tem e pela forma optimista e positiva como a crise é encarada, aspecto para o qual muito contribui a experiência da família na vivência de problemas semelhantes no passado*”.

No nosso estudo, constatou-se que a existência de uma história de doença familiar prolongada fatal, prévia, não se revelou benéfica para a vivência da transição, uma vez que, para o prestador de cuidados, o regresso do participante a casa não era mais do que uma etapa temporária até que a morte acontecesse, não havendo por isso lugar para grandes expectativas, nem para incentivos à autonomia.

(Notas de Campo 2) – A filha não está muito crente que o pai algum dia o vá conseguir;

(Prestador de Cuidados 2) – “O sogro da minha irmã também teve um problema assim e ficou numa cadeira de rodas até morrer...”.

3.2.2 – Factores Intrínsecos ao Sujeito

O enunciado descritivo dos Padrões de Qualidade de Enfermagem refere que:

(...) a pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a auto-determinar-se (OE, 2001:6).

3.2.2.1 – O *Status* Psicológico

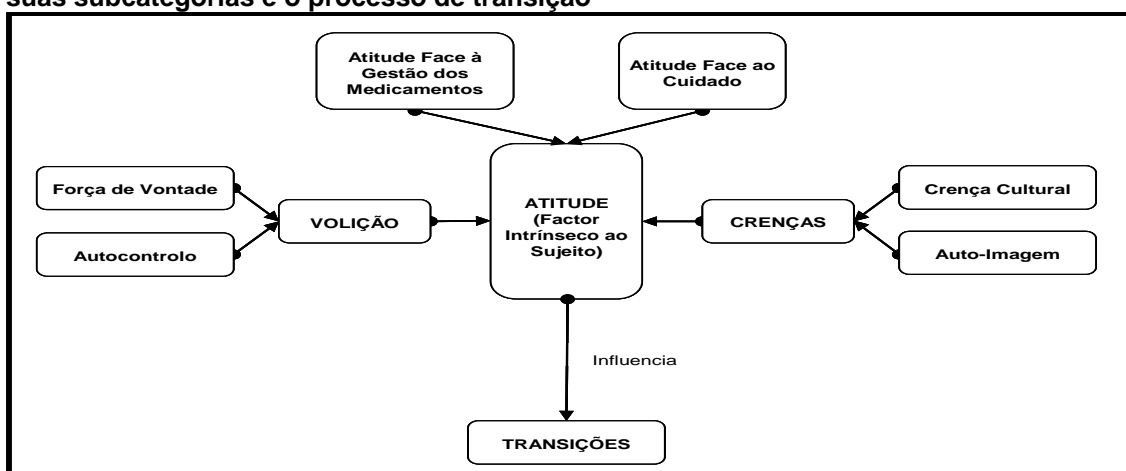
O ICN (2005:91) define *status* como a “*condição da pessoa relativamente a outras*”. O *status* psicológico traduz a avaliação subjectiva que os indivíduos fazem das suas vidas, num determinado momento e ao longo da vida, não significando propriamente saúde psicológica, mas reflectindo um aspecto de bem-estar necessário (Albuquerque & Tráccoli, 2004), tendo em consideração factores como: atitudes; cognição; emoção e memória.

3.2.2.1.1 – Atitude

As atitudes são vistas como “*modelos mentais, orientações e opiniões aceites*” (ICN, 2005:77) que motivam a acção auto-iniciada. A sua compreensão é por isso fundamental, para interpretar o comportamento dos participantes.

A análise dos dados permitiu identificar vários tipos de atitudes, representadas na figura 14.

Figura 14 - Representação esquemática das relações existentes entre as Atitudes, as suas subcategorias e o processo de transição



3.2.2.1.1.1 – Crenças

Esta categoria abarca todo um conjunto de “*opiniões, convicções e fé*” (ICN, 2005:78), dos participantes, que influenciam o processo de transição. As crenças, segundo o ICN (2005) podem ser subdivididas em variadíssimas categorias com diferentes propriedades mas, no presente estudo, emergiram apenas duas: Crença cultural e Auto-Imagem.

3.2.2.1.1.1.1 – Crença Cultural

Com base nos dados recolhidos, e após um processo de codificação (ver o quadro 13) emergiu a categoria **Crença Cultural**.

Quadro 13 - Matriz síntese da categoria Crença Cultural

P	C	CODIFICAÇÃO ABERTA	CODIFICAÇÃO AXIAL	
		Categorias Substantivas	Categoria Conceptual e suas subcategorias	
P1	30	A dívida ao banco	Sustento da Casa	CRENÇA CULTURAL: convicção e disposição da pessoa para manter ou abandonar acções tendo em conta os valores da sua própria cultura” (ICN, 2005:78).
P1	31	O que ganho não chega		
P3	13	Não carece de enfermeiros	Descrença nos Cuidados de Saúde Comunitários	
P3	14	Contacto com o Centro de Saúde		
P5	63	Não me lembrei do centro de saúde	Medicina Popular	
P5	43	Na aldeia faziam isso		
P5	44	Está convencida que os chás		
P3	16	Tenho de estar quieta	Autonomia Adiada	

Sustento da casa

Esta categoria emergiu no único participante que ainda mantinha um papel activo no sustento financeiro da família e que se assumia, no sistema familiar, como o “**sustento da casa**”, que liderava e trabalhava para assegurar o equilíbrio do grupo.

(Participante 1) – “Tenho esta casa para pagar... Tenho esta dívida e a minha reforma não chega...”.

A perda de todos estes papéis e o rompimento com a crença cultural de que é o homem que tem de sustentar a família, e nunca ser ele a estar dependente dos outros, originaram respostas emocionais negativas que dificultaram o processo adaptativo.

(Notas de Campo 1) – “Agora está tudo nas mãos da minha filha... Eles é que sabem o que querem fazer com o apartamento... Eu assino tudo o que for necessário. Eu não posso manter o apartamento... Se eles quiserem vender são eles que decidem”.

Por outro lado, a existência desta forte convicção aliada a um *locus* de controlo interno (ver o ponto 3.2.2.2.1.1) assumiram-se como impulsionadores do processo de recuperação da autonomia face ao autocuidado.

Descrença nos Cuidados de Saúde Comunitários

A análise dos dados revela a crença de que as Unidades de Saúde Comunitárias pouco ou nada têm para oferecer a indivíduos com défices no autocuidado, uma vez que estas estão culturalmente conotadas à prevenção e tratamento de doenças e não à promoção da autonomia.

(Participante 3) – “Neste momento se não tivesse marido, ou se ele tivesse fora, teria de ter alguém, mas um enfermeiro não... Ou talvez para me dar a injeção...”;

(Enf-Inv) – “E tem mantido o contacto com o médico de família?”

(Participante 3) – Não... Não... Mais ninguém viu nada...

(Enf-Inv) – O enfermeiro do Centro de Saúde alguma vez falou consigo sobre o seu problema?

(Participante 3) – Não... Eu só lá vou para tomar a injeção...”.

Esta crença cultural dificulta o acesso a um meio de saúde que poderia ser útil ao processo de transição, sendo que, por opção, um dos participantes nem sequer se encontrava vinculado a uma Unidade de Saúde Comunitária.

(Enf-Inv) – “Ao longo deste tempo, para além do apoio dos seus filhos, alguma vez recorreu ao apoio do Centro de Saúde da sua área?”

(Participante 5) – Não... Tivemos aí médico de família mas depois acabamos por não precisar. Não, nem lembrei mais do Centro de Saúde...”

Medicina Popular

Outra categoria conceptual que emergiu da análise dos dados foi a vinculação à **medicina popular** e aos velhos costumes tradicionais para a cura de doenças.

(Participante 5) – “Ela receitou três... E depois disse - “E então está convencida que os chás... Então vamos lhe receitar chás...”;

(Participante 5) – “Agora estava a pensar... Eu vou pôr, fazer uma infusão de malvas... Na aldeia faziam isso...”.

Este factor torna-se particularmente prejudicial ao processo adaptativo, pois fornece ao indivíduo alternativas ao regime terapêutico prescrito que, como abordaremos mais adiante, é frequentemente posto em causa.

(Participante 5) – “e comprei o chá de valeriana e vou hoje fazê-lo à noite que eu não estou para me sobrecarregar...”.

Autonomia adiada

Esta categoria emergente, advém de uma crença generalizada da população de que, após um evento gerador de dependência, um indivíduo não deve retomar as suas actividades de vida diárias, ainda que isso não implique esforço acrescido, necessitando por isso de um período de quase repouso absoluto, o que vai atrasar o processo de reconstrução da autonomia.

(Participante 3) – “Neste momento não estou autónoma e não consigo nem posso fazer força...”.

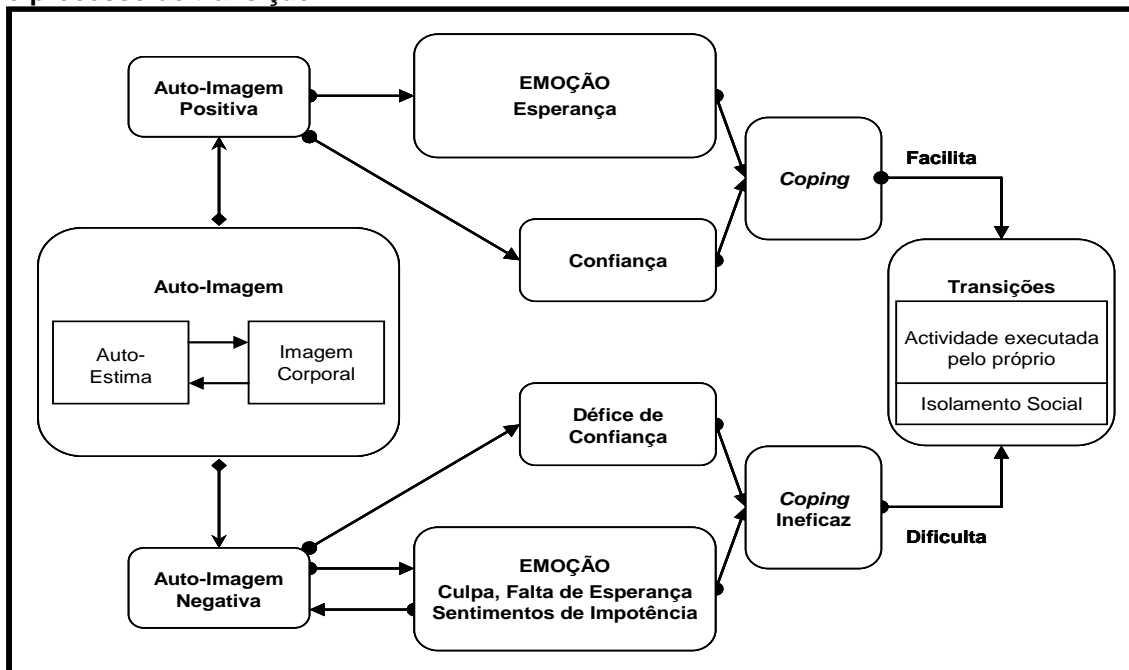
Nesta situação a família assume as tarefas do indivíduo, salvaguardando-o de qualquer actividade motora, enquanto este aguarda tranquilamente pela sua recuperação, favorecendo as relações de superprotecção e de dependência (ver o ponto 3.2.1.3.1.3).

(Participante 3) – “Agora o problema é esse... Eles não querem que eu faça... E eu não quero facilitar... É um problema mas estou ainda com pontos e essa coisa toda... Tenho de estar quieta...”.

3.2.2.1.1.1.2– Auto-Imagem

Esta subcategoria conceptual emerge do conjunto de crenças que interferem com a vivência das transições e congrega em si a auto-estima e a imagem corporal, dois conceitos que se revelam importantes para trabalhar o restabelecimento das redes sociais e a reconstrução da autonomia face ao autocuidado (ver a figura 15). O ICN (2005:79) define-a como uma “*crença com as características específicas: modelo, percepções ou convicções acerca da sua pessoa*”.

Figura 15 - Representação esquemática das relações existentes entre a Auto-Imagem e o processo de transição



Auto-estima

A auto-estima é definida pelo ICN (2005:80) como:

Opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de auto-aceitação e de auto-limitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva.

Nos dados, é perceptível a sua importância como facilitadora da reconstrução da autonomia face ao autocuidado, uma vez que os participantes se sentem mais confiantes nas suas capacidades (ver o ponto 3.2.2.2) para enfrentar os problemas (desenvolvendo estratégias para os resolver), e mais confiantes no futuro (ver o ponto 3.2.2.1.2.1 – categoria conceptual Esperança), ultrapassando sentimentos negativos que dificultam as transições. São talvez estes os motivos que levam a que por vezes desenvolvam estratégia para manter esta atitude (ver o ponto 3.2.4.1.2). Segundo Balsmeyer (1984:175), “o enfermeiro deverá contribuir para o aumento da auto-estima do cliente, pois tal associa-se directamente com o desempenho”.

(Participante 1) – “Quando fiquei assim disse ao meu compadre que queria sair da direcção do condomínio, mas ele disse que eu era fundamental e que se eu saísse não haveria condomínio... Isso fez-me ver o quanto era preciso. Agora já posso resolver alguns problemas, o que é bom para mim...”;

(Notas de Campo 2) – O Sr. S encontrava-se já arranjado, sentado no cadeirão, a observar o que se passava no átrio da entrada da casa. Estava aparentemente bem disposto ostentando um sorriso que demonstrava orgulho por já se encontrar melhor e por poder demonstrar os

progressos que teve desde a última entrevista.

(Enf-Inv) – “Como se sente Sr. S?”

(Participante 2) – “Cá vou indo... Nunca pior...”.

Simultaneamente, os dados revelam que, ao longo de uma transição, os participantes experimentam, igualmente, situações de auto-estima diminuída, principalmente associadas à dependência funcional e à perda do papel desempenhado no interior da família.

(Participante 1) – “Eu agora sou como uma criança... Tratam-me como uma criança... Para tudo querem ser eles a fazer, a substituir-me, não posso fazer nada sozinho. Eu sei que eles se preocupam mas, só quando eles saem de casa, quando a minha mulher vai às compras, é que eu sinto que posso fazer as coisas sozinho”;

(Notas de Campo 1) – Refere que se sentiu muito mal quando esteve com o neto pela primeira vez. Sentiu que aos olhos do neto se tinha tornado num inútil;

(Participante 4) – “Nunca pensei que fosse chegar a um ponto em que fosse preciso virar-me...”.

Verifica-se também que essa diminuição influencia e é influenciada por várias emoções negativas, como é o caso da culpa (quando os indivíduos se sentem um fardo para o seus cuidadores – ver o ponto 3.2.2.1.2.3 – categoria conceptual culpa) ou dos sentimentos de impotência (quando comparam a sua actividade actual com o estado funcional anterior ou sentem a perda de capacidades perante os outros – ver o ponto 3.2.2.1.2.2.1).

(Participante 1) – “Até para receber visitas cá em casa eu não sirvo... Ficam todos condicionados ao meu problema... A fala, a dieta...”.

Nestas situações, percepcionaram-se dois tipos de respostas classificadas como prejudiciais à vivência das transições: a fuga ao contacto social e o desinteresse por actividades de promoção de autonomia e valorização pessoal (secundários à falta de confiança em si e no futuro).

(Participante 1) – “Não quero ir de cadeira de rodas lá para baixo porque vêm todos ter comigo – “Coitadinho... Coitadinho... Coitadinho do Sr. F...” – Eu digo, “coitadinho não... Eu sou uma pessoa como as outras... Que tem um problema...”;

(Participante 2) – “É... Eu hoje fiz na cama...”

(Enf-Inv) – Porquê?

(Participante 2) – Não estava ninguém... Estava sozinho, não me podia levantar...

(Enf-Inv) – E não conseguia aguentar até chegar alguém que o levasse à casa de banho?”;

(Enf-Inv) – “É esse então o principal motivo por ainda não querer ver ninguém para além dos seus filhos, só quando voltar ao que era antes?”

(Participante 5) – Não será assim porque nunca mais fui o que era, não é, mas pronto, custa-me dar esse passo... Sinto-me que consigo dar mas ao mesmo tempo, não sei...”;

(Enf-Inv) – “Vamos agora para o arranjo pessoal... Pentear o cabelo?”

(Participante 5) – Pentear o cabelo... Deixei de ter... Agora é lavar a cabeça, [...] De resto, isso deixou de me interessar, não é... Eu antes pintava o cabelo, mas agora...”.

É de realçar o factor tempo, pois identifica-se uma relação directamente proporcional entre a diminuição da auto-estima e a presunção individual de dependência prolongada e definitiva por parte dos indivíduos o que leva a inferir que quanto maior for o período de tempo da transição, maior terá que ser o investimento da enfermagem a este nível (ver o ponto 3.2.3.3.2).

(Participante 2) – “Olhe, perdi tudo... Perdi tudo porque não me deixa andar na minha rotina... Antes andava por aqui e por ali... Fazia o que era preciso e andava bem... Agora, não faço nada... Perdi a liberdade de andar para onde queria... Andava de carro também... Agora não... Tinha o carro e podia ir a qualquer lado... Graças a Deus ia andando... Agora acabou...”;

(Participante 4) – “Uma pessoa tanto é (chora), uma pessoa tanto é um homem como é um lixo”.

Alteração na Imagem Corporal

Esta subcategoria emergiu associada à dependência para executar as actividades de vida diária. A análise revelou que essas limitações por vezes implicavam alterações na imagem corporal que no presente estudo é definida como: “*imagem mental que cada um tem do seu próprio corpo, de partes do seu corpo e da sua aparência física.*” (ICN, 2005:79).

(Participante 1) – “Eu acho que nunca que vou conseguir adaptar-me a este corpo”.

Constata-se que este tipo de perturbações é prejudicial à auto-estima dos indivíduos, contribuindo para aumentar o compromisso ao nível da auto-imagem e desenvolvendo emoções negativas que dificultam as transições (sentimentos de impotência, falta de esperança).

(Notas de Campo 1) – A relação com o neto afecta-o bastante. A possível alteração na imagem que o neto tem dele perturba-o bastante. Tem medo de deixar de ser o grande avô e passar a ser o avô aleijado;

(Participante 1) – “A adaptação psicológica está a ser muito má pois eu era uma pessoa muito activa e agora vejo-me neste corpo...”;

(Participante 1) – “Eu estou neste corpo... Eu tenho que chorar...”;

(Participante 5) – “Não ser o que era porque eu era uma pessoa cheia de vida... Não parecia ter a idade que tinha, era uma pessoa mesmo, não sei, tinha uma energia fantástica pronto...”.

3.2.2.1.1.2 – Atitude Face à Gestão dos Medicamentos

O ICN (2005:78) define atitude face à gestão dos medicamentos como: “opinião acerca do regime e tratamento medicamentoso.”

Ao longo do estudo, os participantes demonstraram, por diversas razões, ter comportamentos ambivalentes face à gestão farmacológica. Verificou-se que algumas atitudes facilitavam a vivência das transições enquanto outras eram prejudiciais, dando origem a várias categorias que através do método de comparação constante culminaram na categoria conceptual **Atitude Face à Gestão dos Medicamentos**.

3.2.2.1.1.2.1 – Atitude positiva face à gestão dos medicamentos

Verifica-se que os participantes que têm esta atitude, acreditam nos profissionais de saúde que os acompanham e estão habitualmente concentrados e envolvidos no seu tratamento (ver o ponto 3.2.3), desenvolvendo esforços para lidar com as transições.

(Participante 1) – “Tomo muitos medicamentos, mas tenho que os tomar... São importantes para a minha recuperação” (Confia plenamente na equipa de saúde do hospital e acredita que é com a ajuda dela que vai recuperar);

(Participante 5) – “O Lasix[®] tomo de manhã e ao lanche... Ela disse que quer que as tensões baixem e eu tenho tido as tensões baixas...”.

3.2.2.1.1.2.1 – Atitude negativa face à gestão dos medicamentos

A análise revelou que uma atitude negativa face à gestão dos medicamentos promove o afastamento entre participantes e profissionais da saúde e diminui o envolvimento destes na procura de soluções para os problemas.

Desejos de carácter individual

Um dos factores identificados como prejudiciais à gestão do regime terapêutico foi a incompatibilidade deste, com alguns dos desejos de natureza individual por parte dos participantes, o que leva, por vezes a afastarem-se do tratamento planeado

(Participante 1) – “Posso parar e não tomar a medicação na noite de Natal!? Gostava de poder beber um copo de vinho à refeição...”.

Os medicamentos fazem mal à saúde

A crença de que os fármacos (e os seus efeitos secundários) são prejudiciais à saúde impede a adesão ao regime terapêutico, aumentando o compromisso ao nível dos processos corporais que, como vimos (ver o ponto 3.1.1.2), dificulta a reconstrução da autonomia face ao autocuidado.

(Participante 3) – “Não... Não acho isso importante porque eu sou contra (ri-se)... Sou contra a medicação...”;

(Participante 5) – “Depois ao almoço estava a tomar uma Aspirina[®]... Há 2 dias que não tomei a ver se descansava um bocadinho que a Aspirina[®] também é muito forte”;

(Participante 5) – “Mas também há o outro... O Ramipril[®]... E então esse, é que só ainda tomei um... E lá diz de manhã... Mas para não estar a misturar e porque tive a sensação de que ele fazia o mesmo efeito do Lasix[®]”.

Constata-se que, algumas das tentativas para aumentar a adesão, quando não dirigidas ao cerne do problema (crença), podem aumentar o sentimento de desconfiança, contribuindo decididamente para a recusa farmacológica.

(Participante 5) – “E receitaram-me o Ramipril®... E estava renitente em tomar, porque tiraram-me os papeis... Irrita-me... Fico desorientada... Deve ter sido... Pronto não interessa...”.

A polimedicação é também um factor que contribui para esta atitude negativa, conduzindo muitas das vezes a escolhas pessoais baseadas em crenças, sem qualquer evidência científica.

(Participante 5) – “E então ela receitou-me 3 qualidades de comprimidos, à base de... [...] Mas eu como ando a tomar tanta coisa tenho feito gazeta...”;

(Participante 5) – “Andava a tomar os complementos vitamínicos, deixei de tomá-los por estar a tomar tanta medicação”.

Por último, a existência, no passado, de complicações de saúde relacionadas com a ingestão de medicamentos influencia, de igual modo e negativamente, a adesão ao regime medicamentoso.

(Participante 5) – “E portanto, todas as porcarias que eu tomei, eu já não gostava de antibióticos porque sabia que me faziam muito mal, portanto evitava tudo o que era antibióticos e medicamentos complicados, eu não os tomava”.

Auto-medicação

Observaram-se ainda comportamentos de auto-medicação, em que se verifica um paralelismo com esquemas terapêuticos prescritos para experiências de transição anteriores, ou a adopção de fármacos por aconselhamento de terceiros, quando supostamente aos olhos de um leigo, para problemas semelhantes, o tratamento deve ser igual.

(Enf-Inv) – “E o que tem feito para essa dor?”

(Participante 3) – Tenho uma pomada que aplico no joelhos... Já aplicava anteriormente e continuo a aplicar...

(Enf-Inv) – E quem lhe receitou essa pomada?

(Participante 3) – Foi o médico de família e já faço há alguns anos...

(Enf-Inv) – Não acha que agora a situação mudou e que devia ser reavaliada?

(Participante 3) – Isto já é antigo... Já estou habituada...”;

(Participante 5) – “Eu sei que é um medicamento que acabou por ninguém me receitar. Mas como eu tirei a vesícula e perguntei a um colega do meu sogro que também tirou a vesícula, o que é que ele tomava, e ele tomava o Kreon® de vez em quando... Eu depois comprei, tomava aquilo só de vez em quando se estava mais cheia e de vez em quando, se me sinto mais mal disposta...”.

Atitude passiva (desinteresse)

A análise revelou também a existência de um caso que (embora admitindo ser o prestador de cuidados quem geria a sua terapêutica), não atribuía qualquer importância ao controlo farmacológico (ausência de envolvimento – Ver o ponto 3.1.3), desconhecendo para que serviam os fármacos que tomava.

(Enf-Inv) – “E a medicação que faz, quando toma?”

(Participante 2) – Tomo à noite e de manhã... Mas ela (filha) é que sabe...”

Neste caso, a atitude perante a gestão dos medicamentos é condicionada quer pelo *Locus* de controlo Externo (ver o ponto 3.2.2.2.1.2), como pela dificuldade em gerir o *stress* emocional.

3.2.2.1.1.3 – Atitude Face ao Cuidado

Esta subcategoria reúne um conjunto de opiniões reveladas pelos participantes, acerca do tratamento e do prestador de cuidados de saúde (ICN, 2005) que, no seu conjunto, promovem comportamentos que influenciam a vivência das transições.

3.2.2.1.1.3.1 – Atitude positiva face ao cuidado

Esta subcategoria emerge dos dados de vários participantes que consideravam o tratamento proposto eficaz e útil ao processo de reconstrução da autonomia. Esta atitude positiva fortalece a confiança dos participantes face à possibilidade de recuperarem a autonomia aumentando a sua força de vontade para se envolverem no desenvolvimento de esforços, para lidarem com as transições.

(Participante 1) – “Eu vejo que com a fisioterapia eu vou conseguindo ficar melhor... Por cada tratamento que faço eu sinto que fico melhor... Por vezes não é objectivo mas, eu sinto que estou melhor...”;

(Enf-Inv) – “O que o tem ajudado mais a atingir esse objectivo?”

(Participante 2) – O Sr. Enfermeiro e o terapeuta têm-me ajudado... Eu gosto quando bulem comigo... E quando dizem coisas para me animar... “;

(Participante 5) – “Portanto eu estou a fazer um sacrifício enorme... Porque ela (médica) pediu – Olhe, acrescente isto ao café e o máximo que pode beber é meio litro”.

3.2.2.1.1.3.2 – Atitude negativa face ao cuidado

Esta atitude surge do descontentamento das pessoas face ao cuidado que lhe está a ser prestado e emerge quase sempre associada a situações de falta de comunicação entre os profissionais de saúde e os participantes/famílias.

(Participante 4) – “Mas é que pelo menos podiam-me dar uma explicação mais cuidada às pessoas que vêm embora”;

(Participante 5) – “Realmente só deve vir para esta profissão quem quiser... Porque há pessoas que estão lá sem perfil algum... Eu não quero falar mais no assunto porque eu não quero acusar ninguém, não é”.

Constata-se assim que, o conceito de satisfação - avaliação subjectiva das reacções cognitivas e emocionais das pessoas, resultante da interacção entre as expectativas que estas têm relativas ao cuidado ideal e a sua percepção sobre o cuidado prestado (Johansson, Oléni & Fridlund, 2002) - interfere com o processo de reconstrução da autonomia.

(Participante 1) – “Várias vezes eu acordei e desfiz a fralda toda durante a noite. Caí varias vezes abaixo da cama (caía bem que eu segurava-me) porque queria sair dali, queria fazer as coisas... Não sou pessoa para usar fralda”;

(Participante 5) – “E depois temos, conforme nos aturam a nós, de aturar temperamentos que não nos entendem... Esta Sra. de hoje não, mas às vezes tem cada uma... O que vale é que estão cá pouco tempo”.

3.2.2.1.1.3.3– Atitude passiva face ao cuidado

Este tipo de atitude, influenciada por emoções negativas (ver o ponto 3.2.2.1.2.2), afasta os participantes do problema e diminui a sua confiança no futuro, dificultando a acção auto-iniciada e prejudicando assim a vivência das transições.

(Enf-Inv) – “E as refeições... Come na cama?”

(Participante 2) – É ela (filha) que me dá com a seringa... Eu como sopa... Gosto muito de sopa...

(Enf-Inv) – Porque é que continua a comer com a seringa... Antes comia com a seringa?

(Participante 2) – Eu não consigo comer na cama... Assim é mais fácil (disse isto como se agora isso fosse uma tarefa que já não lhe cabia a ele fazer)...”;

(Enf-Inv) – “Faça, por favor, força nas pernas...”

(Participante 4) – Não... Sr. A, não é isso... O meu filho puxa-me para cima de uma vez...”.

3.2.2.1.1.4 – Volição

Ao longo das entrevistas, verificamos que os participantes faziam escolhas conscientes, direccionadas para o bem-estar pessoal. Algumas surgiam de uma força interior que os movia em direcção à reconstrução da autonomia no autocuidado, desenvolvendo esforços para superar os défices resultantes do evento gerador de dependência e que agrupamos no conceito **Força de Vontade**; outras, reunidas no conceito **Autocontrolo**, direccionavam-se ao controlo de factores que tinham potencial para prejudicar o autocuidado, permitindo, dessa forma, manter os indivíduos nas melhores condições possíveis para desenvolverem as suas actividades de vida diária. Surge assim, uma categoria conceptual de maior grau de abstracção (Volição) que, pelas suas semelhanças, aglutina as anteriores e que pode ser definida como uma “*atitude com as características específicas: Escolha consciente, acto de escolher para o bem-estar próprio*”. (ICN, 2005:81)

3.2.2.1.1.4.1 – Força de Vontade

Ao longo do estudo várias foram as categorias substantivas que evidenciaram a influência da Força de Vontade no processo de reconstrução da autonomia face ao autocuidado. Ela é definida pelo ICN (2005:82) como: “*Disposição para manter e abandonar acções, controlar ou não controlar impulsos, tendo em conta o desejo, as intenções e as tendências*”.

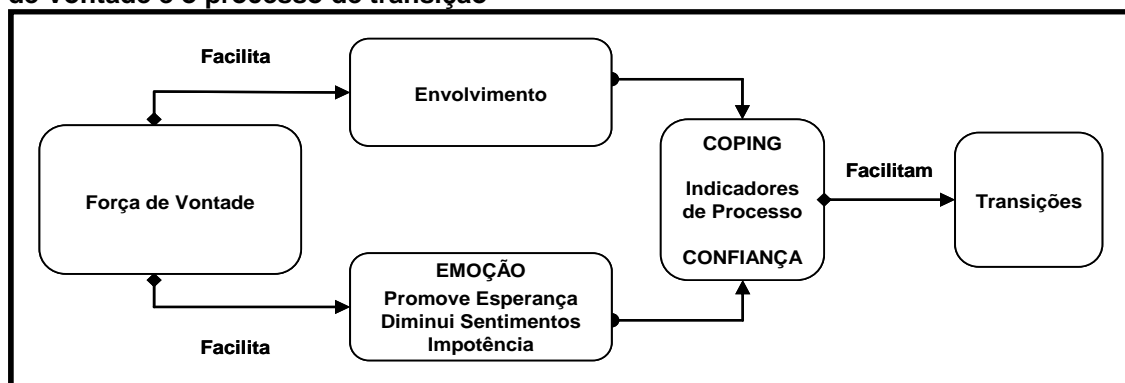
No quadro 14, podemos visualizar algumas das relações que se estabeleceram com este conceito e que permitem valorar a sua utilidade num contexto de mudança.

Quadro 14 - Relações entre a categoria Força de Vontade e as transições

FORÇA DE VONTADE	UNIDADES DE REGISTO
Promove a autonomia no autocuidado	(NC1) - Como tem alguma dificuldade em controlar as coisas com a mão esquerda, recorre por vezes à ajuda dos dentes para conseguir executá-las sozinho (ex.: retirar um lenço de papel do pacote); (NC2) - Com alguma dificuldade começou por tentar abotoar um dos botões do casaco, conseguindo fazê-lo ao fim de alguns minutos de grande perseverança.
Diminui o compromisso nos processos corporais	(P1) - "Para comer a mulher arranja-me a comida e eu como sozinho na mesa... Nunca que eu trinquei tanto a língua como agora, mas eu consigo comer com o lado esquerdo, o lado direito é que não mastiga muito bem"; (P5) - "Tenho um dedo que ele acha que ele nunca vai recuperar, não é... Mas eu quero pelo menos que estes não percam..."
Diminui a crise familiar	(P1) - "Eu tenho que fazer as coisas e ajudar a minha mulher que é uma lutadora... Arruma isto tudo... Faz as coisas que lhe pedem... Está sempre preocupada comigo..."
Promove sentimentos de esperança e diminui os sentimentos de impotência	(P1) - "Às vezes pareço ter mais forças do que aquelas que tenho realmente.... Há dias pedi aos bombeiros para me deixarem cá em baixo para dar uma volta... Peguei... Levantei-me... Coloquei a cadeira cá dentro... Às vezes dá-me assim uma coisa pela cabeça..."; (E-1) - "A sua força de vontade é o principal factor? (P2) - Pois é... A vontade é que manda... A vontade é que manda... Vai-se vendo".
Ajuda a desenvolver confiança	(NC1) - Esta semana chegou da fisioterapia e pedi aos bombeiros para o deixarem vir a pé para casa. Subiu as 6 escadas de acesso ao prédio e deambulou até ao apartamento (5º andar) tendo chegado a casa muito cansado; (E-1) - "Já consegue fazer tudo o que fazia antes, sem precisar de ajuda? (P3) - Ainda estou com as canadianas mas agora já me mexo sem limitações e consigo fazer tudo, embora que mais devagar..."
Envolve os participantes no tratamento	(P2) - "O terapeuta disse-me para escolher feijões com esta mão... É difícil agarrar neles com ela..."; (P5) - "A fisioterapia faz-me muito bem mas também me cansa, não é? Mas acho que me faz mesmo muito bem... Do que me competia eu faço sem parar..."
Ajuda a desenvolver estratégias de coping centradas no problema	(NC1) - Ontem, tentou levantar-se sozinho, passar para uma cadeira e não conseguiu, acabando por cair e bater com a cabeça no vidro – "Eu queria ver lá para fora e sentar-me numa cadeira junto da varanda..."; (P5) - "Mas eu já disse que tenho de começar eu a tentar limpar-me... O que é para isso, acho que tenho de deixar os pijamas porque se vestir camisa de dormir acho que é mais fácil... Tenho que fazer isso... Se estou a tentar tanta coisa, tenho que tentar as coisas que tenho de usar sempre, não é?"

Essas relações, para melhor compreensão, foram representadas na figura 16.

Figura 16 - Representação esquemática das relações existentes entre a categoria Força de Vontade e o processo de transição



3.2.2.1.1.4.2 - Autocontrolo

Durante o processo de transição, muitas são as solicitações a que os participantes têm de dar resposta para manterem o controlo sobre o evento gerador de dependência. Emerge assim uma categoria que representa o conjunto de disposições tomadas, pelos

participantes, para cuidarem do necessário para a sua própria manutenção, se conservarem activos, e lidarem com as suas necessidades básicas e íntimas, bem como com as actividades de vida (ICN, 2005). A este conceito atribuímos o nome de **Autocontrolo** que, à semelhança da **Força de vontade**, facilita o processo de reconstrução da autonomia face ao autocuidado (ver o quadro 15).

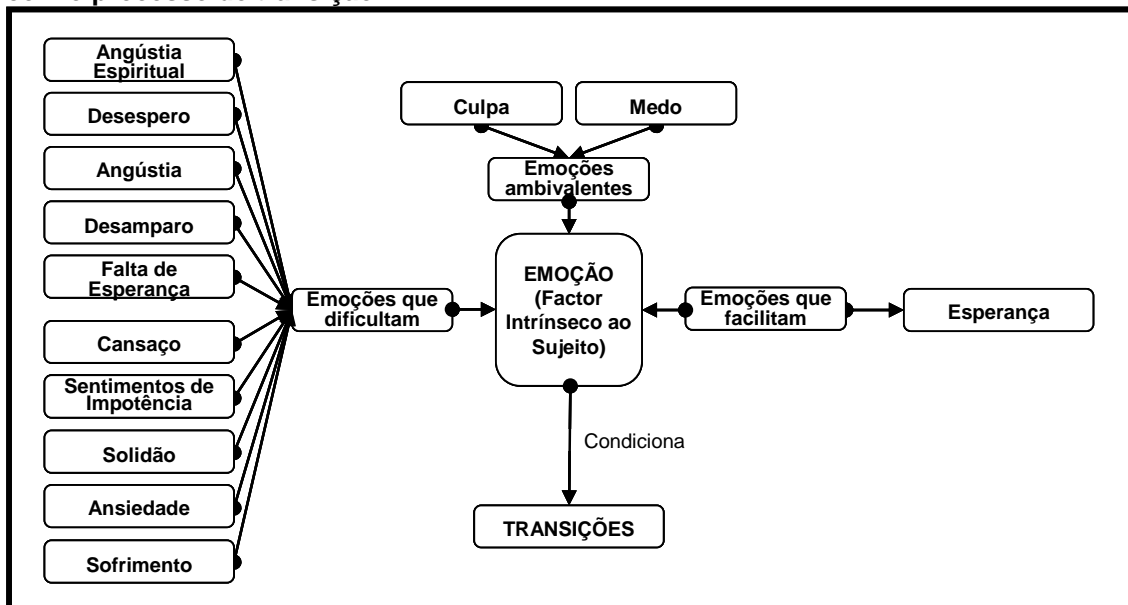
Quadro 15 - Relações entre a categoria Autocontrolo e as transições

AUTOCONTROLO	UNIDADES DE REGISTO
Ajuda a controlar os hábitos de vida que conduziram ao evento gerador de dependência	(P1) - "Tenho muito cuidado com a dieta agora... Só como peixe ou então uns bifinhos de frango grelhados, sem sal... A comida é toda sem sal... A mulher deita umas ervas que inventou no arroz e vai-se comendo"; (P5) - "As restrições alimentares acho que tenho, porque vou pedindo que... Ter ideias para variar a cozinha, e então eu vou dizendo, para não comer as coisas todas de uma vez, comer a comida com menos sal".
Ajuda a não cometer erros que prejudiquem a recuperação	(NC1) - Apresentava (Síndrome ombro-mão) edema no membro superior direito com predomínio da mão onde tinha alguma dificuldade em articular os dedos. Estava preocupado com a situação procurando algum conforto da minha parte – "Esta noite dormi sobre o lado afectado. Eu sei que não devo mas acabei por dormir... E não vou voltar a fazer"; (P5) - "É que os meus problemas são a nível noite... De maneira que assim canso-me mais, não é? E esta noite a casa estava super quente... Por isso é que eu estava mais cansada... Por isso é que eu antes estava muito tempo deitada e agora procuro estar menos... Andar para mexer o corpo não é...".
Ajuda a controlar as alterações nos processos corporais	(P1) - "Inicialmente era preso de intestinos e tinha de comprar uns supositórios na farmácia... Agora não... Tenho feito uma dieta com kiwis, laranjas, papaia, manga que me resolve o problema e embora ainda seja dura já consigo fazer bem. Aquilo que me disse tem resultado..."; (P2) - "O intestino vai fazendo... Às vezes fico mais preso, mas depois vou fazendo... E cá vou andando... Como sempre coisas à feição... Sopa, fruta e tal, que é para correr melhor..."; (P5) - "Quase não bebi água... Portanto tenho de reduzir nos líquidos. Ontem bebi mais porque preciso mais nestes dias".
Ajuda a gerir o regime medicamentoso	(NC1) - Refere que vai falar com a médica para esta lhe reduzir a medicação... "Chego à noite, tomo aquelas bombas e caio para o lado... Não consigo falar com ninguém... Adormeço em pé... Não acha que é melhor eu falar com ela?"; (P2) - "Fazia medicamentos antes de ser operado, mas depois de fazer a operação fiquei bom, e eu estava a ver se ela telefonava a ver se dava algum remédio... Não sei se ele sem consultar podia dar"; (P5) - "Custa-me não beber [...] tenho feito uma restrição... É de ontem esta (garrafa de meio litro) que é para realmente eliminar o resto, não é, e não ser só os medicamentos".
Ajuda a diminuir o medo de ter uma recaída	(NC1) - Refere que fez análises e pergunta se o colesterol e os triglicéridos estão bem – "Foi por causa disso que eu estou aqui... E agora que modifiquei a dieta quero ver se eles continuam bem...".
Aumenta o conhecimento sobre a saúde	(NC1) - No início ficou com a esposa a ouvir falar sobre a alimentação e fez muitas perguntas no sentido de conhecer o que fazia bem ou mal, ao problema dele.

3.2.2.1.2 – Emoção

A análise dos dados permite inferir que determinadas emoções facilitam as transições, outras dificultam-nas e por último, algumas têm um efeito ambivalente, mediante os participantes que as referem ou os factores que promovem o seu aparecimento, como podemos ver na figura 17.

Figura 17 - Representação esquemática da categoria emergente Emoção e sua relação com o processo de transição



3.2.2.1.2.1 – Emoções que Facilitam as Transições

No quadro 16, poderemos consultar a matriz síntese de toda a codificação realizada, ao longo do estudo, relacionada com as emoções que facilitam as transições.

Quadro 16 - Emoções que facilitam as Transições

CODIFICAÇÃO ABERTA		CODIFICAÇÃO AXIAL
Unidades de registo (Exemplos)	Categorias Substantivas	Categoria Conceptual
(NC1) – O que o faz caminhar para a autonomia – A esperança de que vai melhorar continuamente.	Acredito que vou melhorar	ESPERANÇA: Emoção com as características específicas: Sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, optimismo; associada ao traçar de objectivos e mobilização de energia (ICN, 2005:87)
(I-E) - “Está disposto a colaborar comigo no sentido de tentarmos fazer com que fique gradualmente mais independente?” (P2) - Vamos lá ver... Eu gostava... (Olha fixamente para o entrevistador com um sorriso e os olhos carregados de esperança)”.	Eu gostava	
(P3) - “Para a semana já devo mexer-me melhor e não precisar tanto do meu marido...”.	Poderei recuperar	
(P3) - “Agora começo a melhorar e as coisas estão a ir”.	Estou melhor	
(P4) - “Vamos a ver se eles me resolvem isto...”.	Vamos ver se me resolvem isto	
(P4) - “E eu depois começando a dormir em condições tenho outra disposição durante o dia...”.	Vamos ver	
(I-E) - “temos assistido a um regresso da Dona R... (P5) - Sim tenho recuperado”.	Sinto que estou a melhorar	
(P5) - “O Sr. (fisioterapeuta contratado) diz que até com um “apoiozinho” eu já conseguiria sozinha”.	Talvez consiga	

3.2.2.1.2.1.1 – Esperança

Quando analisamos os dados, a esperança é a emoção (vista como promotora de mudança) que emerge de forma mais expressiva.

Frequentemente, no estudo, vemos que está associada à auto-eficácia, o que leva a supor que, em conjunto, potenciam o envolvimento do indivíduo no processo de reconstrução da autonomia face ao autocuidado.

(Participante 1) – “Em termo físicos estou bem... Tenho força do lado esquerdo... Já consigo

fazer coisas... Hoje já fiz a barba e lavei os dentes sentado na casa de banho... Acredito que vou melhorar!”.

Conclui-se assim, com base nos dados, que a esperança surge, da sensação de evolução e domínio progressivo da situação (factor intrínseco ao sujeito), tendo como principal resposta uma projecção futura de objectivos e metas a atingir direccionadas para a autonomia e o bem-estar.

(Participante 1) – “Mas o que eu quero mesmo é ir visitar a oficina... E acredito que vou poder guiar outra vez... A pé, não consigo...”;

(Participante 3) – “Agora começo a melhorar e as coisas estão a ir... Ainda não estão no normal, mas estão a ir ao sítio... Não estou aleijada... Não estou... Está tudo a correr bem...”;

(Participante 5) – “No entanto, pedi ao meu marido que me compre um livro... Afinal eu li bem! Li assim, na mesma, rápido...”.

Outro factor relacionado com o aparecimento desta emoção é a confiança que os indivíduos têm de ver os seus problemas resolvidos a curto ou médio prazo, sendo que por vezes ela surge de uma simples frase que ao gerar o sentimento, a transforma numa meta a atingir ou numa estratégia de *coping* para controlar outras emoções (ver o ponto 3.2.4.1.2).

(Participante 4) – “Agora o médico disse, aquele que anda sempre de barbas, diz que eu saio de lá a andar... Saio de lá a andar (frisa). Agora eu tenho que dar aqui um jeito (está a aguardar uma neurotomia dos nervos recorrentes posteriores)”;

(Participante 4) – “Eu estou à espera a ver se me operam para regressar à minha vida...”.

Isso permite concluir que a esperança pode ser induzida, principalmente naqueles que apresentam um *Locus* de Controlo Externo, favorecendo a participação dos indivíduos nas actividades de promoção da autonomia.

(Enf-Inv) – “A partir de hoje passa a vir comer à mesa e deixa de comer com a seringa, pode ser?”

(Participante 2) – “Era bom... Eu queria...”.

3.2.2.1.2.2 – Emoções que Dificultam as Transições

Emoções são “*sentimentos e disposições para manter ou abandonar acções tendo em conta sentimentos de consciência de prazer ou dor*” que “*umentam habitualmente em períodos de grande stress, perturbação mental ou doença, e durante várias fases de transição da vida*” (ICN, 2005:85). Neste ponto abordam-se aquelas que emergiram do estudo como perturbadoras do processo de transição.

3.2.2.1.2.2.1 – Sentimentos de Impotência

É uma emoção que constatamos estar muito interligada com a dependência para o autocuidado, situação que habitualmente promove o seu aparecimento e com a diminuição da auto-estima que, habitualmente, é potenciada pela existência desses sentimentos, promovendo

uma atitude negativa perante as transições, o que simultaneamente vai retroalimentar os sentimentos de impotência.

(Participante 1) – “Eu preciso dela para tudo... A minha mulher tem de ajudar-me a vestir, a passar para a cadeira, a arranjar a comida para eu poder comer, a usar o urinol na cama ou a ajudar-me no WC... Agora não sou Sr. de nada... Preciso dela para tudo”;

(Enf-Inv) – “E porque é que não vai sempre?”

(Participante 2) – Às vezes estou sozinho e não posso... É preciso que me levarem e me ponham na cadeira...”;

(Enf-Inv) – “Se o Sr. tentasse vestir-se sozinho acha que não ía conseguir?”

(Participante 2) – Eu acho que não... Ainda não dobro assim os dedos e tal... (aponta para o lado parético com um olhar de algum desanimado)”.

Existem, no entanto, outras situações identificadas como promotoras, tais como a existência de défices motores que limitam o movimento, a comparação com o estado funcional anterior e a sensação de perda de capacidades perante os outros.

(Participante 1) – “Eu não consigo ir para a varanda por causa do degrau. Tenho uma varanda tão boa e não posso lá chegar.”;

(Notas de Campo 1) – Manteve-se muito choroso, recorrendo por vezes a frases como – “Porra! Olha como eu estou! Sempre tive tanta força e agora nem um lenço consigo tirar sozinho!”;

(Participante 1) – “Esta semana explodiu uma lâmpada e eu não pude fazer nada... A minha mulher ficou em pânico e eu só pude lhe dizer aonde estavam e como se faziam as coisas... Teve que ser ela a fazer tudo... Eu não lhe pude fazer nada... Sou um inútil... Até para coisas simples...”.

Todas estas situações, fazem com que, os indivíduos, quando experimentam este tipo de emoção, tenham comportamentos que dificultam a progressão para a autonomia, nomeadamente a inibição da acção, deixando de realizar actividades que já estavam ao seu alcance ou isolando-se socialmente pelo medo de não serem aceites pela sociedade da mesma forma que o eram anteriormente.

(Participante 1) – “Eu e o meu compadre assumimos a direcção do condomínio... Agora neste estado já coloquei o meu lugar à disposição... Assim não tenho utilidade nem cabeça para tratar do que é necessário tratar...”;

(Enf-Inv) – “Está na hora de começar a comer com esta mão? O que acha?”

(Participante 2) – Acho que ainda não consigo. O terapeuta também quer que eu coma com este lado mas ainda não consigo.”;

(Participante 5) – “Fui ler isto hoje e li bem (consentimento informado) ... – disse – Pode ser que eu consiga, mas estou convencida que não sou capaz de ler.”;

(Enf-Inv) – “Disse estudar com eles... E agora não consegue?”

(Participante 5) – Ainda nem tentei... Agora nunca mais aguentei...”.

No quadro 17 podemos ver toda a codificação que permitiu apurar esta categoria.

Quadro 17 - Matriz síntese da categoria Sentimentos de impotência

P	C	CODIFICAÇÃO ABERTA	CODIFICAÇÃO AXIAL
		Categorias Substantivas	Categoria Conceptual
1	76	Nem um lenço consigo tirar	SENTIMENTOS DE IMPOTÊNCIA Sentimento de falta de controlo numa situação presente ou acontecimento imediato, reduzida capacidade de escolha, incapacidade de agir pela convicção de que as suas acções não vão afectar significativamente os resultados (ICN, 2005:87).
1	77	Estou sempre a pensar nisso	
2	51	Não consigo.	
2	52	Vamos lá ver	
2	112	Ainda não sou capaz	
5	97	Nunca mais aguentei	

3.2.2.1.2.2.2 – Falta de Esperança

A falta de esperança demonstrou ser uma das emoções que mais frequentemente pode ser conotada como prejudicial à recuperação da autonomia face ao autocuidado.

A perda da liberdade devida aos défices resultantes do evento gerador de dependência e a incapacidade para realizar alguns desejos, que parecem difíceis de alcançar, fazem com que os participantes experimentem este tipo de sentimentos:

(Participante 2) – “Perdi tudo porque não me deixa andar na minha rotina... Antes andava por aqui e por ali... Fazia o que era preciso e andava bem... Agora, não faço nada... Perdi a liberdade de andar para onde queria... Andava de carro também... Agora não... Tinha o carro e podia ir a qualquer lado... Graças a Deus ia andando... Agora acabou...”;

(Participante 4) – “Quero voltar aquilo que era... Voltar a andar, sem dor... (diz a chorar convicto de que é um objectivo que não está ao seu alcance)”.

Os sentimentos de perda de controlo sobre a vida e sobre o próprio corpo, levam a ponderar negativamente sobre o futuro, questionando se faz sentido lutar ou desistir.

(Participante 1) – “às vezes estou na cama a sonhar que consigo andar, consigo fazer tudo e depois acordo e... Vejo que nada do que sonhei é realidade e tenho que pegar na perna para começar a andar. Será que vale a pena?” - Diz isto demonstrando grande frustração”;

(Participante 1) – “Tenho pensado muito em ir para um lar para não chatear a minha família... E assim ninguém se preocupa comigo e a minha esposa também não tem que fazer este trabalho todo”;

(Notas de Campo 2) – Manteve-se durante toda a entrevista com um olhar fixo no entrevistador, esperando encontrar uma esperança que lhe faltava nesse momento... Sempre que lhe era proposto algum desafio dizia um pouco incrédulo...

(Participante 2) – “Vamos lá ver... Eu queria... Era bom, não era...”;

(Participante 5) – “Porque estou a lutar... Se calhar às vezes sem sentido, se calhar para nada... Os pulmões têm cá muito trabalho...”.

Esta dúvida e a falta de confiança no futuro, habitualmente têm como resposta o desinteresse pelas actividades de promoção de autonomia, relacionado com a ausência de objectivos pessoais a cumprir.

(Participante 1) – “Custa imenso levantar todos os dias de manhã... Estar na cama e não apetecer levantar... Eu hoje só me levantei porque sabia que o Sr. vinha cá...”;

(Participante 2) – “Graças a Deus ia andando... Agora acabou...”.

(Enf-Inv) – Quais são os seus objectivos daqui para a frente?

(Participante 2) – São só pensamentos... Agora o fazer concerteza não será fácil...”;

(Participante 5) – “Eu creio que o maior problema é ir por aqui fora... Retomar as coisas boas... Essas coisas...”.

Para concluir, verifica-se que, por vezes, durante os processos de transição, a ocorrência de complicações com retrocesso no estado de saúde aumenta o risco potencial de se desenvolverem, ou de se agravarem, os sentimentos de falta de esperança.

(Participante 5) – “Foi horrível, três dias que pareceram um mês... Depois, melhorei um bocadinho, embora mantenha os problemas dos edemas, que comecei agora a tomar medicamentos fortes e hoje de manhã já se notava aqui o joelho (refere-se à diminuição do edema), mas tenho aqui este problema grande, não é... Fiquei pior...”.

A codificação da categoria Falta de Esperança pode ser consultada no quadro 18.

Quadro 18 - Matriz síntese da categoria Falta de Esperança

P	C	CODIFICAÇÃO ABERTA	CODIFICAÇÃO AXIAL
		Categorias Substantivas	Categoria Conceptual
1	81	Será que vale a pena	FALTA DE ESPERANÇA
1	82	Vou para um lar	
1	83	Não sei se vou voltar	
1	84	Tenho de entregar o apartamento	
2	57	Era bom não era	
2	58	A minha vida agora é isto	
4	96	O médico não chama	
4	97	E a vida	
5	98	Parece-me tão difícil	
5	113	Fiquei pior	
5	114	Pensar no impossível	

3.2.2.1.2.2.3 – Ansiedade

A ansiedade emerge, normalmente, nas situações em que os participantes têm dúvidas respeitantes ao evento gerador de dependência, estando expectantes relativamente ao futuro pessoal e familiar.

(Participante 1) – “Nós somos os dois sozinhos e eu não sei como vão ser as coisas...”;

(Participante 5) – “Estou na expectativa do que é que me irá acontecer”.

Esta emoção, sendo potenciada pela falta de esperança, aumenta a concentração dos indivíduos face aos problemas o que implica, habitualmente, distúrbios do sono que diminuem a energia física e psicológica dos indivíduos dando origem ao cansaço (outra emoção) que influencia negativamente a reconstrução da autonomia.

(Participante 1) – “Sem eles eu não consigo dormir... Estou sempre a pensar como vai ser daqui para a frente...”.

3.2.2.1.2.2.4 – Cansaço

Os dados revelam que o **cansaço** surge normalmente associado a alterações nos processos corporais (dispneia, dor) ou a outras emoções (**falta de esperança; sentimentos de**

impotência). Estes factores impedem um repouso adequado, diminuindo dessa forma a disponibilidade física e psicológica para actividades relacionadas com o autocuidado.

(Participante 4) – “Eu tomei esses comprimidos que tenho aí para a dor e com os comprimidos, “*murrinhe*” um bocadito, mas acordei na mesma cansado”;

(Prestador de Cuidados 4) – “Agora está cansado e eu também... Foi a noite toda em claro [...]”

(Participante 4) – Esta noite não estive bem... Estou muito cansado...”;

(Participante 5) – “De maneira que assim canso-me mais, não é? E esta noite a casa estava super quente... Por isso é que eu estava mais cansada...”;

(Participante 5) – “Pois é aquilo que me faz mesmo durante o dia a ter que descansar... Diminui muito a minha força... Mesmo o sono, é um sono que quase não é bem. Estou mal posicionada...”.

Constata-se ainda que a alusão ao cansaço, reconhecida e aceite por todos como espectável, permite aos participantes comportamentos de fuga ao contacto social e justifica atrasos no processo de retorno às actividades de vida diária, permitindo-lhes ganhar tempo até se sentirem capazes de as executar.

(Participante 5) – “Mas quê, o meu filho já veio uma vez para me levar a passear, mas eu estava tão cansada...”;

(Participante 5) – “Há outras pessoas que querem falar mas eu tenho dito que não...”

(Enf-Inv) – Porque não?

(Participante 5) – Ando numa altura muito cansada...”;

(Enf-Inv) – “Ler? Já começou?”

(Participante 5) – Ler ainda não... Ainda não porque quer dizer... Atravessei um período que, só de me levantar eu ficava sem poder respirar... De maneira que, depois as consultas e tudo...”.

3.2.2.1.2.2.5 – Solidão

Este tipo de sentimentos surge, quando os indivíduos se isolam emocionalmente com os seus problemas e os vivem de forma intensa, como se só eles pudessem compreender a situação.

No estudo detectaram-se duas situações em que os participantes se sentiam excluídos do mundo, presos entre quatro paredes e isolados em convivência contínua com os seus problemas.

(Participante 1) – “São muitas horas que passo em frente à televisão... É lógico que estou melhor em casa, mas ao menos no hospital tinha sempre com quem falar e distraía-me... Aqui, sozinho, estou sempre a pensar nisso. Levanto-me de manhã, passo para a cadeira... A mulher traz-me para aqui... E passo o dia todo a ver televisão e a ouvir rádio”;

(Participante 5) – “E eu digo assim, com esta minha prisão em casa e esta dependência, com o afastamento dos netos”.

Observam-se, no entanto, discrepâncias quando se referem ao período de internamento. Enquanto para um, a convivência intra-hospitalar ajudou a afastar este tipo de emoções, para outro, o hospital foi uma experiência muito traumatizante, onde viveu momentos de grande solidão.

(Participante 1) – “Agora no hospital, sempre falávamos com este e com aquele, havia entreadjuada entre os doentes, as enfermeiras e as auxiliares ajudavam a passar o tempo... Aqui... É a solidão... Estamos com o nosso problema o tempo todo...”;

(Participante 5) – “Não ser abandonada como os velhos nos hospitais... Onde vivi noites sozinha numa angústia enorme... De me sentir como numa câmara de tortura... Já ultrapassei muita coisa... Pelo menos já passei por tudo isto”.

A resposta mais comum para este tipo de emoção passa habitualmente por evitar o contacto social, prejudicando dessa forma a vivência das transições – Isolamento Social.

(Participante 5) – “Acho que toda a gente me achou muito antipática, mas eu não conseguia... Antes estar sozinha que... Pronto... Senti-me lá muito mal...”.

3.2.2.1.2.2.6 – Desamparo

Esta categoria emerge apenas dos dados de um dos participantes e é possível constatar que apesar de estar muito presente nas primeiras entrevistas, vai desaparecendo à medida que este vai atravessando a transição.

A análise revela que, após o episódio gerador de dependência, o indivíduo viu-se privado de qualquer actividade que antes realizava autonomamente, passando a estar totalmente dependente da vontade dos outros: dos enfermeiros (durante o internamento hospitalar) e das filhas (após o regresso a casa).

(Prestador de Cuidados 2) – “Sr. Enfermeiro... Ele agora está com uma ideia na cabeça... Diz que quer ir para um Lar... Que lá é que vão tratar bem dele... Acha que ele iria ser melhor tratado num lar?

(Enf-Inv) – Porque acha isso Sr. S?

(Participante 2) – Eu não acho nada... Na maré estou bem assim...

(Prestador de Cuidados 2) – Ele aqui será sempre bem tratado... Agora é esta a minha vida...”.

Esta total ausência de controlo sobre a vida, associada a um *locus* de controlo externo fizeram com que experimentasse este tipo de emoção.

(Enf-Inv) – “Mas está contente por ter regressado à sua casa?

(Participante 2) – Está tudo mudado... Agora tenho que estar aqui... O que é que eu hei-de fazer... Estou preso a esta cama...”;

(Enf-Inv) – “De tudo o que fazia antes, o que é que continua a fazer sozinho?

(Participante 2) – Agora não faço nada... São elas que me fazem tudo... Eu não posso...”.

Constata-se que é um sentimento muito difícil de trabalhar quando pretendemos capacitar pessoas para lidar com os problemas e enfrentar as transições, uma vez que as respostas características passam por transferir para o prestador de cuidados todas as actividades e decisões assumindo passivamente o papel de doente.

(Participante 2) – “Agora não faço nada... São elas que me fazem tudo... Eu não posso...”;

(Enf-Inv) – “E as refeições... Come na cama?

(Participante 2) – É ela (filha) que me dá com a seringa... Eu como sopa... Gosto muito de sopa...”.

(Enf-Inv) – Porque é que continua a comer com a seringa... Antes comia com a seringa?

(Participante 2) – Eu não consigo comer na cama... Assim é mais fácil (disse isto como se agora isso fosse uma tarefa que já não lhe cabia a ele fazer)...”;

(Enf-Inv) – “Já consegue levantar-se sozinho da cama?

(Participante 2) – Acho que não... São elas que me arranjam na cama para dormir e que me levantam... São elas que me põem em condições (é para isso que as filhas lá estão)... Agora não tenho a saúde que tinha... Tenho de ser acompanhado...”.

3.2.2.1.2.2.7 – Sofrimento

O sofrimento é uma emoção que emerge nos dados de um dos participantes, sendo a dor o factor major para o seu aparecimento.

(Participante 4) – “Ainda ontem no tratamento eu queixei-me e houve uma enfermeira que me deu, não é *ben-u-ron*[®], deu-me 2 comprimidos... E ficou um bocadito sem dores... Mas depois veio outra vez... Assim não dá...”;

(Prestador de Cuidados 4) – “eu digo, vamos dar aqui uma volta à sala na cadeirinha?”

(Participante 4) – Não... Não... Não... Já me está a doer as costas... Leva-me para a cama...”.

Para os técnicos de saúde é um sentimento difícil de trabalhar pois como se constata, o indivíduo tinha apenas dois estados possíveis: os momentos em que tinha dor e os restantes em que assumia todo um conjunto de comportamentos defensivos para não voltar a ter, impossibilitando dessa forma qualquer mudança no sentido da reconstrução da autonomia.

(Enf-Inv) – “Mas se eu ajudar vai-lhe doer na mesma, segundo diz...”

(Participante 4) – Pois vai... Mas é que eu não tenho forças...”.

3.2.2.1.2.2.8 – Angústia

Identificaram-se momentos ao longo das transições em que os participantes se sentiram mais frágeis consoante o conjunto de factores que interferiram com a vivência das diversas situações.

Aqueles que não tinham um apoio emocional satisfatório e que apresentaram maior dificuldade em superar as emoções negativas, demonstraram por vezes períodos de angústia que impossibilitaram completamente qualquer acção.

(Participante 1) – “A minha mulher não quer que eu chore, mas o que é que eu hei-de fazer!? É a forma de me aliviar... Peço desculpa, mas eu não tenho vergonha de chorar... Quando estou muito tempo a pensar nisto, fico irritado, revoltado, sou uma pessoa revoltada...”;

(Participante 4) – “Eu ia a pé... A pé... Daqui a Matosinhos (mora na Sra. da Hora), todos os dias... Ia a pé para qualquer recado que fosse preciso para a mulher... Eu ia... Tudo, tudo... (repetia enquanto chorava)...”;

(Enf-Inv) – “E os seus pensamentos concentram-se em quê?

(Participante 5) – Essencialmente não sei se vou sofrer mais... Tenho muito medo, muito medo... Porque eu aguento mal o sofrimento... Estou ansiosa, sinto-me mal... Aguentei tudo, trabalhar... Mas sofrimentos assusta-me imenso... E é isso...”.

3.2.2.1.2.2.9 – Angústia Espiritual

Após um evento gerador de dependência, quando surgem grandes modificações que põem em causa a vida dos participantes e que os deixam com grandes défices em relação ao que eram antes, por vezes eles expressam este tipo de sentimentos, pondo em causa todo um conjunto de crenças, sobre as quais alicerçaram grandes pilares da sua vida.

(Participante 5) – “Eu espanto-me muito... Porque é que eu sobrevivi?! Uma coisa que a mim me espanta... É isso... E agora para quê?! Se é só para sofrer...”;

(Enf-Inv) – “A religião ajudou-a a passar por isto?”

(Participante 5) – A religião, quer dizer, eu estava muito baralhada, muito, muito... Só de pensar que na altura o que nos ensinaram não era nada... O encontro, que acredito com um ser superior e isso tudo, mas é diferente daquilo que nós... A bíblia não o dizia inteiramente aquilo que vivemos e que eu gostava que fosse verdade. Que Deus pudesse conversar e ouvir, e eu estar com ele...”.

Como resultado, as pessoas ficam desorientadas, sem rumo, sem capacidade de reacção para corresponder às exigências de mudança, dificultando a reconstrução da autonomia face ao autocuidado.

3.2.2.1.2.2.10 – Desespero

A última emoção a emergir, foi o desespero.

É possível constatar que este tipo de sentimentos normalmente surge como corolário de outras emoções negativas (**falta de esperança; angústia; ansiedade; solidão...**) que, em conjunto, conduzem a situações de conflito emocional extremo, que direccionam os indivíduos para a gestão de emoções dificultando a sua atenção para a área da recuperação das actividades de autocuidado.

(Enf-Inv) – “E como tem estado em termos de pensamentos?”

(Participante 4) – Tenho pensado que nunca mais me curo... Decerto nunca mais me curo... Acho que está muito demorado...”;

(Participante 5) – “Porque não morri logo... Já estava tudo despachado...”;

(Participante 5) – “Agora claro, não sei se irei aguentar...”.

É de realçar que os profissionais da saúde aparecem como factor causal, dado ser possível traçar um paralelismo entre a comunicação de más notícias ou a ausência da constatação de melhoras por parte destes e o aparecimento desta emoção.

(Prestador de cuidados 4) – “Teve a notícia que vinha embora... Caiu-lhe aquilo de uma maneira... Veio para casa... Tem sido um problema para ele comer... Ficou ali com aquela coisa na cabeça, prontos... – “Porque é que eles não fizeram logo o que tinha de fazer?” (esposa a citar o marido) – “Porque ainda não estavas em condições...”

(Enf-Inv) – Sr. M... Porque é que isso o marcou tanto?

(Participante 4) – Não sei! (disse-o de uma forma convicta e decidida) Só sei que... Eles mandaram-me assim embora o que quer dizer que eu praticamente estava arrumado...”.

Verifica-se, assim, a importância que os profissionais de saúde têm para influenciar este tipo de sentimentos, reforçando a ideia de que a sociedade actual deposita toda a sua esperança na medicina e no poder curativo dos seus profissionais. Assim, para estas pessoas é necessário que haja uma forte intervenção por parte dos enfermeiros, direccionada ao apoio emocional (ver o ponto 3.2.3.3.2), favorecendo dessa forma o desenvolvimento de mecanismos de *coping* para lidar com a situação (ver o ponto 3.2.4.1.2).

No quadro 19, podemos consultar a matriz síntese da restante codificação realizada, ao longo do estudo, relacionada com as emoções que dificultam as transições.

Quadro 19 - Emoções que Dificultam as Transições

P	C	CODIFICAÇÃO ABERTA	CODIFICAÇÃO AXIAL
		Categorias Substantivas	Categorias Conceptuais
1	78	Como vai ser no futuro	ANSIEDADE Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da autoconfiança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula (ICN, 2005:85).
1	79	E depois da fisioterapia	
5	105	Não sei o que está lá	
4	98	Cansa-se a deambular	CANSAÇO Sentimento de diminuição da força ou resistência, sensação de aborrecimento, lassidão física ou mental, pouca atenção, nunca se sentir bem repousado, diminuição da força ou capacidade normal para trabalho físico ou psicológico (ICN, 2005:86).
4	100	Vem muito cansado da hemodiálise	
4	101	Acordei cansado	
5	116	Como estou cansada	
1	85	É bom estar em casa mas...	SOLIDÃO Sentimentos de falta de pertença, isolamento emocional, sentimentos de exclusão, sentimento de melancolia e tristeza associado a falta de companheiros, de simpatia e de amizade acompanhada de sentimentos de perda de sentido, vazio, afastamento e baixa auto-estima (ICN, 2005:87).
5	111	Esta minha prisão em casa	
5	111	Antes estar sozinha que	
2	53	Dependo delas	DESAMPARO Sentimentos de incapacidade de tomar o controlo ou de agir independentemente, ficar indefeso; acompanhado por <i>coping</i> incapacitante ou abandono aprendido, submissão às autoridades, por exemplo, a dos prestadores de cuidados, associada ao comportamento do papel de doente (ICN, 2005:87).
2	59	Não tenho a saúde que tinha	
2	60	Isso é com elas	
4	99	Não tenho forças	SOFRIMENTO Sentimentos prolongados de grande pena associados a martírio e à necessidade de tolerar condições devastadoras, isto é, sintomas físicos crónicos como a dor, desconforto ou lesão, stress psicológico crónico, má reputação ou injustiça (ICN, 2005:88).
4	102	Ver o sacrifício que faço	
1	142	Não quer que eu chore	ANGÚSTIA Sentimentos de dor intensa e forte, pena e aflição (ICN, 2005:85).
4	145	Mas isso não chega	
5	99	Esperar pelo notário	
5	107	Quero lembrar-me e não sei	
5	110	Porque não morri logo	
5	106	Peço a Deus que não me dê uma morte má	ANGÚSTIA ESPIRITUAL Rotura com o que a pessoa acredita acerca da vida, questões acerca do sentido da vida, associada ao questionar do sofrimento, separação dos laços religiosos ou culturais, mudança nos sistemas de crenças e valores, sentimentos de intenso sofrimento e zanga contra a divindade (ICN, 2005:86).
5	115	Pus em dúvida muitas coisas	
4	142	Decerto nunca mais me curo	DESESPERO Sentimentos de profunda falta de esperança, desencorajamento, demérito ou vazio (ICN, 2005:85).
4	143	Aquilo entrou-lhe na cabeça	
5	109	E desespero de vez em quando	

3.2.2.1.2.3 – Emoções ambivalentes

Considera-se que os indivíduos desenvolvem emoções ambivalentes quando a mesma emoção pode ser canalizada para facilitar ou dificultar o processo de transição.

3.2.2.1.2.3.1 – Medo

O medo sobressai dos dados como uma emoção ambivalente relativamente à promoção da autonomia face ao autocuidado.

É a subcategoria emergente com maior expressividade, que está presente em todos os participantes e resulta de uma grande variedade de factores causais (ver o quadro 20).

Quadro 20 - Matriz Síntese da categoria conceptual Medo

CODIFICAÇÃO ABERTA		CODIFICAÇÃO AXIAL
Unidades de registo (exemplos)	Categorias Substantivas	Categoria Conceptual
(P1) - "Foi por causa das tensões e do colesterol que eu fiquei neste estado... Isso eu não quero mais... Assusta-me só de ter que pensar que tenho de voltar aquela urgência".	Medo de ter uma recaída	MEDO: Sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade com causa conhecida acompanhada por estado de alerta, concentração na origem do medo, comportamento agressivo em posição de ataque com os olhos muito abertos ou fuga da fonte do medo (ICN, 2005:86)
(P1) - "Passar para a cama tem de ser a minha mulher a ajudar... Tenho ainda medo de passar..."; (P3) - "Preciso que me ajude a entrar para o <i>polivan</i> e que me lave as pernas e os pés que eu não chego e tenho medo de cair".	Medo de cair	
(NC2) - Ao passar para o cadeirão o indivíduo absteve-se de fazer força na perna direita o que dificultou a transferência... Não consigo! Vou cair..."	Tenho muito medo de cair	
(P2) - "Eu já antes cortava-me às vezes a fazer a barba... Agora tenho medo de o fazer..."	E se me corto	
(E-12) - "Estou a ver que ainda não tem vontade para usar o urinol e deixar a fralda... Tem medo de não conseguir chegar a tempo?" (P2) - "Às vezes não estão cá elas (filhas)".	Medo de não conseguir chegar a tempo	
(P3) - "Quer dizer... A perna às vezes está assim um bocadito presa e eu não sei se é normal... Sei lá... Acho que será... Esqueci-me de dizer ao médico..."	Medo de complicações	
(P3) - "Tenho muito cuidado com esta perna, e não arrisco em colocar-me em situações em que possa cair... Não quero ter que voltar para o hospital..."	Medo do hospital	
(E-14) - "O que eu quero agora é que se lembre como virava..." (P4) - Mas antigamente não tinha dores e agora tenho..."	Medo de ter dor	
(P4) - "mas como sou hipocoagulado, vão-me dar uma anestesia e vão-me injectar uma massa qualquer, por causa do sangue... Da situação clínica ou não sei quê... Estou para ver o que ainda vou passar".	O que ainda estará para vir	
(PC4) - "Andar é a mesma coisa... É devagarinho, devagarinho, devagarinho... Agarra-me de lado... É preciso dizer-lhe não te vou deixar cair, anda lá..."	Não me largues	
(P4) - "É o meu filho porque às vezes não tenho forças nos braços e eu tenho medo de me cortar, porque tomo anticoagulante".	Medo de me cortar	
(P5) - "Voltar ao hospital eu tenho horror [...] Antes estar sozinha que... Pronto... Senti-me lá muito mal..."	Do hospital eu tenho horror	
(P5) - "Depois, deito-me muito mais apreensiva, à noite..." (E-1) - Tem medo de ir dormir? (P5) - Isso tenho..."	Medo de dormir	
(P5) - "É, eles já vieram... O B também já veio uma vez para me levar a passear, mas eu disse-lhe que não estava um bom dia..."	Medo de sair de casa	
(P5) - "Ora bem, isto, se os exercícios não forem bem feitos podem ser prejudiciais... Portanto às vezes tenho receio".	Medo que me faça mal	
(P5) - "Neste momento se eu contasse com uma pessoa que estivesse válida, por exemplo uma empregada a tempo inteiro, ou assim, eu prescindia já dos apoios".	Necessito de uma pessoa válida	

Aquele que mais se destaca é o medo de cair, presente nos participantes com mobilidade reduzida e que se manifesta quando estes têm de se deslocar, durante os processos de reabilitação ou nas suas actividades de vida diária. Quando isso acontece, observa-se que estes dão respostas contrárias ao pretendido, evitando a exposição à fonte do medo ou pondo muitas das vezes em causa o sucesso da actividade.

Outra causa identificada é a probabilidade de sentirem dor ao desenvolverem as actividades, o que faz com que evitem os movimentos, tornando-se mais dependentes e rejeitando qualquer intervenção para promover a autonomia.

A própria execução autónoma do autocuidado é também um comportamento que comporta muitos sentimentos de medo, principalmente se os indivíduos não conseguem manipular adequadamente os materiais necessários, implicando uma taxa elevada de insucesso (prejudicial à auto-eficácia). Nesta situação, observa-se que a resposta passa por delegar as tarefas no prestador de cuidados ou nos familiares mais próximos, evitando situações desagradáveis ou até mesmo o aparecimento de lesões.

O medo de desenvolverem complicações durante o período de convalescença ou de regredirem no estado de saúde, é também frequente, o que os leva a procurar informação que dissipe todas as dúvidas. Quando não esclarecidos, constata-se que o sentimento poderá evoluir para outro tipo de emoções (angústia; desespero; ansiedade), cujo tratamento poderá ser mais difícil de alcançar, principalmente se em causa estiver a possibilidade de reinternamento que pode representar um factor acrescido de *stress*.

O estigma da sociedade relativamente à dependência é um factor extrínseco identificado capaz de desencadear este tipo de sentimento prejudicial à reconstrução autónoma do autocuidado. A este nível, a resposta habitual é o afastamento e o evitar dos contactos sociais, dificultando a vivência das transições (ver o ponto 3.2.1.1.1).

Por último, a atestar o carácter ambivalente desta categoria constatamos que, para alguns participantes, o medo pode ser importante para promover a adesão ao regime terapêutico, pois facilita o controlo sobre o evento gerador de dependência, direccionando os indivíduos para a necessidade de mudança.

3.2.2.1.2.3.2– Culpa

A culpa, como emoção facilitadora das transições, emerge apenas num participante que se confrontava com a sua atitude de não aderir ao regime medicamentoso prescrito, uma vez que o fazia sem conhecimento dos familiares e da médica prescritora. Por esse motivo, sentia-se culpado por ter que mentir, estando por isso mais receptivo aos conselhos do enfermeiro-investigador.

(Enf-Inv) – “Não acha que devia dar uma hipótese à prescrição dela?”

(Participante 5) – Pois, porque já no dia 17 tenho outra vez consulta... Não sei como é que hei-de fazer...”.

No entanto, também aparece como um sentimento negativo em resposta a um conjunto de situações que rodeiam os participantes (centra-se nas transições familiares) e que fazem com que se sintam um fardo que veio destabilizar todo o equilíbrio familiar.

(Enf-Inv) – “E que mais pensa?

(Participante 4) – De resto nada mais... E preocupa-me a saúde da minha mulher... A saúde da minha mulher é afectada com isto... E eu tenho pena dela... De resto...”;

(Participante 5) – “Só de ter o meu marido preso aqui em casa...”.

Assim, a culpa, quando não compensada por acções direccionadas à resolução do factor causal, torna-se num sentimento negativo que contribui para a instabilidade emocional, originando problemas de auto-estima (ver ponto 3.2.2.1.1.1), prejudiciais à acção auto-iniciada.

(Participante 4) – “O que é não deixo dormir... Tenho que mudar de posição e sozinho não posso...”.

No quadro 21 podemos observar o processo de codificação desta categoria conceptual.

Quadro 21 - Matriz síntese da categoria Culpa

P	C	CODIFICAÇÃO ABERTA	CODIFICAÇÃO AXIAL
		Categorias Substantivas	Categoria Conceptual
4	103	Nem durmo, nem deixo dormir	CULPA Sentimentos de ter procedido erradamente, conflito de valores ou tensões internas quando alguém desce abaixo do conjunto de normas que traçou para si próprio; os sentimentos de culpa são dirigidos para o próprio, não para os outros (ICN, 2005:86).
5	119	Tenho outra vez consulta	
5	50	Penso nos outros	

3.2.2.2 – Atributos do Sujeito

Por fim, desenvolvemos a categoria conceptual “**Atributos do Sujeito**” que reúne um conjunto de características pessoais dos participantes (traços da personalidade e características desenvolvidas antes do evento gerador de dependência), que influenciam as transições.

3.2.2.2.1 – *Locus* de Controlo

Ao longo das entrevistas emergiram categorias substantivas ilustrativas de uma característica mutável da personalidade (Balsmeyer, 1984), que demonstrou ter influência na reconstrução da autonomia face ao autocuidado, conforme a sensação de controlo que os participantes tinham sobre o evento gerador de dependência e/ou a sua vida.

Surge assim o conceito de *Locus* de Controlo (explanado pela primeira vez na Teoria de Aprendizagem de Rotter), que se manifesta quando os indivíduos se vêem capazes de ter controlo sobre o que acontece, através da sua acção e eficácia – *Locus* de Controlo Interno; Ou quando sentem que não podem influenciar a sua vida, estando os acontecimentos dependentes da sorte/azar, destino, oportunidade entre outros – *Locus* de Controlo Externo (Balsmeyer, 1984; Oberle, 1991; Shaw, Mccoll, Bond, 2003; Wu, Tang, Kwok, 2004; Lindstrom, 2006; Selander et al, 2006).

3.2.2.1.1 – Locus de Controlo Interno

Os dados evidenciaram a existência de participantes que tinham predominantemente um *Locus* de Controlo Interno.

(Participante 1) – “Quero manter o meu dia-a-dia o mais normal possível... Levanto-me com a ajuda da mulher, vou comer à mesa... Não quero tabuleiros para aqui ou para ali...”.

Esta característica demonstrou ser de grande utilidade para a vivência da transição do tipo saúde/doença, uma vez que os manteve sempre muito envolvidos no processo de reabilitação, aumentando a força de vontade para desempenhar autonomamente o autocuidado, influenciando positivamente o autocontrolo e desenvolvendo uma atitude positiva face ao cuidado que proporcionou resultados concretos ao nível da aquisição da autonomia.

(Participante 1) – “Utilizo o urinol quando estou na cama, mas de resto faço questão de ir ao wc... Não há cá urinóis... A minha esposa ajuda-me a ir até lá e eu depois seguro-me e faço...”.

Constata-se, inclusive, que a informação recolhida dos dados vai de encontro a vários autores que afirmam que o *Locus* de Controlo Interno associa-se a uma maior probabilidade de retorno à actividade laboral, após a doença e/ou reabilitação (Shaw, Mccoll, Bond, 2003; Wu, Tang, Kwok, 2004; Selander et al, 2006) mesmo nos casos em que existem limitações recém adquiridas (Selander et al, 2006).

(Participante 1) – “Eu tenho que fazer outras coisas... Se não conseguir voltar a ser mecânico que, acredito que não vá conseguir, porque é uma profissão pesada, ao menos, se eu conseguir andar e mexer esta mão, eu poderei fazer outra coisa e ganhar dinheiro de outra forma para poder sustentar esta família”.

Contudo, relativamente às transições que envolvem a família e a sociedade, a análise revela que o *Locus* de Controlo Interno pode ser prejudicial, pois, tal como refere (Balsmeyer, 1984), o apoio social pode ser interpretado como perda da independência. É isso que constatamos através da categoria emergente “**alteração de papéis** (sustento da casa) **dentro do núcleo familiar**”, em que os indivíduos demonstram a sua dificuldade em aceitar essa perda, centrando-se em emoções negativas que dificultam a transição para a autonomia no autocuidado. Martins (2002:149) refere que esta situação leva o indivíduo a “*concentrar a sua atenção no que perdeu, sobrevalorizando a situação e passando as incapacidades a dominar, surgindo frequentemente sentimentos de inutilidade, inadequação e inferioridade*”.

(Participante 1) – “Eu agora sou como uma criança... Tratam-me como uma criança... Para tudo querem ser eles a fazer, a substituir-me, não posso fazer nada sozinho.”;

(Participante 1) – “Esta semana foi muito má. Tenho pensado muito.... Só me apetece... Hum... Não é matar-me pois não sou pessoa que acredite nisso...Tenho pensado muito em ir para um lar para não chatear a minha família... E assim ninguém se preocupa comigo e a minha esposa também não tem que fazer este trabalho todo”.

Simultaneamente, surge uma grande ambivalência em relação ao prestador de cuidados que ocupou o seu lugar que, por vezes, também é correspondida (ver os pontos 3.2.1.3.1.1 e 3.2.1.3.1.3).

(Participante 1) – “Oh enfermeira chefe traz-me um copo com água!”

(Notas de Campo) – O participante trata a esposa por enfermeira chefe, utilizando esta estratégia para enfrentar a perda do seu papel e a dependência que agora tem da esposa.

Martins (2002) cita Alves et al (1993:148) quando afirma que:

é importante a adequação de papéis e uma nova organização de responsabilidade entre os elementos desta, a fim de se restabelecer um equilíbrio interno. Em função desta inversão, frequentemente aparecem conflitos internos relativos à dependência versus independência, que tem um correlato psíquico de submissão versus autoridade.

3.2.2.1.2 – Locus de Controlo Externo

À semelhança do ponto anterior, também se identificaram casos em que predominava o *Locus* de Controlo Externo.

Verifica-se que nestes participantes, tal como refere (Selander et al, 2006) há uma diminuição das actividades quotidianas associadas à crença de que não há possibilidade de recuperarem, o que promove uma atitude passiva face ao cuidado (ver o ponto 3.2.2.1.1.3), dificultando a tarefa dos enfermeiros que pretendem promover a reconstrução da autonomia.

(Notas de Campo) – Encheu-se o lavatório com água e pediu-se a opinião do indivíduo.

(Enf-Inv) – “Veja se a água está boa ou se quer outra temperatura...”

(Participante 2) – Como o Sr. quiser...”;

(Participante 2) – “Final apareceu-me isto, o que é que eu hei-de fazer... Se não me aparecesse andava bem, apareceu... Tem de se gramar... Como toda a gente, quando aparece, tem de se gramar e aguentar...”;

(Enf-Inv) – “Depois de se sentar fica nessa posição alguns minutos e só depois se vai por a pé... Vai experimentar fazer isto?”

(Participante 2) – Tem que falar com elas... Elas é que me levantam...”.

Nestas situações, constata-se que o apoio social é bem aceite (ver o ponto 3.2.1.3), tornando-se por vezes no principal alvo dos cuidados profissionais. É por isso muito importante trabalhar o prestador de cuidados, para que não se torne num entrave à autonomia (ver o ponto 3.2.1.3.1.3). A família é essencial no processo mas não deverá super-proteger os indivíduos (Balsmeyer, 1984).

3.2.2.2 – Auto-eficácia

Segundo Soderhamn (2000:184) “*as pessoas conseguem desempenhar com eficácia o autocuidado quando compreendem os factores que têm de ser controlados ou geridos de forma*

a regular o seu funcionamento e desenvolvimento”. É a evidência de outra característica pessoal que emergiu no estudo: a “**Auto-eficácia**”.

Shaw (1999:1251) refere que “*ela dá uma sensação de controlo sobre o ambiente, possibilitando uma avaliação subjectiva sobre o que pode ser feito, afectando as emoções, os pensamentos e as acções*”. Outros autores (Shaw, Mccoll & Bond, 2003; Wu, Tang & Kwok, 2004) acrescentam que a auto-eficácia quantifica a capacidade de concretizar os resultados desejados, proporcionando assim a noção de controlo.

No estudo, podemos observá-la a desenvolver-se associada a um aumento da confiança por parte dos participantes à medida que vão evoluindo. Este desenvolvimento, por conseguinte, permite-lhes desempenhar mais actividades e aumentar o seu envolvimento no processo de reconstrução da autonomia.

(Participante 1) – “Esta semana fui até à varanda sozinho, andei a passear na varanda agarrado ao corrimão e, quando a minha esposa chegou, eu já estava sentado lá dentro...”;

(Participante 3) – “Ainda estou com as canadianas mas agora já me mexo sem limitações e consigo fazer tudo, embora que mais devagar...”;

(Participante 5) – “Faço sozinha porque encosto a barriga à mesa, coloco uma bacia e faço sozinha...”.

3.2.2.2.3 – Experiência Anterior de Doença

Esta categoria reúne um conjunto de características pessoais pré-existentes nos participantes, resultantes de transições do tipo saúde-doença, vivenciadas anteriormente, e que influenciam a vivência das transições.

A análise revela que, a existência de determinados comportamentos automáticos (Folkman & Lazarus, 1991), da parte dos participantes, para lidar com alguns problemas recorrentes pode dificultar o processo adaptativo, uma vez que a ênfase é agora colocada na reconstrução da autonomia face ao autocuidado e não no controlo da doença, o que por si só acarreta outro tipo de resposta.

(Enf-Inv) – “E o urinol? tem usado?”

(Participante 2) – Não... Tenho feito na fralda...

(Enf-Inv) – Mas não estaria melhor se fizesse no urinol?

(Participante 2) – Acho que estou bem assim na maré... Na maré acho que não... Ainda não me consigo mexer bem... A fralda é mais confortável...

(Enf-Inv) – Mas não consegue aguentar a urina até que chegue o urinol?

(Participante 2) – Acho que não... Com a fralda eu posso estar à vontade... Eu já antes tinha problemas... Já tinha sido operado e por vezes não aguentava bem as urinas...”;

(Participante 3) – “Mas eu sofro um pouco dos ossos... Os joelhos já me doíam e agora faltam-lhes força, o que não ajuda nada para eu poder andar novamente... Talvez um pouco por aí eu possa ter dores, mas isto já estou habituada...”

(Enf-Inv) – E o que tem feito para essa dor?

(Participante 3) – Tenho uma pomada que aplico no joelhos... Já aplicava anteriormente e

continuo a aplicar...

(Enf-Inv) – E quem lhe receitou essa pomada?

(Participante 3) – Foi o médico de família e já faço há alguns anos...

(Enf-Inv) – Não acha que agora a situação mudou e que devia ser reavaliada?

(Participante 3) – Isto já é antigo... Já estou habituada...".

3.2.2.3 – Conhecimento sobre a Saúde

Meleis et al. (2000:22), referem que:

Anticipatory preparation facilitates the transition experience, whereas lack of preparation is an inhibitor. Inherently related to preparation is knowledge about what to expect during a transition and what strategies may be helpful in managing it.

A análise das entrevistas permitiu revelar algumas categorias substantivas relacionadas com o conhecimento (ou a falta deste), nos participantes e que pelas suas similaridades se agregaram numa categoria conceptual denominada "**Conhecimento sobre a Saúde**".

Este conhecimento pessoal, por sua vez, influencia as experiências de transição, podendo por isso ser englobado na categoria Factores Intrínsecos ao Sujeito que interferem com as transições.

3.2.2.3.1 – Estou Informado

Nas entrevistas realizadas, constatou-se que os indivíduos que estavam informados sobre determinados aspectos da saúde conseguiam lidar melhor com esses problemas, descentrando a sua atenção dos mesmos e concentrando-a naqueles em que tinham menos conhecimentos.

(Participante 5) – “Pois... Para isso já sei... Levanto as pernas aqui (sofá), para isso tenho esta almofadinha... Tenho também outra no quarto que é para o inchaço desaparecer... No cadeirão também levanto...”.

3.2.2.3.2 – Má interpretação

O contacto dos indivíduos com os profissionais da saúde leva-os muitas das vezes a interpretarem de forma incorrecta o que lhes é transmitido, desenvolvendo crenças que podem tornar-se entraves para o comportamento adaptativo.

(Participante 1) – “Quando falo muito fico cansado e fico sem conseguir falar... O fisioterapeuta disse-me que se eu falar muito posso ficar sem fala e eu, tenho medo! Às vezes eu sinto isso... Sinto uma coisa na garganta e tenho dificuldades para falar”.

Esta subcategoria contempla também as situações em que essas crenças se desenvolvem apenas porque a forma de tratar ou de actuar dos profissionais, ou o tipo de

materiais utilizado, se modificam, alterando dessa forma a percepção que as pessoas têm sobre os assuntos.

(Participante 5) – “Ora bem, até aqui eu não fiz, porque a sensação que eu tinha era que o gás era tóxico, e não saía aquilo da ideia... Depois ontem estive cá uma acompanhante, pouco tempo, que está num lar de idosos, e ela disse –“Olhe que não dona R, é a borracha...” – De resto... Mas nunca sinto como se fosse o oxigénio... Sinto como, pronto... E então ponho o aparelho a trabalhar uma hora antes, mas é diferente... Este oxigénio não é como o do hospital...”.

3.2.2.3.3 – Procedimentos Técnicos

Um outro tipo de conhecimento identificado como deficitário, prende-se com a manipulação de alguns dispositivos de ajuda que os participantes tiveram que dominar ou interpretar, o que por vezes gerou algum *stress*.

(Notas de Campo 1) – O “*dinamap*” ontem registou valores de 111/107mmhg (provavelmente erro do aparelho) tendo o Sr. ficado em pânico;

(Enf-Inv) – “Não sei se prefere atrás da cabeça ou prender nas orelhas e debaixo do queixo?”

(Participante 5) – Debaixo do queixo... E a posição? Isto é para baixo ou para cima (patilha da base da cânula)?”

3.2.2.3.4 – Implicações da Doença

Emergiram ainda, défices de conhecimento relacionados com alterações nos processos corporais e com o estado debilitado em que os participantes se encontravam.

(Notas de Campo 1) – Apresentava (síndrome ombro-mão) edema no membro superior direito com predomínio da mão onde tinha alguma dificuldade em articular os dedos. Estava preocupado com a situação procurando algum conforto da minha parte;

(Notas de Campo 1) – Refere que se cansa muito quando deambula por curtas distâncias ou quando fala durante algum tempo. Teve a visita de familiares em casa e necessitou de parar de falar pois já não estava a conseguir dizer nada, nem fazer nada;

(Enf-Inv) – “E dúvidas sobre o que lhe aconteceu e o que lhe está a acontecer? Durante este tempo precisou de alguém que as pudesse tirar ou aconselhar sobre os seus problemas?”

(Participante 3) – Quer dizer... A perna às vezes está assim um bocadito presa e eu não sei se é normal... Sei lá... Acho que será...”.

3.2.3 – Potencial das Terapêuticas de Enfermagem

O conceito de adaptação está associado ao princípio orientador de que o enfermeiro não é um agente modificador, mas antes é aquela pessoa que, entre outras coisas, cria um contexto para a mudança (Wright & Leahey, 2002). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003:19) a enfermagem “*actua como um recurso para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte*”.

Assim, ao longo do estudo, o enfermeiro-investigador foi desenvolvendo uma interrelação pessoal com os participantes/familiares, tentando recriar um ambiente terapêutico que facilitasse a reconstrução da autonomia face ao autocuidado.

A análise do impacto que essa interacção teve, permitiu inferir uma nova categoria conceptual, denominada de **potencial das terapêuticas de enfermagem** que pretende representar o conjunto de intervenções de enfermagem efectuadas pelo enfermeiro-investigador, em casa dos participantes.

Antes de apurar a categoria major, foi possível identificar várias subcategorias, classificadas segundo o tipo de acção: informar, gerir, atender, executar e determinar.

3.2.3.1 – Informar

Informar, é a primeira subcategoria conceptual a emergir e aglutina um conjunto de acções de enfermagem centradas na transmissão de informação útil aos participantes e/ou conviventes significativos, para facilitar a vivência das transições (ver o quadro 22).

Quadro 22 - Matriz Síntese: Potencial das Terapêuticas de Enfermagem - Informar

P	C	CODIFICAÇÃO ABERTA	CODIFICAÇÃO AXIAL			
		Categorias Substantivas	Categoria Conceptual e Subcategorias			
1	114	Acabar com falsas crenças	Desmistificar Crenças Erróneas			
3	50	Acabar com falsas crenças				
1	117	Instruir exercícios	Controlar os Processos Corporais			
2	88	Controlo de sintomas				
2	87	Treinos vesicais				
2	82	Higiene oral				
3	52	Ensinar a cuidar da perna				
3	53	Ensinar sobre a cicatrização				
4	129	Ensinar sobre o tratamento				
5	184	Informar sobre a saúde				
5	185	Aconselhar sobre a saúde	INFORMAR: Acção com as características específicas: Comunicar alguma coisa a alguém (ICN, 2005).			
1	140	Recuperar a autonomia			Participante	
2	83	Instruir a ser autónomo				
3	51	Instruir a cliente a andar				
4	126	Instruir o cliente a rodar na cama				
1	118	Ensinar a esposa a cuidar			Promover a Autonomia	
2	84	Investir mais tempo				
2	85	Instruir a filha a cuidar				
4	122	Instruir a deitar				
4	123	Instruir técnica de levantar				
4	125	Ser ele a fazer as coisas				
4	124	Instruir técnica de marcha com apoio de mãos				
4	128	Deixe-o desabafar	Prestador de Cuidados			
1	116	Controlar as tensões			Ajuda Instrumental	
2	86	Adquirir material				
5	210	O oxigénio				

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001:8):

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo do ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.

3.2.3.1.1 – Desmistificar Crenças Erróneas

A análise dos dados evidencia a existência de crenças erróneas sobre a saúde que inibem a acção dos participantes, inculcando-lhes falsos medos, que por vezes impedem certas actividades dirigidas à reconstrução da autonomia face ao autocuidado e que devem ser desmistificados, potenciando assim o desenvolvimento das **capacidades** dos participantes.

(Notas de Campo 1) – Foi esclarecido relativamente à falsa crença de que poderia ficar sem voz, sendo alertado novamente para o conceito de preservação da energia;

(Notas de Campo 1) – Foi esclarecido quanto às potenciais implicações de uma queda e à necessidade de ser ponderado sem colocar em causa o trajecto da reabilitação.

Por vezes, a acção de informar poderá estar dirigida a determinadas atitudes dos indivíduos, resultantes de crenças antigas.

(Enf-Inv 3) – “Mas sabe que é para isso que existem os analgésicos... Estar com dor, não conseguir andar, apenas vai atrasar a sua recuperação... É nestas situações que os analgésicos devem ser tomados e são eficazes...”.

3.2.3.1.2 – Controlar os Processos Corporais

Um dos principais conceitos, inerente à natureza das transições e relacionado com o tipo de transições saúde-doença, é o compromisso nos processos corporais (ver o ponto 3.1.1.2) que obriga os indivíduos a mudar para se adaptarem à nova realidade.

Os enfermeiros que informam sobre como lidar com estes compromissos, poderão, potencialmente, estar a promover uma adaptação eficaz facilitando o **autocontrolo**.

(Notas de Campo 1) – “Foi encorajado a mastigar com o lado afectado para gradualmente ir recuperando as funções afectadas. Foi instruído a manter uma higiene oral cuidada, essencialmente após as refeições, evitando a acumulação de alimento no lado parético.”;

(Participante 5) – “Sabe que eu tinha os intestinos que tudo fazia funcionar e quando estava bem não os podia comer... E portanto, eu gosto de comer kiwi bem maduro, mas eu evitava comê-los...”

(Enf-Inv) – Eu estou a dizer agora, nos períodos em que se sentir mais presa do intestino em vez de tomar um Kreon[®], pode comer kiwi. Geralmente funciona muito bem e naturalmente com uma fruta acaba por resultar...”.

3.2.3.1.3 – Promover a Autonomia

Tal como já foi referido, na interacção com os participantes, o enfermeiro-investigador manteve sempre a intenção de promover a autonomia. Contudo, ao longo dos vários encontros, constatou-se que essa interactividade tinha que igualmente acontecer em relação aos prestadores de cuidados, capacitando-os também para poderem promover o autocuidado.

3.2.3.1.3.1 – No Participante

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001:14), “*são elementos importantes face à readaptação funcional [...] o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação*”

individual requerida face à readaptação funcional”. Assim, ao longo do estudo é possível identificar a acção de enfermagem dirigida à aquisição de competência, por parte dos participantes, que facilitam a reconstrução da autonomia face ao autocuidado.

(Notas de Campo 1) – Foi improvisado um cabo para o garfo, com uma ligadura, para que o indivíduo iniciasse a alimentação com a mão afectada;

(Enf-Inv 2) – “Sr. S, o braço doente nunca pode ficar debaixo da mesa... É o braço bom que o tem que puxar e pôr em cima da mesa...” - De imediato ele pegou no braço esquerdo e com alguma dificuldade posicionou-o em cima da mesa;

(Notas de Campo 2) – Enquanto o investigador vestia o indivíduo pediu a sua colaboração para apertar o casaco. Ele rapidamente deu início à tarefa tendo, no entanto, alguma dificuldade para segurar no casaco com a mão parética... Ao longo de todo o tempo, observou-se a preocupação dele em manter o braço parético sempre apoiado;

(Enf-Inv 4) – “Deixe estar que eu ajudo... Sr. M vamos então virar... Vai fazer tudo o que conseguir fazer... Primeiro roda as pernas com o corpo (esforça-se por flectir as pernas mas rapidamente desiste). As pernas vão rodar... É só para rodar... Esta perna tem que fazer força”.

3.2.3.1.3.2 – Ensinar o Prestador de Cuidados

“A abordagem da integração do deficiente não é um problema a ser analisado apenas na vertente individual mas temos que considerar que as mudanças também vão ocorrer no ambiente, nomeadamente no familiar” (Martins, 2002:148).

Assim é de capital importância, tal como já foi referido (ver o ponto 3.2.1.3.1), capacitar o prestador de cuidados, para que este promova a autonomia, fortalecendo a força de vontade dos participantes e ajudando-os a adquirir gradualmente a autonomia.

(Notas de campo 1) – A esposa foi aconselhada a manter todo o apoio ao marido devendo no entanto incidir mais na promoção do autocuidado, evitando fazer por ele tudo aquilo que ele possa fazer sozinho;

(Notas de Campo 2) – Informou-se a filha acerca das diversas alterações que era necessário fazer para adaptar o WC de forma a facilitar o banho de chuveiro na cadeira sanita;

(Enf-Inv 4) – “O apoio deve ser dado aqui à frente... É à frente que ele precisa de se sentir seguro para poder andar... É aqui que tem que lhe segurar nas mãos (instruções dadas à esposa)”.

3.2.3.1.4 – Ajuda Instrumental

Informar os indivíduos e os cuidadores acerca dos vários tipos de recursos que podem ser utilizados e adquiridos para promover a autonomia, é também uma competência dos enfermeiros que emergiu no estudo como potencial facilitador.

(Enf-Inv) – “Não têm uma aparadeira ou uma cadeira sanita?”

(Prestador de Cuidados 2) – Não sabia que era preciso mas se é, eu consigo arranjar”;

(Enf-Inv 5) – “Cada Centro de Saúde tem um conjunto de serviços disponíveis para as pessoas que necessitam de apoio em casa, como no seu caso, que por intermédio dos seus filhos acabou por recorrer a outro tipo de recursos”.

Para além disso desenvolvem competências nos indivíduos/cuidadores para que sejam capazes de utilizar os materiais necessários para a readaptação funcional.

(Notas de Campo 1) – Foi instruído sobre a correcta utilização do “*dinamap*” e sobre a possível ocorrência de valores falsos;

(Enf-Inv 5) – “Para baixo... Esta patilha apoia na face para direccionar correctamente as cânulas para o interior das narinas...”.

3.2.3.2 – Gerir

Gerir é a segunda subcategoria conceptual a emergir e aglutina um conjunto de acções de enfermagem desenvolvidas, dirigidas aos participantes/conviventes significativos, que têm como objectivo ajudá-los a reorganizarem-se para enfrentarem melhor as transições (ver o quadro 23), facilitando a reconstrução da autonomia face ao autocuidado.

Quadro 23 - Matriz Síntese: Potencial das Terapêuticas de Enfermagem - Gerir

P	C	CODIFICAÇÃO ABERTA	CODIFICAÇÃO AXIAL	
		Categorias Substantivas	Categoria Conceptual e Subcategorias	
1	120	Orientações sobre o regime terapêutico	Orientar para o Regime Terapêutico	GERIR: Acção com as características específicas: Estar encarregado de, e organizar para alguém ou alguma coisa (ICN, 2005:137).
1	115	Planear o regime alimentar		
4	127	Gerir farmacologicamente a dor		
5	194	Advogar o uso de fármacos		
5	186	Ensinar sobre os efeitos terapêuticos		
1	119	Manter a energia	Planear as Respostas à Doença	
5	188	Gerir a energia		
1	121	Treinamentos vesicais		
3	54	Novas actividades para fazer		
4	130	Diminuir o medo de andar		
1	122	Orientação para outros profissionais	Orientar para outros Técnicos	
2	90	Orientação para outros profissionais		
4	131	Convém dizer ao médico		
3	55	Orientação para outros profissionais		

3.2.3.2.1 – Orientar para o Regime Terapêutico

É possível inferir dos dados, a importância da actuação dos enfermeiros relativa à orientação das pessoas face ao regime medicamentoso, promovendo o autocontrolo sobre o evento gerador de dependência e facilitando a vivência das transições. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001:15), os profissionais desenvolvem processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde através da “*optimização das capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito*”.

(Notas de Campo 1) – O investigador trouxe alguns documentos escritos para ajudar no planeamento das refeições. No início ficou com a esposa a ouvir falar sobre a alimentação e fez muitas perguntas no sentido de conhecer o que fazia bem ou mal, ao problema dele;

(Enf-Inv) – “Este comprimido para tomar quando tiver muitas dores vai passar a tomá-lo antes de ir tomar banho

(Prestador de cuidados 4) – Quando tiver muitas dores?

(Enf-Inv) – Não, antes de as ter, porque já sabe que as vai ter, e a dor trata-se melhor antes de começar a doer do que quando já é intensa. Assim quando for tomar banho, está já sobre o efeito do comprimido e não tem essas dores... Se tomar depois, já vai ser difícil desaparecerem...

(Prestador de cuidados 4) – Portanto, é para evitar que ele tenha a dor?

(Enf-Inv) – Exactamente... Isso vai fazer com que ele se consiga movimentar melhor, consiga fazer as coisas melhor, ao levantar-se ter menos dores, ao andar ter menos dores....”.

(Participante 5) – “E esse está de manhã, mas um dos meus filhos disse que também, se não quisesse acordar, poderia tomar ao almoço... Poderei?

(Enf-Inv) – Pode sim. Só não o deve tomar à noite porque como isso vai fazer com que vá mais vezes à casa de banho, se o tomar à noite depois vai ter ainda mais dificuldade em conseguir dormir sossegada, porque vai ter que se levantar mais vezes...”;

3.2.3.2.2 – Planear as Respostas à Doença

Outra das acções de enfermagem (com potencial terapêutico) que emergiu do estudo foi o planeamento em conjunto com os indivíduos/cuidadores de actividades capazes de os ajudar a dar respostas aos problemas, envolvendo-os na resolução dos problemas. Este envolvimento demonstrou ser útil para o desenvolvimento de novas capacidades nos participantes.

(Notas de Campo 1) – Iniciamos um esquema de treinos vesicais para aplicar nos períodos mais críticos – Antes de sair de casa, antes e após a fisioterapia;

(Enf-Inv 3) – “O ideal seria arranjar novas actividades para fazer durante o dia para se manter o mais possível acordada e activa, deixando a noite para descansar, assim provavelmente vai dormir melhor.”;

(Enf-Inv) – “Se sentir necessidade, podemos colocar uma cadeira no meio do corredor para que possa fazer uma pausa caso sinta necessidade.

(Prestador de cuidados 4) – Está bem Sr. Enfermeiro. Às vezes é bem preciso...”

(Enf-Inv 5) – “Um ponto fundamental é parar quando começar a ficar cansada... Não forçar o que quer que seja porque agora e nos próximos tempos vai ter pouca energia para realizar as actividades, e por isso vai ter que alternar entre o repouso e a actividade. Neste momento, por exemplo, como começa a ficar cansada vamos terminar a entrevista...”.

3.2.3.2.3 – Orientar para outros Técnicos

Os enfermeiros previnem complicações para a saúde dos clientes através da “referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandados sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde” (OE, 2001:13). Esta é mais uma categoria emergente que demonstra a abrangência e o

alcance que as terapias de enfermagem podem ter, mesmo quando o problema não pode ser solucionado pela acção dos enfermeiros.

(Notas de Campo 1) – Apresentava um valor de PSA elevado, tendo sido aconselhado a marcar consulta com a médica assistente para discutir os resultados e orientação terapêutica;

(Notas de Campo 2) – Aconselhou-se a filha a contactar o urologista que seguia o indivíduo e marcar uma consulta para que ele pudesse ser reorientado;

(Enf-Inv 3) – “Mas quando sente dor, o ideal seria que estivesse medicada pelo seu médico?”;

(Notas de Campo 4) – Aconselhou-se a família a falar com o médico no dia seguinte, para que ele fosse examinado com atenção, referindo os períodos de tosse, sudorese, sonolência e confusão que se estavam a verificar nos últimos dias.

3.2.3.3 – Atender

No quadro 24, poderemos consultar a matriz síntese de toda a codificação realizada, ao longo do estudo, relacionada com as acções de enfermagem do tipo, **Atender**.

Quadro 24 - Matriz Síntese: Potencial das Terapêuticas de Enfermagem - Atender

P	C	CODIFICAÇÃO ABERTA	CODIFICAÇÃO AXIAL	
		Categorias Substantivas	Categoria Conceptual e Subcategorias	
1	123	Incentivo a continuar	Incentivar a Autonomia ATENDER: Acção com as características específicas: Estar atento a, de serviço a, ou a tomar conta de alguém ou alguma coisa (ICN, 2005:131).	
2	89	Desafio para a autonomia		
2	91	Incentivo a continuar		
2	92	A sua participação é fundamental		
2	93	Não acha que está melhor		
4	132	Fazemos um acordo		
4	133	Vale a pena o esforço		
4	134	Ninguém pode fazer por si		
5	189	Promover o autocuidado		
5	191	Incentivar o retorno às actividades de vida diárias		
5	193	Reforçar os progressos		
5	192	Dar poder sobre como ser mais autónoma		
4	135	Estimular a tomada de decisão		
1	124	Convidado a escutar-se		Apoiar o Indivíduo
4	136	Manter a esperança		
5	190	Atender as queixas		
5	187	Orientar para a vida		
4	137	Manter o querer		
3	56	Assistência fantástica		

3.2.3.3.1 – Incentivar a Autonomia

Outra subcategoria que emergiu dos dados, com grande expressividade, foi o incentivo à autonomia. Isso significa que, para além de trabalhar com os participantes/familiares para promover a mudança no sentido da autonomia (ver o ponto 3.2.3.1.3), também é importante que os enfermeiros apoiem e reforcem os seus esforços, incentivando-os a continuar, envolvendo-os no autocuidado e consciencializando-os da importância da mudança, mesmo quando as emoções negativas estão muito presentes.

(Notas de Campo 1) – Foi incentivado a continuar a tentar levantar-se e andar salvaguardando sempre a presença de outras pessoas para poder apoiar-se sempre que fosse preciso;

(Notas de Campo 2) – O Sr. S teve alguma dificuldade em segurar o garfo com a mão mas após algumas tentativas, conseguiu. Depois teve dificuldade em conseguir espetar o garfo na fruta. Contudo, a maior dificuldade foi elevar o membro até à boca. Durante a primeira tentativa, apesar da grande concentração com que tentou desempenhar a tarefa, o kiwi caiu em cima da roupa tendo o indivíduo demonstrado alguma frustração.

(Enf-Inv 2) – “Isto agora no início é natural que vá acontecer mais vezes... não pode é desistir... Se cair, tenta outra vez, e outra, e outra, até conseguir. O importante é não deixar de tentar para cada vez fazer melhor.”

(Nota de Campo 2) – Esta frase fez com que tentasse novamente, acabando por conseguir completar a tarefa;

(Participante 4) – “Não, eu vou a pé – E faço o sacrifício e vou para a última cadeira da sala a andar “devagarito”, como andei há pouco, mas vou... Mais que isso não posso fazer mais...”

(Enf-Inv) – Isso é excelente...E deve sempre querer fazer isso....”;

(Enf-Inv) – “Nas próximas semanas vou-lhe pedir para fazer um esforço para retomar a sua actividade habitual. O fundamental é querer sempre fazer mais e não deixar que os outros façam por si o que já consegue fazer sozinha...”

(Participante 5) – É o que eu hoje interiorizei... Vou tentar fazer mais... Sair do cadeirão... Andar...”.

3.2.3.3.2 – Apoiar o Indivíduo

“A saúde é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual” (OE, 2001:6). Tendo como base este conceito, emergiu esta subcategoria dos dados que representa o conforto emocional que os enfermeiros podem proporcionar aos participantes, ajudando-os assim a enfrentar os problemas, quando as estratégias pessoais para lidar com as emoções não são suficientes.

(Notas de Campo 1) – Foi convidado a escutar-se e percebeu que não estava a lutar contra o mundo. Tinha antes que utilizar os recursos que o mundo lhe proporcionava para poder ficar mais autónomo;

(Enf-Inv 4) – “Mas para isso tem de pensar de forma diferente. Tem de pensar – Eu tenho de fazer mais coisas... Eu tenho de fazer o que conseguir fazer sozinho... – E evitar pensamentos como – Eu não vou conseguir fazer mais nada... Eu não valho nada... Eu não vou sair mais daqui... Tudo o que conseguir fazer será uma vitória nesta fase”.

3.2.3.4 – Executar

Paradoxalmente ao que está socialmente associada a enfermagem (profissão direccionada para a execução técnica), a análise dos dados revela que as intervenções do tipo **executar** foram as que emergiram com menor expressividade no sentido de ajudar os participantes a reconstruírem a autonomia face ao autocuidado.

Constata-se a sua utilidade para o tratamento de sintomas decorrentes do evento gerador de dependência que, caso não fossem abordados, poderiam limitar a acção dos participantes.

(Notas de Campo 2) – Executou-se massagem local tendo o indivíduo referido alívio da dor.

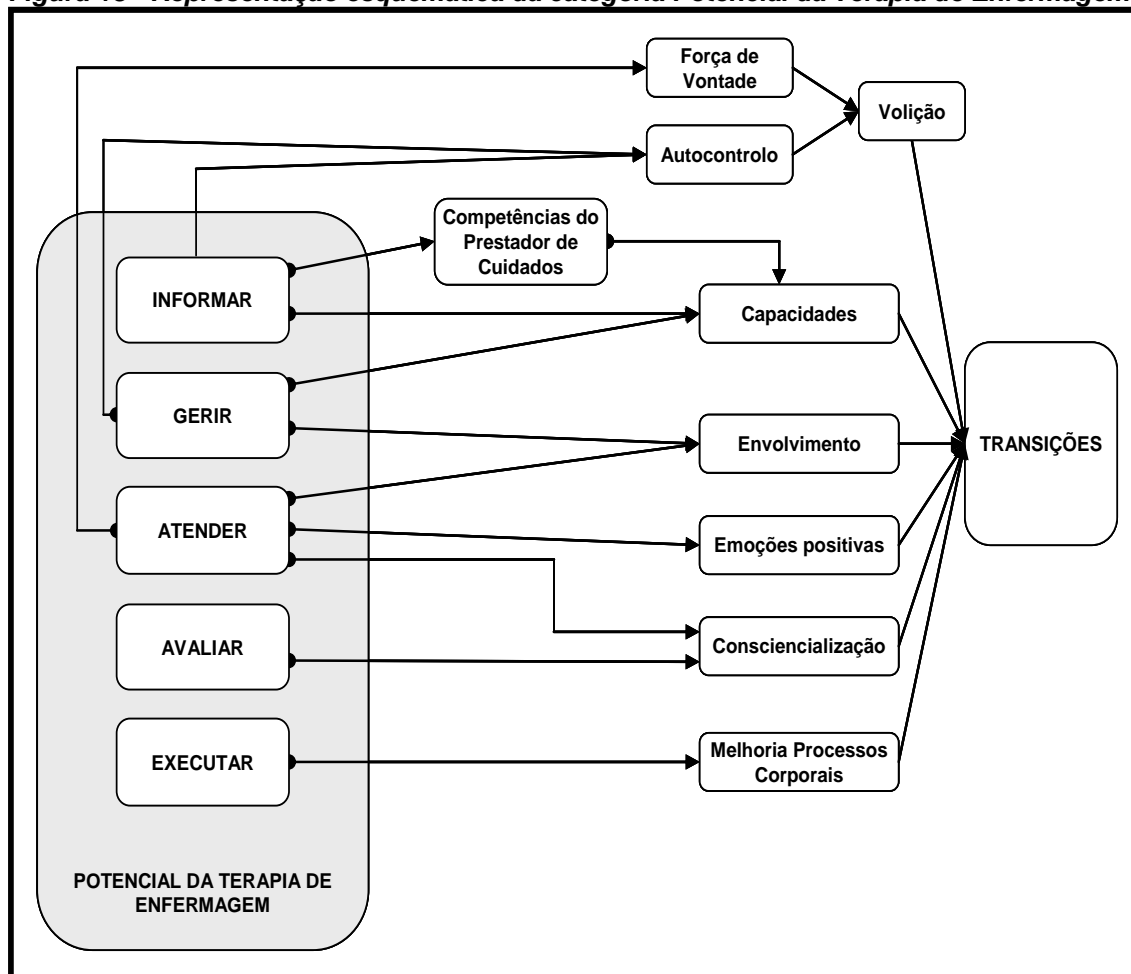
3.2.3.5 – Determinar

Determinar emerge como o primeiro tipo de acção que o enfermeiro-investigador utiliza na sua relação com os participantes. Ao recolher os dados, constata-se que não está somente a reunir informação para diagnosticar problemas. Como já foi referido anteriormente (ver o ponto 3.1.3), este processo é de grande importância para promover a **consciencialização** dos indivíduos, ajudando-os a identificar os défices e a dar início, por vezes, a todo o processo de reconstrução da autonomia face ao autocuidado.

3.2.3.6 – Síntese da categoria Potencial das Terapêuticas de Enfermagem

Segundo Meleis (2007:220) “os enfermeiros antecipam, avaliam, diagnosticam, lidam com ou ajudam os outros a lidar com as transições”. Foi o que verificámos na análise dos dados e que agora representámos na figura 18.

Figura 18 - Representação esquemática da categoria Potencial da Terapia de Enfermagem



3.2.4 – Indicadores de processo

Até ao momento caracterizamos a natureza das transições envolvidas no estudo, os factores que condicionam a vivência dessas transições e as terapias de enfermagem propostas para facilitar todo o processo. Estamos agora em condições de analisar as respostas dadas pelos participantes no sentido de distinguir aquelas que indicam sucesso e adaptação, das que denunciam que os participantes caminham para uma maior vulnerabilidade.

3.2.4.1 – *Coping*

As pessoas que atravessam transições estão frequentemente mais expostas a riscos que afectam a sua saúde e o bem-estar (Meleis & Schumacher, 1994; Meleis et al, 2000). Por vezes têm de fazer um esforço para se confrontar com situações para as quais sentem não ter recursos, ou seja, situações causadoras de *stress*.

Perante isso, podem dar uma resposta emocional ou comportamental espontânea (resposta de *stress*), sem qualquer objectivo, ou desenvolver mecanismos de *coping* (pensamentos e comportamentos que as pessoas usam para lidar com os *stressores* internos e externos), que lhes permitam enfrentar a situação vivenciada (Folkman & Lazarus, 1984).

Serra (1999:366) define-os como “*esforços para lidar com as situações de dano, ameaça ou desafio, quando não está disponível uma rotina ou uma resposta automática para confrontar a situação*”, ou seja, *coping* “*include a wider range of cognitive and behavioral responses that ordinary people use to manage distress and address the problems of daily life causing the distress*” (Folkman & Maskowitz, 2004:746).

Concentrando-nos nas entrevistas, emergem diversas categorias substantivas que denunciam, nos participantes, um conjunto de disposições para gerir o *stress* provocado pelo evento gerador de dependência.

Ao codificar, subindo no grau de abstracção e agrupando categorias substantivas em categorias conceptuais, utilizamos a classificação das estratégias de *coping* proposta por Folkman & Lazarus (1991) para melhor definir os conceitos emergentes. Chegamos assim a duas categorias abrangentes (***Coping Centrado no Problema*** e ***Coping Centrado nas Emoções***) que têm a capacidade de influenciar as transições.

3.2.4.1.1 – ***Coping Centrado no Problema***

Os participantes quando desenvolvem estratégias de *coping* centrado no problema, agem no sentido de mudar a realidade que causa perturbação, pois sentem que podem fazer algo de construtivo para promover a mudança (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Seguindo este paradigma, identificam-se nos dados duas categorias distintas que revelam cada uma, estratégias diferentes para lidar com os problemas (***Coping confrontativo; Resolução planeada de problemas***), possíveis de consultar no quadro 25.

Quadro 25 - Estratégias de Coping Centradas no Problema

RELAÇÃO ENTRE OS VÁRIOS TIPOS DE RESPOSTA DO INDIVÍDUO		
Categorias	Respostas	Unidades de registo (Exemplos)
Coping Confrontativo: Esforços para alterar o problema com algum grau de hostilidade e de risco (Folkman & Lazarus, 1991).	Aumenta a esperança	(P1) - "Esta semana, pela primeira vez, levantei-me para ir ao WC, sozinho e ela não me ouviu..."; (P5) - "A fisioterapia faz-me muito bem mas também me cansa, não é? Mas acho que me faz mesmo muito bem... Do que me competia eu faço sem parar...";
	Diminui os Sentimentos de Impotência	(NC1) - Por insistência dele a entrevista é realizada na varanda. Ao passar para lá, perdeu por momentos o equilíbrio. O investigador ao tentar ampará-lo foi reprimido. (P1) - "Deixe estar Sr. Enfermeiro... Não me ajude... Eu tenho de fazer isto sozinho...";
	Aumenta o stress emocional	(NC1) - Ontem, tentou levantar-se sozinho, passar para uma cadeira e não conseguiu, acabando por cair e bater com a cabeça no vidro; (P1) - "Várias vezes eu acordei e desfiz a fralda toda durante a noite. Cai varias vezes abaixo da cama (caía bem que eu segurava-me) porque queria sair dali, queria fazer as coisas... não sou pessoa para usar fralda".
Resolução Planeada de Problemas: Esforços para mudar o evento <i>stressor</i> , associados a um processo analítico de resolução de problemas (Folkman & Lazarus, 1991).	Mantém ao máximo a autonomia	(P1) - "Quero manter o meu dia-a-dia o mais normal possível... Levanto-me com a ajuda da mulher, vou comer à mesa... não quero tabuleiros para aqui ou para ali..."; (P3) - "E se quero ir ao frigorífico consigo, quer dizer, venho trazer as coisas aos bocados, pois com as canadianas e com as coisas na mão não é muito fácil... Mas pouse aqui... Depois pouse ali... Até que chego ao fim..."; (P5) - "Lavar os dentes é que faço, depois das refeições, trazem-me aqui a bacia e eu sentada lavo-os aí sobre a bacia...";
	Aumenta a esperança	(P1) - "O meu trabalho... Eu queria voltar a trabalhar... Esse é o meu objectivo... Eu vejo que com a fisioterapia eu vou conseguindo ficar melhor... Por cada tratamento que faço eu sinto que fico melhor [...] Eu tenho de continuar com a fisioterapia"; (E-1) - "E a confiança em si... Tem-se sentido mais confiante?" (P2) - Eu acho que sim... Tenho-me atirado a andar... Já é alguma coisa não é? Até aqui não andava nada..."; (P5) - "É o que eu hoje interiorizei... Vou tentar fazer mais... Sair do cadeirão... Andar...";
	Aumenta o controlo sobre a sua doença	(P1) - "A comida é que é muito má... Já estou cansado de comer sempre a mesma coisa... E a mulher quer que todos comam daquilo sem sal... Assim não pode ser... Não me pode arranjar uma lista de coisas que posso ou não comer!"; (P2) - "Às vezes até bebo água para ver se urino melhor,"; (P4) - "Eu vou trocar o colchão que tenho lá dentro para aqui, porque este está visto que eu não posso dormir nele... Porque este é de molas e aquele é mesmo ortopédico...";
	Diminui a dependência dos outros	(P1) - "Se ele fizer o <i>polivan</i> , já tomo banho sozinho... posso fazer as coisas sozinho... já não dependo da minha mulher..."; (P4) - "Eu, por exemplo, quando for tomar banho posso lavar a cabeça, os ouvidos, os dentes... Isso posso ser eu que faço..."; (P5) - "Vou então esta semana começar a tentar levantar-me e peço para que me ponham uma cadeira ao lado da cama para me sentar".

A análise do quadro permite-nos inferir que ambas as estratégias influenciam as transições, quer actuando directamente sobre o evento gerador de dependência (mantendo ou aumentando a autonomia face ao autocuidado e diminuindo a dependência dos cuidadores), como agindo indirectamente sobre as emoções, que se vão modificando à medida que ocorre a reestruturação cognitiva do elemento *stressor*.

No entanto, é de realçar que enquanto a **Resolução Planeada de Problemas** é uma estratégia adoptada por todos, o **Coping Confrontativo** é predominantemente utilizado pelo participante 1. Segundo Carver, Scheier & Weintraub (1989:270) “*pode-se traçar um paralelismo entre as dimensões da personalidade e determinados estilos de coping*”. Estabelece-se assim uma relação entre o *locus* de controlo interno (característico neste indivíduo) e esta estratégia de *coping*, factor que deve ser levado em conta, uma vez que quando lidamos com situações de dependência, nem sempre a avaliação que os indivíduos fazem sobre o problema real é a mais correcta (ver o ponto 3.1.3 - categoria **Consciencialização**), principalmente quando têm presente uma percepção de controlo sobre o mesmo. Assim, algumas tentativas para resolver a situação podem acarretar riscos para os participantes e culminarem em experiências frustrantes, implicando maior *stress* psicológico.

3.2.4.1.2 – **Coping Centrado nas Emoções**

As estratégias de *coping* centrado nas emoções, são utilizadas pelos participantes quando estes se sentem num estado de tensão emocional, gerado pela ausência de respostas direccionadas ao evento gerador de dependência e cuja única solução passa pela modulação da resposta emocional, reduzindo o *stress* e restabelecendo a homeostasia.

Santos (2006) cita Folkman & Lazarus (1984), quando refere que:

(...) muitas das fontes de *stress* não podem ser dominadas e o *coping* eficaz, nessas condições, é aquele que permite à pessoa tolerar ou aceitar situações *stressantes*, bem como as tentativas para dominar o ambiente”.

Emergem assim seis categorias dos dados, que segundo os autores Folkman & Lazarus (1991) representam as estratégias de **coping centrado nas emoções** (ver o quadro 26).

Dada a grande variedade de categorias substantivas identificadas, escolhemos representar exemplos das estratégias que os participantes utilizaram para lidar com as duas emoções que mais emergiram como obstáculos ao autocuidado (**Sentimentos de Impotência e Falta de Esperança**).

Constata-se que nem sempre essas estratégias conduzem a uma evolução no processo de reconstrução da autonomia, contudo, “*deve haver prudência na avaliação se um processo de coping é bom ou mau, dado estar dependente da pessoa, dos seus objectivos, dos resultados procurados e das suas preocupações*” (Ribeiro & Rodrigues, 2004:4) ou seja, o processo de *coping* inclui o esforço para lidar com as exigências *stressantes*, independentemente do resultado final (Folkman & Lazarus, 1991).

É o que demonstra o quadro 26 onde é possível constatar que os participantes utilizam estratégias de *coping* centrado nas emoções como resposta para lidar com o *stress*, durante o período de transição.

Quadro 26 - Estratégias de Coping Centradas nas Emoções para as Categorias: Sentimentos de Impotência e Falta de Esperança

RELAÇÃO ENTRE OS VÁRIOS TIPOS DE RESPOSTA DO INDIVÍDUO		
Emoções	Categoria	Unidades de registo (Exemplos)
Lidar com os sentimentos de impotência e de falta de esperança	Aceitação da responsabilidade: Reconhecimento do papel do próprio relativamente ao problema, tentando melhorar ou corrigir a situação (Folkman & Lazarus, 1991).	(P1) - “Destruí tudo o que sabia em termos de andar de um momento para o outro, não posso esperar em duas semanas estar já a andar” – Tentativa de compensar as suas perdas centrando-se nas emoções; (E-1) - “Mergulhado em pensamentos de que já não vale a pena lutar... (P4) - É aquilo que tem estado metido dentro da minha cabeça... Era isso... Vamos a ver agora daqui para a frente... Não posso garantir... Só posso prometer que vou tentar fazer...”.
	Autocontrolo: Esforço para modelar as emoções e as acções em relação ao problema (Folkman & Lazarus, 1991).	(P1) - “Eu não posso pensar que sou um inválido... se algum dia pensar que sou um inválido eu dou um tiro na cabeça...”; (P2) - “Vou indo... Graças a Deus... (disse olhando para o entrevistador como que a dizer - Agora é isto... Não posso esperar mais...)”.
	Reavaliação Positiva: Esforço para criar um significado positivo, valorizando o crescimento pessoal e a religião (Folkman & Lazarus, 1991).	(P1) - “ele disse que eu era fundamental e que se eu sáísse não haveria condomínio... Isso fez-me ver o quanto era preciso. Agora já posso resolver alguns problemas o que é bom para mim...”; (P2) - “Tenho-me atirado a andar... Já é alguma coisa não é? Até aqui não andava nada... Por isso... Vai-se indo...”; (P5) - “Eu hoje de manhã consegui andar uns largos espaços já, sem ser encostada à grade, com equilíbrio não é... Foi uma coisa assim...”.
	Distanciamento: Esforço para se afastar do evento gerador de stress ou criar uma visão mais positiva (Folkman & Lazarus, 1991).	(P1) - “Fui à consulta com o médico e ele disse-me... Dessa mão você não vai mexer mais e eu perguntei ao fisioterapeuta... Porque é que o médico foi assim tão cruel comigo...”; (E-1) - “E abotoar a roupa... Porque não o faz? (P2) - Se calhar não consigo... Isso a minha filha faz...”; (E-1) - “Porque acha que não vai poder? (P5) - Não sei, se calhar nem quero estar a pensar... Parece-me tão difícil...”.
	Fuga-Evitamento: Esforço comportamental para escapar ou evitar o problema, ou sonhar com melhores opções (Folkman & Lazarus, 1991).	(NC1) - Ele faz questão de manter ao máximo as coisas tal como eram dantes. Tudo o que representa modificação de comportamentos anteriores ele tem dificuldade em aceitar; (P2) - “O que eu queria era andar... Ser livre outra vez para poder ir para onde quero...”; (P4) - “Neste momento o que me podia fazer livre era andar... Se eu andasse, fazia muita coisa...”.
	Procura de Apoio Social: Esforço para procurar apoio informativo, instrumental ou emocional (Folkman & Lazarus, 1991).	(P4) - “Eu quando vou à casa de banho não posso ir sozinho... Não posso sozinho... Para a mesa não posso sozinho... Para nada eu posso sozinho... É isto que eu lhe estava a dizer... É vida... É a vida (diz isto a chorar com um ar de derrotado)...”; (P5) - “estou sempre a chamar, não é [...] as que estão de apoio passam a noite praticamente nisto”.

Essas respostas são importantes, pois fornecem indicadores de processo que permitem monitorizar se os indivíduos caminham em direcção à reconstrução da autonomia face ao autocuidado.

3.2.4.2 – Desenvolvimento de confiança

À medida que as transições se foram desenvolvendo alguns dos participantes foram revelando maiores indícios de confiança, demonstrando acreditar mais em si e no futuro. Este tipo de respostas são indicadores de que os indivíduos caminham para uma adaptação saudável, permitindo o desenvolvimento da auto-eficácia e simultaneamente influenciando positivamente o *locus* de controlo.

(Participante 1) – “Eu vejo que com a fisioterapia eu vou conseguindo ficar melhor... Por cada tratamento que faço eu sinto que fico melhor... Por vezes não é objectivo mas, eu sinto que estou melhor”;

(Participante 2) – “Agora com as canadianas já vou andando... Vou até à cozinha, também comer e assim... E gosto de me levantar... Vejo melhoras a andar em pé...”;

(Participante 5) – “Eu agora já não estou com as senhoras todo o dia... Só estou das 21h às 9h”.

Por outro lado, verifica-se que a falta de confiança é indicadora de que os participantes estão a desenvolver uma má adaptação à mudança, originando pensamentos pessimistas e diminuindo o envolvimento destes na reconstrução da autonomia face ao autocuidado.

(Participante 4) – “Tenho fé... Mas não é toda (diz emocionado)... Eu... Desculpe Sr. Enfermeiro (começa a chorar)... Nunca mais saio daqui...”;

(Enf-Inv) – “Sr. M, está a ver um carro que está muito tempo sem trabalhar? A bateria vai abaixo, custa a pegar, e o que eu preciso é que o Sr. comece a ligar o carro novamente...”

(Participante 4) – Eu desconfio que esse carro não vai andar mais...”.

3.2.4.3 – Desenvolvimento de parcerias

A análise dos dados revelou outro tipo de indicadores de processo que demonstram a evolução dos participantes em direcção à vulnerabilidade ou à saúde e ao bem-estar (Meleis et al, 2000:24). Trata-se da categoria identificada como “**Desenvolvimento de Parcerias**”, que reúne o conjunto de respostas que os participantes foram dando à medida que se foram relacionando com os seus familiares/conviventes significativos e outros cuidadores, durante o período de transição.

Constata-se que esta relação por vezes facilitou o autocuidado, aumentando o envolvimento dos participantes por se sentirem apoiados e valorizados e/ou por verem o empenho dos outros relativamente à sua recuperação, reintegração e relacionamento futuro. É o que Meleis et al. (2000:24) chamam de *Interacting* – “*Through interaction, the meaning of the transition and the behaviors developed in response to the transition were uncovered, clarified, and acknowledged*”.

(Participante 1) – “A minha alegria, a minha vontade de viver é a minha família. Se eles não existissem eu não teria vontade de viver”;

(Participante 2) – “O Sr. Enfermeiro e o terapeuta têm-me ajudado... Eu gosto quando bulem comigo... E quando dizem coisas para me animar...”;

(Enf-Inv) – “Qual foi a chave para a sua recuperação?”

(Participante 3) – A chave foi sem dúvida o apoio do meu marido e do meu filho... Sem eles teria sido muito difícil...”;

(Participante 5) – “Os meus netos estavam sequiosos para me ver... Vêm cá de vez em quando, não é... Hoje o meu neto até me telefonou do colégio como fazia antigamente... A mãe disse – Porque é que ele fez isso? – olha, se calhar teve saudades de fazer o que fazia muitas vezes...”.

Noutras situações, detectou-se que este relacionamento se agravava com o tempo, dificultando a reconstrução da autonomia, o que permitiu a intervenção atempada do enfermeiro.

(Participante 1) – “Esta semana explodiu uma lâmpada e eu não pude fazer nada... A minha mulher ficou em pânico e eu só pude lhe dizer aonde estavam e como se faziam as coisas... Teve que ser ela a fazer tudo... Eu não lhe pude fazer nada... Sou um inútil... Até para coisas simples...”

(Notas de Campo 1) – Estivemos vários minutos a abordar este acontecimento, acabando o sujeito por perceber que o facto de ter estado lá foi fundamental para resolver o problema, pois sem ele a mulher teria sido incapaz de o solucionar sozinha. Esta tomada de consciência, o reconhecimento da sua importância na família, deixou-o bem disposto e esperançoso.

3.2.4.4 – Relação terapêutica

A relação terapêutica, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001:8),

(...) caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente [...] desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde [...] envolvendo as pessoas significativas para o cliente individual (família, convivente significativo).

Pode-se traçar um paralelismo entre esta categoria emergente e aquilo a que Meleis et al. (2000:24) chamam de ***Feeling connected*** – “*Feeling connected to health care professionals who could answer questions and with whom they felt comfortably connected was another important indicator of a positive transition experience*”.

(Participante 1) – “Gosto quando vem cá... Sinto-me melhor por poder desabafar consigo... É um óptimo conforto psicológico...”;

(Prestador de Cuidados 4) – “A semana passada depois do Sr. ter estado aqui, ele parecia outro... Quis ir à mesa, foi à casa de banho a andar... Comeu com os talheres...”;

(Participante 5) – “Procurava sempre seguir o que me ia dizendo... O senhor foi muito importante para mim, principalmente nas primeiras semanas. Foi sempre um conforto psicológico que me puxava para cima, mesmo quando parecia que já não tinha forças e que me fez enfrentar os medos e me deu dicas para continuar e ser mais independente, como sempre o desejei ser... É também graças a si que eu consegui subir essas escadas todas... Já disse aos meus filhos o quanto são importantes estas entrevistas... Espero que eu também lhe possa ser igualmente útil tal como está a ser para mim...”.

3.2.4.5 – Consciência de uma nova vida

Consciência de uma nova vida é uma categoria emergente que espelha um conjunto de alterações que os participantes identificaram como necessárias para viver uma vida saudável e que reflecte a integração da nova realidade, em comparação com o seu *status* antes do evento gerador de dependência. Segundo Meleis et al. (2000:25), “*são indicadores de*

processo que demonstram: um conhecimento cumulativo da situação, um maior entendimento dos eventos críticos e um senso de sabedoria resultante das experiências”.

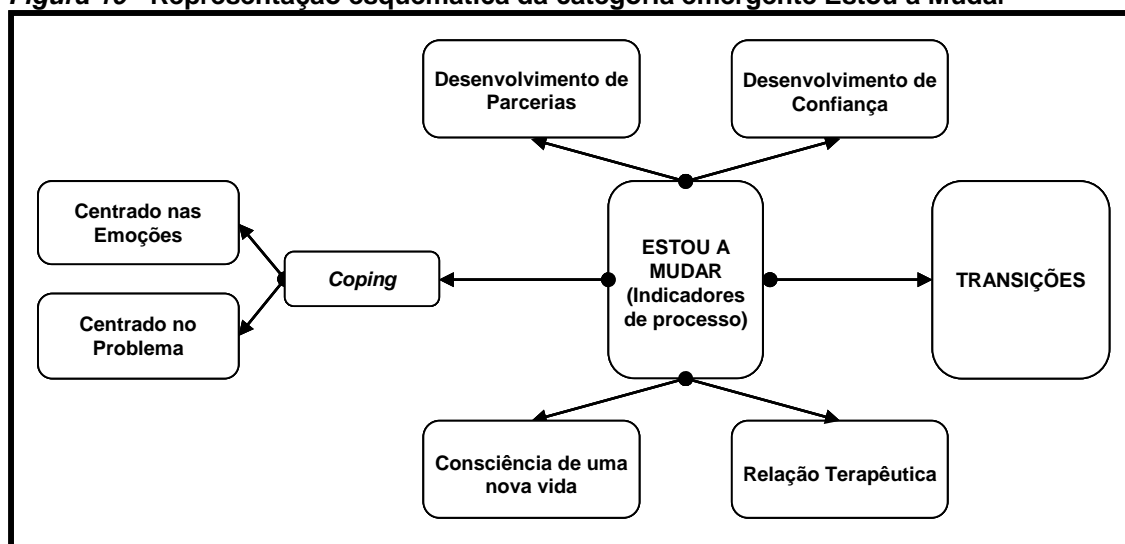
(Participante 1) – “Eu já me capacitei que não vou poder andar como dantes e se eu puder andar com uma bengala ou canadiana, para mim será muito importante para poder passear...”;

(Participante 3) – “Para o futuro também tenho de me acalmar...Acho que tenho de estar mais calma porque a idade também pesa. Já são 62 anos e eu já não posso estar a fazer o que fazia antes... Não posso fazer mais coisas que depois me possa arrependar... Acho que vou acalmar (sorri)... Tem que ser...”;

(Participante 5) – “Claro que em algumas coisas não vou poder recuperar totalmente mas se for alguma coisa já é bom... Hoje já andei bastante”.

Analisando todas as categorias conceptuais emergentes representadas no ponto 3.2.4 e tendo em atenção que todas elas nos fornecem indicadores de processo das transições, foi possível aglutiná-las numa subcategoria central (**Estou a Mudar**) que reflecte todo o conjunto de comportamentos de mudança identificados (ver a figura 19).

Figura 19 - Representação esquemática da categoria emergente Estou a Mudar



3.3 – COMO FIQUEI...

“As transições resultam de e terminam em mudanças” (Meleis et al, 2000:13) que reflectem os resultados saudáveis do processo de transição. No presente estudo emergiram duas categorias (**Como estou agora** e **Sou outra pessoa**) que atestam a evolução dos participantes no sentido da recuperação da saúde e do bem-estar (representadas no ponto 3.3.1), e que foram reunidas numa só categoria central denominada de **Como Fiquei**.

3.3.1 – Indicadores de resultado

Meleis et al. (2000:26) referem que “*deve haver flexibilidade no que diz respeito à determinação do fim de uma transição*”. Os autores alertam que se os resultados forem obtidos

demasiado cedo, podem ser confundidos com indicadores de processo e se forem demasiado tarde, podem já corresponder a outro tipo de transição entretanto iniciada.

No presente estudo, não foram encontrados indicadores reveladores de mestria, dada a restrição do mesmo a cinco entrevistas durante seis semanas, o que se revelou demasiado breve, face à longevidade temporal que transições desta natureza exigem.

No entanto, foi possível identificar várias categorias substantivas que revelam alterações de comportamento e modificações na forma de agir que aproximam os participantes de uma nova realidade que tem como meta, a saúde e o bem-estar.

A saúde é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual [...] a pessoa pode sentir-se saudável quando transforma e integra as alterações da sua vida quotidiana no seu projecto de vida (OE, 2001:6).

Através do processo de codificação foi possível aglutinar algumas dessas categorias, numa categoria conceptual (indicador de resultado da vivência salutar das transições), denominada **Capacidade para o Desempenho**, em que é possível reconhecer a aquisição de capacidades para realizar autonomamente o autocuidado (ver o quadro 27).

Quadro 27 - Indicadores de resultado - categoria Capacidade para o Desempenho

Codificação Aberta	Codificação Axial	
Unidades de registo (Exemplos)	Categoria Conceptual e Subcategorias	
(NC1) - Ele já consegue manobrar a cadeira através dos corredores, sem ajuda, utilizando a perna e o braço não afectados. (P1) - "Agora já não preciso de ninguém para me mexer dentro de casa".	Usar a cadeira de rodas	Capacidade de Desempenho (ICN, 2005:92)
(P5) - "Já é uma diferença... Já lavo os dentes lá... E essas coisas...".	Cuidar da higiene pessoal	
(E-1) - "E a comer... Come sozinho sem problemas? (P2) - Comer eu vou comendo...".	Alimentar-se	
(P1) - "No WC já lavo os dentes, faço a barba...".	Arranjar-se	
(P1) - "Agora com o polivan já tomo banho sozinho... Entro, agarro-me a este ferro e tomo banho sozinho...".	Tomar banho	
(P1) - "De resto... Já vou ao WC sozinho... Já não quero o urinol...".	Usar o sanitário	
(P1) - "Na cama eu viro-me"- Disse-o convictamente como que a dizer, nem podia ser de outra forma...".	Virar-se	
(P3) - "Lá me desenrasco, quer para despir quer para vestir".	Vestir-se	
(P3) - "Entretenho-me a fazer o meu almoço que ele não vem almoçar".	Cozinhar	
(NC1) - O indivíduo recebe-nos à porta com um sorriso triunfante... (P1) - "Entre... Eu agora já posso vir busca-lo à porta...".	Andar	
(P5) - "Pois... Hoje já me instalei aqui (sofá) sozinha...".	Transferir-se	
(P5) - "Mas já me consegui baixar e apanhar uma coisa do chão, que o fisioterapeuta andava sempre a tentar e eu não conseguia... E hoje caiu uma coisa no quarto e eu resolvi baixar-me e fui apanhar...".	Erguer-se	
(P3) - "Leio... Faço qualquer coisa para passar o tempo e está resolvido".	Desempenhar actividades de lazer	

Identificou-se um outro indicador de resultado relacionado com a aquisição de "conhecimentos" (categoria conceptual), fruto das interações que os participantes foram tendo ao longo das transições.

(Notas de Campo 2) – Ao longo de todo o tempo, observou-se a preocupação dele em manter o braço parético sempre apoiado;

(Participante 3) – “Sei que cuidados devo ter para me sentar e levantar, e quando é preciso o marido ajuda-me... Sei o que não devo fazer com a perna... E tenho cuidado comigo... Daqui para a frente terei que ter sempre muito cuidado...”;

(Participante 5) – “Utilizar o que sei de mim para melhorar... Ameixas também me faziam isso...”

(Enf-Inv) – Isso... Reúna esse conjunto de frutas e utilize-as quando precisar... Assim é menos um comprimido que tem de tomar...”.

Estes conhecimentos permitem-lhes lidar saudavelmente com a mudança, gerindo os seus comportamentos em função dos desafios lançados pelo evento gerador de dependência, e facilitando-lhes a reconstrução gradual da autonomia face ao autocuidado.

É o caso da **melhoria** relativamente ao compromisso nos **processos corporais**. Este conceito, apesar de representar um conjunto de processos não intencionais, também foi considerado por nós como indicador de resultado da transição, pois constata-se que é o corolário de um conjunto de acções e de interacções entre participantes e equipa de saúde, com vista à melhoria do estado de saúde.

Pensamos que este é um factor revelador do sucesso adaptativo e considerado importante para a reabilitação em termos do autocuidado (ver o quadro 28). “As *funções fisiológicas são influenciadas pela condição psicológica das pessoas, e, por sua vez, esta é influenciada pelo bem-estar e conforto físico*” (OE, 2001:7).

Quadro 28 - Indicador de resultado: Processos Corporais Melhorados

Codificação Aberta	Codificação Axial	
Unidades de Registo (Exemplos)	Categoria Conceptual e Subcategorias	
(NC1) - Agora que já tem força no pé tem outro objectivo; (P2) - "Eu agora já me aguento de pé... Já comecei a andar com as canadianas... A perna já mexe melhor e o pé já ajuda mais" (demonstra-o fazendo flexão e extensão do pé).	Diminuição da Parésia	Processos Corporais (ICN, 2005:48) Melhorados
(E-1) "As dores que tinha... Desapareceram!?" (P2) - As dores agora não me tem dado... Ele unta-me muito o joelho com pomada quando faz o exercício. Unta muita pomada no joelho, nas cruzes e tal... Agora dói-me menos"; (P3) - "Está tudo a correr bem... Pelo menos não me dói... Tenho outras dores mas não tem haver com a operação, portanto para já não está a correr mal...".	Diminuição da dor	
(E-1) - "E da parte respiratória, tem estado melhor?" (P5) - Já vou mandar o oxigénio embora que não tenho necessitado".	Dispneia melhorada	

Por último, surge o conceito de **Socialização** como indicador de resultado das transições e revelador das modificações ocorridas na vida dos participantes que lhes permitiu retomar a vida social que, como se observou, traz implicações positivas para a reconstrução da autonomia face ao autocuidado.

(Participante 2) – “Agora na Páscoa a minha filha vestiu-me o fato e recebemos o compasso... Toda a gente se admirou de me ver aqui assim...”;

(Participante 5) – “Então comeram aqui todos e para eles foi uma sensação fantástica... As

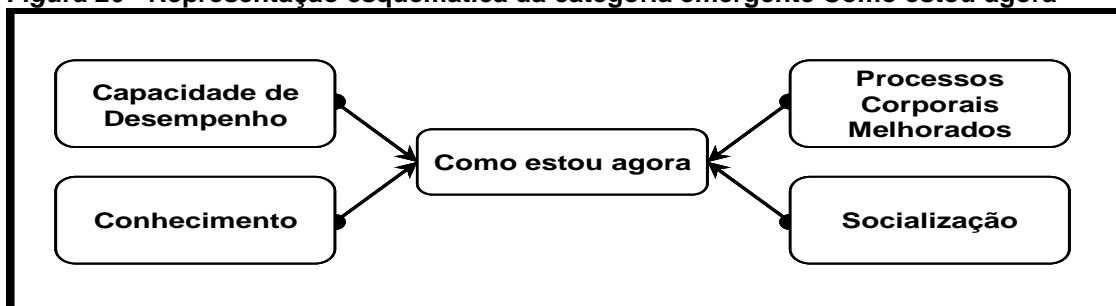
saudades que tinham de comer aqui... Foi bom...”;

(Enf-Inv) – “E então esse passeio? O primeiro que deu?”

(Participante 5) – O primeiro foi para a praia. Lavadoures... Vimos aquela coisa toda... Foi um bocadinho grande mas eu até aguentei”.

Assim, ao analisar as categorias anteriores, constata-se que todas elas reflectem factores que se alteraram em relação ao *status* verificado (**O que mudou**) após o evento gerador de dependência. Essa modificação deve-se à vivência salutar das transições e representa um conjunto de resultados obtidos que espelham uma evolução positiva quer da autonomia face ao autocuidado como dos factores que contribuem para a recuperação dessa autonomia. Assumindo esta visão paradigmática foi então possível agrupá-los numa categoria mais abstracta (**Como estou agora**) representada esquematicamente na figura 20.

Figura 20 - Representação esquemática da categoria emergente Como estou agora



Ainda segundo Meleis et al (2000:26), “a vivência de experiências de transição por vezes resulta em reformulações da própria identidade”. No presente estudo, este conceito emergiu dos dados, quando os participantes confrontados com as mudanças efectuadas, no sentido de recuperarem a autonomia, desenvolveram novas formas de estar e de ver a vida, que lhes proporciona mais estabilidade e adaptabilidade à nova realidade, dando origem ao conceito emergente **Sou outra pessoa**.

(Participante 3) – “O futuro (diz sorrindo) calmo... Vou ter uma vida mais calma”;

(Enf-Inv) – “Todo este episódio que viveu e ainda está a viver, de que forma modificou a sua forma de estar perante a vida e o mundo?”

(Participante 5) – Modificou-me... Quer dizer há coisas que eram importantes para mim e já não são... Portanto, já não me importo com as coisas... Gosto de ver tudo simples, mandei coisas que disse, façam o que quiserem, quer dizer, estou pouco ralada com isso... E portanto há certas coisas de que me libertei...”;

(Participante 5) – “Mas essas coisas materiais agora não me dizem nada...”.

Mais uma vez estamos conscientes de que para além de não podermos considerar que os participantes adquiriram a mestria relativamente às transições vivenciadas, também não podemos dizer que atingimos a saturação das categorias emergentes relativas aos indicadores

de resultado. No entanto, considera-se que aqueles que se identificaram permitem orientar as respostas dos enfermeiros em função dos objectivos passíveis de atingir.

Conclusões

A conclusão deste estudo encerra um percurso criterioso de decisões, que gerou um fluxo de trabalho intenso transformado em espiral de aprendizagem, que se pretende que seja o início de um trajecto de procura sistemática do conhecimento para nutrir a disciplina e melhorar os cuidados de enfermagem.

Começou com um interesse direccionado a uma área substantiva, central para a enfermagem, que como se pôde ver está em franca expansão, à medida que a população portuguesa está a envelhecer gradualmente, padecendo de doenças crónicas que exigem mais cuidados de saúde, insuficientes para suplantar a procura excessiva.

O autocuidado assume-se como uma óptima alternativa e a Enfermagem, principal disciplina do conhecimento a investigar o fenómeno, carece urgentemente de estudos substantivos que lhe permitam propor soluções práticas e objectivas e assumir um papel preponderante na interdisciplinariedade que se exige.

Ao investigar neste domínio, percebe-se que a forma como as pessoas vivem as transições, quando se encontram pela primeira vez, numa situação de dependência no autocuidado e regressam a casa, após um internamento hospitalar, ainda está pouco explicada, inviabilizando o desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem, eficazes para ajudar as pessoas a lidar com o problema.

O desenvolvimento de teorias de médio alcance que incidam sobre a problemática é, pois, um objectivo, e serviu de guia orientador no momento da escolha da metodologia a utilizar para estruturar todo o projecto de investigação.

A selecção dos participantes fez-se em dois hospitais, pertencentes ao distrito do Porto, e a recolha de dados teve início em Agosto de 2007, em contexto domiciliário, após o seu regresso a casa, em pessoas com pelo menos um défice do autocuidado ao nível das actividades de vida diária.

Optou-se pelo método qualitativo, recorrendo à observação participante para que através da interacção com os participantes/famílias, dentro do contexto familiar, se pudessem revelar de forma sistemática as experiências concretas relativas à vivência das transições durante o processo de reconstrução da autonomia face ao autocuidado.

Constata-se que o regresso a casa, após um evento gerador de dependência, é um momento de grande vulnerabilidade, onde os participantes se confrontam com a nova realidade e com as dificuldades que irão sentir para tentar recuperar a vida que tinham anteriormente.

Identificaram-se várias transições que se desenrolavam em simultâneo ou de forma sequencial, com predomínio para as do tipo saúde-doença, uma vez que o evento gerador de dependência tinha como denominador comum a ocorrência de um episódio patológico súbito.

Simultaneamente, verificou-se que essa situação acarretava outros desafios, nomeadamente ao nível da organização familiar, dando origem a alterações de papéis que evoluem, por vezes, para situações de crise, exigindo respostas adaptativas e relativas à

interactividade social, em que a maioria dos contactos sociais se alteram, emergindo uma propensão para o isolamento social. Todas estas experiências constituem o conjunto de mudanças com que os indivíduos se depararam e que dão início ao processo de transição.

As transições, por sua vez, possuem propriedades que definem a sua natureza e que adquirem um papel relativo na adaptação à mudança. No estudo foi possível identificar: a consciencialização, que implica tomar consciência do que realmente mudou para os participantes poderem envolver-se no processo de reconstrução da autonomia; a motivação pessoal para a mudança, que envolve o desenvolvimento de expectativas e o traçar de metas realistas a atingir que facilitam o envolvimento activo direccionado à mudança; e, finalmente, o próprio envolvimento na reconstrução da autonomia, manifestado pela mudança de comportamento e atitude, procura de informações e adesão às propostas de mudança.

Outra das conclusões retiradas do estudo é que existem factores extrínsecos e intrínsecos ao sujeito que interferem no processo de reconstrução da autonomia face ao autocuidado.

A nível externo identificaram-se quatro fenómenos capazes de influenciar a vivência das transições: o *Status* económico, pois constatou-se que o rendimento familiar é de extrema importância para suportar os custos inerentes à mudança, que por sua vez, pode ser facilitada ou não, mediante as condições que a habitação oferece aos indivíduos; a sociedade, importante para facilitar a reinserção de pessoas com dependência mas, em simultâneo, capaz de estigmatiza-las, prejudicando a reabilitação; a tradição, que influencia, mediante os costumes enraizados no ambiente frequentado pelos indivíduos; e, o apoio social, fundamental ao processo de transição, pois reúne os esforços da família que são a base do suporte dos participantes, bem como, os recursos existentes na comunidade, importantes para facilitar a mudança, embora nem sempre funcionais ou bem utilizados.

Relativamente aos factores intrínsecos emergiram: as atitudes, que influenciam a mudança mediante o modelo mental que guia a acção, funcionando como força motriz quando canalizadas para enfrentar a mudança (volição; atitude positiva face ao cuidado...) ou como forte barreira que inviabiliza a acção nas situações em que a convicção pessoal é superior ao conhecimento científico (crenças; atitude negativa face à gestão dos medicamentos); as emoções, que quando expressas através de sentimentos positivos (esperança) facilitam as transições, favorecendo o estabelecimento de metas e potenciando o envolvimento dos indivíduos na mudança, mas que, em contra partida, quando conectadas negativamente (sentimentos de impotência; falta de esperança...) inviabilizam substancialmente a acção; os atributos do sujeito, que correspondem a traços na personalidade individual que influenciam as actividades de autocuidado (*locus* de controlo; auto-eficácia) ou experiências pessoais passadas que interferem com a necessidade de mudança actual; e o conhecimento individual, fruto da aprendizagem pessoal que capacita os indivíduos para lidarem com os problemas.

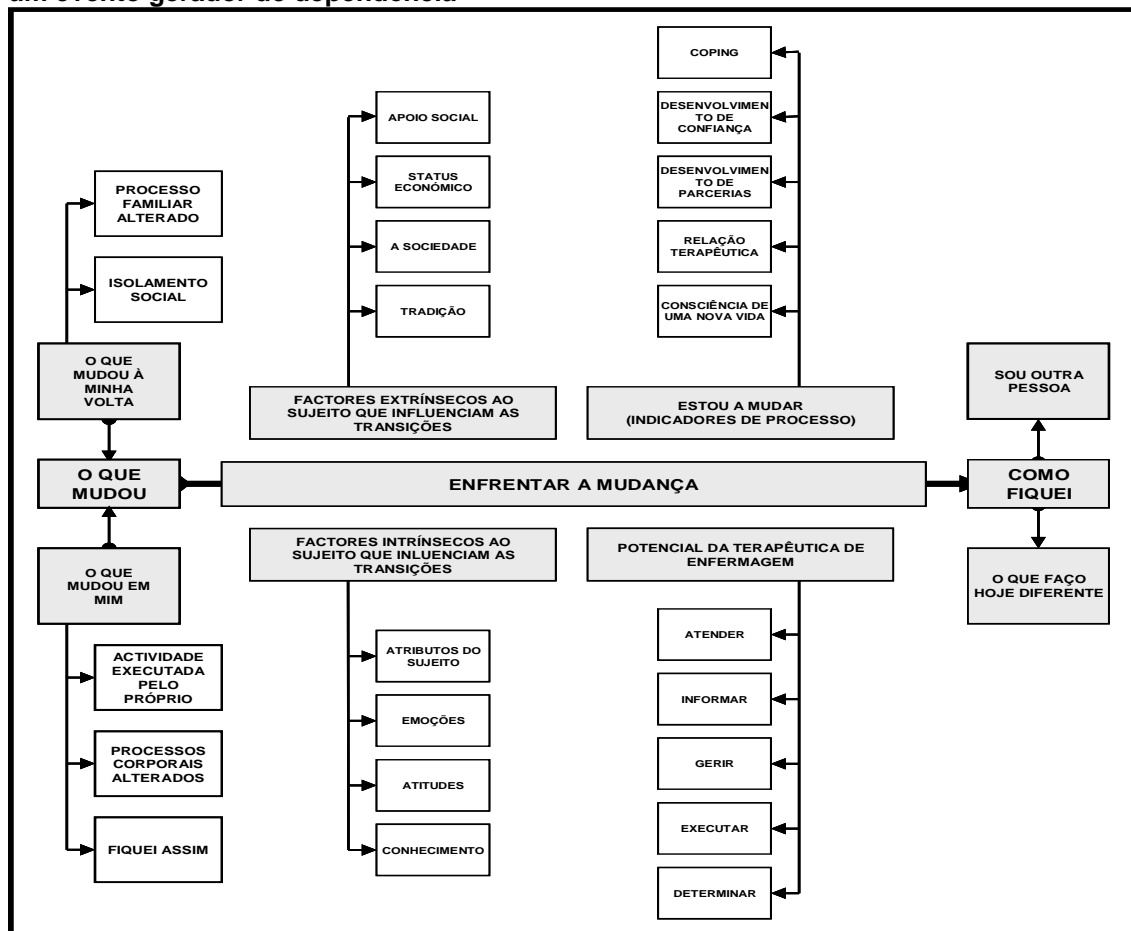
Constata-se, portanto que, as pessoas que se encontram a vivenciar transições são influenciadas por factores pessoais e ambientais e que, como tal, produzem respostas que emergem no estudo associadas à categoria dos indicadores de processo. Essas respostas podem ser positivas (favorecem o processo de reconstrução da autonomia) ou não,

funcionando como guias para os enfermeiros que através delas podem determinar se está a ocorrer uma boa adaptação ao processo de mudança, possibilitando uma gestão personalizada dos cuidados de enfermagem.

Ao explorar as terapêuticas de enfermagem, apesar de emergirem acções do tipo determinar, executar, gerir, informar e atender, constata-se que, quer o acto de determinar, onde os enfermeiros diagnosticam os problemas e consciencializam os indivíduos para a necessidade de mudança, como as acções do tipo informar, que aumentam as competências dos prestadores de cuidados e a aprendizagem dos participantes relativamente à promoção e recuperação da autonomia, e ainda as de atender que, reúnem em si acções como incentivar, motivar e tranquilizar, direccionadas ao controlo do status psicológico, assumem-se como fundamentais ao processo de transição.

Por último, emergiram alguns resultados que demonstram que os participantes evoluíram positivamente para atingir a mestria, para lidar com determinadas situações e alteraram a sua forma de estar e de olhar o mundo, estando hoje mais adaptados para lidar com as dificuldades. Assim, sintetizando todas as conclusões, apresentamos um modelo teórico com três categorias centrais emergentes que relacionam toda a codificação dos dados efectuada ao longo do estudo (Ver a figura 21)

Figura 21 - Representação esquemática do processo de reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência



Acrescenta-se, no entanto que, face ao número de participantes que fizeram parte da amostragem, torna-se claro que não foram processados dados suficientes para atingir a saturação teórica das categorias emergentes, como é suposto através da metodologia utilizada. Existe, por isso, a consciência que esta limitação impede de gerar uma teoria substantiva, carecendo esta de maior profundidade, pelo que poderá ser explorada no futuro, noutros estudos de investigação. Considera-se porém, que dentro do âmbito académico em que esta dissertação se encontra, se atingiram os objectivos propostos com a apropriação do método de análise.

De futuro, acredita-se que o caminho passa por desenvolver mais teorias de médio alcance que expliquem os processos de transição das populações, produzindo continuamente mais conhecimento de enfermagem que contribua para a melhoria dos cuidados a prestar. Admite-se que este estudo possa fornecer alguns indicadores, ao evidenciar a importância que os factores como a motivação pessoal, o controlo do status psicológico e o apoio social desempenham para a reconstrução da autonomia face ao autocuidado.

Outro factor que ficou evidente é a importância que os enfermeiros podem desempenhar no apoio domiciliário, actuando como agentes de mudança que gerem os problemas de saúde das pessoas/famílias, orientando-os através da vulnerabilidade até ao bem-estar. É por isso fundamental desenvolver investigação direccionada às terapêuticas de enfermagem que promovem o autocuidado.

Resta escrever uma nota final, reflectindo sobre o trajecto efectuado, repleto de contratempos mas, também de alegrias, e extremamente enriquecedor em termos de aprendizagem no que diz respeito à disciplina e à prática de enfermagem baseada em conhecimento empírico.

Bibliografia

Amaral, T. 2006. Encontrar um novo sentido da vida. Um estudo explicativo da adaptação após lesão medular [dissertação]. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar: Porto, 209 pps. Disponível: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional do Porto.

Arraras, J. et al. 2002. *Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviours in cancer and other diseases*. Psychology, Health & Medicine 7(2):181-187.

Backman, K; Hentinen, M. 1999. *Model for the self-care of home-dwelling elderly*. Journal of Advanced Nursing 30(3):564-572.

Balsmeyer, B. 1984. *Locus of Control and the Use of Strategies to Promote Self-Care*. Journal of Community Health Nursing 1(3):171-179.

Bárez, M. et al. 2007. *A Structural Model of the Relationships Between Perceived Control and Adaptation to Illness in Women with Breast Cancer*. Journal of Psychosocial Oncology 25(1):21-41.

Barlow, J; Wright, C; Cullen, L. 2002. *A job-seeking self-efficacy scale for people with physical disabilities: preliminary British Journal of Guidance and Counselling development and psychometric testing* 30(1):37-53.

Bendz, M. 2003. *The first year of rehabilitation after stroke – from two perspectives*. Scandinavian Journal of Caring Sciences 17:215-222.

Benoiel, J. 2001. *Expanding knowledge about women through grounded theory: introduction of the collection*. Health Care for Women International 22:7-9.

Blair, C. 1996. *Group and single-subject evaluation of a programme to promote self-care in elderly nursing home residents*. Journal of Advanced Nursing 24:1207-1213.

Blair, C. 1999. *Effect of self-care ADLs on Self-Esteem of intact nursing home residents*. Issues in Mental Health Nursing 20:559-570.

Brown, E. 2007. *Care recipient' psychological well-being: The role of sense of control and caregiver type* 11(4):405-414.

Burbank, P. et al. 2002. *Exercise and older Adults: Changing Behavior with the Transtheoretical Model*. Orthopaedic Nursing 21(4):51-61.

Callaghan, D. 2005. *Healthy Behaviors, Self-Efficacy, Self-Care, and Basic Conditioning Factors in Older Adults*. Journal of Community Health Nursing 22(3):169-178.

Carmo, H; Ferreira, M; 1998. Metodologias da Investigação: Guia para auto-aprendizagem. Universidade Aberta.

Carper, B. 1978. *Fundamental Patterns of Knowing in Nursing*. Advanced Nursing Science 1(1):13-23.

Carver, C; Scheier, M. 1994. *Situational Coping and Coping Dispositions in a Stressful Transaction*. Journal of Personality and Social Psychology 66(1):184-195.

Carver, C; Scheier, M; Weintraub, J. 1989. *Assessing Coping Strategies: A theoretically Based Approach*. Journal of Personality and Social Psychology 56(2):267-283.

Castro, C. 2007. Percepção dos enfermeiros sobre os contributos do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem [dissertação]. Universidade Aberta. Disponível:

Catherall, P. 2006. "An overview of Grounded Theory following attendance at the London Grounded Theory Conference with Barney Glaser, 24 – 26th April 2006." Disponível: <http://draigweb.co.uk/elearning/An%20overview%20of%20Grounded%20Theory%20following%20attendance%20at%20the%20London%20Grounded%20Theory%20Conference%20with%20Barney%20Glaser.doc> [Data da visita: 23/07/2007].

Collière, M. 1999. Promover a Vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem, 3ª edição. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Lisboa, 385 pps.

Davies, S. 2005. *Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry*. Journal of Advanced Nursing 52(6) 658-671

Department of Health. 2005. "Self Care – A Real Choice." Disponível: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4101702.pdf [Data da visita: 13/10/2007].

Endler, N; Parker, J; Summerfeldt, L. 1993. *Coping With Health Problems: Conceptual and Methodological Issues*. Canadian Journal of Behavioural Science 25(3):384-399.

Endler, N; Parker, J; Summerfeldt, L. 1998. *Coping With Health Problems: Developing a Reliable and Valid Multidimensional Measure*. Psychological Assessment 10(3):195-205.

Fawcett, J. 2000. *Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge: Nursing Models and Theories*. F.A. Davis, Philadelphia.

-
- Fawcett, J. et al. 1990. *The effect of Orem's self-care model on nursing care in a nursing home setting*. Journal of Advanced Nursing 15:659-666.
- Ferguson, T. 1995. *Consumer health informatics*. Healthcare Forum Journal 31(1):28-33
- Flick, U. 2002. *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Monitor. 305 pps.
- Folkman, S; Lazarus, S. 1984. *Stress, appraisal, and coping*. Springer, New York.
- Folkman, S; Lazarus, S. 1991. *The concept of coping*. pp. 189-205 In: Stress and Coping (Monat, A. & Lazarus S.), Columbia University Press, New York.
- Folkman, S; Moskowitz, J. 2000. *Positive Affect and the Other Side of Coping*. American Psychologist 55(6):647-654.
- Folkman, S; Moskowitz, J. 2004. *Coping: Pitfalls and Promise*. Annual Review of Psychology 55:745-774.
- Fortin, M. 1999. *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lusociência, Loures. 388 pps.
- Furlong, S. 1996. *Self-care: the application of a ward philosophy*. Journal of Clinical Nursing 5(2):85-90.
- Gantz, S. 1990. *Self-care: Perspectives from six disciplines*. Holistic Nursing Practice 4(2):1-12.
- George, J. et al. 2000. *Teorias de Enfermagem. Os Fundamentos para a Prática Profissional*, 4ª edição. Artmed editora. 376 pps.
- Glaser, B; Strauss, A. 1967. *The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. Aldine De Gruyter.
- Groomes, D; Leahy, M. 2002. *The Relationships Among the Stress Appraisal Process, Coping Disposition, and Level of Acceptance of Disability*. Rehabilitation Counseling Bulletin 46(1):15-24.
- Hallberg, I; Kristensson, J. 2004. *Preventive home care of frail older people: a review of recent case management studies*. International Journal of Older People Nursing 13(6):112-120.
- Haslam, T; Beaulieu, K. 2007. *A comparison of the evidence of two interventions for self-care with stroke patients*. International Journal Therapy and Rehabilitation 14(3):118-127.
- Hoeman, S. 2000. *Enfermagem de Reabilitação: processo e aplicação*, 2ª edição. Lusociência. 778 pps.
- House, R. et al. 1988. *Social relationships and health*. Science. 241:540-545.

Hoy, B; Wagner, L; Hall, E. 2007. *Self-care as a health resource of elders: an integrative review of the concept*. Scandinavian Journal Caring Science 21:456-466.

http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/eticanainvestigacaoemenfermagem.pdf [Data da visita: 19/07/2008].

<http://repositorioaberto.univ-ab.pt/bitstream/10400.2/729/1/LC369.pdf>

International Council of Nurses. 2001. *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem: Versão β₂*. Genebra.

International Council of Nurses. 2005. *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem: Versão 1.0*. Genebra.

Jaarsma, T. et al. 2000. *Self-care Behaviour of Patients with Heart Failure*. Scandinavian Journal of Caring Sciences 14:112-119.

Jaffe, k. 1989. *Home health care and rehabilitation nursing*. Nursing Clinics of North America 24(1):171-178.

Johansson, P; Oléni, M; Fridlund, B. 2002. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. Scandinavian Journal of Caring Sciences 16:337-344.

Jordão, C. 2006. "Comunicação na sala de aula, no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem". Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Kasikçi, M; Alberto, J. 2007. *Family support, perceived self efficacy and self-care behaviour of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease*. Journal of Clinical Nursing 16:1468-1478.

Keil, R. 2004. *Coping and stress: a conceptual analysis*. Journal of Advanced Nursing 45(6):659-665.

Kérouac, S. et al. 1996. *El pensamiento enfermero*. MASSON, S.A., Barcelona

Kessler, R; McLeod, J. 1985. *The costs of caring: A perspective on the relationship between sex and psychological distress*. pp. 491-506 In: *Social Support: Theory, Research and Applications* (Irwin Sarason & Barbara Sarason), Dordrecht usw, Nijhoff.

Leenerts, M; Magilvy, J. 2000. *Investing in Self-Care: A Midrange Theory of Self-Care Grounded in the Lived Experience of Low-Income HIV-Positive White Women*. Advanced Nursing Science 22(3):58-75.

-
- Lincoln, S. 2006. *Factors relating to depression after stroke*. British Journal of Clinical Psychology 45:49-61.
- Lindström, M. 2006. *Social capital and lack of belief in the possibility to influence one's own health: A population-based study*. Scandinavian Journal of Public Health 34:69-75.
- Lopes, M. 2003. A metodologia da *Grounded Theory*. Um contributo para a conceitualização na enfermagem. Revista de Investigação em Enfermagem 8:63-74.
- MacCann, T.; Clark, E. 2003. *Grounded Theory in Nursing: Part 3 – Application*. Nurse Researcher 11(2):29-39.
- Martins, M. 2002. Uma Crise Acidental na Família: O doente com AVC. Sinais Vitais. Coimbra. 296 pps.
- Martins, R. 2006a. "A relevância do apoio social na velhice." Disponível: <http://www.ipv.pt/millennium/millennium31/9.pdf> [Data da visita: 01/08/2009].
- Martins, R. 2006b. "Envelhecimento e políticas sociais." Disponível: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/10.pdf> [Data da visita: 14/07/2009].
- McCallin, A. 2003. *Designing a grounded theory study: some practicalities*. Nursing in Critical Care 8(5):203-208.
- McCormack, D. 2003. *An Examination of the Self-Care Concept Uncovers a New Direction for Healthcare Reform*. Nursing Leadership 16(4):48-66.
- McEwen et al. 2007. *Health-Illness Transition Experiences Among Mexican Immigrant Women with diabetes*. Family Community Health 30(3):201-212.
- Meleis, A. 2007. *Theoretical Nursing – Development and progress*, 4ª edição. Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. et al. 2000. *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. Advanced Nursing Science 23(1):12-28
- Meleis, A.; Schumacher, K. 1994. *Transitions: A Central Concept in Nursing*. IMAGE: Journal of Nursing Scholarship 26(2):119-127.
- Meleis, A; Trangenstein, P. 1994. *Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission*. Nursing Outlook 42(6):255-259.
- Mitchell, J; Kemp, B. 2000. *Special Feature: Compliance with Multiple Treatment Recommendations by Older Adults with Disabilities*. Topics in Geriatric Rehabilitation 15(4):77-88.

Nair, S. 2003. *Life goals: the concept and its relevance to rehabilitation*. Clinical Rehabilitation 17:192-202.

Nightingale, F. 1946. *Notes on Nursing*. J.B. Lippincott Company.

Nunes, L. 2003. Um Olhar sobre o Ombro. *Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Lusociência, Lisboa, 375 pps

Nunes, L. 2005. "Ética na Investigação em Enfermagem." Disponível:

O'Donnell, M. 2004. *Health-Promotion Behaviors That Promote Self-Healing*. The Journal of Alternative and Complementary Medicine 10:49-60.

Oberle, K. 1991. *A decade of research in locus of control: What have we learned?* Journal of Advanced Nursing 16:800-806.

Ordem dos Enfermeiros. 2001. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Conselho de Enfermagem. 16 pps.

Ordem dos Enfermeiros. 2003. Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Conselho de Enfermagem. 24 pps.

Orem, D. 1984. *A concept of self-care for the rehabilitation client*. Rehabilitation Nursing 85(35):33-36.

Orem, D. 2001. *Nursing Concepts of Practice*, 6ª edição. Mosby, St Louis.

Pandit, N. 1996. "The Creation of Theory: A Recent Application of the Grounded Theory Method." Disponível:<http://www.nova.edu/ssss/QR/QR2-4/pandit.html> [23/07/2007].

Pereira, R. F. 2008. A reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência – Estudo exploratório em meio hospitalar [dissertação]. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa: Porto, 167 pps. Disponível: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional do Porto.

Petrosky, M; Birkimer, J. 1991. *The relationship among locus of control, coping styles, and psychological symptom reporting*. Journal of Clinical Psychology 47(3):336-345.

Polit, D; Beck, C; Hungler B. 2004. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização, 5ª edição. Artmed, Porto Alegre.

Polit, D; Hungler B; 1997. *Investigacion Cientifica em Ciências de la Salud*, 5ª edição. McGraw-Hill Interamericana. 702 pps.

Portugal. Ministério da Saúde – Decreto-Lei n.º 101/2006. Diploma que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Proot, I. et al. 2002. *Autonomy in Stroke Rehabilitation: The perceptions of care providers in nursing homes*. Nursing Ethics 9(1):36-50.

Punamaki, R; Aschan, H. 1994. *Self-Care and Mastery Among Primary Health Care Patients*. Social Science and Medicine 39(5):733-41.

Reicherter, E; Greene, R. 2005. *Wellness and Health Promotion: Educational Applications for Older Adults in the Community*. Topics In Geriatric Rehabilitation 21(4):295-303.

Ribeiro, J; Rodrigues, A. 2004. Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do BRIEF COPE. Psicologia, Saúde e Doenças 5(1):3-15.

Richards, L. 2006. *“Teach-yourself NVivo 7: the introductory tutorials”*. Disponível: http://www.qsrinternational.com/support_resource-articles_detail.aspx?view=244 [Data da visita: 12/06/2007].

Robinson-Smith, G; Pizzi, E. 2003. *Maximizing Stroke Recovery Using Patient Self-Care Self-Efficacy*. Rehabilitation Nursing 28(2):48-51.

Rogers, A; Chapple, A. 1999. *Self-care and its relevance to developing demand management strategies: a review of qualitative research*. Health and Social Care in the Community 7(6):445-454.

Romender, J. et al. 1998. *“Supporting Self care: the contribution of nurses and physicians”*. Disponível: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/hhrhs/1997-self-auto-contribut/index-eng.php> [Data da visita: 17/05/2009].

Rourke, A. 1991. *Self-care: chore or challenge?* Journal of Advanced Nursing 16:233-241.

Sacco-Peterson, M; Borell, L. 2004. *Struggles for autonomy in self-care: the impact of the physical and socio-cultural environment in a long-term care setting*. Scandinavian Journal of Caring Science 18:376-386.

Santos, C. 2006. *“Coping no processo de adaptação à saúde/doença – Foco da Prática de Enfermagem. Seminário sobre Coping e Adaptação aos processos de Saúde e Doença*. Universidade Católica Portuguesa, pps. 1-29.

Sarason, R. et al. 1983. *Assessing social support: the social support questionnaire*. Journal of Personality and Social Psychology 44(1):121-137.

Schumacher, K. 1996. *Reconceptualizing family caregiving: Family-based illness care during chemotherapy*. Research in Nursing and Health 19:261-271.

- Selander, J. et al. 2006. *Internal locus of control and vocational rehabilitation*. Work 30:149-155.
- Serra, V. 1999. *O stress na vida de todos os dias*. Edição do Autor, Coimbra.
- Shaw, C. 1999. *A framework for the study of coping, illness behaviour and outcomes*. Journal of Advanced Nursing 29(5):1246-1255.
- Shaw, C; McColl, E; Bond, S. 2003. *The relationship of perceived control to outcomes in older women undergoing surgery for fractured neck of femur*. Journal of Clinical Nursing 12:117-123.
- Simmons, S. 1990. *The Health-Promoting Self-Care System Model: directions for nursing research and practice*. Journal of Advanced Nursing 15:1162-1166.
- Söderhamn, O. 2000. *Self-care Activity as a Structure: A Phenomenological Approach*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 7:183 -189.
- Söderhamn, O. 2001. *Health and the Internal Structure of Self-care Ability Scale for the Elderly (SASE)*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 8:67-71.
- Spearman, S; Duldt, B; Brown, S. 1993. *Research testing theory: a selective review of Orem's self-care theory, 1986-1991*. Journal of Advanced Nursing 18:1626-1631.
- Stern, P. 1998. *Using Grounded Theory Method in Nursing Research*. pp. 149-160 In: *Qualitative Research Methods in Nursing (Madeleine Leininger)*, Greyden Press, EUA.
- Stevens, J. et al. 2002. *Autonomy in Stroke Rehabilitation: The perceptions of care providers in nursing homes*. Nursing Ethics 9:36-50.
- Strauss, A; Corbin, J. 1998. *Basics of Qualitative Research: Techniques and procedures for developing Grounded Theory*, 2ª edição. SAGE Publications, London, 312 pps.
- Strauss, A; Corbin, J. 2008. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*, 2ª edição. ARTMED editora, Porto Alegre, 288 pps.
- Streubert, H. Carpenter, D. 2002. *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*, 2ª edição. Lusociência, Loures, 383 pps.
- Tomey, A; Alligood, R. 2002. *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra.*, 5ª edição. Lusociência, Loures, 750 pps.
- Vaz Serra, A. 1992. *Um Modelo Descritivo de Stress*. Trabalho Apresentado em 11 de Maio de 1992, em Praga, durante o Workshop sobre Stress Management in the Community Settings.
- Wallston, K. 1989. *Assessment of control in health care settings*. pp. 85-105. In: *Personal control, stress, and health (Stephens, A & Appels, A)*. New York: John Wiley.

Whetstone, W; Reid, J. 1991. *Health promotion of older adults: perceived barriers*. Journal of Advanced Nursing 16:1343-1349.

Wright, L; Leahey, M. 2002. *Enfermeiros e Famílias: um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. Editora Roca, 327 pps.

Wu, A; Tang, C; Kwok, T. 2004. *Self-efficacy, health locus of control, and psychological distress in elderly Chinese women with chronic illnesses*. Aging & Mental Health 8(1):21-28.

Zagonel, I. 1999. O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [on line] 7(3):25-32. Disponível:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf> [Data da visita: 19/07/2008]

Anexos

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética para a realização do estudo na Unidade de Saúde Local de Matosinho.



Exmo. Senhor
 Enf.º Armando Manuel Gonçalves de Almeida
 Rua Agostinho Fernando de Oliveira Guedes, nº 42,
 Hab. 4.1
 4420 – 009 GONDOMAR

ULSM 26/06/07 3150 SAIDA

Sua Referência

Sua Comunicação
 23-04-2007

Nossa Referência
 DGRH/AA

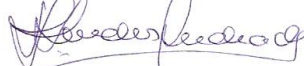
ASSUNTO: Trabalho de investigação sobre “Factores que interferem com a autonomia que no momento da alta apresentam défices de autocuidado que limitem as actividades diárias”

Na sequência da carta V. Exa., referente ao assunto mencionado em epígrafe, e na sequência do despacho da Sra. Vogal Executiva do Conselho de Administração, de 14 de Junho de 2007, informa-se que o estudo está autorizado nos termos definidos pela Comissão de Ética a qual passo a transcrever:

“Decidido nada a opor à realização do estudo”

Com os melhores cumprimentos,

A Directora do Departamento de Gestão Recursos Humanos e
 Gestão Documental


 (Maria Lurdes Andrade)



Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE
 Rua Dr. Eduardo Torres - 4464-917 SENHORA DA HORA
 GERAL :: 22 939 10 00 | ADMINISTRAÇÃO :: 22 939 18 50 | FAX Admin. :: 22 939 16 54
 EMAIL :: CA@hph.MIN-SAUDE.PT

Unidade Local de Saúde de Matosinhos EPE | Rua Dr. Eduardo Torres - 4464-917 Senhora da Hora | Contribuinte n.º 506 361 390 | Capital Social 29 990 000 €

Anexo II – Parecer da Comissão de Ética para a realização do estudo no Instituto Português de Oncologia do Porto.



INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

Exmo Senhor
Enfº Armando Manuel Gonçalves de Almeida
Serviço Cirurgia Piso 6
IPOPFG, EPE

S/ Ref.	Data	N/ Ref.	Data
		CA/MS - 167	2008.04.28

Assunto: Projecto de Investigação

Venho informar que o projecto de investigação solicitado, no âmbito do II Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, sob o tema "Promoção do Autocuidado: uma teoria de médio alcance", foi autorizado, no entanto deve ser tomado em conta o ponto n.º 2 do parecer da Comissão de Ética que se anexa.

Com os melhores cumprimentos,

Dr. Laranja Pontes
Presidente Conselho de Administração



INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

Ex.mo Senhor
Dr. Laranja Pontes
Presidente do Conselho de Administração
IPOP FG - EPE

Ref. CES IPOPFG - EPE: 221/08
Porto, 08 de Abril de 2008

Assunto: **Pedido de Parecer**

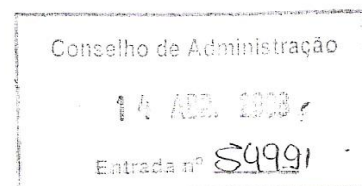
Ex.mo. Sr Dr. Laranja Pontes

Cumpre-me informar V Ex.a que, relativamente ao pedido de parecer que foi dirigido a esta Comissão de Ética, sobre o Projecto de Investigação da autoria do Enfermeiro Armando Manuel Gonçalves de Almeida, no âmbito do II Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, sob o tema "*Promoção do Autocuidado : uma teoria de médio alcance*", o referido estudo **foi discutido e avaliado em reunião ordinária da Comissão de Ética a 03 de Abril /08, na qual se emitiu o seguinte parecer :**

1. **No que respeita ao contacto pessoal com os doentes para obtenção dos dados sobre a investigação, esta CES nada tem a opor no plano Ético, sempre com a ressalva da autorização e disponibilidade dos responsáveis pelos Serviços.**
2. **Já no que respeita à obtenção de elementos de identificação, de endereços, ou outros constantes dos registos dos doentes nos Serviços, não é considerado eticamente aceitável o seu fornecimento pela Instituição.**

Com respeitosos cumprimentos


Dr. José Cardoso da Silva
(Presidente da CES do IPOPFG- EPE)



Anexo III – Pedidos de autorização para a realização do estudo

Ex.º Sr.
Presidente do Conselho de Administração
da Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Armando Manuel Gonçalves de Almeida, residente na Rua Agostinho Fernando de Oliveira Guedes, nº.42, hab.4.1, 4420-009 Gondomar, enfermeiro, vem solicitar a V. Ex.ª autorização para seleccionar uma amostra de utentes, internados num serviço de medicina, para um estudo de investigação a realizar no âmbito do II Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa.

O estudo tem por finalidade identificar os factores que interferem com a autonomia e promoção da independência, no domicílio, em pessoas que no momento da alta apresentem défices do autocuidado que limitem as actividades de vida diárias.

Pretende-se realizar uma análise interpretativa dos factores que interferem com a promoção da autonomia em pessoas com défices no autocuidado, que se encontrem no domicílio, avaliando o potencial impacto das intervenções de enfermagem.

Nesse contexto, esperamos que os resultados do estudo possam contribuir para a formalização e sistematização do conhecimento, favorecer a investigação e contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes.

Pretende-se realizar uma pesquisa transversal, de natureza qualitativa, realizada no domicílio dos utentes, utilizando como método de recolha de dados a observação participante, resultante da interacção entre o enfermeiro/investigador e a pessoa/família.

A adequação da conduta constituirá uma preocupação ética constante, respeitando os direitos dos utentes envolvidos em todo o processo. Fornecer-se-á informação aos participantes sobre o estudo, garantindo o carácter voluntário da participação, o anonimato sobre os intervenientes e a confidencialidade da informação.

Sem outro assunto, despeço-me respeitosamente, pedindo deferimento e manifestando, desde logo, a total disponibilidade para fornecer quaisquer outra informação que entenda necessitar.

Porto, 23 de Abril de 2007



(Armando Manuel Gonçalves Almeida)

Ex.º Sr.
Presidente do Conselho de Administração do Instituto Português
de Oncologia do Porto Francisco Gentil E.P.E:

Armando Manuel Gonçalves de Almeida, residente na Rua Agostinho Fernando de Oliveira Guedes, nº.42, hab.4.1, 4420-009 Gondomar, enfermeiro, vem solicitar a V. Ex.ª autorização para seleccionar uma amostra de utentes, internados na instituição, para um estudo de investigação a realizar no âmbito do II Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa.

O estudo tem por finalidade identificar os factores que interferem com a autonomia e promoção da independência, no domicílio, em pessoas que no momento da alta apresentem défices do autocuidado que limitem as actividades de vida diárias.

Pretende-se realizar uma análise interpretativa dos factores que interferem com a promoção da autonomia em pessoas com défices no autocuidado, que se encontrem no domicílio, avaliando o potencial impacto das intervenções de enfermagem.

Nesse contexto, esperamos que os resultados do estudo possam contribuir para a formalização e sistematização do conhecimento, favorecer a investigação e contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes.

Pretende-se realizar uma pesquisa transversal, de natureza qualitativa, realizada no domicílio dos utentes, utilizando como método de recolha de dados a observação participante, resultante da interacção entre o enfermeiro/investigador e a pessoa/família.

A adequação da conduta constituirá uma preocupação ética constante, respeitando os direitos dos utentes envolvidos em todo o processo. Fornecer-se-á informação aos participantes sobre o estudo, garantindo o carácter voluntário da participação, o anonimato sobre os intervenientes e a confidencialidade da informação.

Sem outro assunto, despeço-me respeitosamente, pedindo deferimento e manifestando, desde logo, a total disponibilidade para fornecer quaisquer outra informação que entenda necessitar.

Porto, 20 de Março de 2008



(Armando Manuel Gonçalves Almeida)

Anexo IV – Cartas de explicação do estudo e do consentimento (ULSM)

CARTA DE EXPLICAÇÃO DO ESTUDO E DO CONSENTIMENTO

Armando Manuel Gonçalves de Almeida, enfermeiro, a frequentar o II Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, pretende desenvolver um trabalho de investigação, de acordo com os objectivos do referido curso, no domínio do autocuidado.

No exercício profissional dos enfermeiros é esperado que, em conjunto com a pessoa alvo dos cuidados, se desenvolvam processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde, promovendo a independência na satisfação das necessidades humanas básicas.

No entanto, são necessários ainda mais estudos, no domínio do autocuidado, que contribuam para uma melhor intervenção dos enfermeiros, partindo da identificação dos factores que interferem na promoção da independência das pessoas com défices no autocuidado.

Solicitamos, por isso, a sua colaboração para participar no estudo.

Título: Promoção do autocuidado – uma teoria de médio alcance.

OBJECTIVO:

O estudo tem como objectivo identificar os factores que interferem com a promoção da autonomia em pessoas que apresentam pela primeira vez défices no autocuidado e que regressam a casa após um internamento hospitalar.

MÉTODO:

Os dados serão recolhidos a partir de situações de prestação de cuidados de enfermagem, no domicílio, em pessoas com défices no autocuidado.

Os cuidados de enfermagem serão prestados pelo investigador (Enfermeiro N^oOE: 4-E-14965).

A adequação da conduta constituirá uma preocupação ética constante, respeitando os direitos dos clientes envolvidos em todo o processo.

CONFIDENCIALIDADE:

A confidencialidade será mantida no tratamento dos dados, não sendo localizados temporalmente os clientes abrangidos durante todo o estudo.

PARTICIPAÇÃO:

A participação no estudo é voluntária.

Se decidir não tomar parte no estudo, receberá todos os cuidados de enfermagem correspondentes com a sua situação e com os padrões de qualidades da Unidade de Saúde Local.

Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento.

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO

Estudo: Promoção do autocuidado: uma teoria de médio alcance.

Eu, abaixo-assinado, concordo participar no estudo, acima referido.

Reconheço que a informação transmitida relativa aos procedimentos, a serem desenvolvidos, foi suficiente, participando de forma voluntária, sendo-me garantido o anonimato e a confidencialidade da informação.

Nome _____

Testemunha: _____

Data: __/__/__

Anexo V – Cartas de explicação do estudo e do consentimento (IPO Porto)

CARTA DE EXPLICAÇÃO DO ESTUDO E DO CONSENTIMENTO

Armando Manuel Gonçalves de Almeida, enfermeiro, a frequentar o II Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, pretende desenvolver um trabalho de investigação, de acordo com os objectivos do referido curso, no domínio do autocuidado.

No exercício profissional dos enfermeiros é esperado que, em conjunto com a pessoa alvo dos cuidados, se desenvolvam processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde, promovendo a independência na satisfação das necessidades humanas básicas.

No entanto, são necessários ainda mais estudos, no domínio do autocuidado, que contribuam para uma melhor intervenção dos enfermeiros, partindo da identificação dos factores que interferem na promoção da independência das pessoas com défices no autocuidado.

Solicitamos, por isso, a sua colaboração para participar no estudo.

Título: Promoção do autocuidado – uma teoria de médio alcance.

OBJECTIVO:

O estudo tem como objectivo identificar os factores que interferem com a promoção da autonomia em pessoas que apresentam pela primeira vez défices no autocuidado e que regressam a casa após um internamento hospitalar.

MÉTODO:

Os dados serão recolhidos a partir de situações de prestação de cuidados de enfermagem, no domicílio, em pessoas com défices no autocuidado.

Os cuidados de enfermagem serão prestados pelo investigador (Enfermeiro N^oOE: 4-E-14965).

As entrevistas serão gravadas em registo áudio, assegurando-se a confidencialidade dos dados, e mantendo uma preocupação ética constante, respeitando os direitos dos participantes envolvidos em todo o processo.

CONFIDENCIALIDADE:

A confidencialidade será mantida no tratamento dos dados, não sendo localizados temporalmente as pessoas abrangidas durante todo o estudo.

PARTICIPAÇÃO:

A participação no estudo é voluntária.

Se decidir não tomar parte no estudo, receberá todos os cuidados de enfermagem correspondentes com a sua situação e com os padrões de qualidade da Unidade de Saúde Local.

Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento.

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO

Estudo: Promoção do autocuidado: uma teoria de médio alcance.

Eu, abaixo-assinado, concordo participar no estudo, acima referido.

Reconheço que a informação transmitida relativa aos procedimentos, a serem desenvolvidos, foi suficiente, participando de forma voluntária, sendo-me garantido o anonimato e a confidencialidade da informação.

Nome _____

Testemunha: _____

Data: __/__/__

Anexo VI – Instrumento de avaliação do Autocuidado

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO (Hernâni Duque, 2009)

	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Tomar banho				
Entra e sai do chuveiro				
Obtém objectos para o banho				
Consegue água				
Abre a torneira				
Regula a temperatura da água				
Regula o fluxo da água				
Lava-se no chuveiro				
Lava o corpo				
Seca o corpo				
Outro _____				
Vestir-se ou despir-se				
Escolhe as roupas				
Retira as roupas da gaveta e do armário				
Segura as roupas				
Veste as roupas na parte superior do corpo				
Veste as roupas na parte inferior do corpo				
Despe as roupas na parte superior do corpo				
Despe as roupas na parte inferior do corpo				
Abotoa as roupas				
Desabotoa as roupas				
Usa cordões para amarrar				
Usa fechos				
Calça as meias				
Descalça as meias				
Calça os sapatos				
Descalça os sapatos				
Outro _____				
Alimentar-se				
Prepara os alimentos para a ingestão				
Abre recipientes				
Utiliza utensílios				
Coloca o alimento nos utensílios				
Pega no copo ou chávena				
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão				
Leva os alimentos à boca com recipiente				
Leva os alimentos à boca com os utensílios				
Bebe por copo ou chávena				
Coloca os alimentos na boca				
Conclui uma refeição				
Outro _____				

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO

	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Arranjar-se				
Penteia ou escova os cabelos				
Barbeia-se				
Aplica maquiagem				
Cuida das unhas				
Usa um espelho				
Outro _____				
Cuidar da higiene pessoal				
Lava as mãos				
Aplica desodorizante				
Limpa a área do períneo				
Limpa as orelhas				
Mantém o nariz desobstruído e limpo				
Mantém a higiene oral				
Outro _____				
Auto-elevar				
Levantar parte do corpo				
Usar o sanitário				
Ocupa e desocupa o sanitário				
Tira as roupas				
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira				
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar				
Ergue-se da sanita				
Ajusta as roupas após a higiene íntima				
Outro _____				
Transferir-se				
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão				
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama				
Outro _____				
Virar-se				
Move o corpo, virando-o de um lado para o outro				
Usar a cadeira de rodas				
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas				
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança				
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida				
Outro _____				

Anexo VII – Categorização dos conceitos emergentes

O QUE MUDOU – O que mudou em mim			
Subcategorias	Participante	Expressões do discurso	
DEPENDÊNCIA NA ACTIVIDADE EXECUTADA PELO PRÓPRIO	P1	E1 P-A minha mulher já arranjou uma estratégia para me dar banho. Ela senta-me lá e põem toalhas no chão para não molhar muito a casa de banho... Ela lá monta aquilo tudo e se desenrasca... (4)	
		E2 P-No chuveiro é a minha mulher que me lava... Ela já arranjou ali um esquema (176)	
	P2	E1 NC-O banho é dado na cama pelas filhas sem a colaboração do indivíduo. P-As enfermeiras ensinaram-nos a dar-lhe o banho na cama... (8)	
		E1 P-(...) não me posso vestir sozinha, ir ao banho e fazer as outras coisas que antes fazia sozinha... (8)	
	P3	E1 P-No banho, eu tenho polivan e o marido leva-me lá para me ajudar a entrar chega-me a roupa, põem-me o sabão na esponja, lava-me as costas, as pernas e os pés, essas coisas todas... (98)	
		E2 P-Para o banho preciso do meu marido para me chegar as coisas, com as canadianas é difícil... Preciso que me ajude a entrar para o polivan e que me lave as pernas e os pés que eu não chego (132)	
	P4	E1 E-I-Entrar e sair da casa de banho, precisa de ajuda? P-Preciso que venha a Cruz Vermelha fazer... São elas que me dão o banho... (14) P-E para subir para a banheira, ela é muito alta e ainda custa um bocadinho... Assim elas ajudam-me a entrar e depois dão-me o banho... (17) P-(...)elas lavam-me porque eu não me posso abaixar... (28)	
		E1 E-I-Recolher os objectos necessários para o banho? P-Não porque estão longe... Não consigo ir buscar... (43) P- Por vezes a torneira está fechada com tamanha pressão que eu não consigo rodar o punho... E-I-Controlar a temperatura da água? P-(...) torna-se difícil porque a outra está apertada demais... (48) E-I-Precisa de ajuda para a parte inferior e seca sozinho a parte superior? P-Em cima faço eu... Em baixo fazem elas... (63)	
		E4 PC-Nem sei como ele ontem foi à banheira com as meninas da Cruz Vermelha... Ele anteontem não estava bem e elas deram-lhe o banho na cama, (913)	
		E1 P-Para tomar banho ainda tomo numa cadeira própria que me leva lá, que eu ainda não posso tomar banho de pé (20) P-No hospital era tudo... Até à bem pouco tempo não conseguia nada... Agora já tento colaborar pois já me esfrego e essas coisas todas, mas sentada na cadeira. (29) P-Até aqui têm-me sentado, ensaboado e como eu digo, comecei a tentar participar na lavagem, mas pronto... É isso, é uma grande dependência. (69)	
		E1 P-Para já tenho mesmo cadeira própria, rotativa, onde sento para ir tomar banho... (263) E-I-Para arranjar os objectos para o banho? P-Ainda me fazem isso... E-I-Fazem porque dá mais jeito ou a Sra. já conseguiria fazer? P-Quer dizer ainda não comecei a tentar, porque eu agora já descobri que sobretudo em certas alturas, como hoje de manhã, já começo a andar não totalmente desamparada mas um bocadinho... Portanto por aí, já poderei ir às gavetas, pelo menos com alguém tirar as coisas... E também vou às vezes, com a Sra., mas portanto ainda não estou totalmente independente. (266)	
		E2 E-I-Relativamente à água... Abrir, temperar... P-É a Sra. que está comigo... (274) P-a Sra. leva-me ao chuveiro, depois temperamos e lava-me... Eu vou lavando também, não é... (279) P-Lavo-me sobretudo à frente, não é... E-I-E secar o corpo? P-Secar o corpo, põem-me uma toalha, vai-me limpando, eu também vou esfregando... E-I-Portanto a Sra. seca a parte da frente? P-Ajudando, mas ela seca-me as costas e pronto... Depois quando seca aquela parte de cima eu quero-me cobrir, não é, e depois vamos assim por cima e saio na cadeira e ponho-me de pé... (290)	
	E3 P-Dar-me banho, não é... No banho procuro esfregar-me, ir-me lavando, isso tudo, mas há sempre zonas em que preciso de ajuda... As costas... (583)		
	P1	E1 NC-É a esposa que escolhe a roupa e que o veste embora ele também contribua - É ela que me veste... Eu vou ajudando conforme vou podendo (7)	
		E1 NC-São as filhas que escolhem a roupa e o vestem e despem na cama. (10)	
		P3	E1 P-O que mudou é que não me posso vestir sozinha, (8) P-Ajuda-me ainda a sair, a vestir as calças... E prontos... Foi o que acabou de acontecer agora... (100)
			E2 P-Tenho dificuldades em vestir a parte de baixo... Tem que ser o meu marido a ajudar... (136)
		P4	E1 P- Só custa a vestir as calças... Ela (esposa) põem-me a roupa aqui e veste-me as calças... O casaco visto eu... PC-Em antes de ir para o hospital... Depois disso nunca mais se vestiu... É sempre o pijama... Antes ele vestia para cima e eu vestia para baixo... Agora nunca mais se vestiu... (66)
	P5	E2 P-Às vezes escolho, outras vezes a Sra. vai lá buscar, é pijama só, ela já sabe, é para facilitar... (297) P-Vestir as roupas... Regra geral, enfiar as saias... As calças ainda me as enfiar em baixo, porque tenho dificuldade em chegar lá em baixo... (305) P-Abotoar consigo às vezes muito bem... No outro dia estava a fazer não sei o quê e acho que alguém se admirou... Disse -"Muito bem" - acho que era ele (marido). Agora há momentos em que estou mais trôpega, não é, e hoje é um dia desses... (347)	
	P1	E1 NC- No comer e beber é a esposa que lhe prepara os alimentos e é ele que os leva à boca. (9)	
E2 P-Para comer a mulher arranja-me a comida e eu como sozinho na mesa... (194)			
P2		E1 P-Elas dão-me de comer várias vezes ao dia... Eu não tenho fome... Quando me dão, como... É só engolir... (14) P-Elas dão-me sopa e leite pela seringa... (85)	
		E2 PC-Até para as refeições... Sou eu que lhe tenho que dar de comer... Ou eu ou o meu filho que esteja aí à noite... (468) PC-Tu lá comias tudo pela tua mão... A gente só te tirava as espinhas e punha à feição de tu comeres e tu aqui não comes... (760)	
P5		E1 P-Como mal, não é... Como mal porque no hospital davam-me às vezes... Queria tentar comer, tentava comer com esta e era tudo uma trapalhada, com a esquerda não está a mão treinada para isso (74) P-Tenho tentado comer com a esquerda... Partem-me as coisas, não é... E até aqui tenho tentado. (78)	

DEPENDÊNCIA NA ACTIVIDADE EXECUTADA PELO PRÓPRIO	Arranjar-se	P1	E1	NC-É a esposa que o arranja depois do banho - "Preciso dela para tudo... Para me fazer a barba, para cortar as unhas... Eu só consigo pentear-me..."(10)
		P2	E1	NC-São as filhas que o arranjam (barbeiam, penteiam...) (16)
		P4	E1	E-I-Barbear-se? P-É o meu filho... É o meu filho porque às vezes não tenho forças nos braços e eu tenho medo de me cortar, porque tomo anticoagulantes.(94) P-É o meu filho também... As dos pés eu não consigo me aninhar... As das mãos consigo... PC-Mas foi a tua cunhada que te as cortou lá no hospital... P-Foi mas as da mão consigo porque não tenho que me abaixar... As da pé é que não... (99)
	Cuidar da Higiene Pessoal	P1	E1	NC-Enquanto falava precisou de limpar o nariz... Pegou num pacote de lenços que, estava intacto, e tentou abrir com a mão esquerda. Após várias tentativas falhadas chamou pela esposa - "Oh mulher, chega aqui... Abre-me isto." De seguida, como ainda tinha dificuldade em retirar o lenço da embalagem, levou o pacote à boca e retirou-o com os dentes. (12)
		P2	E1	NC-e cuidam da higiene pessoal (higiene oral, lavar as mãos...) (16)
		P4	E1	P-Os dentes é com tantum porque eu uso próteses e então lavo com tantum... PC-Eu tiro-as e lavo-as e só no outro dia de manhã é que as ponho... E-I-Mas é o Sr. ou a sua esposa que fazem isso? PC-Antigamente era ele que fazia tudo agora sou eu...(104)
		P5	E1	P-Lavar os dentes é que faço, depois das refeições, trazem-me aqui a bacia e eu sentada lavo-os aí sobre a bacia... (43)
	Usar o Sanitário	P1	E1	P-A mulher ajuda-me a ir à casa de banho e a sentar-me lá... Só uso o urinol quando estou na cama... Ela ajuda-me para eu não molhar tudo na cama... (18)
		P2	E1	NC-Faz a sua eliminação intestinal/vesical, na cama, para a fralda que é trocada pelas filhas. (18)
		P4	E1	P-Mesmo quando estou sentado na sanita, para fazer a minha vida, é preciso a mulher ajudar-me a pôr-me de pé, senão não consigo... (31) P-Agarro-me à minha mulher e à porta da sanita para não ir de lanço e me doer... E-I-Para se limpar e erguer-se? P-É a minha mulher que faz tudo... Sem ela eu nem me consigo levantar... (175)
			E2	PC-Levo-o mesmo à beirinha da sanita e sento-o na sanita... (461)
			E4	PC-Sentá-lo na sanita eu desconfio que qualquer dia vai rebentar a sanita e o lavatório... "Deixa o lavatório e a sanita... Senta..." – E depois... Levantá-lo então é que eu faço esforço... "Agarra-te ao meu pescoço"... Ao mesmo tempo que eu agarro assim na cinta ele –"Ai, ai, ai..." –"Tens que te levantar... Tens que te levantar..." (889)
		P5	E1	E-I-E para ir à casa de banho? P-Leva-me a Sra. (auxiliar contratada a uma empresa de serviços) porque segurar-me e andar sozinha ainda não... (61) P-Levam-me na cadeirinha... Vou a pé até além, sentam-me na cadeira e faço... (72)
	E2		P-Tenho uma cadeira própria... Vou... Fico lá... E depois a Sra. vai-me limpar... (452)	
	Transferir-se	P1	E1	NC-precisando da ajuda da esposa sempre que tem de se levantar. Ela ajuda-o também nas transferências da cama para a cadeira e da cadeira para a cama "Eu já me levanto quando estou na cadeira... Quando estou na cama tem de ser a mulher a puxar por mim..." (21)
			E2	P-Passar para a cama tem de ser a minha mulher a ajudar... Tenho ainda medo de passar... (179)
		P2	E1	NC-São as filhas, o genro e o terapeuta que o transferem da cama para a cadeirão (24)
			E3	P-Quando chega o meu genro passa-me para a cama... (295)
		P3	E1	P-O marido tem que me ajudar a ir para a cama e a levantar as pernas, porque não posso sozinha, têm que por as refeições na mesa e puxar a cadeira para eu me sentar, porque eu não posso sozinha... (16)
			E2	P-Custa-me levantar a perna e pô-la em cima da cama... É o meu marido que me ajuda. Quando estou no sofá também é o meu marido que me levanta a perna e me põem as almofadas a apoiar... (142)
		P4	E1	P- Quer dizer ajudam-me a sentar na cama... Depois põem-me a cadeira aqui à beira... Depois puxam-me com jeitinho, uma agarra de um lado, a outra a agarra do outro... (181) PC-E eu vi ele a sair da cama sozinho e agora não sai... (639)
		P5	E1	NC-Foi auxiliada a regressar ao cadeirão. Tem dificuldade em chegar-se para trás para se por confortável e a colocar as almofadas de apoio aos membros inferiores. P-Se me puder por aqui esta almofada... Aquela ponha ali para apoiar... (113)
	E2		E-I-Do sofá para o cadeirão, por exemplo, consegue? Ou da cama para a cadeira, consegue? P-Eu preciso sempre de um apoio... (466)	
	Virar-se	P1	E1	NC-Consegue-se mobilizar na cama, referindo no entanto que por vezes necessita da esposa para se posicionar melhor. –"A mulher ajuda-me a deitar e deixa-me confortável na cama... A meio da noite vem ver se eu preciso de alguma coisa e às vezes dá-me um jeito. (25)
		P2	E1	NC-Diariamente é mobilizado na cama pelas filhas pois é incapaz de o fazer sozinho. PC-Temos estas almofadas (muitas almofadas) para o posicionar como nos ensinaram lá (hospital) (21)
		P4	E1	P-Quantas vezes estou aqui deitado e peço ao meu filho, não é para arrastar, é para rebolar para o outro lado... Às vezes à minha mulher... (366)
			E2	PC-E vira para um lado, e vira para o outro e eu a vira-lo de um lado, depois vira para o outro... (399) PC-Olha... E eu não faço sacrifícios para te ajudar a deitar e a virar? (785)
P4		E3	P-Tenho que mudar de posição e sozinho não posso... E-I-Continua a não conseguir virar-se sozinho na cama? P-Preciso que a minha mulher me dê um jeito... (808)	
		E4	P-Tenho que acordar a minha mulher para ela me virar... (911)	
P5		E2	E-I-Na cama vira-se sem ajuda? P-Não me tenho virado...	
			E-I-Mas tem dificuldade em virar-se? P-Quer dizer... Às vezes sinto... (488) P-Deitei-me virada para a direita, depois irritei-me e achei que era melhor virar para o outro lado e pedi para me darem uma ajudinha... (499)	

DEPENDÊNCIA NA ACTIVIDADE EXECUTADA PELO PRÓPRIO	Usar a Cadeira de Rodas	P1	E1	NC-Utiliza a cadeira de rodas, mas é a esposa que a manipula. Ele apenas consegue posicionar a cadeira na sala "Já consigo mexer-me com a cadeira... devagarinho lá vou andando..." (28) P-Levanto-me de manhã, passo para a cadeira... a mulher traz-me para aqui... (141)	
		P2	E3	NC-Pediu-se para que tentasse mobilizar a cadeira de banho com a mão direita ao que respondeu... P-Eu assim não consigo... Elas estão cá e empurram... (276)	
	Andar	P1	E2	P-O meu neto não queria dar-me a cadeira e eu dizia... Tens que me dar senão eu não consigo ir para lado nenhum... Ele não entende que eu agora não posso andar (170) P-E eu disse: Não pode ser, o Bu não pode andar" (230)	
		P2	E1	P-(...) Fazia a minha vida normal... Falava com os meus amigos... Agora estou na cama... (92)	
			E2	P-Eu queria... mas estou preso... agora não mexo... E-I-O que é que mais deseja voltar a fazer... P-Eu queria andar... Poder andar por aí pelos campos... Eu gostava muito de andar... (198)	
		P4	E1	P-Aliás a grande dificuldade é eu manter-me de pé... Essa é que é a grande dificuldade... Eu tenho que ir à casa de banho agarrado à minha esposa... Ou quando estão as senhoras são elas que me levam... (20) E-I-Mas vai a andar? P-Sim, agarrado à minha esposa... (26) E-I-E a andar com ajuda sente dores? P-Desde ontem que não sinto dores... Mas tem de ser 2 pessoas a ajudar que eu faço muita carga. (199)	
		P5	E1	P-segurar-me e andar sozinha ainda não... Vou apoiada nela e ela ajuda-me, porque eu tenho que andar bastante para recuperar... (62) E-I-No andar qual é a dificuldade que sente? P-Tenho pouca força nas pernas E-I-E se a segurarem? Consegue ir andando? P- Ajudam-me a levantar e com o bracinho metido ajudam-me a andar? (65)	
	Erguer-se	P1	E1	NC-Não consegue elevar o corpo da cama precisando da ajuda da esposa sempre que tem de se levantar. (21) P-Levanto-me com a ajuda da mulher, vou comer à mesa... (118) P-Não tem travões e os pneus estão vazios... Assim nem eu me consigo levantar, porque a cadeira foge, (146)	
		P2	E1	NC-Não consegue elevar o corpo da cama precisando de ajuda total sempre que tem de levantar. (19)	
		P4	E1	E-I-Mas consegue estar sentado? P-Não me consigo levantar... (31) P-É a minha mulher que faz tudo... Sem ela eu nem me consigo levantar... (177) P-Mas depois tive de chamar a enfermeira para me ajudar a levantar, porque aí não consegui... (311)	
			E4	PC-Eu faço toda a força e ponho-o de pé, mas ele começa a derubar (dobra os joelhos)... (874) P- Por exemplo, vou à casa de banho... Se estou 3 ou 4 minutos ali sentado, tenho que me levantar... Têm que me levantar e tirar dali para fora, senão... (882)	
			E1	P-Ajudam-me a levantar e com o bracinho metido ajudam-me a andar? (67) NC-O Enf-inv auxiliou a Sra. a retirar o apoio dos membros e ofereceu apoio para a Sra. se levantar. P-O cadeirão só veio hoje... Porque era uma dificuldade eu conseguir levantar-me do outro... (93)	
		P5	E2	P-Eu quero me levantar mas não consigo sozinha, ainda... (334) P-É levantar-me... Não tendo um apoio de mãos... Tendo um apoios de mãos está bem... mas sem apoio de mãos é difícil... (339) E-I-Portanto tem é que ter um apoio nos braços para se levantar? P-Claro... Ele quer que eu faça força assim não é (força para se levantar concentrada nas pernas), com aqueles movimentos, mas eu ainda não consigo... (344)	
			E3	P-Se às vezes estou mais cansada chamo só para me dar uma mãozinha para não ter que me levantar sozinha, e pronto... (580) P-Eu aqui (sofá) peço ajuda para me levantar porque é baixinho... Nos outros já me levanto, não é... (654)	
	Comer e Beber	P2	E1	NC-Só ingere alimentos líquidos. (13) E-I-Não tem comido mais nada? E comida sem ser líquida? P-Eu gosto de sopa... Agora só estou na cama... (87)	
		Fazer Compras	P3	E1	Por isso não preciso de mais... Ele vai às compras, faz a comida... (83)
	E2			Andava para trás e para a frente, fazia a comida, ia às compras... (124)	
	P5		E2	P-Mas claro... Lá foi às compras... Já não é a primeira vez... Portanto é isto que... (422)	
			E4	P-Claro que toda a tarde está preso, não é... De manhã não, vai às compras... (971)	
	Cozinhar	P3	E1	P-Claro, ele vai... Vai fazer as compras... Ontem ajudou-me... Eu temperei o peixe e ele demolhou... E assim essas coisas... (1486)	
			E2	P- Por isso não preciso de mais... Ele vai às compras, faz a comida... Tudo o que é preciso... (83) P-Para cozinhar ainda é o meu marido que eu não posso estar muito tempo de pé... (149)	
	O QUE MUDOU – O que mudou em mim				
	Subcategorias		Participante		Expressões do discurso
FIQUEI ASSIM	Compromisso na Memória	P5	E1	E-I-Esteve internada no IPO P-Eu dessa parte não me lembro...(141) P-Contam-me coisas de que não me lembro absolutamente de nada... (142) P-Levaram-me à consulta e não sei quê, levaram-me tal, tal... Mas essa parte desapareceu... (143) P-As vezes esqueço-me que tenho de fazer isto regularmente (exercícios com o dedo). (351)	
			E2	P-e eu estava na dúvida se o Sr. vinha hoje ou amanhã... Não assentei, pronto... (465)	
			E3	P-Fiquei a saber que... Não me lembro de nada, não é... (690)	
			E4	P-Pois é isso... Já me disseram no hospital mas eu já não sabia... (872)	
			E5	P-Fiz a lista que é para depois poder dizer as coisas todas para não me esquecer... (984) P-Eu no outro dia encontrei, porque depois eu também tenho falhas de memória, (1425) P-e eu não reconheci, só levava para Mirandela para outra pessoa [...] Conheci o marido e é que eu vi quem era... Portanto veja só e falava com ela todos os dias em Bragança...(1427)	

FIQUEI ASSIM	Afasia Motora	P2	E1	NC-Sr S, de 79anos, com hemiparésia esquerda e afasia motora, após acidente vascular cerebral (AVC). (1) NC-Apresenta alguma dificuldade ao nível da linguagem, expressando-se apenas através de frases simples. Não apresenta dificuldade ao nível da expressão. Após o AVC esteve muito tempo sem conseguir comunicar oralmente. (33)	
	Intolerância à actividade	P1	E1	P-Quando chego da fisioterapia venho muito cansado... Até a falar me custa, às vezes... Não consigo fazer mais nada. Preciso de descansar" (123)	
			E2	P-"O problema é que ainda me canso muito... Quando venho da fisioterapia não consigo fazer mais nada... Fico muito cansado" (163)	
			E3	NC-Refere que se cansa muito quando deambula por curtas distâncias ou quando fala durante algum tempo. (310)	
				P-Às vezes, quando estou muito cansado, falta-me o ar e sinto uma dor no peito... (317)	
				P-Sentia uma dor no peito... Um cansaço... O cansaço, deitou-me abaixo... Eu tenho que fazer força com a esquerda para apoiar a direita e às vezes fico muito cansado e começa-me a doer a perna, a mão e o ombro direitos... Isso deita-me abaixo... (323)	
		E5	NC-Subiu as 6 escadas de acesso ao prédio e deambulou até ao apartamento (5º andar) tendo chegado a casa muito cansado, sem conseguir falar, com uma dor no peito, alguma dificuldade em respirar... (361)		
		P4	E1	P-É o meu filho... É o meu filho porque às vezes não tenho forças nos braços (97)	
			E4	P-Porque não posso... Tenho dificuldade em ir lá ao WC... Tenho dificuldade em segurar-me em pé... Têm de estar uma ou duas pessoas a segurar em mim para eu não cair... (111) PC-Cada vez é mais difícil... Eu faço toda a força e ponho-o de pé, mas ele começa a derrubar (dobra os joelhos)... PC-E eu a ver os joelhos a dobrar... [...] Foi então que ficou de joelhos no meio do corredor... (894)	
		P5	E1	P-Com tanto tempo que eu estive parada fiquei assim (fica polipneica num curto espaço de tempo e com dificuldade em falar) com dificuldade para fazer os movimentos. Passo tanto tempo sobre isto (cadeirão) que tento andar, mas o corpo ao fim de um bocadinho não corresponde... (107) P-e agora começo a ficar cansada (apresenta-se ligeiramente dispneica com alguma dificuldade para falar)... E-I-Ir daqui até ao quarto isso cansa-a (aproximadamente 20 metros)? P-Um bocadinho mas depois venho deitar-me... (178) P-acabei de regressar a casa e sinto-me cansada, não é... Foi muito tempo em coma, estou fraca (249)	
			E2	E-I-E a fazer todas estas coisas fica cansada? P-Ora bem (suspira)... Eu acho que sim, fico... Estou até bastante cansada... A fisioterapia faz-me muito bem mas também me cansa, não é? (317)	
	E3		E-I-Tem estado com os seus netos? P-Eles têm vindo, [...] Agora nas férias, porque às vezes já me cansam, não é... (736) P-Agora cansam-me um bocadinho... Lá conversam... E depois ficam cá menos tempo... (740) P-É isso... Claro que tenho períodos que quando as forças me deixam, eu ficava assim toda a tremer... (767)		
	E4		P-Depois estava desesperada e ele veio para me trazer... Quer-se dizer, cheguei a casa arrasada (909)		
			P-Foi um dia cansativo, porque estavam com umas saudades de vir cá e então fez-se o almoço como antigamente, não é... Foram as minhas forças embora, pronto... (1040)		
			E-I-Mas se precisar de se vestir. Consegue fazê-lo sozinha? P-Penso que conseguisse mas, ainda ficava muito cansada... (1150)		
	Equilíbrio Diminuído		P1	E2	P-A cadeira é muito difícil de empurrar, a minha esposa mal consegue empurrar... Para além disso não trava... Eu levanto-me, ela foge e eu caio..." (173)
			P2	E2	NC- sentou-se o sr. na cama. Tinha dificuldade em manter o equilíbrio sentado. (151)
		E4		P-Ao levantar fico com ouras na cabeça... A doutora disse-me para eu me deitar sempre que sentir isso... (383)	
		E5		P-A levantar quero ajuda... Também me dá ouras na cabeça... (484)	
		P4	E1	P-tenho pouca força nas pernas. Às vezes desequilbro-me (24)	
	P5	E2	P-noto a melhoria que eu não me equilibrava... Eu já fiz... Andar com pouco equilíbrio e isso tudo... (330) P-Não andava nem tinha equilíbrio... (539)		
Mobilidade Diminuída	P3	E1	P-Movimento da perna... Neste momento não estou autónoma e não consigo nem posso fazer força... (21)		
Apetite Diminuído	P4	E1	P-Não percebo porque é que não tenho apetite... E é essa uma das razões que me leva a não comer... (79) P-Se não são eles a comida fica no tacho... (85)		
		E2	PC-Aqui é a mesma coisa... Às vezes não quer comer... Come muito mal... (131) P-Ai vem outro... Vens tu, vem o Pápa, venha o filho, venha quem vier, eu não quero mais nada". (505)		
	P5	E1	P-Agora realmente eu também vou comendo pouco e queria ver se tentava comer um pouco mais... (45) P-e depois... Não conseguir comer... Ainda como pouquinho... Não adquiri as forças suficientes... (250) E-I-Como tem comido? R- Pouquinho não é... (436)		
		E2	P-Contenho-me não porque fico cheia mais depressa... Um bocadinho de sopa, de jardineira... assim umas coisinhas... (440)		
		E4	P-Andei todo o dia para comer esse linguado que não era assim... Até era pequeno... Comi metade ao almoço e depois lá comi a outra metade... E comi uma concha de sopa com um bocadinho de carne, quer dizer... Porque eles não se apercebem que eu tenho depois dificuldades com o resto... E-I-(...) teve dificuldade em comer mas, qual o motivo? O tempero em si? Não tem apetite? Ou outra razão? P-Tenho pouco apetite. Depois fico cheia. Essas coisas todas... Eu bem comia mas o pior é que... (1097) P-E quer dizer... Comer é um problema... (1114)		
			P-E portanto, procuro me reservar, não é. Porque eu como muito pouco. (1261)		
			P-É... Consigo comer poucas quantidades... (1263)		
		E5	P-Se não como sopa, faço um prato, assim uma jardineira que leva vários legumes, com a carne e assim... O que é como só um bocadinho. Depois a frutinha. E é assim... (1271) P-A gente perde a noção, não é... Embora claro o problema aqui... E porque me alimento muito pouco... Mas pronto, eu digo assim, mais vale comer pouco e aguentar do que estar aí a... (1472)		

O QUE MUDOU – O que mudou em mim				
Subcategorias	Participante	Expressões do discurso		
COMPROMISSO AO NÍVEL DOS PROCESSOS CORPORAIS	Espasticidade	P1	E1	NC-Apresenta espasticidade ao nível do membro inferior direito – “Por vezes, a minha perna começa a tremer sem que eu consiga controla-la” (37)
	Parésia	P1	E1	NC-Apresenta hemiparésia à direita: Não consegue executar movimentos de flexão com o membro superior, consegue mobilizar ligeiramente os dedos da mão, não faz preensão digital (31) NC-Não consegue mobilizar o pé e a perna direita. “A minha perna está presa, não faz nada...” (35) NC-Refere dificuldade em mastigar para o lado afectado, não tendo, no entanto, problemas ao nível da deglutição; (49) P-Sempre utilizei a mão direita para tudo... Agora tenho de aprender a fazer com a esquerda. Como tem alguma dificuldade em controlar as coisas com a mão esquerda, recorre por vezes à ajuda dos dentes para conseguir executá-las sozinho (ex.: retirar um lenço de papel do pacote) (62) P-O meu braço não funciona... Já tenho alguma sensibilidade mas ele não corresponde aquilo que eu quero fazer... (115)
			E2	P-Nunca que eu trinquei tanto a língua como agora, mas eu consigo comer com o lado esquerdo, o lado direito é que não mastiga muito bem. (194)
		P2	E1	NC-Sr. S, de 79anos, com hemiparésia esquerda, após acidente vascular cerebral (AVC). (1) NC-Apresenta hemiparésia à esquerda: não consegue executar movimentos de flexão com o membro superior, consegue mobilizar ligeiramente os dedos da mão, não faz preensão digital, consegue mobilizar ligeiramente os dedos do pé esquerdo. (26)
		P3	E1	P-Dores no sítio da operação não... Mas eu sofro um pouco dos ossos... Os joelhos já me doíam e agora faltam-lhes força, o que não ajuda nada para eu poder andar novamente... (86)
		P5	E1	P-por causa de todas as limitações que tenho, sobretudo desta mão (não é capaz de mobilizar os dedos da mão direita) que ficou assim e portanto nesse aspecto estou ainda muito dependente, não é? E-I-Então a mão direita não consegue fechar? P-Não, não consigo dobrar este dedo... P-os movimentos que faço são todos desconectados... Não dão para agarrar... P-Tenho pouca força nas pernas (65) E-I-Aperte por favor o meu pulso com a mão direita... P-Com esta não consigo... Só se for lá ajudar... Só se for lá baixar este dedo... E-I-E com os outros, mesmo sem esse dedo, consegue apertar o meu pulso? NC-Apertou o pulso do enf-Inv fazendo preensão, mesmo sem o 2º dedo que se mantinha semi-flectido. Tente agora elevar o meu pulso até à sua cabeça... (conseguiu fazê-lo embora com alguma dificuldade). (82)
			E2	P-“Porque baixar ainda não... Hoje na fisioterapia fizemos esses exercícios mas ainda custava-me bastante, ir apanhar os objectos com a mão ainda não consegui... (277)
	E4	P-A mão... Teve ali uma parte ainda pior... Porque noto que ela está... Quer dizer, este dedo também já esteve mais inchado... Mas eu mantenho o tacto muito dormente nestes dois... (1001)		
	Obstipação	P1	E1	NC-Apresenta uma alteração do padrão de eliminação intestinal. – “Antes fazia todos os dias. Agora chego a estar 4 dias sem fazer e sinto-me mal...” (51)
			E4	P-“Inicialmente era preso de intestinos e tinha de comprar uns supositórios na farmácia... (425)
	Vómito	P4	E2	P-Ontem vomitei quando vinha na ambulância, à vinda para cá... (417) E-I-Foi a única vez que vomitou? P-Não... Não... Às vezes... (422) P-Mas lá no hospital vomitei duas ou três vezes... (425)
	Diarreia	P5	E2	P-Tudo o que comia ia fora... (427) P-Tanto adiantava comer como nada... E-I-Estava com diarreia então? P-Era... Quer dizer ia ao quarto de banho constantemente... (428)
	Impotência Sexual	P1	E5	P-“Estou preocupado!... Estou nisto já há algum tempo e até agora nada... Tanto eu como a minha esposa temos necessidades e eu não consigo ter uma erecção... Ainda somos muito jovens... E a minha mulher já começa a pensar que eu não gosto dela... Está sempre a querer dar beijos... Eu já lhe disse... oh mulher... deixa-te de beijos...” (519)
	Incontinência Urinária	P1	E3	NC-Refere que por vezes não consegue chegar a tempo ao WC, acabando por ter algumas perdas de urina, essencialmente quando está durante longos períodos sem ter micções. “Na segunda, quando estava no ginásio [urinei] nas calças... Não tive tempo de chegar à casa de banho. Ontem quando os bombeiros me trouxeram, eu não consegui chegar a tempo e também fiz nas calças...”. (353)
		P2	E4	P-Tenho feito na fralda. [...] Acho que estou bem assim na maré... Na maré acho que não... Ainda não me consigo mexer bem... A fralda é mais confortável... E-I-Mas não consegue aguentar a urina até que chegue o urinol... P-Acho que não... Com a fralda eu posso estar à vontade... Eu já antes tinha problemas... Já tinha sido operado e por vezes não aguentava bem as urinas... (398) E-I-Acha que não conseguia manter um esquema durante o dia e tentar fazer para o urinol de 2/2 horas... Mesmo que não tivesse vontade... Se calhar assim já não tinha perdas... P-Na maré estou bem assim... Quando me mexer melhor depois eu farei isso... (406)
	E5		P-Faço na fralda... E-I-Sempre? Nunca vai à casa de banho? P-Não, tenho ainda muita dificuldade... Tenho dificuldade em urinar... E urino e às vezes depois fico assim com uns “puchos” e um “ardume”... Já antes tinha problemas... (519)	
	Limpeza das Vias Aéreas	P4	E4	NC-apresentando uma tosse irritativa, predominantemente em decúbito lateral direito. (828) P-Isto é assim... Se estiver para este lado (decúbito lateral direito), estou sempre a tossir, mas eu ponho-me direito e a “tossqueira” passa... (857)
Edema	P5	E1	NC-Os membros inferiores estavam edemaciados, com uma tonalidade rósea vítreo. (92)	
		E4	P-mantenha os problemas dos edemas, que comecei agora a tomar medicamentos fortes e hoje de manhã já se notava aqui o joelho (refere-se à diminuição do edema) (889)	

COMPROMISSO AO NÍVEL DOS PROCESSOS CORPORAIS	Dor	P1	E1	NC-Refere dor ao nível do ombro direito sempre que faz exercícios de elevação do membro superior – "Dói-me este ombro quando faço a ginástica ou quando tento levantar o braço". (41)
			E3	NC-A dor ainda está presente, principalmente na perna direita, quando faz fisioterapia, impedindo-lhe de fazer alguns exercícios. (319)
			E4	P-Nos últimos dias tenho tido muitas dores no ombro, no braço, na perna e à medida que vou tendo dores, vou ficando mais cansado e começo a ter dores no outro lado e isso tem-me dificultado a vida.(422)
		P2	E1	NC-Apresenta dor à mobilização da articulação do joelho esquerdo, que se encontra edemaciado e que limita a amplitude de movimentos. (30) NC-Apresenta lesões ao nível da mucosa oral que lhe dificultam a deglutição. Está a fazer tratamento das mesmas com um elixir aconselhado por uma enfermeira. (37) NC-Refere ter dor intensa ao nível do joelho sempre que se mobiliza a perna parética. (134)
			E2	NC-Referiu também dor intensa ao nível do joelho esquerdo o que fez com que se centrasse na dor e não colaborasse com o investigador... (163)
			E3	NC-O indivíduo manifestou novamente dor ao nível do joelho, embora menos intensa, sempre que flectia a perna esquerda o que limitou alguns dos movimentos que teve de efectuar... (226) P-Só tenho tido problemas no urinar. Custa-me a urinar, tenho mais dificuldade... (562)
			E5	P-Às vezes até bebo água para ver se urino melhor, mas às vezes também estou aqui assim e dá-me assim um arrepio no ouvido... é conforme... mas é o problema maior que eu acho que tenho. (566)
			E3	P-As minhas dores na perna e no joelho por vezes também me afectam um pouco... (217)
		P4	E1	P-Tenho dores quando me baixo e (24) P-Não... Não... Não... Porque me dói isto aqui na coluna... E isto na coluna depois mexe com tudo... Ao mexer com o pé é umas dores horríveis, ainda para mais fiz uma biopsia aqui (região lombar)... Ainda pior ficou... E-I-Portanto a dor é que o impede de fazer tudo? P-As dores impedem-me de tudo... De andar... De fazer a minha vida normal como fazia antes... (37) E-I-Vestir as calças provoca-lhe dores? P-Tenho que me baixar... E tudo o que seja baixar eu não consigo... As dores são horríveis... (73) P-É a minha mulher que faz. Eu não consigo baixar-me... Tenho dores... (174) P-Sem ela eu nem me consigo levantar... Tenho muitas dores... (178) P-Ai... Sinto dores aqui na parte de baixo... Dói-me aqui na zona dos rins... E-I-E depois de estar de pé? P-De pé dói menos... (204) P-Dói-me... E-I-Dói mais do que quando está sentado ou dói menos? P-Estou melhor sentado mas, as dores são quase as mesmas... (210) P-Às vezes nem como tudo... Começam as dores... PC-É... Começa a doer e ele diz – "Leva-me para a cama que já não estou bem aqui..." (325)
			E2	E-I-Teve muitas dores? P-Sim senhor... Aqui atrás nas costas e nas pernas... (394) P-Não... Esta noite fui procurando uma posição porque me doía as costas e chegou a um ponto que a perna direita e o pé já não aguentava... (720)
			E3	P-Contínuo a ter muitas dores... Não me consigo baixar e levantar é um castigo (803) P-Sim... Eu não posso estar sem ser assim (deitado)... É umas dores nas costas... (837) E-I-Tem alguma posição que adopta para ter menos dores? P-Todas... Não consigo estar sem ser assim (deitado)... Tanto me vale de barriga para o ar, como para um lado, como para o outro... (845)
			E4	P-Não posso levantar um braço que começa logo a doer-me... E-I-Mesmo a mexer os braços fica com dores? P-Não... A levantar-me da cama fico com dores... (853) P-Dói... Por exemplo, vou à casa de banho... Se estou 3 ou 4 minutos ali sentado, tenho que me levantar... Têm que me levantar e tirar dali para fora, senão... (881) E-I-Comer à mesa, já foi? P-Fui 2 dias... Tenho de vir para a cama logo pois fico com muitas dores... (975)
			E1	P-Para além disso o que tem contribuído ainda muito para além da debilidade em que fiquei, as dores, que sinto quando estou sentada E-I-Onde sente essas dores? P-Aqui nesta parte (dor na região sacrococcígea). (33) P-Tenho tido menos dor, tenho feito exercício (97)
			E2	P-Quer dizer... Às vezes sinto... Com dores não quero forçar... E-I- Onde dói? P-Tenho tido dores na... Ontem não tive... Tenho tido dores no coxix e nesta perna... Ontem por acaso não tive... Por isso é que passei a noite melhor... E não tomei nada e isso tudo... E-I-E é na cama que lhe costumam dar essas dores? P-Às vezes, mas pouco... Primeiro davam, agora dão menos... (491)
			E4	E-I-E dor? Tem tido dores? P-Dores fortes não. De vez em quando, como quando vim do hospital, as costas mais ficam mais doridas, por isso é que comecei a andar... Mas assim dores fortes não... (1168)
			E5	P-Tenho tido umas "dorezitas". Mas antes aqui também já me doía, agora noto que estou muito mais magra, um pouco asteniada. E-I-Mas tem tido algum tipo de dor? P-Assim, é assim uma coisinha assim debaixo da costela. Já tinha, depois deixei de ter, pronto... (1324)

COMPROMISSO AO NÍVEL DOS PROCESSOS CORPORAIS	Sono	P1	E1	P-“Sem eles eu não consigo dormir... Estou sempre a pensar como vai ser daqui para a frente...” (74)	
		P3	E3	P-E depois não tenho posição para estar na cama porque o corpo está ainda muito saturado de estar deitado e chego às tantas da noite e já não posso mais ficar deitada. (218) P-Cansa muito não conseguir descansar durante a noite... (229)	
		P4	E2	E-I-Como é que está relativamente à dor? M- Muito mal... Esta noite não dormi por causa disso. (392) P-e com os comprimidos, “ <i>murrinhei</i> ” um bocadito, mas acordei na mesma cansado, a doer-me de lado, naquela parte que estava assim metida no colchão... Começando a doer... (396) PC-Esta semana só tivemos uma noite em que dormimos até às 6 horas... P-Foi a única noite que dormimos seguidos... (515) P-E eu depois começando a dormir em condições tenho outra disposição durante o dia... (670) PC-Nem dormiu, nem deixou dormir... P-Estive muito mal não... Eu estava sempre com dores do colchão... (726)	
		P5	E1	P-Depois há aquela ansiedade, não é... Eu não durmo... (156)	
			E3	P-Portanto eu faço um período da noite, depois acordo, vou ao quarto de banho e fico cansada e então, nunca mais volto a dormir... (569) P-E esta semana tem sido muito difícil para eu dormir... (813) P-E tenho dormido muito pouco... (989)	
			E4	P-Porque ontem, posso-lhe dizer que deitar e não deitar era quase meia noite, quando estava na cama... De qualquer forma às 5h ou às 4h já estava a ir ao quarto de banho, e depois estive mais uns minutos a dormir e às 7h já estou a ir para o banho que elas (cuidadoras contratadas) (991) P-Agora, eu durmo muito pouco... Ontem durante o dia não dormi... Durmo muito pouco e preocupo-me com esses pormenores todos. (1124)	
			E5	E-I-Dormir... Como tem sido? P-Muito pouco... (1346)	
				P-Portanto deitei-me, tomei chá de cidreira e tília, e depois não estava a conseguir dormir... Nunca é aquele dormir profundo, não é... (1347) P-às seis acordo e já não durmo mais... (1349)	
		Dispneia	P4	E4	NC-ligeiramente dispneico e apresentando uma tosse irritativa (828) NC-(apresenta uma dificuldade respiratória ligeira que se agrava com o movimento). (864)
			P5	E1	P-A acompanhante estou sempre a chamar, não é... porque queria... portanto, é uma angústia para mim, para a pessoa e para mim porque estou a incomodar a pessoa. As que estão de apoio passam a noite praticamente nisto... Aliás a minha falta de ar... (157)
E3	P-Abra-me a janela assim um bocado, feche a porta, e então consegui outra vez dormir porque vinha o ar e o meu problema é sempre o ar... (571) P-Nem pensar em dormir para baixo... Deus me livre... Nem conseguia... (609) P- Mas às vezes tento com estes tormentos todos do respirar, é complicado... (661) P- Porque se baixo a cama não respiro... (816)				
	P-A Sra. Levanta-me uma parte, põem-me as almofadas e eu ponho-me assim encostada... Tem de ser... Não tenho outra posição porque senão começo com falta de ar (818).				
E4	P-(...) só o esforço de ir ao quarto de banho me deixava sem ar... (887) P-Atravessei um período que, só de me levantar eu ficava sem poder respirar... (977) P-Na cama só consigo dormir sentada, quer dizer, com ela levantada, ponho as almofadas... (987) P-pus ainda uns 10 minutos, porque estava aquele nevoeiro e aí já comecei a sentir falta de ar... (1022)				
O QUE MUDOU – O que mudou à minha volta					
Subcategorias		Participante	Expressões do discurso		
PROCESSO FAMILIAR ALTERADO	Crise Familiar – Stress dos Elementos da Família	P1	E1	P-A minha filha tem a vida dela e eu não posso estar dependente da minha filha... Ainda há bem pouco tempo era eu que a ajudava e levava o miúdo ao infante e agora... está tudo ao contrário... São eles que me têm que transportar a mim... NC-A família está a passar por uma situação de crise provocada pela falta de recursos financeiros, pela alteração de papéis dos seus membros e pelo stress que isso provoca na esposa, principal cuidadora.	
		P2	E3	PC-Eu agora até já ajudo menos o meu marido que, coitado, até anda mal das costas... Mas eu por vezes tenho de sair... Não posso estar aqui sempre... O pai já sabe... (268)	
		P4	E2	PC-A minha nora, coitada, antes de ir trabalhar, vem a correr aplicar-lhe uma dessas injeções pequeninhas bebíveis num bocadinho de sumo de laranja, porque são muito amargas... (414) PC-Ela coitada... Passou a semana passada no hospital para preparar a alta dele e agora anda a trabalhar nas noites para compensar... (745)	
				PC-Têm uma casa para pagar... Uma filha, com 5 anos, que gasta 50 contos por mês para a terem num jardim de infância... De maneira que a vida está má para todos... Mesmo assim são solidários... (746) PC-a minha nora apareceu às 8 horas antes de ir trabalhar, a correr, para lhe dar a injeção... (519)	
		P5	E3	P-Agora cansam-me um bocadinho... Lá conversam... E depois ficam cá menos tempo... Acho que se sentem pressionados... Porque de vez em quando lá vêm pedir o sumo de laranja deles... Aquelas coisas que estavam habituados... E têm aquelas saudades... (740) P-está sempre com eles... São tão carinhosos com ela... São tão chegados que ainda não conseguiram cortar o cordão umbilical... Conto muitas vezes esta história aos meus filhos... (750)	
				E4	P-O meu filho coitado, vem para isso... Vem de Bragança hoje, chega à noite, dorme em casa de uma amiga e ficam lá... Portanto, vêm para isso não é... (1049) P-Vamos lá ver quando é que ele tem mais tempo. (1258)
				E5	P-Pronto e de certa maneira o facto de os meus filhos estarem pouco libertos para... Claro, o B lá foi da última vez ter cornigo e veio-me aqui buscar e isso tudo, estava de urgência, 24 horas, e essa coisa toda... (1336) P-Depois telefonei ao meu filho e ele coitado, estava de permanência, tinha vindo de uma noite, mas disse – “Não... Vou, vou, vou...” – Depois fomos os três e foi ótimo... E pronto, já fiquei mais reconfortada... (1489)

PROCESSO FAMILIAR ALTERADO	Crise Familiar – Stress do Prestador de Cuidados	P1	E1	P-A minha mulher tem sofrido muito com isto... quando estive internado ela esteve dias sem conseguir dormir... Emagreceu imenso... Ela preocupa-se muito comigo, coitada! Agora está exausta...Anda a dormir pelos cantos... (136) NC-A família está a passar por uma situação de crise provocada pela falta de recursos financeiros, pela alteração de papéis dos seus membros e pelo stress que isso provoca na esposa, principal cuidadora. (138)	
			E3	NC-A esposa sente necessidade de ser apoiada e de ser reconhecida pelo que está a fazer (278) PC-Eu não posso ir ao Centro de Saúde para as vagas... Não posso ir para lá uma manhã para a sala de espera e deixar o meu marido sozinho em casa... Tenho que lá ir a correr quando ele vai para a fisioterapia e rezar para chegar antes dele... Fico sempre com o coração nas mãos (291)	
		P2	E1	PC-Ele aqui será sempre bem tratado... Agora é esta a minha vida... (104)	
		P4	E1	PC-Mas eu quero é que ele coma tudo para ter forças para poder andar... (87) PC-Vi-me consumida para lhe dar o lanche... (125) PC-Às vezes não quer comer... Come muito mal... Mas não pode ser assim... Ele tem de começar a comer... Eu também não posso... (130) PC-Tenho osteoporose avançada, artroses na coluna e um problema no coração que me deu a reforma aos 25 anos... (133) PC-Às 17h acordei-o para lhe dar um leite e à noite finalmente comeu muito bem... (140)	
				PC-Esta noite foi muita má... Nem ele nem eu conseguimos dormir. Ele cismou que é do colchão. Tem sido uma calamidade... (388) PC-Sabe Sr. Enfermeiro, ele perdeu o apetite para comer... A gente vê-se perdida para ele comer alguma coisa... Ora isso também faz muito ao caso... (499) PC-Passamos noites e noites... Esta semana só tivemos uma noite em que dormimos até às 6 horas... (514) PC-Ainda hoje de manhã eu dei esses 2, e depois do segundo é que eu comecei a ver que ele... Eu disse assim –“Agora é que vais dormir...” (518)	
				E2	PC-Sabe, eu hoje estive na cama até ao meio-dia... Depois fico perdida da cabeça, todos os dias... Eu todos os dias sem dormir como deve de ser... Ai Jesus, Nossa Senhora... Mas prontos, tem que ser... Tem que ser... (520) PC-Não... Ele não vai... Ele não sai daqui... Ai (suspirou) ... (563) PC-Eu sinto que tenho piorado muito, porque na outra cama eu tinha uns calços grandes nas pernas para elevar, porque eu tenho muitos problemas nas pernas... E sentia-me bem... Foi ele que mos fez em madeira e forrou-os a alcatifa... A minha nora perguntou no hospital se ele podia estar com aquilo e disseram-lhe que não, que a cama para ele tem que estar direita... Antes que ele chegasse cá, as duas retiramos os calços da cama... Não me importo... O que eu queira é que ele esteja bem, que eu vou andando... (734)
				E3	PC-Olha... E eu não faço sacrifícios para te ajudar a deitar e a virar? Tu tens que fazer na mesma... (785) P-A minha esposa é doente e sofre muito com isso... (799)
			E4	PC-Chegou às 2 horas e já não deixou dormir mais este homem... (906) PC-Eu estou a ficar sem acção no pescoço, nos braços, em tudo... Vejo-me “consumidinha” aqui... (911)	
			P5	E2	P-O meu marido também, mas coitado, sabe Deus, com Parkinson está a viver estas coisas todas... É por isso que ele também se exalta muito... (421)
		E3		P-Depois ele (marido) lá procura fazer bem mas não tem propriamente um feitio bom, não é... É ríspido, portanto... (684) P-O marido com Parkinson, também... (744)	
	E4	P-E ele anda por aí feito macambúzio... Pronto, o temperamento dele foi sempre assim... (973)			
	E5	P-Assim nós estamos com medo de o sobrecarregar a ele para depois ser ele a precisar. (1384) P-Ele anda numa revolta... Depois já estava a entrar desespero porque ninguém liga... Porque os netos também não vieram, foram para a praia e vieram tarde. (1487) P-porque ele é uma pessoa que gosta muito de ser enaltecido... Também nunca tive grande tendência para o enaltecer... A vida decorreu naturalmente, não é... (1498)			
	Adaptação Familiar	P3	E1	P-Mas para isso tenho o marido... E o marido tem-me ajudado muito, tirou inclusive a semana de férias para estar comigo, portanto, as coisas arranjam-se. P-Neste momento se não tivesse marido, ou se ele tivesse fora, teria de ter alguém P-Temos de ter calma, temos que nos arranjar até ficar boa... Quando ficar boa tudo irá ao sítio... É assim... Não há nada mais... Fazem a vida como eu...	
			E2	P-Para a semana já devo mexer-me melhor e não precisar tanto do meu marido... Ele vai ter que retomar o trabalho...	
ISOLAMENTO SOCIAL	Trancado em casa	P1	E1	P-Uns ligam a perguntar como estou, outros nem querem saber... (143)	
		P2	E1	P-Não... Agora estou para aqui... (89) P-Falava com os meus amigos... Agora estou na cama... E-I -E os seus amigos... Ainda não o vieram visitar? P-Eu gostava mas agora estou para aqui... (93)	
	Afastamento da sociedade	P1	E1	NC-encontra-se isolado de todo o contacto social, restringindo-se apenas aos familiares próximos. P-mas para uma pessoa cheia de actividade, apesar dos 72 anos, estava aqui, que ia a Bragança, que falava com os meus netos, essas coisas todas que deixei... É assim... (151)	
		P5	E1	P-Para já faz-me falta a minha actividade, os meus netos, poder estudar com eles, poder fazer as refeições que eles adoravam quando vinham aqui comer, não é... Eles vinha cá muitas vezes, sobretudo o mais velho, e era uma relação fantástica que tinham e que agora é limitada não é... (186) P-O que é que eu gostava muito... Estar com os netos, estudar com eles (697)	
			E3	P-Ontem estiveram cá e vêm cá vários dias... Porque eles estavam habituados, chegavam ali e ficava tudo cheio de pastas e de sapatos... Estendiam-se por aí... (738) P-Desde que saí do hospital que tenho saudades de ver a natureza... (793)	
			E5	P-Continuo com aquela sensação de que... Então agora que a Primavera ainda está aí, continua tudo no lugar, sobretudo aqui no Porto, uma maravilha... É isso traduz-se nessa perda de não poder aproveitar... (1371)	

PROPRIEDADES DAS TRANSIÇÕES				
Sub-categorias	Participante	Expressões do discurso		
MOTIVAÇÃO PESSOAL PARA A MUDANÇA	DEPENDÊNCIA TEMPORÁRIA	P3	E1 P-Mas sei que se cumprir à risca com as indicações vou poder recuperar e farei a minha vida... P-Quando ficar boa tudo irá ao sítio... É assim... P-Temos de ter calma, temos que nos arranjar até ficar boa...	
			E4 P-acho que vou voltar ao normal...	
	OBJECTIVOS A CUMPRIR	P1	E2 P-Recuperar para que possa voltar a ganhar algum dinheiro para a casa (241) P-ao menos, se eu conseguir andar e mexer esta mão, eu poderei fazer outra coisa e ganhar dinheiro de outra forma para poder sustentar esta família. (243)	
			E2 P-Eu queria andar... Poder andar por aí pelos campos... Eu gostava muito de andar... (199)	
		E4	E-I-O que lhe custa mais hoje em dia? P-Custa-me estar aqui preso... Gostava de sair... Dar os meus giros... Ir para o campo ajudar... Para as feiras falar com os amigos... (419)	
			E5 P-eu queria era melhorar... E-I-O que é melhorar para si? P-Eu queria era poder andar... E-I-O que queria fazer outra vez? P-O costume, não é... Poder não estar sempre aqui... (497) P-Pensamentos... Pensamentos de andar por aí... Dar aí umas voltas e ver o que se passa por aí... Assim estou aqui preso... o que eu mais queria era dar assim uma volta, ir até lá fora... Agora não convém neste estado... Para já... (595)	
		P5	E2	E-I-E dessas coisas que agora não faz o que sente mais falta? P-Sair lá para fora e poder ver os campos da natureza, que eu adoro a natureza... É isso...(382) P-É poder estar na minha casa de Bragança e gozar aquele espectáculo do meu jardim... Pronto, é isso... É uma sensação de que realmente a saúde vale mais do que tudo, do que riquezas, do que... Enfim... A natureza, não poder usufruir como usufruía... É isso que sinto mais... (384)

FACTORES EXTRÍNSECOS AO SUJEITO QUE INFLUENCIAM A TRANSIÇÃO – A Sociedade			
Subcategorias		Participante	Expressões do discurso
A SOCIEDADE	Socialização	P1	E1 P-Já há algum tempo que não estou com os meus amigos. Uns ligam a perguntar como estou, outros nem querem saber... Agora é que se vê quem são os amigos... Mas eu não os quero ver, assim...(143)
			E4 P-Gostava de uma boa francesinha... Mas, no entanto, não era pessoa de sair muito... Agora tudo isso acabou... (439)
			E5 P-Quando fiquei assim disse ao meu compadre que queria sair da direcção do condomínio, mas ele disse que eu era fundamental e que se eu saísse não haveria condomínio... Isso fez-me ver o quanto era preciso. Agora já posso resolver alguns problemas o que é bom para mim...
		P2	E1 E-I-E tem recebido muitas visitas... P-Não... Agora estou para aqui... (89) P-Falava com os meus amigos... Agora estou na cama... E-I-E os seus amigos... Ainda não o vieram visitar? P-Eu gostava mas agora estou para aqui... (93)
			E3 P-Gosto também que os amigos me visitem e falem comigo para eu saber do que se passa lá fora... (318)
			E4 P-Eu gosto muito de falar com eles... O tempo passa mais rápido e tal, e sempre me vou distraíndo. (423)
			E5 P-Foi uma alegria ver as pessoas a olhar para mim (426)
			E5 E-I-O que queria fazer outra vez? P-O costume, não é... Poder não estar sempre aqui... Sair para falar com as pessoas. (500) P-Não posso pensar no impossível, não é? Eu não era muito de ir assim até aos cafés mas, gostava de estar com os amigos e tal... (613) P-Gosto que venha alguém me entreter e que a gente converse, saiba sempre alguma coisa de novo e assim... (616)
		P4	E2 PC-Esta semana tive que pedir socorro a uma vizinha porque (405)
			E4 PC-Tive que ir a correr chamar uma vizinha que por acaso estava em casa... Lá o levantamos as duas. (407) PC-Tive que ir pedir ajuda, às 7 horas da manhã, a um senhor aqui... (886)
	P5	E3 PC-Tive que ir ao 3º andar, chamar uma senhora para o ajudar a levantar para o levar para a cama... (896)	
		E3 P-Tenho uma que me telefona quase todos os dias, tenho outra que me telefonou à pouco tempo [...] Ela foi muito feliz, embora tenha tido um início de vida muito difícil... (746) P-Passou muitos trabalhos mas agora está ótima... E tem telefonado várias vezes... (753)	
	Estigma Social da Dependência	P1	E3 "Eu e o meu compadre assumimos a direcção do condomínio... Agora neste estado já coloquei o meu lugar à disposição... Assim não tenho utilidade nem cabeça para tratar do que é necessário tratar... O meu compadre disse para eu esperar e me afastar por uns tempos... Quando voltar a recuperar as forças então terei o lugar à minha espera... mas eu não sei se vou poder voltar..."(283)
			E4 P-Não quero ir de cadeira de rodas lá para baixo porque vêm todos ter comigo. "Coitadinho... Coitadinho... Coitadinho do Sr F...(389)
			E5 P-Eu não quero que as pessoas olhem para mim e digam... Coitadinho! Está ali um coitadinho na cadeira de rodas... (405)
P5		E1 P-Já fui dar uns passeios lá em baixo...Custa-me porque as pessoas ficam a olhar para mim com pena... (498)	
		E1 P-Também o doente nessa altura precisa de ter compreensão da sociedade, mas a sociedade não está preparada para isto... A sociedade está organizada para tratar... É como se estivesse a arrumar gavetas... Esta ficou bem arrumada e que fique bem arrumadinha e sem incomodar, isso é que é preciso... (202)	
FACTORES EXTRÍNSECOS AO SUJEITO QUE INFLUENCIAM A TRANSIÇÃO – Status Económico			
Sub-categorias		Participante	Expressões do discurso
STATUS ECONÓMICO	A habitação	P1	E1 P-Este é um bom apartamento... Se eu vivesse numa casa pequena não aí ter espaço para andar na cadeira de rodas... Aqui posso andar à vontade. (54)
			P3
		E2 P-A casa é plana logo, ando bem... I-E-Ensinaram-lhe a subir e descer escadas com as canadianas? P-Também me ensinaram isso, mas eu não preciso porque a casa não tem degraus...	
		P5 E3 P-Ora bem o notário estava muito quente... A minha casa por acaso é incrivelmente fresca, porque dá-lhe a humidade e é fria... E portanto não estou habituada... (566)	
		Condições habitacionais	P1
	E2 P-Eu não consigo ir para a varanda por causa do degrau. Tenho uma varanda tão boa e não posso lá chegar. (165)		
	P2		E1 NC-uma vez que o seu quarto ficava no 1º andar e a casa não dispunha de elevador. (43) P-Aqui é mais fácil para elas cuidarem de mim... O meu quarto não dava... (46) NC-A sala tinha ainda uma casa de banho que não estava adaptada para poder receber o banho em cadeira de rodas (tinha um degrau à entrada e só tinha banheira, sendo o prolongamento do chuveiro muito curto). (55)
			P4
	E2 E- Porquê? Não consegue comer sozinho com os talheres? P-não tenho onde me apoiar... Sento-me na cama e as dores nas costas são horríveis... Lá no hospital tinha aquelas mesinhas de cabeceira extensíveis... Aí eu sentava-me e debruçava-me sobre a mesa que tinha apoio... Aqui não tenho... (470) P-aonde é que eu tenho a mesinha para comer? Eu não gosto de estar aqui virado na cama a comer... (757)		

STATUS ECONÓMICO		Rendimento Familiar	Condição financeira favorável		Baixo rendimento familiar				
STATUS ECONÓMICO	Rendimento Familiar	Condição financeira favorável	P2	E1	NC-Disponham também de todo um conjunto de material para banho e para prestação de cuidados de higiene, na cama, tal como tinham sido aconselhados no hospital, pelos enfermeiros. (48)	NC-A família contratou um fisioterapeuta que já lá a casa promover a readaptação funcional do indivíduo.			
				E2	E-I-Não têm uma aparadeira ou uma cadeira sanita? P-Não sabia que era preciso mas se é, eu consigo arranjar uma cadeira dessas que era do sogro da minha irmã... Para a próxima vez já terei cá. E se for preciso mais coisas compram-se... O sogro da minha irmã também teve um problema assim e ficou numa cadeira de rodas até morrer... (144)	NC-O indivíduo encontrava-se deitado na cama, posicionado com almofadas da mesma forma que na semana anterior. A filha já tinha adquirido um urinol e uma cadeira de banho. (208)			
				E3	P-Não precisei... Não precisei de nada, ninguém me forneceu nada, mas eu também não precisei... E-I-Mas no hospital perguntaram-lhe se precisava de canadianas? P-Não, por acaso... Acho que as tinha levado logo e devem ter visto... E-I-E em casa... Não precisou de nada, nem de adaptar nada para fazer face ao problema? P-Não...				
			P4	E2	P-E toda a vida trabalhei bem... Isso era ter dinheiro para pagar esta casa... (705) P-Agora tenho os impostos para pagar da casa... Tenho a luz, o telefone, a água, tenho o seguro da casa, tenho essas coisas todas... E-I-Está com problemas para responder a isso tudo? M- Não... Não... Não... Para já ainda não... Por aquilo que eu lhe disse... Trabalhei no duro para ter as minhas coisas... Quanto a isso... Se não puder gastar 10, gasto 5, e é isso... (708)				
				Int.	NC-Regressou a casa, tendo à disposição uma acompanhante, durante as 24 horas, contratada a uma empresa de prestação de serviços na comunidade (prestadora de cuidados formal) e apoio de um fisioterapeuta que se deslocava ao domicílio. (10) NC-Disponha ainda de cama articulada, com colchão anti-úlceras de pressão, cadeira de banho, cadeirão articulado e concentrador de oxigénio, disponibilizados pela empresa, os cuidados domiciliários. (13) P-Mas isso vende-se em algum lado? Se for preciso compra-se e ela logo já utiliza...				
		Baixo rendimento familiar	P1	E1	E1	NC-Não querem qualquer ajuda de cuidadores informais, pois segundo refere – "Não quero ninguém cá em casa... Os 4 euros que me levam pela mulher, não chegam sequer para eu comer depois... O meu dinheiro é pouco para poder enfrentar a doença" (81) P-Deram-me esta cadeira assim... Eu não tenho dinheiro para a reparar... Não a posso arranjar. (86)			
					E3	P-Mas para ir ao Centro de saúde eu preciso que me dêem transporte. Não tenho quem me leve lá e eu não tenho dinheiro para pagar um táxi. (289) P-A única coisa que eu precisava era de alguém para me arrumar a casa mas, pelo dinheiro que cobram, não posso pagar..." (346)			
					FACTORES EXTRÍNSECOS AO SUJEITO QUE INFLUENCIAM A TRANSIÇÃO – Suporte Familiar				
					Subcategorias		Participante	Expressões do discurso	
					SUPORTE FAMILIAR	Prestador de Cuidados	Apoio do Prestador de Cuidados	P2	E1
E4	P-Só ando com o terapeuta ou então com elas (filhas) a apoiarem-me dos 2 lados (340)								
P3	E1	P-Se não consigo chegar a alguma coisa, chamo e eles trazem... P-Mas para isso tenho o marido... E o marido tem-me ajudado muito, tirou inclusive a semana de férias para estar comigo, portanto, as coisas arranjam-se. P-Vou ao Centro de Saúde, o meu marido leva-me lá I-E-E a família... Como está a viver isto? P-A família (sorri novamente), o meu marido é igual... Cai!!! Não há nada a fazer, não é! P-eu tenho polivan e o marido leva-me lá para me ajudar a entrar chega-me a roupa, põem-me o sabão na esponja, lava-me as costas, as pernas e os pés, essas coisas todas...							
		E2	P-Era uma mulher muito activa... Agora preciso da ajuda do meu marido para fazer as coisas... P-Tenho dificuldades em vestir a parte de baixo... Tem que ser o meu marido a ajudar... I-E-E para se sentar, deitar e levantar? P-Para isso ainda preciso do meu marido... P-É o meu marido que me ajuda. Quando estou no sofá também é o meu marido que me levanta a perna e me põem as almofadas a apoiar... P-Para cozinhar ainda é o meu marido que eu não posso estar muito tempo de pé... P-para me arranjar na cadeira... Para isso preciso do marido...						
	E3	P-Até aqui tirou as férias e agora tem mesmo que ir...							
P4	E1	PC-Fé e comer... Tens de comer para ganhar forças. (347) PC-Eu ontem fiquei toda contente por ele comer tão bem à noite... (540) PC-Depois bebeu um iogurte como sobremesa... E à noite quando venho para a cama e lhe dou o último comprimido às 11 horas, bebe uma chávena de leite... (544)							
	E2	PC-E eu estou sempre a dizer para ele comer para ter forças, ao menos para se segurar de pé... Ao menos para ir lá dentro andar um bocadinho (559) PC-É o que eu tenho dito... Não desanimes [...] Tem tantas consultas marcadas no cartão... Está a ver Sr. Enfermeiro (tentativa da esposa demonstrar ao marido que não desistiram dele) (599) PC-E pensamento positivo, não é... Ele é cismático também... É um problema... (768)							
	E4	PC-Tenta filho... Devagarinho... (992)							
P5	E2	P-Mas claro... Lá foi às compras... Já não é a primeira vez... (422)							
	E3	P-Os dali ainda ontem estivera cá e convidaram o meu marido a ir com eles ao Parque da Cidade, mas ele acabou por não ir... (788)							
	E4	P-De manhã não, vai às compras... (972)							
E5	P-Claro, ele vai... Vai fazer as compras... Ontem ajudou-me... Eu temperei o peixe e ele demolhou... E assim essas coisas... (1486)								

SUPPORTE FAMILIAR	Prestador de Cuidados	Relação de Dependência	P2	E1	P-Aqui é mais fácil para elas cuidarem de mim... O meu quarto não dava... Aqui estão mais perto de mim... Só preciso de chamar... (46) P-Agora não faço nada... São elas que me fazem tudo... Eu não posso... (92)	
				E2	PC-E de tradição que a filha mais velha fica com a casa e tem de cuidar dos pais... E isso que eu tenho de fazer agora... (131) P-Elas dão-me com a seringa... Eu não posso... (183) E-I-Estou a ver que ainda não tem vontade para usar o urinol e deixar a fralda[...] P-Às vezes não estão cá elas (filhas). Na maré estou bem assim... (265)	
				E3	P-Eu assim não consigo... Elas estão cá e empurram... E-I-Mas o ideal é que seja o Sr. A fazê-lo... Tudo o que conseguir fazer sem ajuda... (278) P-É ela (filha) que me dá com a seringa... Eu como sopa... Gosto muito de sopa... E-I-Porque é que continua a comer com a seringa... Antes comia com a seringa? P-Eu não consigo comer na cama... Assim é mais fácil (disse isto como se agora isso fosse uma tarefa que já não lhe cabia a ele fazer)... (297) P-Se calhar não consigo... Isso a minha filha faz... (374)	
				E4	P-São elas que me arranjam na cama para dormir e que me levantam... São elas que me põem em condições (é para isso que as filhas lá estão)... Agora não tenho a saúde que tinha... Tenho de ser acompanhado... (381) P-A vestir é com elas (é tarefa das filhas, não dele)... Elas é que me vestem... (463)	
				E5	P-No banho também são elas que me dão o banho... (477) P-Tomo à noite e de manhã... Mas ela (filha) é que sabe... (561)	
			P3	E2	P-Mas quando preciso de o fazer consigo faze-lo sozinha embora por vezes o marido me dê um jeito... P-Para a semana já devo mexer-me melhor e não precisar tanto do meu marido... Ele vai ter que retomar o trabalho...	
				E3	I-E-Arranja os objectos do banho sem ajuda? P-Por acaso não mas, já os podia levar sem ajuda, P-E muita da ajuda da semana passada até nem seria por eu não conseguir fazer mas porque tinha medo de o fazer... P-O meu marido ainda me os prepara, mas é mais por miminho... Não é que eu não fosse capaz... P-Na cama já me viro sozinha... A semana passada também o fazia mais ou menos... O marido às vezes dava-me um jeito para eu ficar melhor... Arranjava as almofadas.	
				E1	PC-Por vezes para ser mais fácil e para ele comer tudo porque está deitado trago o leite com uma palhinha... (86)	
			P4	E2	PC- Até para as refeições... Sou eu que lhe tenho que dar de comer... Ou eu ou o meu filho que esteja aí à noite... (468)	
				E4	PC-Mas ele comeu tudo, mas fui eu que lhe estive a dar... (543) P-Não sei... Não tenho forças... Tenho que acordar a minha mulher para ela me virar... (911)	
			Dificuldade do Prestador de Cuidados em assumir o papel	P1	E1	NC-A esposa é a cuidadora. Tem uma atitude super-protectora não querendo que o indivíduo faça nada sozinho – "trata-me como se eu fosse um vidrinho de cheiro!" (67) NC-A esposa entra a chorar e diz – "Eu não o posso deixar sozinho... Não o posso deixar nem por um segundo... Veja lá que nem posso ir fazer compras lá em baixo que ele faz logo asneiras" (99) P-A minha esposa diz – Não chores, Não chores! (133)
					E3	NC-A esposa ao longo da entrevista diz que não é ele mas sim ela que põe a cadeira na varanda. Entra na sala e diz "Vou com a escada fazer o teu serviço... Queres a escada... Queres ser tu a fazer o serviço!?" Este episódio perturba o indivíduo que expressa alguma revolta. (273) NC-A esposa entra também muitas vezes e diz irritada: "Não vais chorar... Não te admito que chores... Não quero nada de choros aqui..." (277) P-Esta semana explodiu uma lâmpada e eu não pude fazer nada... A minha mulher ficou em pânico e eu só pude lhe dizer aonde estavam e como se faziam as coisas... (329) P-A minha mulher é muito possessiva... Tem uma forma de cuidar muito possessiva... Eu próprio às vezes tenho dificuldades em... Ela abafa-me com os cuidados... Está sempre a ver se está tudo bem... Às vezes até digo – Oh mulher, deixa-me!! Não me chateies... Nós dormimos em quartos separados e durante a noite ela levanta-se para me ir aconchegar a roupa... Já viu! Numa carcaça como eu, aconchegar a roupa!!" (337) P- a meio da noite para me ir arranjar a roupa... É uma forma de gostar muito possessiva... (343) P-tenho de poupar a minha mulher que ela está muito cansada, ela também não pode... (371)
E1	NC-As filhas continuam a substituir o indivíduo em tudo. (111)					
P2	E1	PC-Ele assim vai-se lavando... Mas demora muito tempo... (125) PC-Ele é muito pesado... Nós sozinhas não conseguimos pô-lo na cadeirão. Só passa quando o meu marido o põem ou o fisioterapeuta. (165)				
	E2	PC-Ele não gosta de estar aí e é muito preguiçoso... Nós não podemos estar a levanta-lo para ele voltar logo para a cama... Ele é muito pesado... E o meu marido não está cá sempre... (171) PC-Nós não podemos estar cá sempre... (268)				
P4	E1	PC-Não és velho... Não és velho! (diz a esposa zangada). (93) PC-Ele antontem à noite foi à casa de banho e eu sozinha aqui com ele estava a ver que caiamos... (114) PC-Passamos uma noite desgraçada... Para ir à casa de banho demora para aí meia hora... Estava a ver que caiamos... Sem dormir, nem um nem outro... (116) Estou sempre com medo de cairmos porque eu não tenho vida para ele... (134) NC-O indivíduo começa a chorar enquanto pensa... A esposa apressa-se a reprimi-lo... PC-Oh homem... Não comeces... (274) PC-Porque ele ontem queria ir para a mesa à noite, mas eu disse – Não... Hoje não que estás muito cansado, mas amanhã vais estar e vais para a cadeirinha. (323)				

SUPPORTO FAMILIAR	Prestador de Cuidados	Dificuldade do Prestador de Cuidados em assumir o papel	P4	E2	PC-E vira para um lado, e vira para o outro e eu a vira-lo de um lado, depois vira para o outro... É que ele de meia em meia hora, foi isto toda a noite... (399) PC- Como é que eu podia dormir... Anda, vira-me... Dá-me um jeitinho... E eu não posso... (402) PC-Esta semana tive que pedir socorro a uma vizinha porque ia leva-lo para a casa de banho, mas botou a mão ao guarda-fatos, escorregou... e ficou espalhado no chão... Eu, como é que eu podia... Não podia de maneira nenhuma levá-lo... (405) PC-Eu tenho uma conseira com os medicamentos para andar tudo à hora... (528) PC-Ooooooh! Vai começar outra vez... Eu já me estava a admirar... Pronto... (569) PC-É ela que trata de toda a medicação... Porque a minha cabeça também não regula bem às vezes... (748)	
				E3	PC-melhoras são poucas... Agora está cansado e eu também... Foi a noite toda em claro... (773) PC-Foi a noite toda... Vira para cá e para lá... (813)	
				E4	PC- Cada vez é mais difícil... Eu faço toda a força e ponho-o de pé, mas ele começa a derrubar (874) PC-Uma vez caí com ele também [...] Ele pensou que a cama estava perto para se sentar, a cama estava longe ainda, e ele sentou-se no chão... E eu caí em cima dele que até rebentei com a boca toda... (884) PC-Foi então que ficou de joelhos no meio do corredor... (895) PC-metê-lo na cadeira, maior problema ainda, que eu não tenho força para isso... (901)	
				E2	E-I-Acha que já pode deixar de por a protecção? P-Posso, pois de facto, é o meu marido – "Vou-te pôr" – para não sujar ou até molhar, não é (365)	
				E4	P-E apontar as consultas porque coitado, também se esquece (marido)... (985)	
				E5	P-aos Domingos que ficamos só os dois, é terrível [...] Se ele fosse saudável, não é, mas o Parkinson, parece que não mas há momentos em que ele está destrambelhado de todo. (1275) P-Segundo, não tenho um marido que me ajude, coitado... Fica logo baralhado... O problema é esse... (1382) P-Porque o meu marido é escusado... Não tem temperamento para... Eu digo uma palavrinha e ele diz sempre que o estou a ofender... E às vezes estou tão caladinha, é normal... (1493) P-Mas ultimamente tem o poder de me deixar mal disposta... Enquanto não puser a pessoa mal... Pronto, é o temperamento que eu vou ter que viver, não é [...] não tenho um companheiro que pudesse partilhar naturalmente com ele... Mas também, pronto... (1500)	
			P1	E1	NC-A esposa é a cuidadora. Tem uma atitude super-protectora não querendo que o indivíduo faça nada sozinho (67) P-Estou a tomar muitos medicamentos... Explique aí à minha esposa para que são esses medicamentos todos que é para ela saber... É ela que os guarda no armário... (71)	
				E2	P-No chuveiro é a minha mulher que me lava... Ela já arranjou ali um esquema e eu lá deixo a minha mulher fazer essas coisas... Mas eu já tenho capacidade para me lavar... Mas é ela que faz tudo! (176) P-A comida é que é muito má... Já estou cansado de comer sempre a mesma coisa... E a mulher quer que todos comam daquilo sem sal... Assim não pode ser... (200) P-Para tudo querem ser eles a fazer, a substituir-me, não posso fazer nada sozinho. Eu sei que eles se preocupam mas, só quando eles saem de casa, quando a minha mulher vai às compras, é que eu sinto que posso fazer as coisas sozinho. (222)	
				E3	P-A minha mulher é muito possessiva... Tem uma forma de cuidar muito possessiva... Eu próprio às vezes tenho dificuldades em... Ela abafa-me com os cuidados... Está sempre a ver se está tudo bem... Às vezes até digo – Oh mulher, deixa-me!!! Não me chateies... (337)	
			P2	E1	NC-O banho é dado na cama pelas filhas sem a colaboração do indivíduo. (8) NC-É alimentado com a ajuda de uma seringa, dada pela filha PC-No hospital ensinaram-me a dar-lhe com a seringa... Assim é mais fácil. Só ingere alimentos líquidos. (11) NC-Não faz uso da cadeira de rodas (ainda não possui nenhuma) (25) NC-Dispunham também de todo um conjunto de material para banho e para prestação de cuidados de higiene, na cama, tal como tinham sido aconselhados no hospital, pelos enfermeiros. (48) PC-Nós aqui damos-lhe banho todos os dias tal como nos ensinaram. (A filha disse esta afirmação esperando uma gratificação oral pelos bons cuidados prestados ao pai) (53) P-Elas dão-me sopa e leite pela seringa... (86)	
					E2	NC-Não se evidencia qualquer evolução em termos físicos, mentais ou ao nível do autocuidado. As filhas continuam a substituir o indivíduo em tudo. (109) PC-Ele assim vai-se lavando... Mas demora muito tempo... (126) E-I-Não têm uma aparadeira ou uma cadeira sanita? PC-Não sabia que era preciso mas se é, eu consigo arranjar uma cadeira dessas que era do sogro da minha irmã... Para a próxima vez já terei cá. E se for preciso mais coisas compram-se... (144) PC-Ele é muito pesado... Nós sozinhas não conseguimos pô-lo na cadeira... (164)
						NC-Após estar, adequadamente, sentado à mesa, foi incentivado a pegar nos talheres e a comer sozinho a fruta que estava no prato. De imediato, e sem qualquer dificuldade, ingeriu a fruta sozinho. PC-Ah, ele come!!! Vê pai... Afinal o Sr. pode comer à mesa e não tem que ser sopas...
E3	NC-Conduziu-se o indivíduo ao WC na cadeira de banho e adaptou-se o dispositivo sanitário para que pudesse ter uma dejeção na cadeira, instruindo a filha que acompanhou tudo. PC- Assim é mais fácil... Vê pai... É melhor fazer na cadeira e não na fralda... (233)					
P4	E1	PC-Para ir à casa de banho demora para aí meia hora... (116) E-I-Mas sabe que ele não pode comer bananas por causa dos tratamentos? PC-Sei Sr. Enfermeiro... Agora não pode comer nada disso... Só pode comer frutas enlatadas sem molho... (161)				
	E2	PC-Andar é a mesma coisa... É devagarinho, devagarinho, devagarinho... (460) PC-Ainda ontem veio da hemodiálise e tinha que tomar um comprimido grande e antes de adormecer disse-lhe para tomar... Porque ele quando chega só come à noite... Nem mexe, nem nada... E ele disse – "Não tomo" – "Não tomas porquê?" – "Porque já tomei no hospital" – "Mas ele está aqui na caixinha como é que tomaste lá?" – "Eles deram-me lá..." (530)				

SUPPORTO FAMILIAR	Conviventes Significativos	Apoio dos Conviventes Significativos	P1	E1	P-... É lógico que o meu genro ajuda, mas eu não posso depender dele para sempre! (125) P-De resto, a minha filha e o meu genro dão-me tudo o que preciso (344)
				E3	P-O meu genro vai-me fazer um polivan... Eu nem sabia de nada... Já contratou um empreiteiro e tudo... (368) P-A minha filha não quer vender a casa... Diz que vão manter tudo como está... A casa é para nós vivermos (374)
			P2	E1	NC-Mora com a filha mais velha e com o genro mas, tem também o apoio de outra filha que vive perto e que desde que o pai está em casa, tem vindo ajudar. (41) P-Aqui é mais fácil para elas cuidarem de mim... O meu quarto não dava... Aqui estão mais perto de mim... Só preciso de chamar... (46)
				E4	P-Só ando com o terapeuta ou então com elas (filhas) a apoiarem-me dos 2 lados. (340)
				E5	P-À vezes também trilha-me estar aqui e quando eles estão por casa ajudam-me a levantar, e eu gosto de dar uma volta... Chamo por eles, levantam-me e ando por aí... (580)
			P3	E1	P-O filho está por perto... Se for preciso ele ajuda-me... Cá nos arranjamos... P-Ele agora já pode ir que se for preciso tenho cá o meu filho...
				E3	P-Ele trabalha aqui perto e pode vir a casa ao almoço, pode vir ao meio da tarde... Se tiver que lhe ligar ele vem num instante...
				E4	P-o meu filho esteve sempre por perto para o caso de eu precisar de alguma coisa...
			P4	E1	PC-O filho começa a mandar vir com ele... Tens de comer... Como é que queres ter força para andar? (82) PC-O que é, tenho uma nora que aquilo é fantástico... Tem aqui tudo nestas caixinhas, com datas, horas, dias... [...] Quando as caixas começam a ficar vazias ela tem que vir cá encher... (260)
					PC- A minha nora até cola a hora no frigorífico para eu ir vigiando. (428) PC-A minha nora veio, pegou no telemóvel, ligou para lá, e ele não tinha tomado... (534) PC-a minha nora diz – “Não sogra, não é assim [...] Afinal quem manda é ela (Ri-se). Ela é formidável... (555)
				E2	PC-Era o teu filho mais novo ao telefone a perguntar se estavas bem disposto... Já sabes que te telefona sempre ao meio da manhã é sempre... (724) PC-Eles moram ali em frente mas qualquer coisa vêm logo, embora trabalhem os dois coitados... (744) PC-É ela que trata de toda a medicação... Porque a minha cabeça também não regula bem às vezes... (748)
					PC-Às vezes o que me vale é o meu filho que diz – “Oh Zé... Tens de comer... Tens de comer...” PC-Quando o filho veio... Heeei... Fez-lhe uma festa tão grande... “Oh pai, tu estás a comer pela tua mão à mesa!” (779)
				E3	PC-O meu filho é assim – “Zé! Joelhos direitos...” (894)
				E4	PC-Ao meio-dia quando veio o filho ajeitou-o... (905) PC-O filho até diz: “Estou a falar para ti e tu não abres os olhos?... Abre os olhos...” (1008)
		P-Não sei bem quais mas estar em minha casa... Não ser abandonada como os velhos nos hospitais... (413)			
	P5	E2	P-As maiores ajudas têm sido todas... As pessoas que estão comigo... Mas pronto, como já estou em casa é diferente... (419)		
		E3	E-I-Olhando para o trajecto desde o hospital até aqui, o que mais contribuiu para que ficasse melhor? P-Olhe... Sobretudo estar em minha casa... (777) P-Senti-me lá muito mal... Aqui, claro, estou na minha casa, não é (780) P-estão a pensar levar-me a dar uma volta... (790)		
			E4	P-Mas quê, o meu filho já veio uma vez para me levar a passear, mas eu estava tão cansada... Agora vem o outro filho, vem aí o fim-de-semana... (957) P-Agora vamos ver com o P. este fim de semana... Sou capaz de ir com ele. (1079)	
			P-E estava renitente em tomar, porque tiraram-me os papeis... Irrita-me... Fico desorientada... Deve ter sido... Pronto não interessa... (623)		
P5	E4	P-Mas a médica disse desta vez – “Sabe qual é o mal disto tudo? É ter 2 filhos, ainda por cima cirurgiões... E deixe-me que lhe diga que eles não percebem nada a não ser de cortar e não sei quê.” – E é verdade... Portanto, um dá uma opinião, outro dá outra (1137) P-o meu B – “Oh mãe, meloa só tem água...” – Depois uma pessoa não sabe o que há-de fazer. (1181)			
	E5	P-tomo o Ramipril, que foi o tal que me tiraram o que lá diz e qualquer dia vou dizer que não tomo mais se não me arranjarem a bula. (1284) P-Também tem uma mulher que não colabora, é terrível. (1248)			
			P-O outro, pronto, bem diz que vem, mas com a mulher... Já a conheço muito bem... (1259) P-Já da outra vez era para vir, mas a mulher inventou que tinha um jantar em casa, e não tinha nada, arranjou, ela é terrível, mas agora não estou a inventar, ela é mesmo um traste. E então ela faz tudo para não vir aqui abaixo... Ele vem aqui e pronto. (1339)		
		P-Vou pedir ao meu genro para fazer uma rampa para poder ir à varanda, ver os pássaros, as gaiolas, as minhas plantas... (166)			
		P-O meu genro vai-me fazer um polivan... Eu nem sabia de nada... Já contratou um empreiteiro e tudo... Se ele fizer o polivan, já tomo banho sozinho... (368)			
	P-Tem um ferro que puseram na casa de banho e agora já consigo agarrar-me com a mão afectada... (463)				
Alterações na habitação	P2	E1	NC-A família adaptou uma sala de estar, transformando-a em quarto para o indivíduo. A adaptação da sala permitiu ainda a obtenção de mais espaço para poder lidar com os défices do indivíduo. (44) NC-A sala tinha ainda uma casa de banho que não estava adaptada para poder receber o banho em cadeira de rodas (tinha um degrau à entrada e só tinha banheira, sendo o prolongamento do chuveiro muito curto). No entanto, era suficientemente maleável para se ultrapassar o problema (permitia a entrada da cadeira de rodas, a sua disposição dava acesso ao lavatório e o chão tinha escoamento de água o que permitia a extensão do chuveiro até à cadeira de banho). (55)		
		E3	NC-Infomou-se a filha acerca das diversas alterações que era necessário fazer para adaptar o WC de forma a facilitar o banho de chuveiro na cadeira sanita. (257)		
	P4	E2	P-Mas eu vou pôr ali um polivan e vou pôr dois suportes ao lado da sanita... PC-Que é para ele se poder apoiar ao levantar... Para ele ou para mim mais tarde... (456) PC-Tivemos até a virar os sofás ao contrário para passar a cadeira para ele estar lá dentro sentado (560)		

FACTORES EXTRINSECOS AO SUJEITO QUE INFLUENCIAM A TRANSIÇÃO – Recursos Comunitários			
Sub-categorias	Paciente	Expressões do discurso	
RECURSOS COMUNITÁ- RIOS	Apoio Instrumental	Dispositivos de Ajuda	P1 E1 NC-Utiliza a cadeira de rodas, mas é a esposa que a manipula. Ele apenas consegue posicionar a cadeira na sala (28) NC-Ele já consegue levantar-se sozinho quando está na cadeira de rodas (84)
			P1 E2 P-Utilizo o urinol quando estou na cama, mas de resto faço questão de ir ao wc... (192)
			P2 E1 NC-Na sala tinham uma cama articulada e um cadeirão. (48) P- várias vezes para o cadeirão... Ele quer que ele fique lá mais tempo. (217)
			P2 E3 NC-Conduziu-se o indivíduo ao wc na cadeira de banho (233) E-I-A partir de hoje vai deixar de fazer na fralda e vai passar a fazer na cadeira, todos os dias antes do banho, pode ser... (254)
			P2 E4 NC-O Sr. S encontrava-se já arranjado, sentado no cadeirão, a observar o que se passava no átrio da entrada da casa. (329)
			P3 E2 P-Estou melhor... Só que preciso das canadianas para tudo e para nada... E com as canadianas não posso fazer nada... (129)
			P4 E2 PC-A cadeira de rodas é para os bombeiros o levarem daqui para baixo... (484) PC-Ela quis que o trouxessem à mesa que ela fez anos e trouxe a mãe e a avó, e ele lá foi na cadeirinha de rodas só para cantar parabéns a você e... (492)
			P4 E4 PC-Hoje para ir ao quarto de banho, foi na cadeira, e eu digo –"Vamos dar aqui uma volta à sala na cadeirinha?" (897)
			P5 E1 P-Agora já tento colaborar pois já me esfrego e essas coisas todas, mas sentada na cadeira. Por acaso é ótima, aquela cadeira, porque roda e facilita. (30) P-Agora veio um cadeirão porque dei conta que o nosso, que agora está ali no outro quarto, era péssimo. Era bom para estarmos sem ser doentes mas mau para este estado... (35) P-Levam-me na cadeirinha... Vou a pé até além, sentam-me na cadeira e faço... (72) P-O cadeirão só veio hoje... Porque era uma dificuldade eu conseguir levantar-me do outro... (95)
			P5 E2 P-A cadeira deu um jeito enorme pois permite-me tomar o banho... (295) P-Tenho uma cadeira própria... Vou... Fico lá... E depois a Sra. vai-me limpar... (452)
		P5 E3 P-Aquele cadeirão levanta e também encosta... (613) P-A Sra. levanta-me uma parte, põem-me as almofadas e eu ponho-me assim encostada... Tem de ser... Não tenho outra posição porque senão começo com falta de ar, começo com... (818) E-I-Tem feito oxigénio? (Tinha um concentrador de oxigénio montado no corredor da casa). (826) P-E então ponho o aparelho a trabalhar uma hora antes, mas é diferente... Este oxigénio não é como o do hospital... (830) P-Como a cama é articulada, esta parte fica toda levantada (cabeceira) e esta parte fica estendida... (853)	
		Falta de Apoio Instrumental	P1 E1 NC-Ele já consegue levantar-se sozinho quando está na cadeira de rodas mas, tem uma cadeira de rodas, fornecida pela assistência social, que não tem travões, o que o impede de levantar sem ter alguém a segurar na cadeira. (84) NC-A cadeira é um problema - "Olhe para a cadeira que me deram... Não tem travões e os pneus estão vazios... Assim nem eu me consigo levantar, porque a cadeira foge, nem a minha mulher consegue empurrar a cadeira, que fica muito pesada." (146)
			P1 E2 NC-Refere que a cadeira de rodas lhe dificulta a vida e que por isso ainda não consegue ser mais independente – "A cadeira é muito difícil de empurrar, a minha esposa mal consegue empurrar... Para além disso não trava... Eu levanto-me, ela foge e eu caio..." (173)
			P2 E1 NC-Não faz uso da cadeira de rodas (ainda não possui nenhuma) (25)
			P2 E2 PC-Não sabia que era preciso mas se é, eu consigo arranjar uma cadeira dessas que era do sogro da minha irmã... (144)
			P4 E2 PC-Nem ele nem eu conseguimos dormir. Ele cismou que a culpa é do colchão... (388) E-I-E a cadeira de rodas que está ali... Porque não vai sentado nela? PC-A cadeira de rodas é para os bombeiros o levarem daqui para baixo... (483)
			P5 E1 NC-Depois ter um apoio de braços a Sra. R começou a caminhar sem evidenciar demasiado esforço... (96) E-I-Tem algum andarrilho cá em casa? P-Não mas já me falaram disso... Mas não tenho... (100) E-I-Serve para apoiar as mãos e deambular sem ajuda de ninguém. Com um andarrilho já conseguia andar sozinha... P-O Sr. (fisioterapeuta contratado) diz que até com um "apoiozinha" eu já conseguia sozinha. (103)
			P5 E3 P-Mas aquela cama é horrível... É horrível... Cada vez que penso ir para aquela cama... Porque se levanto, cria ali uma cova... Tenho de dormir encostada à almofada... Nem pensar em dormir para baixo... Deus me livre... Nem conseguia... E-I-Não se dá bem então com a cama articulada? P-Não... Não me dou bem porque é muito fofa... Quer dizer cria aquelas covas... (607) P-O colchão que tenho dobra, eu afundo-me na cama e não consigo dormir... Não dumo eu e não deixo descansar a Sra. Já pensei em tirá-lo e ficar com o de baixo, apenas... (814) E-I-Tem feito oxigénio? (Tinha um concentrador de oxigénio montado no corredor da casa). P-Ora bem, até aqui eu não fiz, porque a sensação que eu tinha era que o gás era tóxico, e não saía aquilo da ideia... (826) E-I-como durante a noite refere que lhe falta o ar, não seria má ideia experimentar um pouco de oxigénio... P-Pois... O enfermeiro prometeu que vinha cá ver mas não veio e... Pronto... E-I-Mas qual é o problema que detecta no oxigénio. Se calhar eu posso resolver... RP-Quer dizer, eles dizem que não tem... Quer dizer, é aquilo de cheirar a borracha... (838) E-I-É um bom colchão que impede as úlceras de pressão... P-Pois é... Foi o que o meu filho disse... (846)

RECURSOS COMUNITÁRIOS	Unidades de Saúde Locais	Centro de Saúde	P3	E1	E-I-Porque não administra a Sra. a injeção (heparina de baixo peso molecular)? Quer aprender? P-Não preciso... Tenho o Centro de Saúde perto... Eu não gosto de injeções... E a enfermeira sempre sabe o que está a fazer... I-E-E quem lhe receitou essa pomada? P-Foi o médico de família e já faço há alguns anos...
		Falta de apoio Unidades de Saúde Locais	P1	E3	P-A médica ligou cá para casa para saber como eu estava... Ela quer que eu controle as minhas tensões. Mas para ir ao Centro de saúde eu preciso que me dêem transporte (288) NC-A esposa interrompe e diz indignada: "Eu não posso ir ao Centro de Saúde para as vagas... Não posso ir para lá uma manhã para a sala de espera e deixar o meu marido sozinho em casa..." (291) P-Passei por tudo isto sem ter o apoio da segurança social, do centro de saúde, de ninguém... (375)
				E4	P-À noite tomo muita medicação e fico muito chumbado... Depois de tomar a medicação só quero estar quieto, sem falar para ninguém... Tenho que falar com a médica pois acho que estou a tomar muita medicação... Vou ter consulta com ela daqui a duas semanas. (468)
			P2	E5	E-I-Que apoio tem tido do Centro de Saúde? P-Já veio cá a doutora mais a enfermeira. Mediram a tensão estava tudo bom... Mas agora não têm vindo... Eu estou a tomar uns remédios que ela me dá... Nem sempre os tomo (falava de um laxante e um expectorante). (556)
		Importância dos Recursos Hospitalares	P1	E1	P-Estou a fazer a fisioterapia no hospital 5 dias por semana... Espero que nunca me mandem para uma clínica... Nas clínicas é meia hora e já está... Ali, às vezes estou quase 2 horas... (112)
	E4			P-Eu pedi a uma médica que ia à minha oficina arranjar o carro para ficar a fazer fisioterapia no hospital... Ela é que é a directora do serviço... (449)	
	P3		E1	P-Ensinarão, ensinaram... A enfermeira... Primeiro andei com o andariço, depois tive uns percalços mas ela estava presente e ajudou-me... Percalço foi um desmaio. Porque foi a primeira vez... Mas tinha a enfermeira ao meu lado, portanto a assistência de enfermagem foi fantástica...	
			P4	E1	P-não me doía nada... Desde que eu fui à urgência e me receitaram aquele medicamento (120) PC-O enfermeiro que veio trazê-lo disse-me que ia arranjar uma lista dos alimentos que ele pode ou não comer... Da próxima vez ele vai mandar a lista... (152) PC-E ele agora vai... Sei lá o que lhe fizeram na hemodiálise que lhe deram um comprimido que lhe tirou mais as dores, que bastava a gente mexer nele que Deus me livre... (237)
	E2			PC-A minha nora perguntou no hospital se ele podia estar com aquilo e disseram-lhe que não, que a cama para ele tem que estar direita... Antes que ele chegasse cá, as duas retiramos os calços da cama... (736)	
	Recursos Hospitalares Inadequados		P1	E4	P-Fui à consulta com o médico e ele disse-me... dessa mão você não vai mexer mais e eu perguntei ao fisioterapeuta... Porque é que o médico foi assim tão cruel comigo... (443)
				E1	NC-Sr. S, de 79anos, com hemiparésia esquerda e afasia motora, após acidente vascular cerebral (AVC). Não foi aceite numa Unidade de Convalescença devido à sua idade. (1)
			P4	E2	E-I-Sr. M... Porque é que isso o marcou tanto? P-Não sei! (disse-o de uma forma convicta e decidida) Só sei que... Eles mandaram-me assim embora o que quer dizer que eu praticamente estava arrumado. (610) P-Ainda ontem disse ao médico que estava... Ele disse - "Então Sr. M, está melhor?" - "Não "soutor" estou mas é pior..." (835)
				E4	P-Ainda ontem no tratamento eu queixei-me e houve uma enfermeira que me deu, não é bem-u-ron, deu-me 2 comprimidos... E ficou um bocadito sem dores... Mas depois veio outra vez... (842) E-I-E no hospital o que lhe disseram relativamente à operação que vai fazer para lhe tirarem as dores nas costas? P-Nada... Já foram lá falar mas nada... Não percebo qual é a razão... (848) P-Eu para tossir, ensinaram-me a por a mão à cintura, para amparar e não fazer muita força... (863) P-Vou fazer pela vida mas eles chegaram à conclusão que não me mandavam à fisioterapia... Não sei porquê... Ou faz mal ou coisa parecida... (968)
					E1
		P5		E3	P-Ora bem, a médica lá mandou-me por betadine na pema... O meu filho (médico) ontem disse que não era da opinião de pôr betadine porque tinha não sei o quê... Fico tão baralhada... É que eu uso muito betadine... E ele disse - "Bem... Eu sou da opinião que não se deve pôr betadine, porque o betadine tem outras não sei o quê [...] Ela disse para pôr betadine só depois do banho e para não pôr creme, senão a pele fica mais macia e estas senhoras aqui também disseram que não costumam por betadine. (585)
			E4	P-E então ela receitou-me 3 qualidades de comprimidos, à base de... Ela quer uns chás... Eu iludida que eram mesmo chás... Então o Valdispert... (916) P-Ela receitou 3... E depois disse - "E então está convencida que os chás... Então vamos lhe receitar chás" [...] Mas depois comecei a ler as indicações e tem sempre contra-indicações... (928) P-Por exemplo, o facto de eu ir à psiquiatria, e eu ver que, leva-me a reagir naturalmente... E-I-Está a dizer que se tivesse acompanhamento regular não precisaria de medicamentos? P-Pois quer dizer, o que me interessava realmente era de me animar, não é... (946)	
		Preparação do regresso a casa	P1	E2	NC-O papel limitativo do enfermeiro no caminho para a autonomia - Houve um enfermeiro no hospital que se chateou comigo porque queria dar-me um laxante e eu disse-lhe que não queria tomar porque tinha feito no dia anterior diarreia e, se tomasse o laxante, teria de usar fralda e, eu não quero fralda para nada. (254)
	P2			E1	PC-As enfermeiras ensinaram-nos a dar-lhe o banho na cama... (9) NC-É alimentado com a ajuda de uma seringa, dada pela filha. PC-No hospital ensinaram-me a dar-lhe com a seringa... Assim é mais fácil. (11) PC-Temos estas almofadas (muitas almofadas) para o posicionar como nos ensinaram lá (hospital) (22) NC-Disponham também de todo um conjunto de material para banho e para prestação de cuidados de higiene, na cama, tal como tinham sido aconselhados no hospital, pelos enfermeiros. (48) PC-Nós aqui damos-lhe banho todos os dias tal como nos ensinaram. (A filha disse esta afirmação esperando uma gratificação oral pelos bons cuidados prestados ao pai) (53)
			P4	E1	P-Numa ocasião, em plena sessão, uma enfermeira começou a ralhhar comigo por ter ido à casa de banho sozinho... Podia cair e estragar tudo o que já estava feito... (307)
				E2	PC-Ele lá no hospital virava-se, levantava-se sozinho e ia à casa de banho, que as enfermeiras até ralhavam... P-Eu vinha sozinho, agarrado àquele apoio que tem na parede... Eu fui à casa de banho... Eles viram e uma enfermeira começou a ralhhar comigo, que eu que não podia andar sozinho... (634)
P5	E1		P-Como mal porque no hospital davam-me às vezes... (75)		

RECURSOS COMUNITÁ- RIOS	Serviços de Apoio à Saúde	Serviços de Saúde de Apoio	P2	E1	P-O terapeuta vem cá às vezes... Ele bule comigo... Eu gosto de ser bulido... (80)
				E3	P-Eu gosto que bulam comigo... Gosto quando o Sr. E o terapeuta fazem os exercícios... PC-O terapeuta tem passado com ele várias vezes para o cadeirão... Ele quer que ele fique lá mais tempo. (216)
				E4	P-A perna também dói menos... O terapeuta unta-me muito... (308) P-O terapeuta quer que eu ande mais direito... Diz que eu ando muito curvado... Eu ainda tenho muito medo de cair... (338)
				E5	P-O terapeuta também quer que eu coma com este lado mas ainda não consigo. (347) P-O terapeuta disse-me para escolher feijões com esta mão... É difícil agarrar neles com ela... (366)
					P-Agora já ando de canadianas e o terapeuta quer que eu ande também sem canadianas. Eu digo-lhe... Não pode ser com uma e tal... Mas ele não quer... Quer que eu ande sozinho sem as canadianas... (437) P-Ele quer que eu ande sem as canadianas, mas mais uma vez com cautela... E à cautela "vota" a mão atrás... Que eu às vezes não confio, e ele ampara... Quer dizer que, vou, vou indo... (449) P-As dores agora não me tem dado... Ele unta-me muito o joelho com pomada quando faz o exercício. Unta muita pomada no joelho, nas cruzeiras e tal... Agora dói-me menos. (456) P-Já fui uma vez lá fora com o terapeuta... Ele deitou-me a mão e fui com as canadianas... (582)
			P5	E2	P-Ele só me dava assim um dedo, mas esse dedo para mim... Depois ele queria que eu imaginasse que estava um fogo e a situação era, escorregar para o chão e ir de gatas... (336) P-Acho que também é aquela necessidade de sentir uma companhia... (500) P-O fisioterapeuta perguntou-me quem era... O nome... Eu lá lhe disse... Ele tem também jeito... É persuasivo, é atencioso... Tem... Ele tem jeito... Não tem agressividade, isso é muito importante, não é? (pergunta ao marido) (547)
				E3	P-Algumas como disse são fantásticas (781) P-Não durmo eu e não deixo descansar a Sra. (815)
				E4	P-A empregada está cá até às 14, porque é ela que limpa, cozinha, come alguma coisa e depois vai para casa do meu filho... (972) P-Assim vem só a empregada que já me conhece... (1215) P-Lá convenci a F (empregada) a ficar, que não foi fácil... Pedi à minha nora se não se importava e fazia o horário só de tarde e estamos aqui a ver (1219)
				E5	P-às seis acordo e já não durmo mais... E então desisto... Sento-me na cama e ponho-me a conversar até que a senhora começa a funcionar, pronto, a fazer coisas que ajudam a passar, não é... Ontem, até fui ao chuveiro com a acompanhante, acabamos por tratar de assuntos de religião, e pronto, passei o tempo. (1349) P-E então eu falei também com aquele monge, ele até veio aqui a casa e disse que não fazia mal eu pensar, que é diferente, pronto... Ele dizia que estava tudo bem, que na vida, concerteza procurei fazer o melhor, para não me preocupar. (1350)
				P3	E1
		P4	E1	E-I-Lavar-se já me disse que eram as senhoras da Cruz Vermelha porque tem dores e não se consegue baixar para lavar a parte inferior do corpo... Mas a parte superior... É o Sr. que lava? Consegue lavar? P-Consigo... Mas como estão cá as senhoras lavam tudo que é mais rápido... (57) P-depois vestem-me o pijama... Isso já é a Cruz Vermelha que tem esse papel... (179) P-Eu na ambulância, com os solavancos, fico arrasado... (188)	
			E2	P-Os bombeiros levam-me daqui para lá... Vou na ambulância... Na ambulância dão-me tarefa até à hemodíalise (solavancos durante o trajeto provocam-lhe dores). (301) P-ao chegar aqui, com os solavancos deu-me vontade de vomitar... (419) PC-Em casa não... Nunca vomitou... Só na ambulância com os solavancos... (424)	
				P-Eu acho que é preferível estar em casa mas se o Sr. experimentasse estar exposto na ambulância, uma pessoa quase que salta fora da maca e eu até digo ao motorista que vá mais devagar a ver se enjojo menos um bocadito... Tem as suspensões estragadas... (508)	
		P5	E1	E-I-E lavar a cara, o nariz, os ouvidos... Consegue fazer sozinha? P-Sim, o que é eu não tenho feito porque elas vêem-me tão frágil que fazem tudo... (49)	
			E2	P-Às vezes também deixo estar e não me lavo totalmente, porque o que é que acontece, senão depois molho a Sra. sabe, é que deito muita água e sabe como é, sai para fora, e então só posso lavar estas partes (tronco, braços e axilas) aqui assim e pronto... (286) E- Já despe sozinha? P-Às vezes não dispo porque está lá a Sra. (308) P-Às vezes querem-me arranjar o peixe mas eu prefiro ir tentando... (358)	
			E3	P-Quer dizer... Às vezes as próprias cuidadoras estão cansadas não estão para essas coisas... (686) P-E depois temos, conforme nos aturam a nós, de aturar temperamentos que não nos entendem... Esta Sra. de hoje não, mas às vezes tem cada uma... O que vale é que estão cá pouco tempo... (733) P-Pois... O enfermeiro prometeu que vinha cá ver mas não veio e... Pronto... E-I-Mas qual é o problema que detecta no oxigénio. Se calhar eu posso resolver... P-Quer dizer, eles dizem que não tem... Quer dizer, é aquilo de cheirar a borracha... Portanto, a sensação que eu tenho é que estou a respirar uma coisa plástica... (840) E-I-O que pode fazer é desperdiçar este e experimentar outro... P-É... Ele disse (enfermeiro da empresa) que lá trazer outro mas até hoje... (863)	
			E4	P-Elas chegavam, entravam, falavam... Era horrível... Porque a empresa em termos de gente, tem pouca gente... Os bons já estão ocupados... E depois só ficam assim... (961) P-De modo que quando me vi com menos gente, foi um alívio. (1012) E-I-Outras coisas como o vestir, já faz sozinha? P-Como eu lhe digo, tal como outras coisas, também deixo que me vistam... (1148)	
			E5	P-E então eu falei também com aquele monge, ele até veio aqui a casa e disse que não fazia mal eu pensar, que é diferente, pronto... Ele dizia que estava tudo bem, que na vida, concerteza procurei fazer o melhor, para não me preocupar. (1360)	

FACTORES EXTRINSECOS AO SUJEITO QUE INFLUENCIAM A TRANSIÇÃO – Tradição				
Sub-categorias		Participante	Expressões do discurso	
TRADIÇÃO	Tradição familiar	Tomar conta dos pais	P2	E1 PC-Sr. Enfermeiro... Ele agora está com uma ideia na cabeça... Diz que quer ir para um Lar... Que lá é que vão tratar bem dele... Acha que ele iria ser melhor tratado num lar? (100) E-I- Porque acha isso Sr. S? P-Eu não acho nada... Na maré estou bem assim... PC-Ele aqui será sempre bem tratado... Agora é esta a minha vida... (104)
			E2 PC-Eu sou a filha mais velha... É de tradição que a filha mais velha fica com a casa e tem de cuidar dos pais... É isso que eu tenho de fazer agora... Não é pai? (131)	
	Deixar para os filhos	P5	E5	P-Claro, continuo com o terror da factura que na sexta-feira vem a factura de tudo isto... Tenho um terror que nem sei... (1331) P-O meu marido nem faz a pequena ideia... Ele sabe, mas depois dá os alugueres a pessoas diferentes, isso para mim isso é aterrorizante... Agora procurei afastar-me e dizer assim –“Deixa as consumições nos outros e pensa em ti. Bom, se tiveres de mexer em alguma coisinha que tens lá, paciência”. Pronto, gostaria de poder dá-lo, não é, mas... Pronto, é isso que me tem aterrorizado... (1332) P-É um bocadinho complicado... Até o saber que estou a fazer uma injustiça medonha, isso me incomoda, não é. A minha filha então diz – “Oh mãe deixe lá, pronto...” Mas eu pronto... Até isso me incomoda... Tentei sempre pensar nos filhos e lutar pelos filhos e agora faz-me impressão entregar tanto dinheiro, não é... NC-A filha não está muito crente que o pai algum dia o vá conseguir. (129)
				E2 PC-O sogro da minha irmã também teve um problema assim e ficou numa cadeira de rodas até morrer... (147)
	Experiência doença na família	P2	E1	PC-Já antes quando deu o jeito nas costas, só se lavava daqui (cintura) para cima... Para baixo tinha que ser eu a lava-lo, a vesti-lo a calça-lo, porque ele não conseguia... (61)
				E2 PC-O sogro da minha irmã também teve um problema assim e ficou numa cadeira de rodas até morrer... (147)
FACTORES INTRINSECOS AO SUJEITO QUE INFLUENCIAM A TRANSIÇÃO – Atitude				
Sub-categorias		Participante	Expressões do discurso	
ATTITUDE	Crença Cultural	Sustento da casa	P1	E1 NC- Segundo refere: "o que nós ganhamos é tudo para comer... (78) P-Agora está tudo nas mãos da minha filha... Eles é que sabem o que querem fazer com o apartamento... Eu assino tudo o que for necessário. Eu não posso manter o apartamento... Se eles quiserem vender são eles que decidem. (214) P-Tenho esta casa para pagar... Tenho esta dívida e a minha reforma não chega... (235) P-Agora vou a uma junta médica, vou ter um subsídio que vai servir para ajudar a pagar, mas o que é certo é que estou sempre a pensar nisto. (236)
				E2 P-Tenho esta casa para pagar... Tenho esta dívida e a minha reforma não chega... (235) P-Agora vou a uma junta médica, vou ter um subsídio que vai servir para ajudar a pagar, mas o que é certo é que estou sempre a pensar nisto. (236)
		Descrença nos cuidados de saúde comunitários	P3	E1 I-E-Em casa, sente a necessidade de apoio de algum técnico de saúde? P-Neste momento esse apoio não... P-Neste momento se não tivesse marido, ou se ele tivesse fora, teria de ter alguém, mas um enfermeiro não... Ou talvez para me dar a injeção... I-E-tem mantido o contacto com o médico de família? P-Não... Não... Mais ninguém viu nada... I-E-O enfermeiro do Centro de Saúde alguma vez falou consigo sobre o seu problema? P-Não... Eu só lá vou para tomar a injeção...
				E3 P-Não... Não... Mais ninguém viu nada... I-E-O enfermeiro do Centro de Saúde alguma vez falou consigo sobre o seu problema? P-Não... Eu só lá vou para tomar a injeção...
		Medicina popular	P5	E4 P-E depois disse - “E então está convencida que os chás... Então vamos lhe receitar chás...”. (928) P-Agora estava a pensar... Eu vou pôr, fazer uma infusão de malvas... Na aldeia faziam isso... P-Eu estava a pensar, porque antigamente era o que as pessoas faziam. Eram com as malvas e lavavam estas coisas... Não era quente... (1156) P-e comprei o chá de valeriana e vou hoje fazê-lo à noite que eu não estou para me sobrecarregar... (1292)
				E5 P-E depois disse - “E então está convencida que os chás... Então vamos lhe receitar chás...”. (928) P-Agora estava a pensar... Eu vou pôr, fazer uma infusão de malvas... Na aldeia faziam isso... P-Eu estava a pensar, porque antigamente era o que as pessoas faziam. Eram com as malvas e lavavam estas coisas... Não era quente... (1156) P-e comprei o chá de valeriana e vou hoje fazê-lo à noite que eu não estou para me sobrecarregar... (1292)
	Autonomia adiada	P3	E1 P-Neste momento não estou autónoma e não consigo nem posso fazer força... P-Agora o problema é esse... Eles não querem que eu faça... E eu não quero facilitar... É um problema mas estou ainda com pontos e essa coisa toda... Tenho de estar quieta... P-Eu era uma pessoa muito activa, por isso custa-me muito estar parada... P-Enquanto isto não for ao sítio não posso fazer nada...	
			E2 P-Enquanto isto não for ao sítio não posso fazer nada...	
	Auto-Imagem	Auto-Estima	P1	E1 NC-Refere com muita tristeza que o neto não compreende que ele não pode brincar com ele porque está preso aquela cadeira. (107) NC-Refere que se sentiu muito mal quando esteve com o neto pela primeira vez. Sentiu que aos olhos do neto se tinha tomado num inútil (169) P-O meu neto não queria dar-me a cadeira e eu dizia... Tens que me dar senão eu não consigo ir para lado nenhum... Ele não entende que eu agora não posso andar (170) P-Eu agora sou como uma criança... Tratem-me como uma criança... Para tudo querem ser eles a fazer, a substituir-me, não posso fazer nada sozinho. Eu sei que eles se preocupam mas, só quando eles saem de casa, quando a minha mulher vai às compras, é que eu sinto que posso fazer as coisas sozinho. (222) P-Até para receber visitas cá em casa eu não sirvo... Ficam todos condicionados ao meu problema... A fala, a dieta... (312) P-Eu sei que tem havido evolução mas, eu olho para mim e vejo um inútil... Não sei se são as melhores palavras para dizer mas é assim que me sinto... (328)
				E2 P-Não quero ir de cadeira de rodas lá para baixo porque vêm todos ter comigo. "Coitadinho... Coitadinho... Coitadinho do Sr F...". Eu digo, "coitadinho não... Eu sou uma pessoa como as outras... (389) P-Se eles não existissem eu não teria vontade de viver porque sinto-me um inútil... Continuo a sentir-me um inútil. (435) P-Eu gostava de ir passear lá fora mas, não quero a cadeira... Não é por vergonha mas, não quero a cadeira... Quando começar com um tripé ou uma canadiana... Aí eu vou passear... Até lá prefiro ficar em casa... (465)
E3 P-Quando fiquei assim disse ao meu compadre que queria sair da direcção do condomínio, mas ele disse que eu era fundamental e que se eu saísse não haveria condomínio... Isso fez-me ver o quanto era preciso. Agora já posso resolver alguns problemas, o que é bom para mim... (524)				
E4 P-Se eles não existissem eu não teria vontade de viver porque sinto-me um inútil... Continuo a sentir-me um inútil. (435) P-Eu gostava de ir passear lá fora mas, não quero a cadeira... Não é por vergonha mas, não quero a cadeira... Quando começar com um tripé ou uma canadiana... Aí eu vou passear... Até lá prefiro ficar em casa... (465)				
E5 P-Quando fiquei assim disse ao meu compadre que queria sair da direcção do condomínio, mas ele disse que eu era fundamental e que se eu saísse não haveria condomínio... Isso fez-me ver o quanto era preciso. Agora já posso resolver alguns problemas, o que é bom para mim... (524)				

ATTITUDE	Auto-Imagem	Auto-Estima				
			P2	E1	<p>E-I-Como tem passado? P-Vou indo... (frase dita num tom triste e resignado) (65) P-Estou para aqui deitado, não é!? A doença apareceu... (73) P-Está tudo mudado... Agora tenho que estar aqui... (76) P-Agora estou para aqui... (90) P-Antes andava pelo campo... Fazia a minha vida normal... Falava com os meus amigos... Agora estou na cama... (92) E-I-E os seus amigos... Ainda não o vieram visitar? P-Eu gostava mas agora estou para aqui... (95)</p>	
				E2	<p>PC-Eu sou a filha mais velha... E de tradição que a filha mais velha fica com a casa e tem de cuidar dos pais... É isso que eu tenho de fazer agora... Não é pai? NC-O sr mantém um olhar triste mas conformado com a situação... (131)</p>	
				E3	<p>P-Vou indo... Graças a Deus... (disse olhando para o entrevistador como que a dizer - Agora é isto... Não posso esperar mais...) (210) E-I-Porque não vem comer à mesa? P-Ela não pode comigo... Não pode me levantar sozinha... O meu genro nem sempre está... Assim vamos indo... (302) E-I-Não acha que está melhor? P-Graças a Deus, acho que vou indo... (287) P-Eu penso que não estou pior... O que é que acha? (319) E-i-Que melhoras sentiu desde a última semana? P-Acho que não estou pior... O que acha? (pergunta à espera de receber uma resposta positiva) (384)</p>	
				E4	<p>NC-O Sr. S encontrava-se já arranjado, sentado no cadeirão, a observar o que se passava no átrio da entrada da casa. Estava aparentemente bem disposto ostentando um sorriso que demonstrava orgulho por já se encontrar melhor e por poder demonstrar os progressos que teve desde a última entrevista. E-I-Como se sente Sr. S? P-Cá vou indo... Nunca pior... (329) P-Ir para o campo ajudar... Para as feiras falar com os amigos... Agora estou aqui preso neste quarto... (420)</p>	
				E5	<p>E-I-Qual foi a sua evolução desde a última entrevista? P-Eu acho que não estou pior... E-I-O que é que nota que já faz que não fazia antes? P-Agora já ando de canadianas e o terapeuta quer que eu ande também sem canadianas. (432) P-Vamos lá ver... Vamos lá ver... Estou a conseguir não estou? (445) P-Quer dizer que, vou, vou indo... Agora com as canadianas já vou andando... vou até à cozinha, também comer e assim... E gosto de me levantar... Vejo melhoras a andar em pé... E urino melhor, senão estou assim mais preso e tal... Quer dizer que, vou indo... Acho que não estarei pior... (451) P-Eu não sei bem como estava e tal, mas acho que já estive muito pior... (olha para o enfermeiro com um sorriso expectante à espera da sua anuência) (505) E-I-E a confiança em si... Tem-se sentido mais confiante? P-Eu acho que sim... Tenho-me atirado a andar... Já é alguma coisa não é? (625) E-I-E agarrar? Já consegue agarrar nas coisas? P-Já... Já agarro melhor... A meio (referia-se a elevar o braço) é que está mais fraco... Este pé (parético) é que está melhor... Mas, vai indo... (474) P-Agora já vou ficando por aqui e já têm vindo alguns conhecidos falar comigo... Mas ela diz que eu para o que estava melhorei muito. E-I-Quando cá cheguei a casa o Sr. não saía da cama... Estava a ser alimentado por uma seringa... Eram as suas filhas que o viravam para um lado e para o outro... Davam-lhe o banho na cama, mudavam-lhe as fraldas... Não acha que melhorou? P-Era... Agora graças a Deus, acho que vou indo... (508) P-É... Eu hoje fiz na cama... E-I-Porquê? P-Não estava ninguém... Estava sózinho, não me podia levantar... E-I-E não conseguia aguentar até chegar alguém que o levasse à casa de banho? P-Não... Se eu tivesse alguém que me ajudasse, era capaz e ia até lá, mas como estava sozinho não podia... E tive de fazer na fralda (512) P-Olhe, perdi tudo... Perdi tudo porque não me deixa andar na minha rotina... Antes andava por aqui e por ali... Fazia o que era preciso e andava bem... Agora, não faço nada... Perdi a liberdade de andar para onde queria... Andava de carro também... Agora não... Tinha o carro e podia ir a qualquer lado... Graças a Deus ia andando... Agora acabou.. (585). P-Dar aí umas voltas e ver o que se passa por aí... Assim estou aqui preso... (595) E-I-Ganhou alguma coisa com isto tudo? P-Estou melhor... Estar melhor já é ganhar, não é... (603)</p>	
				P4	E1	P-Uma pessoa tanto é... (chora)... Uma pessoa tanto é um homem como é um lixo... (342)
					E4	P-Nunca pensei que fosse chegar a um ponto em que fosse preciso virar-me... (994)
					E2	<p>E-I-Vamos agora para o arranjo pessoal... Pentear o cabelo? P-Pentear o cabelo... Deixei de ter... Agora é lavar a cabeça, depois por acaso vem cá uma cabeleireira, às 5h, para cortar o cabelo, acima de tudo para poder depois lavar melhor e secar... De resto, isso deixou de me interessar, não é... Eu antes pintava o cabelo, mas agora... E-I-Está a dizer-me que o não fazer tem haver com o facto de agora não ter interesse e não pelo facto de não conseguir? P-Não... Estou tanto tempo deitada que aquilo agora é lavar e mais nada... (374)</p>
					E5	<p>E-I-E esse então o principal motivo por ainda não querer ver ninguém para além dos seus filhos, só quando voltar ao que era antes? P-Não será assim porque nunca mais fui o que era, não é, mas pronto, custa-me dar esse passo... Sinto-me que consigo dar mas ao mesmo tempo, não sei... (1433)</p>

ATTITUDE	Auto-Imagem	Alteração na Imagem Corporal	P1	E1	P-O meu braço não funciona... Já tenho alguma sensibilidade mas ele não corresponde aquilo que eu quero fazer... (115) P-Eu estou neste corpo... Eu tenho que chorar... (135) P-Agora é que se vê quem são os amigos... Mas eu não os quero ver, assim... (144)	
				E2	NC-A relação com o neto afecta-o bastante. A possível alteração na imagem que o neto tem dele perturba-o bastante. Tem medo de deixar de ser o grande avô e passar a ser o avô aleijado (217) P-O que me dificulta mais são os pensamentos... Estou sempre a pensar que estou preso a este corpo... (234) P-Eu acho que nunca que vou conseguir adaptar-me a este corpo. (326)	
				E3	P-A adaptação psicológica está a ser muito má pois eu era uma pessoa muito activa e agora vejo-me neste corpo... (327)	
				E4	P-às vezes estou na cama a sonhar que consigo andar, consigo fazer tudo e depois acordo e... vejo que nada do que sonhei é realidade e tenho que pegar na perna para começar a andar. (414)	
			P5	E4	P-A minha neta tem muita propensão para as pessoas e quer compor as almofadas, agora o outro neto, como nós tínhamos uma vida cheia os dois, ele então tem a vivência disso e custa-lhe ver assim... Eu compreendo... Esta dependência que tem a minha avó... Ele deve sentir... Mas está bem... (1129) P-aquilo desinchou de tal maneira que eu fiquei sem linhas, não é. Estava a ver que desaparecia... (1245) P-agora noto que estou muito mais magra, um pouco asteniada. (1325) P-Porque respeito o que eu tenho e sei quem sou para as pessoas, não é... E-I-Ainda não está suficientemente bem consigo para rever as pessoas? P-Não... (1422)	
	E5	P-De facto não sou eu, não me reconheço como era antes... (1433) P-Não ser o que era porque eu era uma pessoa cheia de vida... Não parecia ter a idade que tinha, era uma pessoa mesmo, não sei, tinha uma energia fantástica pronto... (1443) E-I-Afinal ainda tem isso, mais do que muita gente? P-Pois... Eu acho que ainda tenho, não tenho é corpo... Porque eu vou para ali e ganho a elas todas... (1448).				
	Atitude Face à Gestão dos Medicamentos	Atitude Positiva	P1	E1	P-Estou a tomar muitos medicamentos... Explique aí à minha esposa para que são esses medicamentos todos que é para ela saber... É ela que os guarda no armário... (71) P-Tomo muitos medicamentos, mas tenho que os tomar... São importantes para a minha recuperação" (Confia plenamente na equipa de saúde do hospital e acredita que é com a ajuda dela que vai recuperar) (110)	
				P5	E2	P-Agora estou a tomar um regulador intestinal desde ontem à tarde e agora só tomo a aspirina, aquela pequenina que é conveniente, não é. (431)
					E3	P-O Lasix tomo de manhã e ao lanche... Ela disse que quer que as tensões baixem e eu tenho tido as tensões baixas... (633)
		Desejos de carácter individual	P1	E4	P-Depois, melhorei um bocadinho, embora mantenha os problemas dos edemas, que comecei agora a tomar medicamentos fortes e hoje de manhã já se notava aqui o joelho (refere-se à diminuição do edema), mas tenho aqui este problema grande, não é... (889)	
E5				P-Aqueles medicamentos são de tal maneira que é preciso proteger. E então, tomo metade de um Lasix. Agora só estou a tomar metade, que é para ver se isto, porque eu estava a tomar também um diurético, metade, mas agora esse parei, foi um dos que me mandaram parar, e tomo o Ramipril. (1281) P-Foi só para descansar um pouco. Se sentir os edemas a aumentarem, ao lanche tomo outra metade de Lasix e se estiver ainda a aumentar mais tenho de tomar de manhã um. (1302)		
Os medicamentos fazem mal à saúde	P3	P1	E5	NC-Pergunta se pode parar com a medicação durante o Natal... "Posso parar e não tomar a medicação na noite de Natal? Gostava de poder beber um copo de vinho à refeição..." (507)		
			P5	E1	P-Talvez um pouco por aí eu possa ter dores, mas isto já estou habituada... (88) P-Não... Até nem tenho feito nada... Quando vim do hospital trouxe medicação, mas depois acabou e eu não voltei a fazer mais nada... (230) P-Não... Não acho isso importante porque eu sou contra (ri-se). Sou contra a medicação... I-E-Prefere então a dor a ter que fazer medicação? P-É... Prefiro suportar a dor do que às vezes ir tomar alguma coisa... (234) P-Eu prefiro não os tomar... (242)	
P5	E2	P-Até porque tenho estado a tomar muitos medicamentos que me arruinaram os intestinos, não é... Agora parei, (282) P-Oh eu acho que faz porque parei com a medicação ontem... Porque estava-me a arruinar completamente... Tudo o que comia ia fora... E agora parei e já disse, não tomo mais nada sem me reabilitar um bocadinho fisicamente... Tanto adiantava comer como nada... (425) P-e mesmo o Atarax que me davam umas quantas vezes e uma série de coisas parei... (432) E-I-Reduziu então na medicação e vai ver como fica... P-Ver se o meu corpo já reage melhor, para experimentar ficar com algum alimento... (434)				
		E3	P-E receitaram-me o Ramipril... E estava renitente em tomar, porque tiraram-me os papeis... Irrita-me... Fico desorientada... Deve ter sido... Pronto não interessa... (623) P-Mas também há o outro... O Ramipril... E então esse, é que só ainda tomei um... E lá diz de manhã... Mas para não estar a misturar e porque tive a sensação de que ele fazia o mesmo efeito do Lasix eu estava a pensar tomar ao almoço. (634)			
P5	E4	E3	P-E então ela receitou-me 3 qualidades de comprimidos, à base de... Ela quer uns chás... Eu iludida que eram mesmo chás... Então o Valdispert... Mas eu como ando a tomar tanta coisa tenho feito gazeta... (916) P-O Valdispert e outro que já está retirado do mercado, o meu marido diz que vai falar com o meu filho para... Agora, não sei se se faço bem ou se faço mal? (919) P-Mas como ando a tomar tanta coisa, o Lasix, e que é importante para isto dos edemas, eu queria ver se... (921) P-Eu vou ver se tomo este... A psiquiatra receitou-me 3 de Valdispert, e então, eu vou ver se tomo 1 ao almoço, não é? Que é para não mexer... (925) P-Mas depois comecei a ler as indicações e tem sempre contra-indicações... (929)			
			E4	R- Pois... Não é uma medicação para os edemas... E portanto foi por isso que eu pensei... Agora a parte que é mais importante, os edemas e isto tudo, e foi isso que eu... (940)		

ATTITUDE	Atitude Face à Gestão dos Medicamentos	Os medicamentos fazem mal à saúde	P5	E5	<p>P-Andava a tomar os complementos vitamínicos, deixei de tomá-los por estar a tomar tanta medicação. (1267)</p> <p>P-Ora eu faço... Portanto, hoje o Pantoc já não tomei... (1278)</p> <p>E-I-Mas experimentou alguma vez?</p> <p>P-Experimentei pois... Mas depois não estive para me sobrecarregar (1287)</p> <p>P-Depois ao almoço estava a tomar uma aspirina... Há 2 dias que não tomei a ver se descansava um bocadinho que a aspirina também é muito forte. (1295)</p> <p>P-E portanto, todas as porcaria que eu tomei, eu já não gostava de antibióticos porque sabia que me faziam muito mal, portanto evitava tudo o que era antibióticos e medicamentos complicados, eu não os tomava. (1318)</p>
		Automedicação	P3	E1	<p>I-E-E o que tem feito para essa dor?</p> <p>P-Tenho uma pomada que aplico nos joelhos... Já aplicava anteriormente e continuo a aplicar...</p> <p>I-E-E quem lhe receitou essa pomada?</p> <p>P-Foi o médico de família e já faço há alguns anos...</p> <p>I-E-Não acha que agora a situação mudou e que devia ser reavaliada?</p> <p>P-Isto já é antigo... Já estou habituada... (89)</p>
			P5	E4	<p>Já parei com a pomada que acabou... (168)</p> <p>E-I-E a eliminação intestinal tem estado dentro do padrão normal?</p> <p>P-Primeiro funcionava de mais. Eu tinha o Kreon e deixei de tomar...</p> <p>E-I-Fazia a Kreon regularmente?</p> <p>P-Fiz o Kreon durante algum tempo. Depois falei com a médica, foi o Bé que lhe pediu, porque eu acho que não preciso do Kreon. Mas ontem ou anteontem, tomei o Kreon, porque senti que tinha de fazer muito esforço e agora o intestino já está a funcionar. (1171)</p> <p>P-Não, ele tem trabalhado todos os dias, o que é às vezes faço um bocadinho trabalhoso. Hoje até já era um bocadinho solto e disse – “Bem! Não posso tomar então o Kreon” (1197)</p> <p>P-Pois... A sensação que eu tenho do Kreon é que também me ajuda na digestão, não? (1204)</p> <p>P-Pois, também porque eu andava com muitos gases... Eu sei que é um medicamento que acabou por ninguém me receitar. Mas como eu tirei a vesícula e perguntei a um colega do meu sogro que também tirou a vesícula, o que é que ele tomava, e ele tomava o Kreon de vez em quando... Eu depois comprei, tomava aquilo só de vez em quando se estava mais cheia e de vez em quando, se me sinto mais mal disposta ou assim é que tomo... Mas não é diariamente não é... (1207)</p>
	Atitude passiva (desinteresse)	P2	E5	<p>P-Eu estou a tomar uns remédios que ela me dá... Nem sempre os tomo (falava de um laxante e um expectorante) (556)</p> <p>E-I-E a medicação que faz, quando toma?</p> <p>P-Torno à noite e de manhã... Mas ela (filha) é que sabe... (560)</p>	
	Atitude Face Ao Cuidado	Atitude positiva face ao cuidado	P1	E1	<p>P-No hospital não era capaz... A fisioterapia está a ser boa para a minha recuperação (109)</p> <p>P-Estou a fazer a fisioterapia no hospital 5 dias por semana... Espero que nunca me mandem para uma clínica... Nas clínicas é meia hora e já está... Ali, às vezes estou quase 2 horas... E isso está-me a fazer bem... (112)</p>
				E2	<p>P-A fisioterapia está a funcionar... Quando cheguei a casa não conseguia levantar-me... Agora já me levanto... (159)</p> <p>P-Eu vejo que com a fisioterapia eu vou conseguindo ficar melhor... Por cada tratamento que faço eu sinto que fico melhor... Por vezes não é objectivo mas, eu sinto que estou melhor, (247)</p>
			P2	E1	<p>P-Ele bule comigo... Eu gosto de ser bulido... (81)</p>
		E2	<p>P-Gosto muito quando bulem comigo... Eu gosto de ser bolido... (136)</p> <p>P-Gosto quando bulem comigo... É bom quando me passam para o cadeirão (153)</p>		
		E3	<p>P-Eu gosto que bulam comigo... Gosto quando o Sr. e o terapeuta fazem os exercícios... (215)</p> <p>E-I-O que o tem ajudado mais a atingir esse objectivo?</p> <p>P-O Sr. Enfermeiro e o terapeuta têm-me ajudado... Eu gosto quando bulem comigo... E quando dizem coisas para me animar... (316)</p>		
		P5	E2	<p>A fisioterapia faz-me muito bem mas também me cansa, não é? Mas acho que me faz mesmo muito bem... (318)</p> <p>E-I-Está a constatar que com a fisioterapia está a ter melhorias em termos de função do corpo?</p> <p>P-Está... Está... Está a resultar nitidamente... (327)</p>	
			E3	<p>P-Andar já andei hoje porque afinal ontem a médica disse para descansar muito... Estive tanto tempo aqui e na outra cadeira e afinal as pernas estavam mais inchadas, (573)</p> <p>P-Foi o que a médica me disse... Não é assim... Isto é muito lento... (619)</p> <p>P-Pois... O médico também me disse que não me posso cansar... (812)</p>	
			E4	<p>P-Portanto eu estou a fazer um sacrifício enorme... Porque ela (médica) pediu –“Olhe, acrescente isto ao café e o máximo que pode beber é meio litro” (1090)</p> <p>P-Sim, eu insisto para comer muitas proteínas... Carne... (1113)</p> <p>P-Mas a médica disse –“Veja se come proteínas que é para...” – Bem, mas isso também o meu filho já me tinha dito... (1136)</p> <p>E-I-E fruta tem comido?</p> <p>P-Desde a consulta comi menos...</p> <p>E-I-Porquê?</p> <p>P-Porque ela falou na água da fruta, mas agora até estou a assar maçãs, a ver se eu consigo comer... (1177)</p>	
E5		<p>E-I-Foi esse o esquema que a médica lhe pôs? Aumentar o Lasix à medida que aumentam os edemas?</p> <p>P-É... Se vir que toma a aumentar, retomo novamente. (1305)</p>			
Atitude negativa face ao cuidado	P1	E1	<p>P-Várias vezes eu acordei e desfiz a fralda toda durante a noite. Caí várias vezes abaixo da cama (caía bem que eu segurava-me) porque queria sair dali, queria fazer as coisas... não sou pessoa para usar fralda</p>		
		E4	<p>P-À noite tomo muita medicação e fico muito chumbado... Depois de tomar a medicação só quero estar quieto, sem falar para ninguém... Tenho que falar com a médica pois acho que estou a tomar muita medicação... (468)</p>		
		E5	<p>NC-Refere que vai falar com a médica para esta lhe reduzir a medicação... “Chego à noite, tomo aquelas bombas e caio para o lado... Não consigo falar com ninguém... Adormeço em pé...” (503)</p>		

ATTITUDE	Atitude Face ao Cuidado	Atitude negativa face ao cuidado	P4	E1	PC-há coisas que não me saiem da cabeça Sr. enfermeiro... Ele quando estava no hospital estava com regime geral... Comia de tudo... Eu até me admirava às vezes chegar lá... Caldo verde...Até arroz de marisco lhe deram ao almoço... Mas ele comia tudo... Até arroz com atum ele comeu... Fruta assada, cozida ou crua (que ele não come) ... Uma vez a minha neta disse para a empregada – “Sra. empregada, o meu avô não gosta de fruta cozida... Porque não lhe trazem uma bananinha” – e ela respondeu – “Oh minha filha... É para já... Eu vou buscar uma bananinha...” (154)	
				E2	E-I-entre estar no seu ambiente, entre os seus familiares e com as suas coisas, e estar lá num quarto de hospital, as pessoas acharam que era então preferível regressar a casa... O que era preciso é que o Sr. M batalhador que lá estava, no dia que regressasse a casa continuasse a batalhar, talvez ainda com mais força, por estar junto daqueles que gosta... P-Mas é que pelo menos podiam-me dar uma explicação mais cuidada às pessoas que vêm embora... (626)	
				E4	P-Eu tenho hemodíalise às 3ª, 5ª e sábados... E custa a estar lá as 5 horas... Mas o pior é a ambulância... (868)	
			P5	E1	P-Realmente só deve vir para esta profissão quem quiser... Porque há pessoas que estão lá sem perfil algum... Eu não quero falar mais no assunto porque eu não quero acusar ninguém, não é... (205) P- Impressionou-me muito isto e já disse aos meus filhos e à minha nora... Vocês escrevam um artigo... Não é o facto de escrever isto, é o facto de alertar o governo para que deve dar apoio à saúde para que as pessoas sejam tratadas mais humanamente... (213)	
				E3	P-Quer dizer... Às vezes as próprias cuidadoras estão cansadas não estão para essas coisas... (686) P-E depois temos, conforme nos aturam a nós, de aturar temperamentos que não nos entendem... Esta Sra. de hoje não, mas às vezes tem cada uma... O que vale é que estão cá pouco tempo... (733) P-Algumas como disse são fantásticas mas outras são secas... Depois quero mais, e isso... (781)	
					P-Eu acho que hoje, que no banho, ela (cuidadora formal) pôs-me a perna em água quente e ainda ficou pior... (891) P-Depois na psiquiatria, quando eu entrei, tinha uma cara de réu (ri-se) ... Mas depois começou, perguntou-me o que queria, pronto... (914) P-Elas chegavam, entravam, falavam... Era horrível... Porque a empresa em termos de gente, tem pouca gente... Os bons já estão ocupados... E depois só ficam assim... (961) Era terrível... Não é aquilo que se pensa... É quando elas são boas, são educadas e tal... (964)	
				E4	E-I-Antes tinha cá uma cuidadora a tempo inteiro... Agora a cuidadora só vem durante a noite... Sente a falta desse acompanhamento contínuo ou consegue superar bem essa ausência? P- Noto uma libertação... Era horrível... Porque vinha às vezes uma um bocadinho de manhã... Depois outra... Depois falavam... Depois tive de exigir que deixassem de vir, porque vinham com uns sapatos... Eu disse que não, porque nós temos cuidado com os sapatos por causa das pessoas de baixo... Temos cuidado porque também gostamos que os outros tenham... Olhe, aquilo era um disparate... De modo que quando me vi com menos gente, foi um alívio.(1006) P-Depois disse-me da psiquiatra –“Mas olhe que ela é muito divertida, o que é anda muito cansada...” – Ai, mas ela tem mesmo cara de frete... Meu Deus, como é que pode ser psiquiatra... Pronto lá me viu e disse – “Não somos nós que controlamos nada, se pensa que controlamos, nós não controlamos nada...” (1141) P-Ficamos... Mas eu reparei que o facto das senhoras não estarem cá todo o dia, já estou mais organizada. Às vezes elas estavam aqui (diz com tom de desagrado) (1214)	
				E5	E-I-Portanto, evita pensar no assunto? P-É... Eu já evitava quando tirei a vesícula, o Dr. Começou a dizer, e não sei quê... “Chiu” agora não me diga, quem não ouvir não complica. (1316)	
					E2	E-I-Mas é o Sr. que bebe pelo copo ou prato? P-Elas dão-me com a seringa... Eu não posso... (183)
		P2	E3	E-I-E as refeições... Come na cama? P-É ela (filha) que me dá com a seringa... Eu como sopa... Gosto muito de sopa... E-I-Porque é que continua a comer com a seringa... Antes comia com a seringa? P-Eu não consigo comer na cama... Assim é mais fácil (disse isto como se agora isso fosse uma tarefa que já não lhe cabia a ele fazer)... (297)		
			E4	E-I-Já se veste sozinho? P-Não... São elas que me vestem e que tratam de tudo (sente que aquilo já não é da sua obrigação)... E-I-E abotoar a roupa... Porque não o faz? P-Se calhar não consigo... Isso a minha filha faz... (373) P-São elas que me arranjam na cama para dormir e que me levantam... São elas que me põem em condições (é para isso que as filhas lá estão)... Agora não tenho a saúde que tinha... Tenho de ser acompanhado... (380)		
			E5	E-I-Para se vestir... O que é que já faz sozinho e onde é que precisa de ajuda? P-A vestir é com elas (é tarefa das filhas, não dele)... Ela é que me vestem... (463)		
			P4	E1	E-I-Para se alimentar... Precisa de alguma ajuda? P-Acho que não... A minha mulher e o meu filho, às vezes vêm aí e ajudam-me para eu comer tudo... É só uma questão de quantidades... (76)	
				E4	E-I-Faça, por favor, força nas pernas... P-Não... Sr. A, não é isso... O meu filho puxa-me para cima de uma vez...(998).	
		Volição	Força de Vontade	P1	E1	NC-Como tem alguma dificuldade em controlar as coisas com a mão esquerda, recorre por vezes à ajuda dos dentes para conseguir executá-las sozinho (ex.: retirar um lenço de papel do pacote) (63) NC-Ontem, tentou levantar-se sozinho, passar para uma cadeira e não conseguiu, acabando por cair e bater com a cabeça no vidro – “Eu queria ver lá para fora e sentar-me numa cadeira junto da varanda... (88) P-Eu tenho que fazer as coisas porque a minha mulher não é de ferro... Eu tenho que fazer o máximo que posso! (116) P-Quero manter o meu dia-a-dia o mais normal possível... Levanto-me com a ajuda da mulher, vou comer à mesa... Não quero tabuleiros para aqui ou para ali... (118)
					E2	P-Utilizo o urinol quando estou na cama, mas de resto faço questão de ir ao wc... Não há cá urinóis... A minha esposa ajuda-me a ir até lá e eu depois seguro-me e faço... (192) P-Para comer a mulher arranja-me a comida e eu como sozinho na mesa... Nunca que eu trinquei tanto a língua como agora, mas eu consigo comer com o lado esquerdo, o lado direito é que não mastiga muito bem. (194)

ATTITUDE	Volição	Força de Vontade	P1	E3	P-Esta semana, pela primeira vez, levantei-me para ir ao WC, sozinho e ela não me ouviu... (342) NC-Esta semana chegou da fisioterapia e pedi aos bombeiros para o deixarem vir a pé para casa. Subiu as 6 escadas de acesso ao prédio e deambulou até ao apartamento (5º andar) tendo chegado a casa muito cansado (360)
				E4	P-Tenho de poupar a minha mulher que ela está muito cansada, ela também não pode... (371) P-As vezes pareço ter mais forças do que aquelas que tenho realmente.... Há dias pedi aos bombeiros para me deixarem cá em baixo para dar uma volta... Peguei... Levantei-me... Coloquei a cadeira cá dentro... Às vezes dá-me assim uma coisa pela cabeça... (392)
					P-Eu tenho que fazer as coisas e ajudar a minha mulher que é uma lutadora... Arruma isto tudo... Faz as coisas que lhe pedem... Está sempre preocupada comigo... (406)
					P-Esta semana já tentei comer com um garfo, mas ainda não consigo pois a mão não faz força suficiente para segurar no garfo... (451) P-tiro a roupa com maior ou menor dificuldade, principalmente na perna afectada... Vou vestindo o pijama... Com maior ou menor dificuldade, mais ou menos tempo... (461)
			P2	E4	P-O terapeuta disse-me para escolher feijões com esta mão... É difícil agarrar neles com ela... (366) NC-Com alguma dificuldade começou por tentar abotoar um dos botões do casaco, conseguindo fazê-lo ao fim de alguns minutos de grande perseverança. (376) P- Custa-me estar aqui preso... Gostava de sair... Dar os meus giros... Ir para o campo ajudar... Para as feiras falar com os amigos... (419)
					P-Ele quer que eu ande sem as canadianas, mas mais uma vez com cautela... E à cautela "vota" a mão atrás... Que eu às vezes não confio, e ele ampara... Quer dizer que, vou, vou indo... Agora com as canadianas já vou andando... Vou até à cozinha, também comer e assim... (450) P-eu queria era melhorar... E-I-O que é melhor para si? P-Eu queria era poder andar... (497)
				E5	P-Pensamentos... Pensamentos de andar por aí... Dar aí umas voltas e ver o que se passa por aí... Assim estou aqui preso... o que eu mais queria era dar assim uma volta, ir até lá fora... (595) P-Eu com a minha vontade para fazer o que ele quer que eu faça, lá vou... Lá vou... E-I-A sua força de vontade é o principal factor? P-Pois é... A vontade é que manda... A vontade é que manda... Vai-se vendo... (598) E-I-E a confiança em si... Tem-se sentido mais confiante? P-Eu acho que sim... Tenho-me atirado a andar... Já é alguma coisa não é? (625)
			P3	E1	A minha vontade era ver-me livre disto rapidamente... (113)
				E3	P-E se quero ir ao frigorífico consigo, quer dizer, venho trazer as coisas aos bocados, pois com as canadianas e com as coisas na mão não é muito fácil... Mas pouso aqui... Depois pouso ali... Até que chego ao fim... (199) P-Tenho que andar com elas, até ver... Como disse tenho que ir buscar as coisas e depois pôr aqui e acolá, até que chegue ao fim... É, realmente isso é o que me incomoda mais... (215)
				E4	P-I Já consegue fazer tudo o que fazia antes, sem precisar de ajuda? P- Ainda estou com as canadianas mas agora já me mexo sem limitações e consigo fazer tudo, embora que mais devagar... (299)
			P4	E1	P-Depois quando chego lá digo – “Não, eu vou a pé” – E faço o sacrifício e vou para a última cadeira da sala a andar “devagarito”, como andei há pouco, mas vou... Mais que isso não posso fazer mais... (302) E-I-Nesse dia resolveu ir sozinho... O que pensou para tomar essa decisão? P-Não sei... Como me estava a sentir bem e queria começar a andar, decidi ir sozinho... (309)
				E4	PC-mas ontem – “Não... Eu quero ir ao quarto de banho... (914)
			P5	E1	Peu tenho que andar bastante para recuperar... (63) P-Tenho tentado comer com a esquerda... Partem-me as coisas, não é... E até aqui tenho tentado (79) P-tenho feito exercício, agora só me resta tentar andar mais para ver se o corpo se adapta. (98) P-Tenho esta bolinha que comprei para fazer exercício com a mão a ver se consigo dobrar o dedo. (132) P-É o que eu hoje interiorizei... Vou tentar fazer mais... Sair do cadeirão... Andar... (244)
				E2	P-Ainda ontem, estive ali a manhã toda a dirigir a arrumação do quarto que estava cheio de trapalhadas, não é, e eu fui buscar a empregada e dizia-lhe faça assim, faça assado... Pronto dirigi aquilo tudo... lá mudando de sítio e lá vendo, porque é necessário arrumar mais esta casa não é... Está muito cheia... (301) P-A fisioterapia faz-me muito bem mas também me cansa, não é? Mas acho que me faz mesmo muito bem... Do que me competia eu faço sem parar... (318) P-quando veio a fisioterapia disse: “Olhe, estou mesmo tonta”, mas depois fui fazendo... (321) P-Tenho um dedo que ele acha que ele nunca vai recuperar, não é... Mas eu quero pelo menos que estes não percam... (350) P-Também... Ponho sempre uma protecção porque às vezes pode acontecer qualquer coisa, o que até não tem acontecido muito, e procuro levar e comer... (360) P-Portanto tenho lido muito pouco e acho que tenho de tentar... Só às vezes uma revista, mas eu já não era de revistas, era mais de ler... E então vou tentar isso (389) P-Mas eu já disse que tenho de começar eu a tentar limpar-me... O que é para isso, acho que tenho de deixar os pijamas porque se vestir camisa de dormir acho que é mais fácil... Tenho que fazer isso... Se estou a tentar tanta coisa, tenho que tentar as coisas que tenho de usar sempre, não é? (453) P-Exactamente... Vou então esta semana começar a tentar levantar-me, e peço para que me ponham uma cadeira ao lado da cama para me sentar de seguida... (475) P-Entretanto também vim embora e pronto... E procuro realmente comer por mim... (537) P-Vou... Eu tenho mesmo de ler agora um livro... Começar outra vez a pensar nisso para também reabilitar a mente... (555)

ATTITUDE	Voição	Força de Vontade	P5	E3	P-então vou andar um bocado... Sempre faço movimento não é... Portanto já andei de manhã quando me levantei, e agora porque julguei que vinha às 11h, levantei-me comecei a andar, para estar assim mais... (575) P-Pois eu tenho de tentar escrever, não é... E pronto... (669) P-Portanto agora vou, tentando fazer, andar e fazer assim umas coisinhas para recuperar lentamente... (775)
				E4	P-Estes 2 é que vou movimentando, não é... A ver se lá vou mexendo... Agora estes 2 (1º e 2º dedos) coitadinhos... Eles conseguem comer, escrever... (1004) P-I-Vai tentar subir mais esse degrau e sentir o ar da Primavera? P-Vamos... Vamos tentar fazer isso... Só aquele caminho do hospital cá é fantástico, não é... Sobretudo aquela vida... (1082)
			P1	E1	P-Tenho muito cuidado com a dieta agora... Só como peixe ou então uns bifeinhos de frango grelhados, sem sal... A comida é toda sem sal... A mulher deita umas ervas que inventou no arroz e vai-se comendo (120)
		E2		P-Apresentava (Síndrome ombro-mão) edema no membro superior direito com predomínio da mão onde tinha alguma dificuldade em articular os dedos. Estava preocupado com a situação procurando algum conforto da minha parte – "Esta noite dormi sobre o lado afectado. Eu sei que não devo mas acabei por dormir... E não vou voltar a fazer" (182) P-A comida é que é muito má... Já estou cansado de comer sempre a mesma coisa... E a mulher quer que todos comam daquilo sem sal... Assim não pode ser... Não me pode arranjar uma lista de coisas que posso ou não comer?" (200)	
		E3		NC-No início ficou com a esposa a ouvir falar sobre a alimentação e fez muitas perguntas no sentido de conhecer o que fazia bem ou mal, ao problema dele. - "É importante eu saber isto... É por causa disto que eu estou aqui... Não quero que me volte a acontecer..." (264) NC-Ele controla as tensões com um aparelho electrónico. (295) NC-Preocupa-se muito com o que come e continua a fazer muitas perguntas sobre a alimentação porque quer controlar as tensões ao máximo (303)	
		P1	E4	P-Inicialmente era preso de intestinos e tinha de comprar uns supositórios na farmácia... Agora não... Tenho feito uma dieta com kiwis, laranjas, papaia, manga que me resolve o problema e embora ainda seja dura já consigo fazer bem. Aquilo que me disse tem resultado... (425) P-Esta semana fui à farmácia medir o colesterol e os diabetes... Os valores estavam bem... mas quero fazer análises para ter a certeza... A minha mulher já as pediu... (429)	
	E5		NC-Refere estar muito agradecido pela ajuda dada na modificação da dieta... "Agora já consigo comer outra vez... Da maneira que a minha mulher fazia antes quase não se conseguia comer... Agora sei o que posso e não posso comer" (500) NC-Refere que vai falar com a médica para esta lhe reduzir a medicação... "Chego à noite, tomo aquelas bombas e caio para o lado... Não consigo falar com ninguém... Adormeço em pé... Não acha que é melhor eu falar com ela?" (503) NC-Refere que fez análises e pergunta se o colesterol e os triglicérideos estão bem – "Foi por causa disso que eu estou aqui... E agora que modifiquei a dieta quero ver se eles continuam bem..." (512) P-Fiz também análises à próstata e uma ecografia... Veja, estão aí os resultados... (516)		
			E5	P-Seria no sábado (referindo que já há 3 dias que não tinha qualquer dejeção)... Como assim sopa, e a sopa é ralada, que é bom para o intestino... E como fruta... kiwis... Laranja... (461) P-Eu até queria que a minha filha telefonasse para o consultório do Dr. que me operou, a ver se me dava algum remédio para urinar... (549) P-Fazia medicamentos antes de ser operado, mas depois de fazer a operação fiquei bom, e eu estava a ver se ela telefonava a ver se dava algum remédio... Não sei se ele sem consultar podia dar. (551) P-De qualquer maneira eu gostava que ela telefonasse para o operador, assim a dizer-lhe o estado em que estou... A ver se ele me dava algum remédio que me ajudasse a urinar melhor... (564) P-Às vezes até bebo água para ver se urino melhor, mas às vezes também estou aqui assim e dá-me assim um arrepio no ouvido... (569) P-Tenho só mais aquele problema (eliminação urinária)... O intestino vai fazendo... Às vezes fico mais preso, mas depois vou fazendo... E cá vou andando... Como sempre coisas à feição... Sopa, fruta e tal, que é para correr melhor... (630)	
	P3	E2	P-O calçado já sou eu porque aqui em casa uso coisas confortáveis e fáceis de calçar... P-Não isso consigo fazer bem... Tenho as mãos que trabalham bem... Faço tudo sozinha... (137) P-Eu viro-me pouco na cama... Mas quando preciso de o fazer consigo faze-lo sozinha (146) P-Agora à mesa não preciso de ajuda... (149) I-E para usar o sanitário, precisa de ajuda? P-Não... No hospital ensinaram-me a sentar e a levantar... Desde o início que não preciso de ajuda... Já era eu sozinha que o fazia no hospital... (152)		
			P5	E2	P-Agora comecei a ter um bocadinho mais de vontade, mas procuro sempre comer pouco porque tenho medo de estragar o que comi, portanto contenho-me... (438) P-As restrições alimentares acho que tenho, porque vou pedindo que... Ter ideias para variar a cozinha, e então eu vou dizendo, para não comer as coisas todas de uma vez, comer a comida com menos sal (442) P-Hoje, por exemplo, mandei o meu marido comprar bacalhau para fazer aquelas batatinhas à gomes de Sá e essas coisas assim... E pronto, a comida acaba por ser diferente... Tenho comido mais peixe, came leve, frango... E pronto... Tenho de fazer tentativas a ver se como mais... (445) P-Hoje já andei bastante, mas também acho que já estive bastante tempo deitada... (462) P-Também estive no cadeirão, depois deitei-me ali (sofá) para levantar as pernas que estão muito inchadas e pronto, (463) P-É que os meus problemas são a nível noite... De maneira que assim canso-me mais, não é? E esta noite a casa estava super quente... Por isso é que eu estava mais cansada... Por isso é que eu antes estava muito tempo deitada e agora procuro estar menos... Andar para mexer o corpo não é... (504)
	E3	P-Portanto não tenho posto muito mas, tenho de começar a pôr um bocadinho... E-I-Pode utiliza-lo à noite, antes de se ir deitar, para a ajudar a descansar e a adormecer... P-À noite, ontem pus duas vezes... Um bocadinho aqui e depois antes de ir descansar... E pronto... Lá correu melhor a noite... (834)			

ATTITUDE	Volição	Autocontrolo	P5	E4	<p>P-Olhe, sem o colchão era horrível... O colchão de baixo é muito duro... Não resultou, voltamos a pôr... Depois pusemos um edredão naquela parte que afundava mais por baixo do lençol... E hoje já tirou tudo... "Higienizou" a cama... Pronto, lá tenho tentado estar... Porque começo a sentir-me mal... (1015)</p> <p>P-Custa-me não beber... Esta água é de ontem... Portanto eu estou a fazer um sacrifício enorme... Porque ela (médica) pediu –"Olhe, acrescente isto ao café e o máximo que pode beber é meio litro" – Eu então tenho feito uma restrição... É de ontem este (garrafa de meio litro) que é para realmente eliminar o resto, não é, e não ser só os medicamentos... (1090)</p> <p>P-vou lanchar, mas não vou lanchar, ou antes, vou lanchar mas vou comer aquele peixe... Já estava assado, não é, e comi... O que é era horrível... Estar a comer aquilo com o pão só e beber pouca água... (1104)</p> <p>P-Juntei a compota, que eu tenho deixado, e ontem com o peixe, fui juntando um bocadinho alternado, e pronto, lá comi o peixe todo... Pelo menos comi a proteína do peixe para dar para todo o dia, não é (1109)</p> <p>P-Sim, eu insisto para comer muitas proteínas... Carne... Faço a carne com uma panela de sopa e claro, pus um bocadinho na sopa... E quer dizer... Comer é um problema...</p> <p>P-Foi assim olhe... Insisti ao lanche para acabar o peixe, para pelo menos saber que comi um peixe... Depois mais tarde comi então uma conchita e tal de sopa, e não sei até o que comi mais... E mais nada... Ao almoço também tinha comido uma concha de sopa e metade do outro peixe... (1109)</p> <p>P-E eu estou a fazer uma jardineira que aquilo se fosse bem temperadinho... Eu adoro jardineira, já viu... Não ponho muito sal... Depois tiro um bocadinho para provar... Essas coisas, não é... (1119)</p>
				E5	<p>P-Ora ainda bem que disse isso, porque eu pus... Estou a pôr este, mas este é muito pastoso e hoje comprei nêvea para começar a pôr... Portanto a perna ali descascou e começou a criar essas peles... Foi horrível porque eu passei... (1240)</p> <p>P-Quase não bebi água... Portanto tenho de reduzir nos líquidos. Ontem bebi mais porque preciso mais nestes dias. (1242)</p> <p>P-Tenho andado. Procuo andar de manhã para não me cansar. (1260)</p> <p>E-I-Continua com pouco apetite?</p> <p>P-É... Consigo comer poucas quantidades... Como 4 a 6 vezes por dia...</p> <p>E-I-Mas come dessa forma porque é a melhor forma de comer ou não tem apetite?</p> <p>P-A maior parte das vezes é porque não tenho apetite. Tenho comido pouco, não aguento com muita comida, e então faço assim. (1263)</p> <p>P-Como... Como pouquinho e depois como mais logo quando tiver mais apetite... Fico com mais fome e pronto, acabo por comer melhor... (1477)</p>

FACTORES INTRÍNSECOS AO SUJEITO QUE INFLUENCIAM A TRANSIÇÃO – Emoção			
Sub-categorias	Participante	Expressões do discurso	
EMOÇÃO	P1	E1	<p>P-Eu preciso dela para tudo... A minha mulher tem de ajudar-me a vestir, a passar para a cadeira, a arranjar a comida para eu poder comer, a usar o urinol na cama ou a ajudar-me no WC... Agora não sou Sr. de nada... Preciso dela para tudo" (75)</p> <p>NC-Manteve-se muito choroso, recorrendo por vezes a frases como "Porra! Olha como eu estou! Sempre tive tanta força e agora nem um lenço consigo tirar sozinho!"</p> <p>"Ainda há dias andei a pôr aquela tijoleira e agora estou nesta situação!" (104)</p>
		E2	<p>P-Eu não consigo ir para a varanda por causa do degrau. Tenho uma varanda tão boa e não posso lá chegar. (165)</p> <p>P-Agora não posso fazer jardinagem... Olhe para mim... (167)</p>
		E3	<p>P-Eu e o meu compadre assumimos a direcção do condomínio... Agora neste estado já coloquei o meu lugar à disposição... Assim não tenho utilidade nem cabeça para tratar do que é necessário tratar... (283)</p> <p>NC-Teve a visita de familiares em casa e necessitou de parar de falar pois já não estava a conseguir dizer nada nem fazer nada. "Até para receber visitas cá em casa eu não sirvo... Ficam todos condicionados ao meu problema... A fala, a dieta..." (311)</p> <p>P-Esta semana explodiu uma lâmpada e eu não pude fazer nada... A minha mulher ficou em pânico e eu só pude lhe dizer aonde estavam e como se faziam as coisas... Teve que ser ela a fazer tudo... Eu não lhe pude fazer nada... Sou um inútil... Até para coisas simples..." (330)</p>
		E4	<p>P-Acho que ainda não consigo. O terapeuta também quer que eu coma com este lado mas ainda não consigo. (346)</p> <p>P-Às vezes estou sozinho e não posso... É preciso que me levatem e me ponham na cadeira... (395)</p>
		E5	<p>E-I-Se o Sr. tentasse vestir-se sozinho acha que não ia conseguir?</p> <p>P-Eu acho que não... Ainda não dobro assim os dedos e tal... (aponta para o lado parético com um olhar de algum desanimo) (468)</p> <p>P-Agora não tenho lido assim demais porque tenho dificuldades em desfolhar o jornal e às vezes não é assim tão fácil... Não sou capaz de abrir e por o jornal à minha maneira. (609)</p>
		E1	<p>E-I-Disse estudar com eles... E agora não consegue?</p> <p>P-Ainda nem tentei... Agora nunca mais aguentei... (190)</p> <p>P-Agora ainda não tentei... A fragilidade ainda não me permite concentrar... (232)</p> <p>P-Bem eu agora tenho pena de não poder fazer o que fazia, não é... (380)</p>
	P5	E2	<p>P-Agora tem matemática, já disse ao meu marido –"Pega aí nos livros e estuda aí com o neto" – porque eu ainda não tentei se sou capaz de... (400)</p>
		E3	<p>P-Fui ler isto hoje e li bem (consentimento informado) ... disse – "Pode ser que eu consiga" – mas estou convencida que não sou capaz de ler. (763)</p>
		E4	<p>P-Mas aquela sensação da perda de tudo isto é que é horrível, não é... A primavera aí e eu aqui fechada... Quando me lembro do que fazia... (955)</p> <p>P-Pronto, e é estas sensações de perda, quer dizer... E eu penso assim, ganhar? Só de ter o meu marido preso aqui em casa... (959)</p>
	E5	<p>E-I-Está a voltar à sua vida antiga?</p> <p>P-Não, isso não... Nem, nem, nem nada. Nem nada o que se compara... Sabe bem o que custa. (1414)</p> <p>E-I-Quando diz nunca mais serei o que era o que quer dizer?</p> <p>P-Não ser o que era porque eu era uma pessoa cheia de vida... Não parecia ter a idade que tinha, era uma pessoa mesmo, não sei, tinha uma energia fantástica pronto... Tudo me saía das mãos com rapidez... Tinha um poder de imaginação fantástico... (1442)</p>	

EMOÇÃO	Medo			
	P1	E1 <p>P-Eu queria ver lá para fora e sentar-me numa cadeira junto da varanda... Cai e fiquei muito assustado... (89)</p> <p>P-Eu sei que não posso voltar a fazer isto, sozinho... Um tombo neste chão duro pode atrasar a minha recuperação (93)</p>		
		E2 <p>P-Para além disso não trava... Eu levanto-me, ela foge e eu caio. (175)</p> <p>P-Passar para a cama tem de ser a minha mulher a ajudar... Tenho ainda medo de passar... (179)</p> <p>P-Esta semana fui até à varanda sozinho, andei a passear na varanda agarrado ao corrimão e, quando a minha esposa chegou, eu já estava sentado lá dentro... Mas tive muito medo de cair naquela tijoleira. <i>la-me magoar de certeza.</i> (225)</p>		
		E3 <p>NC-O dinamap ontem registou valores de 111/107mmhg (provavelmente erro do aparelho) tendo o Sr. F. ficado em pânico – "Foi por causa das tensões e do colesterol que eu fiquei neste estado... Isso eu não quero mais... Assusta-me só de ter que pensar que tenho de voltar aquela urgência" (295)</p> <p>NC-Na altura pensou que tinha de voltar ao hospital, o que o deixou também muito abalado. Tem muito medo que isso aconteça. (363)</p>		
		E4 <p>P-Eu fui ao Centro de Saúde e foi preciso ir lá uma ambulância para me levar... e uma cadeira de rodas pois eu não tenho confiança para ir sozinho... E o fisioterapeuta também me disse que posso atrasar a minha situação se cair. (398)</p>		
	P2	E2 <p>NC-Ao passar para o cadeirão o indivíduo absteve-se de fazer força na perna direita o que dificultou a transferência... Não consigo! Vou cair... (161)</p>		
		E3 <p>E-I-Mas acha que não conseguia fazer no urinol quanto tivesse vontade?</p> <p>P-Na maré estou bem assim... Eu já antes tinha problemas... Agora não me mexo... Estou bem assim.. (262)</p> <p>E-I-Tem medo de não conseguir chegar a tempo?</p> <p>P-Às vezes não estão cá elas (filhas). Na maré estou bem assim... (265)</p>		
		E4	P-O terapeuta quer que eu ande mais direito... diz que eu ando muito curvado... Eu ainda tenho muito medo de cair... Só ando com o terapeuta ou então com elas (filhas) a apoiarem-me dos 2 lados. (338) <p>P-Acho que estou bem assim na maré... Na maré acho que não... Ainda não me consigo mexer bem... A fralda é mais confortável...</p> <p>E-I-Mas não consegue aguentar a urina até que chegue o urinol...</p> <p>P-Acho que não... Com a fralda eu posso estar à vontade... (399)</p>	
			P-Isso é a minha filha... Eu já antes cortava-me às vezes a fazer a barba... Agora tenho medo de o fazer... Prefiro que seja a minha filha. (416) <p>P-o terapeuta quer que eu ande também sem canadianas. Eu digo-lhe... Não pode ser com uma e tal... (437)</p> <p>P-Ele tem andado sem canadianas comigo e eu ando só com ele...</p> <p>E-I-Como é que foi começar a andar com as canadianas? Foi fácil?</p> <p>P-No início tinha medo de andar com elas e não queria... (442)</p>	
			E5 <p>P-Eu ao andar gosto que as pessoas me acompanhem... Posso ter um percalço e se às vezes eu coisa... Preciso que me deem a mão...</p> <p>E-I-E com ele já anda sem as canadianas!</p> <p>P-Ele quer que eu ande sem as canadianas, mas mais uma vez com cautela... E à cautela "vota" a mão atrás... Que eu às vezes não confio, e ele ampara... (446)</p> <p>E-I-Mas antes fazia... Porque não tenta agora?</p> <p>P-Quando puder andar melhor... (526)</p>	
		P3	E2 <p>P-Preciso que me ajude a entrar para o polivan e que me lave as pernas e os pés que eu não chego e tenho medo de cair.(133)</p> <p>P-embora por vezes o marido me dê um jeito... É mais seguro se assim for... (147)</p>	
			E3 <p>P-É muita da ajuda da semana passada até nem seria por eu não conseguir fazer mas porque tinha medo de o fazer... (193)</p> <p>P-Quer dizer... A perna às vezes está assim um bocadito presa e eu não sei se é normal... Sei lá... Acho que será... Esqueci-me de dizer ao médico... Na próxima consulta vou-lhe perguntar... (249)</p>	
			E4 <p>P-Mexia-me muito bem... E agora tenho mais medo de que me aconteça algo... (321)</p>	
		P4	E1	P-Às vezes desequilibro-me e tenho medo de cair. (24) <p>P-Não... Não... Não... Porque me dói isto aqui na coluna... E isto na coluna depois mexe com tudo (37)</p> <p>E-I-Barbear-se?</p> <p>P-É o meu filho... É o meu filho porque às vezes não tenho forças nos braços e eu tenho medo de me cortar, porque tomo anticoagulante. (97)</p> <p>P-Têm de estar uma ou duas pessoas a segurar em mim para eu não cair... (112)</p> <p>PC-Ele não conseguia pousar os pés no chão para ir ao quarto de banho... Passamos uma noite desgraçada... (115)</p> <p>P-Agarro-me à minha mulher e à porta da sanita para não ir de lanço e me doer... (176)</p> <p>P-Mas tem de ser 2 pessoas a ajudar que eu faço muita carga. (200)</p> <p>P-mas como sou hipocoagulado, vão-me dar uma anestesia e vão-me injectar uma massa qualquer, por causa do sangue... Da situação clínica ou não sei quê... Estou para ver o que ainda vou passar (271)</p> <p>E-I-Nesse dia o Sr. M vai para o banho e eu ajudo-o...</p> <p>P-Só faço aquilo que puder fazer... (382)</p>
				P-É ele que queria ir agarrado a mim... Assim não... Mas ele dizia – "Eu vou cair, eu vou cair, eu vou cair..." (410) <p>PC-Andar é a mesma coisa... É devagarinho, devagarinho, devagarinho... Agarra-me de lado... É preciso dizer-lhe não te vou deixar cair, anda lá... (460)</p> <p>P-É tudo junto... É superior a mim... Medo de cair... Medo de andar porque não ando... E se me deixarem sozinho é como me atirarem para o chão... (463)</p>
	PC-Sentá-lo na sanita eu desconfio que qualquer dia vai rebentar a sanita e o lavatório... -"Deixa o lavatório e a sanita... Senta..."(889) <p>PC-Mas não estive sentado na cadeira que a semana passada vieram duas novas que o sentaram no banco e quase o deixaram cair para trás. Assim uma segura nele de pé e a outra lava com o chuveiro... (915)</p> <p>E-I-O que eu quero agora é que se lembre como virava normalmente...</p> <p>P-Mas antigamente não tinha dores e agora tenho... (931)</p>			
	E4 <p>P-Mais para aí, não vai...</p> <p>E-I-E porquê não vai?</p> <p>P-Porque estou quase a cair abaixo da cama... (947)</p> <p>E-I-Está com medo de fazer força?</p> <p>P-Ah, para aí estou de acordo... (957)</p> <p>E-I-E a andar? Também tem medo de fazer força?</p> <p>P-enho medo de cair... (959)</p>			

EMOÇÃO	Medo	P5	E1	E-I-O que lhe disseram na Medicina Física? P-Ora bem, isto, se os exercícios não forem bem feitos podem ser prejudiciais... Portanto às vezes tenho receio. (133)
			E2	P-procuro sempre comer pouco porque tenho medo de estragar o que comi, portanto contenho-me... (439) P-e depois fazem-me coisas que tenho medo que me façam mal... (445) P-Voltar ao hospital eu tenho horror [...] Antes estar sozinha que... Pronto... Senti-me lá muito mal... (779)
			E3	P-Depois, também, deito-me muito mais apreensiva, à noite... E-I-Tem medo de ir dormir? P-Issso tenho... (821)
			E4	P-Mas vamos lá ver... Eu tenho muito medo dos Domingos... E-I-Porquê tem medo? P-Tem mais movimento... (1050) E-I-Tem medo de ficar cansada? P-É, eles já vieram... O B também já veio uma vez para me levar a passear, mas eu disse-lhe que não estava um bom dia... (1060)
			E5	P-Esta semana teve altos e baixos... Fui fazer o exame, a TAC, e sei que teve alterações, portanto estou com medo do que vem aí, não é. (1228) E-I-Mas o que é que lhe disseram? P-Muito por alto... O B disse que não sei quê – “Está melhor daquilo” – mas que deu algumas alterações na TAC. Não sei o que se passa e tenho muito medo... (1230) P- (Ri-se...) Olhe, nem sei... O que eu tenho hoje em dia é medo... Estou, digamos que as pessoas nem gostam que eu esteja nesta altura aqui metida porque são amigos, e eu estou em baixo... E eles pediram-me já para vir ver-me.(1416)
	Desespero	P4	E1	PC-Ele estava a comer muito bem no hospital, Sr. enfermeiro, mas depois que o médico lhe deu a alta para ele vir para casa ele murchou... Porque contava vir já prontinho, com o problema dele da coluna já resolvido... Quando soube, deixou de comer, passamos a ter que lhe meter a comida na boca... (128) P-Fiquei com falta de apetite desde que disseram que eu tinha que vir para casa... C- Começou a cismar naquilo, só por lhe darem a alta sem lhe fazerem o que tinham a fazer... Começou a pensar naquilo e pronto... Veio para casa, é um problema...(502) PC-Depois que lhe disseram aquilo (vai ter alta para casa e fica a aguardar a cirurgia em casa), pronto... Começou-lhe a meter na cabeça, acabou... (564) P-Tenho fé... Mas não é toda (diz emocionado) ... Eu... Desculpe Sr. Enfermeiro (começa a chorar)... Nunca mais saio daqui...(567) E-I-Portque diz que nunca mais sai daqui? P-Portque não vejo melhoras... (570) E-I-Sr. M, está a ver um carro que está muito tempo sem trabalhar? A bateria vai abaixo, custa a pegar, e o que eu preciso é que o Sr. comece a ligar o carro novamente... P-Eu desconfio que esse carro não vai andar mais... (588)
			E2	PC-Teve a notícia que vinha embora... Caiu-lhe aquilo de uma maneira... Veio para casa tem sido um problema para ele comer... Ficou ali com aquela coisa na cabeça, prontos... – “Porque é que eles não fizeram logo o que tinha de fazer?” (esposa a citar o marido)– “Porque ainda não estavas em condições...” E-I-Sr. M... Porque é que isso o marcou tanto? P- Não sei! (disse-o de uma forma convicta e decidida) Só sei que... Eles mandaram-me assim embora o que quer dizer que eu praticamente estava arrumado... (610) E-I-E acha que eles desistiram de si? P-Não... Isso não... Mas teve uma ocasião em que eu pensei isso... (623) P-Foi assim (diz emocionado) ... Eu até me alimentava bem... Comia o conduto, comia a sopa, só a fruta é que não comia... Quando levei aquela machadada eu... (649) P-Na altura não foi assim que eu pensei... E-I-E é assim que tem estado ao longo destas duas semanas... Mergulhado em pensamentos de que já não vale a pena lutar... P-É aquilo que tem estado metido dentro da minha cabeça... Era isso... (682)
			E4	P-A primeira etapa queria cumprir... As outras duas não porque comecei a piorar... E-I-O que quer dizer com o começou a piorar? P-Estou mais doente. Ainda ontem disse ao médico que estava... Ele disse –“Então Sr. M, está melhor?” – “Não “souto” estou mas é pior...”(832) E-I-Ainda não está a enfrentar aquele Sr. M que desistiu à 3 semanas atrás... P-Pois não estou... (944) P-Tenho pensado que nunca mais me curo... Decerto nunca mais me curo... Acho que está muito demorado... (1018)
			E1	P-Portque não morri logo... Já estava tudo despachado... (110) P-Mas claro, os problemas estão cá e eu tenho uma dor muito grande... E desespero de vez em quando E-I-O que quer dizer com desesperar? O que pensa nessas alturas? P-É isso, quer dizer... O que perdi... (949)
			E4	P-Mas aquela sensação da perda de tudo isto é que é horrível, não é... (955) P-Pronto, e é estas sensações de perda, quer dizer... E eu penso assim, ganhar? (959) P-Também penso muitas vezes... Olha, ao menos se tenho de ir, ao menos leva-me... Escuso de estar aqui a sofrer e a fazer sofrer... Mas que é um problema grande, isso é... (1037) P-Apesar de tudo, isto é terrível... Lá vou andando, não é.(1246)
E5	P-E procuro afastar os pensamentos, que agora a minha preocupação é esta... (1315) P-Agora claro, não sei se irei aguentar... (1321)			

EMOÇÃO	Falta de Esperança	P1	E2	P-Agora está tudo nas mãos da minha filha... Eles é que sabem o que querem fazer com o apartamento... Eu assino tudo o que for necessário. Eu não posso manter o apartamento... Se eles quiserem vender são eles que decidem. – Sente que perdeu o controlo da situação. (214)
			E3	P-Quando voltar a recuperar as forças então terei o lugar à minha espera... Mas eu não sei se vou poder voltar... (286)
			E4	P-Tenho pensado muito em ir para um lar para não chatear a minha família... E assim ninguém se preocupa comigo e a minha esposa também não tem que fazer este trabalho todo. (385) P-Custa imenso levantar todos os dias de manhã... Estar na cama e não apetecer levantar... Eu hoje só me levantei porque sabia que o Sr. vinha cá... (412) P-às vezes estou na cama a sonhar que consigo andar, consigo fazer tudo e depois acordo e... Vejo que nada do que sonhei é realidade e tenho que pegar na perna para começar a andar. Será que vale a pena? - Diz isto demonstrando grande frustração (414)
		P2	E1	E-I-Olhe, como tem sido o seu regresso a casa depois de tudo que lhe aconteceu? P-Estou para aqui deitado, não é!? A doença apareceu... Não há nada a fazer... Temos que aguentar... (71) P-Antes andava pelo campo... Fazia a minha vida normal... Falava com os meus amigos... Agora estou na cama... E-I-E os seus amigos... Ainda não o vieram visitar? P-Eu gostava mas agora estou para aqui... (92) NC-Manteve-se durante toda a entrevista com um olhar fixo no entrevistador, esperando encontrar uma esperança que lhe faltava nesse momento... Sempre que lhe era proposto algum desafio dizia um pouco incrédulo... Vamos lá ver... Eu queria... Era bom, não era... (97)
			E2	PC-E de tradição que a filha mais velha fica com a casa e tem de cuidar dos pais... É isso que eu tenho de fazer agora... Não é pai? NC-O Sr. mantém um olhar triste mas conformado com a situação... (131) E-I-Se o Sr. não ajudar nós não podemos fazer nada. Pode ser? (Em decúbito dorsal a resposta foi positiva) P-Vamos lá ver... Eu gostava... (disse-o sem convicção) (157) E-I-Sr. S, como encara o futuro neste momento... P-A minha vida agora é isto... A doença é o pior... (193)
			E3	E-I- Se tem vontade vai aguentar até chegarmos ao WC... Pode ser? P-Vamos lá ver... (229) E-I- Acha que podia fazer isto todos os dias daqui para a frente... P-Vamos lá ver... (250)
				E5
			P4	E1
		E2		E-I-E mais... Onde está o Sr. M que lutou a vida toda e que enfrenta os problemas? P-Sim... Não sei... O médico nem sequer chama... (574)
		E3		P-o que é, falta o melhor... E-I-O andar e a força de vontade para enfrentar o problema? (791)

	Falta de Esperança	P5	E1	<p>E-IE já pensou em começar a retomar aos poucos estas coisas todas? P-Se puder, quem me dera... E-I- Porque acha que não vai poder? P- Não sei, se calhar nem quero estar a pensar... Parece-me tão difícil... E-I- Mas é o que vai começar a tentar nos próximos tempos? P- Pois (disse sem convicção) ... E-I- Estas são as suas próximas batalhas... Voltar gradualmente aquilo que era antes... P- Desde que a parte física eu consiga... E-I- A parte física e a parte psicológica têm sempre de olhar em frente... P- A parte psicológica ainda é pior... (193)</p>
			E3	<p>E-I- Não vale a pena lutar por isso? P- Pois... Por isso vale... Mas a vida é assim, com esta idade como é que eu vou... (702)</p> <p>P- Se eu pudesse ter o apoio que aqui tenho, dos hospitais públicos, eu lá estava muito bem... Porque lá o ar é puro, aqui é horrível... As janelas limpam-se e ficam logo todas sujas... Mas pronto, não vale a pena pensar no impossível... (801)</p> <p>P- Foi horrível, 3 dias que pareceram um mês... Depois, melhorei um bocadinho, embora mantenha os problemas dos edemas, que comeci agora a tomar medicamentos fortes e hoje de manhã já se notava aqui o Joelho (refere-se à diminuição do edema), mas tenho aqui este problema grande, não é... Fiquei pior... (888)</p> <p>P- Porque estou a lutar... Se calhar às vezes sem sentido, se calhar para nada... Os pulmões têm cá muito trabalho... (952)</p> <p>E-I- Neste momento o que acha que pode fazer para subir mais um degrau? P- Ora bem, eu já desci, não é... E-I- Desceu? P- Quer dizer, desci naqueles dias, não é... (1026)</p> <p>P- Eu creio que o maior problema é ir por aqui fora... Retomar as coisas boas... Essas coisas... (1036)</p>
EMOÇÃO	Angústia	P1	E1	<p>P- A minha mulher não quer que eu chore, mas o que é que eu hei-de fazer!? É a forma de me aliviar... Peço desculpa, mas eu não tenho vergonha de chorar... Quando estou muito tempo a pensar nisto, fico irritado, revoltado, sou uma pessoa revoltada... (130)</p>
			E3	<p>P- Esta semana foi má porque estive muito mal psicologicamente, em alguns dias. Só pensava nos problemas... (322)</p>
			E4	<p>P- Esta semana foi muito má... Tem-me passado muita coisa pela cabeça. Estou a pensar muito... Não sei se é do stress ou da depressão. (410)</p>
		P4	E1	<p>P- Eu ia a pé... A pé... Daqui a Matosinhos (mora na Sra. da Hora), todos os dias... Ia a pé para qualquer recado que fosse preciso para a mulher... Eu lá... Tudo, tudo... (repetia enquanto chorava)... (278)</p> <p>P- É isto que eu lhe estava a dizer... É vida... É a vida (diz isto a chorar com um ar de derrotado)... (341)</p>
			E2	<p>P- Uma vez entrou aqui um técnico para me levar a hemodálise, e quando fui disse ele assim – "Será que o Sr. M é um homem de fé?" – Mas isso não chega... Sou um homem de fé... Eu luto (começa a chorar)... (575)</p>
		P5	E1	<p>P- E agora que vimos algumas das suas dificuldades diga-me: Para si... O que mudou? E-I- Mudou tudo... Foi um drama o que me aconteceu... Há uns dias melhores que outros... Quero-me lembrar disto tudo e não sei onde... (138)</p> <p>P- Então quando tomei consciência foi no IPO, parecia-me uma câmara de terror... (145)</p> <p>P- Lembra-me que a minha mãe já dizia assim, era muito activa e dizia assim: Só peço a Deus que não me dê uma morte má... Peço que não fique dependente de ninguém... Também sentia a angústia, não é... (148)</p> <p>P- E dentro dessas preocupações, é isto que eu penso, se tenho de vir a sofrer mais por ter ficado viva naquela altura... (167)</p> <p>P- Porque isto é muito lento... Isto é muito lindo mas noto que ainda penso, não é, até penso demais... Portanto é horrível... (221)</p> <p>E-I- E os seus pensamentos concentram-se em quê? P- Essencialmente não sei se vou sofrer mais... Tenho muito medo, muito medo... Porque eu aguento mal o sofrimento... Estou ansiosa, sinto-me mal... Aguentei tudo, trabalhar... Mas sofrimentos assustam-me imenso... E é isso... (223)</p>
			E2	<p>E-I- Está preocupada com a sua saúde? P- Estou... Estou preocupada mais é com o sofrimento, é engraçado... Tenho muito medo de sofrer... Já sofri muito... (408)</p> <p>P- Pois... É que os meus problemas são a nível da noite... (504)</p>
			E3	<p>P- Esta semana sai à rua pela primeira vez para ir ao notário resolver uns assuntos... Quando tive que esperar pela presença do notário foi horrível... Estava calor, não é... Depois então é que cheguei lá, chorei, chorei, chorei... Então lá me levaram para uma sala e pronto... Lá fiz as coisas... (562)</p> <p>E-I- E o que é que vai aí dentro? P- O que vai aqui dentro é uma sensação de espanto... Mas como é que isto aconteceu, não é! Fiquei a saber que... Não me lembro de nada, não é... Que andei a abrir uma série de processos que às vezes coitados, nem sabiam onde pegar, mas pelos vistos houve até certos erros... Houve um médico que abriu e disse... "Pois é... Há aqui coisas que não foram bem...", eu devo ter andado por aí assim e quando era necessário atacar o tal vírus ou lá o que é... E fui apanhar estas coisas todas, pneumonias... (688)</p>
			E4	<p>P- E é assim esta vida... Muito custosa... (986)</p> <p>P- Porque fui a psiquiatria, depois, havia mais pessoas, não é... Não podem estar sempre a fazer para pôr-me primeira... E depois fui à medicina interna... Depois já estava, mesmo, muito afrita porque estava ali muita gente... Depois o meu filho também estava em consultas e tive que esperar... Depois estava desesperada e ele veio para me trazer... (902)</p> <p>P- agora anteontem e ontem já estive um bocadinho mais em baixo... (1236)</p>
			E5	<p>E-I- E medos? Quais são os seus medos? P- Eu tenho medo de muita coisa... Do sofrimento quem é que não tem? (1374)</p> <p>P- Claro que tenho... Mas nunca é a mesma coisa... Mas pronto... Das coisas que tenho e que me passam pela cabeça, sobretudo o que eu não queria era sofrer... Tenho horror ao sofrimento que nem sabe... E pronto, é assim como vou sentindo, como vou procurando... Seguir a vida... Levanto-me e ando um bocadinho, não muito senão fico cansada... (1453)</p>

EMOÇÃO	Cansaço	P4	E1	PC-Nos dias da hemodiálise ele sai por volta das 7 horas e regressa por volta da 13:30h. Vem sempre muito cansado... Metemo-lo na cama e adormece logo... Ainda ontem chegou e só quis dormir... (135) PC-Hoje não toma banho... Toma banho amanhã... Deixe-o descansar que ele precisa de descansar... (139) P-São 5 horas quase na mesma posição... Cansa muito... (149) NC-(O indivíduo deambulou até ao WC e regressou. No entanto, quando regressou ao leito referiu cansaço, com movimentos mais lentificados). (232)
			E2	Eu tomei esses comprimidos que tenho aí para a dor e com os comprimidos, "murrinhei" um bocadito, mas acordei na mesma cansado.
			E3	PC-Agora está cansado e eu também... Foi a noite toda em claro...(773) P-Esta noite não estive bem... Estou muito cansado... (811) E-I-Vai querer ir agora ao chuveiro para fazermos o que tínhamos combinado ou não se sente em condições? P-Não... Hoje, não... Preciso de descansar... Já tomei os comprimidos para as dores e preciso de dormir... (814)
		P5	E2	P-Como estou cansada, não posso dar-lhe neste momento a atenção que precisa... E-I-É esse o grande motivo porque ainda não tentou, o cansaço!? Sente-se muito cansada? P-Pois... É assim... (402) P-De maneira que assim canso-me mais, não é? E esta noite a casa estava super quente... Por isso é que eu estava mais cansada... (504) P-Portanto eu faço um período da noite, depois acordo, vou ao quarto de banho e fico cansada (569)
			E3	P-Ontem estive ali bastante tempo mas, não digo que me tivesse feito bem às pernas... Pelo contrário fiquei até cansada... (615) P-Há outras pessoas que querem falar mas eu tenho dito que não... E-I-Porque não? P-Ando numa altura muito cansada... (754) P-Não... Noto como eu estou diferente... Não sou capaz de pegar num livro e ler... E-I-Porque acha que isso acontece? P-Porque o cansaço é tanto, com esta coisa de me ter de mexer, que depois estou estafada e não... (759)
			E4	P-Mas quê, o meu filho já veio uma vez para me levar a passear, mas eu estava tão cansada... (957) E-I-Ler? Já começou? P-Ler ainda não... Ainda não porque quer dizer... Atravessei um período que, só de me levantar eu ficava sem poder respirar... De maneira que, depois as consultas e tudo... Portanto, só às vezes notícias do jornal ou assim... (976) P-Eu tenho pena de eles não virem mais mas às vezes cansam-me, não é... Põem-se aqui os três... Começam às vezes à bulha... (1045) P-Pois é aquilo que me faz mesmo durante o dia a ter que descansar... Diminui muito a minha força... Mesmo o sono, é um sono que quase não é bem. Estou mal posicionada... (1145)
	Ansiedade	P1	E1	P-Sem eles eu não consigo dormir... Estou sempre a pensar como vai ser daqui para a frente... (74) P-Era eu que sustentava a casa com o que ganhava na oficina". (79) P-Nós somos os dois sozinhos e eu não sei como vão ser as coisas... (125)
			E2	P-Estou há duas semanas nisto... Não sei o que esperar... (203) P-Perguntei se me ia mandar embora, fazer fisioterapia para uma clínica e ele disse que não... Eu não queria sair de lá... (448)
			E4	P-Estou tão habituado à fisioterapia que só de pensar que poderei vir a ficar sem ela algum dia já me custa pensar nisso... (475)
		P5	E1	P-Claro eu não sei o que está lá não é (incerteza relativamente ao prognóstico da doença), na minha doença eu não sei se a possibilidade real é maior ou menor... (41) P-com muita ansiedade, muita preocupação do que é que realmente terei, porque sou naturalmente ansiosa (57) P-Os meus maiores problemas para já, é saber se realmente foi só aquele conjunto de infeções e não sei quê, ou se, há algumas coisas piores... E-I-Um dos seus problemas é então saber o que se passou? P-Saber o que se passou não... Saber o que agora, realmente, ainda pode vir a acontecer... (162)
	E2		E-I-É esse o principal handicap neste momento? P-É o cansaço e é o que estará ainda mais não é... (406)	
	E5	P-E a luta continua, portanto... Porque é muita coisa, quer dizer, eu acho que apanhei tudo e mais alguma coisa não é, e tudo faz efeito e pronto, estamos neste estado... (1232) P-Estou na expectativa do que é que me irá acontecer. (1273)		
Angústia Espiritual	P5	E1	P-Lembro-me que a minha mãe já dizia assim, era muito activa e dizia assim: Só peço a Deus que não me dê uma morte má... Peço que não fique dependente de ninguém... Também sentia a angústia, não é... (148) E-I-A religião ajuda-a a ultrapassar este problema? P-A religião neste momento tenta ajudar, porque eu estou numa fase de revolta... E portanto as minhas ideias ficaram todas muito baralhadas... Eu via tudo como antigamente nos ensinavam, e então de repente eu vi que afinal não deve ser nada assim mas muito diferente, embora acredite na existência de um ser superior, num orientador desta vida que vai evoluindo devagarinho, de tal maneira conforme dizem os entendidos... (171) P-Mas essa relação com a religião é muito interessante... Foi uma mudança... Eu nem sei explicar... Pus em dúvida muitas coisas, não é... (184)	
		E2	P-Eu só peço a Deus que se tem de me levar, me leve sem sofrimento... Que eu não ficasse assim... Tenho muito medo de sofrer... (410)	
		E3	P-Eu espanto-me muito... Porque é que eu sobrevivi?! Uma coisa que a mim me espanta... É isso... E agora para quê?! Se é só para sofrer... (694)	
	E5	E1	P-A religião, naquele período foi horrível... Quer dizer, aquele encontro de amor, naquilo que fomos criados alguns e que agora começamos a ter ideias diferentes, não é, acho que toda a gente passa por isto. E-I-A religião ajudou-o a passar por isto?	
		E5	P-A religião, quer dizer, eu estava muito baralhada, muito, muito... Só de pensar que na altura o que nos ensinaram não era nada... O encontro, que acredito com um ser superior e isso tudo, mas é diferente daquilo que nós... A bíblia não o dizia inteiramente aquilo que vivemos e que eu gostava que fosse verdade. Que Deus pudesse conversar e ouvir, e eu estar com ele... (1355)	

EMOÇÃO	Sofrimento	P4	E2	<p>PC-Deus me livre... Como é que eu podia dormir... Anda, vira-me... Dá-me um jeitinho... E eu não posso... P-Eu só preciso que me deem um jeitinho... (402)</p> <p>E-I-Quando vai à hemodiálise fica muito cansado? PC-Uuuuih!! P-São 5 horas e meia, sempre naquela posição... Eu chego a um ponto, quase que peço para me tirarem dali... (547)</p>
			E3	<p>P-Pois... O andar principalmente... Estava habituado a ir a pé daqui a Matosinhos, todos os dias... Agora até para ir à casa de banho ou à minha sala, preciso de ajuda. Agora é a mulher que me faz os recados... (794)</p> <p>P-Estou mais doente. Ainda ontem disse ao médico que estava... Ele disse –“Então Sr. M, está melhor?” – “Não “soutor” estou mas é pior... (835)</p> <p>P-Ainda ontem no tratamento eu queixei-me e houve uma enfermeira que me deu, não é bem-u-ron, deu-me 2 comprimidos... E ficou um bocadito sem dores... Mas depois veio outra vez... Assim não dá... (842)</p> <p>PC-Cada vez é mais difícil... Eu faço toda a força e ponho-o de pé, mas ele começa a derrubar (dobra os joelhos)... E-I-Mas esse ir a baixo é devido à força ou à dor? P-É devido às duas coisas... PC-A gente basta só deitar a mão para o virar, que eu nem tenho força nenhuma, que ele começa logo - “Ai, ai, ai, ai... Ai que me dói...” – É um problema... P-São umas dores tremendas... (874)</p> <p>PC- Vem por ali fora –“Eu não posso mais... Eu não posso mais... Não me largues...” – E eu a ver os joelhos a dobrar... O meu filho é assim – “Zé! Joelhos direitos...”- Foi então que ficou de joelhos no meio do corredor... (893)</p> <p>E4</p>
Culpa	P4	E2	<p>P-É que eu nem dumo nem deixo dormir... (401)</p>	
		E3	<p>P-A minha esposa é doente e sofre muito com isso... (799)</p>	
		E4	<p>P-O que é não deixo dormir... Tenho que mudar de posição e sozinho não posso... (808)</p> <p>P-De resto nada mais... E preocupa-me a saúde da minha mulher... A saúde da minha mulher é afectada com isto... E eu tenho pena dela... De resto... (1021)</p>	
		E3	<p>P-Depois penso em mim, penso também nos outros... Na minha filha que também foi operada de repente... Quer dizer penso assim nisto tudo... (682)</p> <p>P-É um bocado complicado... Até o saber que estou a fazer uma injustiça medonha, isso me incomoda, não é. A minha filha então diz –“Oh mãe deixe lá, pronto...” Mas eu pronto... Até isso me incomoda... Tentei sempre pensar nos filhos e lutar pelos filhos e agora faz-me impressão entregar tanto dinheiro, não é... (706)</p> <p>P-E mesmo assim veio cá e era para ir tratar, para eu ir lá fazer a assinatura, que é para lá uma escritura na aldeia... E essas coisas todas... E eu só tenho agora pensado neles... (718)</p>	
		E4	<p>P-Só de ter o meu marido preso aqui em casa... (960)</p> <p>P-Agora claro, o meu marido está sofrendo com isto... Já tem mais idade que eu, tem o Parkinson... Claro que toda a tarde está preso não é... (970)</p> <p>P-E eu digo assim, com esta minha prisão em casa e esta dependência, com o afastamento dos netos, também ele perdeu... (974)</p> <p>P-Só me custa pelo meu marido, não é... Porque lhe limita, porque de resto não preciso... 1013</p>	
		P5	<p>E-I-Para quando esse passeio com os seus filhos? P-Ora bem, não sei... O meu filho coitado, vem para isso... (1046)</p> <p>E-I-Não acha que devia de dar uma hipótese à prescrição dela? P-Pois, porque já no dia 17 tenho outra vez consulta... Não sei como é que hei-de fazer... P-É o sacrifício deles, não é... E depois quando estou aqui a conversar com eles e tal, e vejo o sacrifício deles para essa coisa... E-I-Acha que eles têm de fazer sacrifícios para a levar a passear? P-Quer dizer... Não será, mas é sacrifício... Porque, pronto... (1062)</p> <p>P-Pois... Mas é porque antes se passou, não é... O J. vinha... Foi passar uns dias no mergulho, vinha estourado, completamente estourado... Eu disse –“O rapaz o que quer é descansar...” – O B vinha na mesma aqui, mas eu vejo aquilo e não quero... (1075)</p> <p>P-É... Tentar dar uma voltinha... Porque o P já vem para isso de Bragança e eu vou ter de ir com ele... (1081)</p> <p>P-Não ponho muito sal... Depois tiro um bocadinho para provar... Essas coisas, não é... Sabe, também não quero que eles andem... (1122)</p>	
E5	<p>P-Claro, até para ele é muito difícil porque parece que não mas aqui um dia inteiro, (1274)</p>			

EMOÇÃO	Solidão	P1	E1	P-São muitas horas que passo em frente à televisão... É lógico que estou melhor em casa, mas ao menos no hospital tinha sempre com quem falar e distraía-me... Aqui, sozinho, estou sempre a pensar nisso. Levanto-me de manhã, passo para a cadeira... a mulher traz-me para aqui... e passo o dia todo a ver televisão e a ouvir rádio (140)	
			E2	P-Agora no hospital, sempre falávamos com este e com aquele, havia entretida entre os doentes, as enfermeiras e as auxiliares ajudavam a passar o tempo... Aqui... É a solidão... Estamos com o nosso problema o tempo todo... (207)	
		P5	E1	P-E então aquela permanência lá... Eu que sou uma pessoa que sofre de claustrofobia... Que sempre vivi, pronto, no campo e essas coisas todas, que tem os jardins, portanto, ali presa imagine o que é... (145) P-Depois tenho saudades de tudo... Tenho gatos que são da minha filha... Enfim, aquela vida toda... Aqui é completamente diferente... (393)	
			E2	P-Não ser abandonada como os velhos nos hospitais... Onde vivi noites sozinha numa angústia enorme... De me sentir como numa câmara de tortura... Já ultrapassei muita coisa... Pelo menos já passei por tudo isto (415) P-Uma vez lá no hospital, deixaram-me lá o café e... Portanto eu não sabia como havia de comer nem como me havia de levantar... Depois vieram aqueles senhores que costumam lá andar e disseram que me iam mandar lá uma pessoa... (535)	
			E3	P-Os gatos que nos deixaram... A minha filha já mos quis trazer mas eu tive receio de os ter... (699) P-Pronto, essas coisas todas que me fazem lembrar a liberdade... (700) P-Acho que toda a gente me achou muito antipática, mas eu não conseguia... Antes estar sozinho que... Pronto... Senti-me lá muito mal... (778)	
			E4	P-A primavera aí e eu aqui fechada... Quando me lembro do que fazia... Era uma maravilha... Aquele sol... (956) P-E eu digo assim, com esta minha prisão em casa e esta dependência, com o afastamento dos netos (974)	
			P1	E2	P-Em termo físicos estou bem... Tenho força do lado esquerdo... Já consigo fazer coisas... Hoje já fiz a barba e lavei os dentes sentado na casa de banho... Acredito que vou melhorar! (156) NC-O que o faz caminhar para a autonomia – A esperança de que vai melhorar continuamente. P-O meu trabalho... Eu queria voltar a trabalhar... Esse é o meu objectivo... Eu vejo que com a fisioterapia eu vou conseguindo ficar melhor... Por cada tratamento que faço eu sinto que fico melhor... Por vezes não é objectivo mas, eu sinto que estou melhor, que faço mais qualquer coisa e veja, eu já mexo este dedo... Já consigo puxar o patim da cadeira, coisas que eu não conseguia à uns tempos atrás... (246) P-Já consigo fazer mais coisas mas, isso demora tempo, eu sei que vai demorar muito tempo! Não é de um dia para o outro. (251)
				E5	P-Mas o que eu quero mesmo é ir visitar a oficina... E acredito que vou poder guiar outra vez... A pé, não consigo... (495)
		Esperança	P1	E1	E-I-Está disposto a colaborar comigo no sentido de tentarmos fazer com que fique gradualmente mais independente? P-Vamos lá ver... Eu gostava... (Olha fixamente para o entrevistador com um sorriso e os olhos carregados de esperança). (67)
	E2			E-I-Hoje é o sr que se vai lavar sozinho... Eu só vou fazer o que não conseguir fazer... Pode ser? P-Era bom... (116)	
	P2		E1	E-I-A partir de hoje passa a vir à mesa comer e deixa de comer com a seringa, pode ser? P-Era bom... Eu queria... (189)	
			E3	E-I-vai deixar de fazer na fralda e vai passar a fazer na cadeira, todos os dias antes do banho, pode ser... P-Vamos lá ver... Eu gostava... (olha para o enfermeiro-investigador com um olhar de esperança). (254) E-I-E gostava de fazer as refeições todas na mesa e comer sozinho? P-Não seria pior... (305) E-I-Acabamos de enumerar uma data de progressos que já fez ao longo das duas últimas semanas... E isso é para continuar, desde que o sr tenha força de vontade para evoluir para mais... P-Eu queria... (misto de esperança e de falta de esperança) (321)	
			E4	E1	E-I-Nos próximos tempos vai tentar comer com a mão esquerda... Quando conseguir segurar melhor no garfo retira-lhe o cabo... P-Vou tentar... Vamos ver... (362)
				E2	E-I-A partir de agora é o sr que abotoa a roupa, pode ser? P-Eu queria... Vamos ver... (378) E-I-Sr S, nos próximos tempos vai tentar começar a virar-se sózinho na cama e a levantar-se acompanhado mas tentando colaborar cada vez mais... Pode ser? P-Eu gostava... Vamos ver... (389) P-Eu queria... Era bom não era (disse esta frase de uma forma algo incrédula mas ao mesmo tempo com um olhar de esperança no futuro)... Vamos lá ver... (414)
	P3		E2	P-Para a semana já devo mexer-me melhor e não precisar tanto do meu marido... (159)	
			E3	P-É ainda não estar livre das canadianas... Não é? No dia em que estiver... Se calhar vou estar melhor... (212)	
			E4	P-Agora começo a melhorar e as coisas estão a ir... Ainda não estão no normal, mas estão a ir ao sítio... Não estou aleijada... Não estou... Está tudo a correr bem... (310)	
	P4		E1	P-Eu agora vou lá dia 17... Estou à espera [...] Vamos a ver se eles me resolvem isto... (126)	
P-Agora o médico disse, aquele que anda sempre de barbas, diz que eu saio de lá a andar... Saio de lá a andar (frisa). Agora eu tenho que dar aqui um jeito (está a aguardar uma neurotomia dos nervos recorrentes posteriores) (269)					
P4	E2	P-Agora continuo à espera de ir à cirurgia... (430) P-Disseram, vá que depois tem que ser operado... E o meu médico disse – “Para quando vai fazer a cirurgia” – eu disse – “Marcado na consulta já está” – E ele lá telefonou para o colega a saber... E é isto... (437)			
		P-Eu estou à espera de ir ao ginásio, mas só depois de fazer a operação... Mais nada... (587) P-E eu depois começando a dormir em condições tenho outra disposição durante o dia... E vamos a ver... (670) P-Vamos a ver agora daqui para a frente... (685)			
	E4	P-Vamos a ver... Oxalá eu consiga fazer tudo isso... (688) P-Eu estou à espera a ver se me operam para regressar à minha vida... (851)			
		P-Para a próxima talvez eu já consiga fazer esse exercício... (1029)			

EMOÇÃO	Esperança	P5	E1	P-I-Sente então que neste momento já consegue fazer mais coisas do que o que fazia há alguns dias atrás... P-Sim... Sim... (53)
			E2	P-O Sr. (fisioterapeuta contratado) diz que até com um "apoiozinho" eu já conseguiria sozinha. (102) P-já começo a andar não totalmente desamparada mas um bocadinho... Portanto por aí, já poderei ir às gavetas, (270) P-Ora bem... Neste cadeirão talvez consiga, como tem este apoio (apoio de braço) talvez consiga... (343) P-Não andava nem tinha equilíbrio... Eu hoje de manhã consegui, andar uns largos espaços já, sem ser encostada à grade, com equilíbrio não é... Foi uma coisa assim... (540)
			E3	P-No entanto, pedi ao meu marido que me compre um livro... Afinal eu li bem! Li assim, na mesma rápido... (764)
			E5	P-I-Mas, de dia para dia temos assistido a um regresso da Dona R... P-Sim tenho recuperado. (1322)

FACTORES INTRÍNSECOS AO SUJEITO QUE INFLUENCIAM A TRANSIÇÃO – Atributos do Sujeito				
Sub-categorias	Participante	Expressões do discurso		
LOCUS DE CONTROLO	Locus de Controlo Interno	P1	E1	P-Sempre utilizei a mão direita para tudo... Agora tenho de aprender a fazer com a esquerda para fazer as coisas sozinho. (62) NC-(...) reprime qualquer um que o tente ajudar sem que ele tenha solicitado essa ajuda. (63) (locus controlo) P-Quero manter o meu dia-a-dia o mais normal possível... Levanto-me com a ajuda da mulher, vou comer à mesa... não quero tabuleiros para aqui ou para ali... (118)
			E2	P-Na cama eu viro-me – Disse-o convictamente como que a dizer, nem podia ser de outra forma... (180) P-Utilizo o urinol quando estou na cama, mas de resto faço questão de ir ao wc... Não há cá urinóis... A minha esposa ajuda-me a ir até lá e eu depois seguro-me e faço... (192) P-Eu agora sou como uma criança... Tratam-me como uma criança... Para tudo querem ser eles a fazer, a substituir-me, não posso fazer nada sozinho. (222) P-Eu tenho que fazer outras coisas... Se não conseguir voltar a ser mecânico que, acredito que não vá conseguir, porque é uma profissão pesada, ao menos, se eu conseguir andar e mexer esta mão, eu poderei fazer outra coisa e ganhar dinheiro de outra forma para poder sustentar esta família. Assim não pode ser.
		E3	NC-Por insistência dele a entrevista é realizada na varanda. Ao passar para lá, perdeu por momentos o equilíbrio. O investigador ao tentar ampara-lo foi reprimido - "Deixe estar Sr. Enfermeiro... Não me ajude... Eu tenho de fazer isto sozinho... (270)	
			P-Às vezes até digo – Oh mulher, deixa-me!!! Não me chateies... Nós dormimos em quartos separados e durante a noite ela levanta-se para me ir aconchegar a roupa... Já viu! Numa carcaça como eu, aconchegar a roupa!! (337) P-Oh mulher deixa-me e não me interrompas mais... Quando estás a falar com a enfermeira eu também não te interrompo. (365) P-Oh enfermeira chefe trás-me um copo com água! (367)	
		E4	P-Esta semana foi muito má. Tenho pensado muito... Só me apetece... Hum... Não é matar-me pois não sou pessoa que acredite nisso...Tenho pensado muito em ir para um lar para não chatear a minha família... e assim ninguém se preocupa comigo e a minha esposa também não tem que fazer este trabalho todo. Só dou trabalho (385)	
	E5	P-Agora que já tem força no pé tem outro objectivo – "Já fui à garagem pôr o carro a trabalhar... Quando tiver coragem vou ver se ainda consigo guiar... O meu genro vai tratar da bateria e eu vou experimentar... (492)		
	Locus de Controlo Externo	P1	E1	E-I-Olhe, como tem sido o seu regresso a casa depois de tudo que lhe aconteceu? P-Estou para aqui deitado, não é? A doença apareceu... Não há nada a fazer... Temos que aguentar... (71) PC-Sr. Enfermeiro... Ele agora está com uma ideia na cabeça... Diz que quer ir para um Lar... Que lá é que vão tratar bem dele... Acha que ele iria ser melhor tratado num lar? E-I-Porque acha isso sr S? P-Eu não acho nada... Na maré estou bem assim... (100)
			E3	E-I-Está pronto para tomar banho na casa de banho? P-Vamos a ver... O sr é que sabe... (213) NC-Encheu-se o lavatório com água e pediu-se a opinião do indivíduo E-I-Veja se a água está boa ou se quer outra temperatura... P-Como o sr quiser... (241) P- O problema é a doença... Isto apareceu agora não há nada a fazer... Temos que viver com o que nos aparece... Pelo menos vou indo... (313)
		P2	E4	E-I-Vai experimentar fazer isto? P-Tem que falar com elas... Elas é que me levantam... (386) E-I-E relativamente à fralda... Já vai à casa de banho quando tem vontade? Aproveita o momento do banho? P-Já tenho lá ido... Se me levantam para a cadeira eu vou lá... Não faço na fralda... (392) E-I-O banho... Tem ido ao chuveiro? P-É conforme a maré... Uns dias elas lavam-me na cama, outras vezes vou lá... Elas é que sabem. (409)
			E5	E-I-Porque não começar a pedir o urinol? P-Vamos lá ver... Vamos lá ver... Não sei se farei melhor consigo a orientar... Mas vamos lá ver... (545) E-I-E a medicação que faz, quando toma? P-Tomo à noite e de manhã... Mas ela (filha) é que sabe... (560) P-Agora isto tudo foi o pior... Foi tudo mal... Foi o pior que me apareceu, como é óbvio... O que se hade fazer... Tem que se aguentar o que aparece... A vida é assim... (604) P-Afinal apareceu-me isto, o que é que eu hei-de fazer... Se não me aparecesse andava bem, apareceu... Tem de se gramar... Como toda a gente, quando aparece, tem de se gramar e aguentar. (622)

AUTO-EFICÁCIA	P1	E2	P-Esta semana fui até à varanda sozinho, andei a passear na varanda agarrado ao corrimão (225) P-Quando cheguei a casa não conseguia levantar-me... Agora já me levanto... (159) Já consigo puxar o patim da cadeira, coisas que eu não conseguia à uns tempos atrás... (249)
		E4	P-Esta semana já arranjei umas persianas... Já levanto o braço até à cabeça, o que não fazia antes... (454) P-Já tiro a roupa com maior ou menor dificuldade, principalmente na pema afectada... Vou vestindo o pijama... Com maior ou menor dificuldade, mais ou menos tempo [...] Até à pouco tempo atrás não conseguia tirar o relógio... agora já consigo, com alguma dificuldade, mas consigo... (458) P-já consigo agarrar-me com a mão afectada... (463)
		E5	P-Já consigo comer com a mão direita... Já consigo segurar no garfo... (488) P-Eu já consigo andar, embora ainda me canse muito. (498)
	P3	E3	P-vou ao quarto de banho, faço tudo, a higiene sozinha... Já não preciso de ajuda para entrar e sair do polivan. (177) P-Para entrar no duche precisava de ajuda agora não, só preciso das canadianas... (180) P-Eu já me deito e já me levanto, coisa que a semana passada não conseguia... (204)
		E4	P-Eu já consigo fazer, as coisas, sozinha (296) P-Ainda estou com as canadianas mas agora já me mexo sem limitações e consigo fazer tudo, embora que mais devagar... (299)
	P5	E2	P-Ora bem... Noto a melhoria no andar, noto a melhoria que eu não me equilibrava... (329) Abotoar consigo às vezes muito bem... (348) P-Faço sozinha porque encosto a barriga à mesa, coloco uma bacia e faço sozinha... (449) P-Não andava nem tinha equilíbrio... Eu hoje de manhã consegui, andar uns largos espaços já, sem ser encostada à grade, com equilíbrio não é... Foi uma coisa assim... (540)
		E3	P-Já utilizo a sanita... Vou sento-me... Já me limpo eu... (578)
		E4	P-Instalei-me aqui, pus as pernas e já me instalei sozinha... (965) P-Pois... Hoje já me instalei aqui (sofá) sozinha... (966)
		E5	P-Mas já me consegui baixar e apanhar uma coisa do chão (1152) P-Já vou para a cama, desde que esteja baixa e componho-me (1387) P-eu já vou ao bidé e essas coisas todas, no banho já estou praticamente independente... (1409)
EXPERIÊNCIA ANTERIOR DE DOENÇA	P2	E4	E-I-E o urinol? tem usado? P-Não... Tenho feito na fralda... E-I-Mas não estaria melhor se fizesse no urinol? P-Acho que estou bem assim na maré... Na maré acho que não... Ainda não me consigo mexer bem... A fralda é mais confortável... E-I-Mas não consegue aguentar a urina até que chegue o urinol... P-Acho que não... Com a fralda eu posso estar à vontade... Eu já antes tinha problemas... Já tinha sido operado e por vezes não aguentava bem as urinas... (398)
		E5	E-I-Acha que não conseguia manter um esquema durante o dia e tentar fazer para o urinol de 2/2 horas... Mesmo que não tivesse vontade... Se calhar assim já não tinha perdas... P-Na maré estou bem assim... Quando me mexer melhor depois eu farei isso... (406)
	P3	E1	E-I-E a urinar... Faz na fralda ou já usa o urinol? P-Faço na fralda... E-I-Sempre? Nunca vai à casa de banho? P-Não, tenho ainda muita dificuldade... Tenho dificuldade em urinar... E urino e às vezes depois fico assim com uns puchos e um "ardiume"... Já antes tinha problemas... (519) P-Mas eu sofro um pouco dos ossos... Os joelhos já me doíam e agora faltam-lhes força, o que não ajuda nada para eu poder andar novamente. Talvez um pouco por aí eu possa ter dores, mas isto já estou habituada... E-I-E o que tem feito para essa dor? P-Tenho uma pomada que aplico nos joelhos... Já aplicava anteriormente e continuo a aplicar... E-I-E quem lhe receitou essa pomada? P-Foi o médico de família e já faço há alguns anos... E-I-Não acha que agora a situação mudou e que devia ser reavaliada? P-Isto já é antigo... Já estou habituada... (88)

FACTORES INTRINSECOS AO SUJEITO QUE INFLUENCIAM A TRANSIÇÃO – Conhecimento sobre a Saúde				
Sub-categorias	Participante		Expressões do discurso	
CONHECIMENTO SOBRE A SAÚDE	Estou informado	P5	E3	P-Pois... Para isso já sei... Levanto as pernas aqui (sofá), para isso tenho esta almofadinha... Tenho também outra no quarto que é para o inchaço desaparecer... No cadeirão também levanto... (603) E-I-E costuma a pôr as pernas muito tempo ao alto? P-Ora bem... Não ponho muito... Estendo-as na cama, não é... (606) P-Não... Nunca ponho as pernas elevadas... O mais que ponho é ao nível do restante corpo... Ela também disse que não... (622)
	Má interpretação	P1	E2	P-É bom estar em casa... No hospital existem muitos vírus... Uma pessoa entra lá sem ser tuberculoso e sai de lá tuberculoso... (207)
			E3	P-Quando falo muito fico cansado e fico sem conseguir falar... O fisioterapeuta disse-me que se eu falar muito posso ficar sem fala e eu, tenho medo! Às vezes eu sinto isso... Sinto uma coisa na garganta e tenho dificuldades para falar. (348)
			E4	P-E o fisioterapeuta também me disse que posso atrasar a minha situação se cair. (400)
	Procedimentos técnicos	P1	E3	NC-O dinamap ontem registou valores de 111/107mmhg (provavelmente erro do aparelho) tendo o Sr. F. ficado em pânico (295)
		P5	E3	E-I-Não sei se prefere atrás da cabeça ou prender nas orelhas e debaixo do queixo? P-Debaixo do queixo... E a posição? Isto é para baixo ou para cima (patilha da base da cânula)? (868)
	Implicações da doença	P1	E2	NC-Apresentava (Síndrome ombro-mão) edema no membro superior direito com predomínio da mão onde tinha alguma dificuldade em articular os dedos. Estava preocupado com a situação procurando algum conforto do investigador (182) P-Nunca que eu trinquei tanto a língua como agora, mas eu consigo comer com o lado esquerdo, o lado direito é que não mastiga muito bem. (194)
			E3	NC-Refere que se cansa muito quando deambula por curtas distâncias ou quando fala durante algum tempo. Teve a visita de familiares em casa e necessitou de parar de falar pois já não estava a conseguir dizer nada nem fazer nada. (310) NC-Refere também que, por vezes, fica com dificuldades em respirar quando se cansa. - Às vezes, quando estou muito cansado, falta-me o ar e sinto uma dor no peito (317)
		P3	E3	E-I-E dúvidas sobre o que lhe aconteceu e o que lhe está a acontecer? Durante este tempo precisou de alguém que as pudesse tirar ou aconselhar sobre os seus problemas? P-Quer dizer... A perna às vezes está assim um bocadito presa e eu não sei se é normal. Sei lá. Acho que será. P-Quer dizer... Acho-a assim um bocadinho presa... Quero mexê-la e ela prende... E sinto uns formigueiros... PC-Às vezes ela quer fazer algo que já fez antes e não consegue por que diz que a perna prende (marido). P-Não sei... Também deve ser uma coisa normal
	P5	E3	P-Ora bem, a médica lá mandou-me por betadine na perna... O meu filho (médico) ontem disse que não era da opinião de por betadine porque tinha não sei o quê... Fico tão baralhada... É que eu uso muito betadine... E ele disse – “Bem... Eu sou da opinião que não se deve pôr betadine, porque o betadine tem outras não sei o quê...” (585) P-Ela disse para por betadine só depois do banho e para não por creme, senão a pele fica mais macia e estas senhoras aqui também disseram que não costumam por betadine... (595)	

POTENCIAL DAS TERAPÉUTICAS DE ENFERMAGEM			
Sub-categorias	Participante	Expressões do discurso	
INFORMAR	Desmistificar Crenças Erróneas	P1 E2 NC-Foi esclarecido de que dormir sobre o lado afectado não é prejudicial desde que faça um correcto posicionamento do corpo, essencialmente ao nível do ombro. (187)	
		P1 E3 NC-Foi esclarecido relativamente à falsa crença de que poderia ficar sem voz, sendo alertado novamente para o conceito de preservação da energia. (350)	
		P1 E4 NC-Foi esclarecido quanto às potenciais implicações de uma queda e à necessidade de ser ponderado sem colocar em causa o trajecto da reabilitação. (401)	
	P3 E3 E-I-Mas sabe que é para isso que existem os analgésicos... Estar com dor, não conseguir andar apenas vai atrasar a sua recuperação... É nestas situações que os analgésicos devem ser tomados e são eficazes...		
	Controlar Processos Corporais	P1	E1 NC-Foi instruído a executar exercícios de flexão da anca (com ajuda) sempre que apresente alterações do tónus muscular ao nível do membro inferior. (38)
			E2 NC-Foi instruído a manter o braço elevado sobre a mesa ou sobre almofadas, a evitar usar roupas apertadas e a fazer exercícios de flexão palmar. (185)
		P2	E1 NC-Está a fazer tratamento das mesmas com um elixir aconselhado por uma enfermeira... A filha foi aconselhada, pelo investigador, a executar a higiene oral, ao indivíduo, após todas as refeições e a aplicar um creme hidratante nos lábios. (37)
			E4 E-I-Vai começar a levantar-se mais devagar... Antes de se sentar deixa-se ficar algum tempo com a cabeça elevada. Depois de se sentar fica nessa posição alguns minutos e só depois se vai por a pé... Vai experimentar fazer isto? (385)
			E5 E-I-Acha que não conseguia manter um esquema durante o dia e tentar fazer para o urinol de 2/2 horas... Mesmo que não tivesse vontade... Se calhar assim já não tinha perdas... P-Na maré estou bem assim... Quando me mexer melhor depois eu farei isso... (406) P-A levantar quero ajuda... Também me dá outras na cabeça... Tenho de estar com a cabeça alta... Parar um bocadinho para não me dar as outras. (484)
		P3	E1 P-As enfermeiras ensinaram-me a andar e a ter cuidado com a perna...
			E3 P-Sei o que não devo fazer com a perna... E tenho cuidado comigo... E-I-Depois de uma operação é esperado que toda a zona envolvente fique menos sensível e que à medida que os tecidos vão cicatrizando surjam esses formigueiros e por vezes prurido intenso.
		P4	E1 P-(...) hemodiálise cansa muito uma pessoa... É natural que ele venha de lá muito cansado... (147) E-I-Já têm então todas as indicações relativamente à dieta que tem de fazer... É muito importante cumprir isso à risca. Quanto mais controlada for a dieta, menos horas de hemodiálise terá de fazer no hospital... Como os seus rins não estão a funcionar, que são como os filtros do nosso corpo, quanto mais fugir ao regime, mais produtos vai acumular no corpo e mais horas vai ter que ficar a filtrar esses produtos do sangue, na hemodiálise... É por isso que o pesam quando lá chega... Para saber se tem muitos quilos a mais ou não. (164)
			P5
		E2 E-I-E sempre sem se cansar... Quando começar a ficar cansada, pára. Mas o fundamental é a sua força de vontade, o querer fazer mais... (459)	
		E3 E-I-Este rubor aqui é da perna estar inchada, logo quando os líquidos que estão aqui depositados forem removidos isso vai passar... (591) E-I-Quando as pernas forem ao sítio vai ver que o rubor vai desaparecer por ele... (602) E-I-O problema é que quando levanta as pernas durante muito tempo faz com que os líquidos se desloquem cá para cima e por isso fica mais cansada, porque o seu coração tem que trabalhar mais... P-Pois... Foi então por isso que a médica disse que pelo menos não fosse muito tempo seguido... (617) E-I-Porto isso é que quando estiver mais cansada e com falta de ar, não deve deitar-se com as pernas elevadas... (620)	
		E4 E-I-(...) por isso tem que ter atenção essencialmente quando deambula e quando muda de posição, para não ter algumas tonturas [...] Portanto, quando se levanta, se sentir tonturas, deve sentar-se novamente... Erga-se sempre lentamente, com cuidado e não tente forçar o andar se não se sentir bem... (652) E-I-E deve mexer... Mesmo estando quieta, mesmo sentada deve mexer as pernas... (672)	
		E5 E-I-(...) durante a noite refere que lhe falta o ar, não seria má ideia experimentar um pouco de oxigénio... (838) E-I-Mas neste momento, como a Sra. Já se mobiliza bem não necessita de o manter obrigatoriamente na cama. Se acha que não se está a dar bem com ele, experimente tira-lo e durma no de baixo... Este colchão é óptimo para pessoas que estão acamadas... no seu caso ele não é necessário... (849) E-I-Deve ter em atenção para nunca pôr nada quente em cima desta perna... (1156)	
		E4	E4 P- Sabe que eu tinha os intestinos que tudo fazia funcionar e quando estava bem não os podia comer... E portanto, eu gosto de comer kiwi bem maduro, mas eu evitava comê-los... E-I-Eu estou a dizer agora, nos períodos em que se sentir mais presa do intestino em vez de tomar um Kreon, pode comer kiwi. Geralmente funciona muito bem e naturalmente com uma fruta acaba por resultar... (1183)
			E5 E-I-Agora neste momento um creme hidratante já não era má ideia, porque os edemas desapareceram e ficou com a pele toda seca... (1238) E-I-A sua pele neste momento não está tão hidratada e é possível que sinta essa irritação e esse prurido [...] Experimente aplicar creme para tentar dar solução a esse problema. (1311) E-I-Tirando a falta de energia que é própria nas pessoas que passaram pelos problemas que passou e ainda está a passar, e do qual está a recuperar gradualmente, (1450) E-I-Se mantém a falta de apetite é preferível comer várias vezes ao dia e pouco de cada vez do que tentar comer muito de uma vez só... Se lhe puserem um prato cheio de comida na frente só vão contribuir para lhe diminuir o apetite... (1474)

INFORMAR	Instruir o indivíduo a ser autónomo	P1	E3	NC-Efectuou-se um esquema de exercícios para recuperação da autonomia para ser realizado essencialmente ao fim-de-semana, altura em que não tinha fisioterapia. (315)	
			E4	NC-Foi improvisado um cabo para o garfo, com uma ligadura, para que o indivíduo iniciasse a alimentação com a mão afectada. (452)	
		P2	E2	E-I-Com este braço (direito) vai lavar a cara e o tronco. NC-Lentamente o Sr. Começou por passar a esponja na cara, no pescoço e no tórax, (119) NC-Dando indicações e guiando o braço dele foi possível que ele concluisse a tarefa. (125) E-I-O Sr. Consegue fazer força na perna que está boa. Agora quando passarmos para o cadeirão o Sr. Vai fazer força nessa perna para me ajudar. (157) E-I-o braço doente nunca pode ficar debaixo da mesa... É o braço bom que o tem que puxar e pôr em cima da mesa... NC-De imediato ele pegou no braço esquerdo e com alguma dificuldade posicionou-o em cima da mesa. (177)	
				E3	E-I-Agora com as esponjas vai-se lavar sozinho até onde conseguir... NC-Lavou a cara, o tórax, o braço parético, a região abdominal, supra-pública e as coxas. (248) NC-Enquanto o investigador vestia o indivíduo pediu a sua colaboração para apertar o casaco. Ele rapidamente deu início à tarefa tendo, no entanto, alguma dificuldade para segurar no casaco com a mão parética... Ao longo de todo o tempo, observou-se a preocupação dele em manter o braço parético sempre apoiado. (271) NC-Improvizou-se com jomais um cabo para o garfo devolvendo-lhe o talher de seguida. E-I-Nos próximos tempos vai tentar comer com a mão esquerda... Quando conseguir segurar melhor no garfo retira-lhe o cabo... P-Vou tentar... Vamos ver... (361)
					E1
		P3	E2	E-I-Deixe estar que eu ajudo... Sr. M vamos então virar... Vai fazer tudo o que conseguir fazer... Primeiro roda as pernas com o corpo (esforça-se por flexir as pernas mas rapidamente desiste). As pernas vão rodar... É só para rodar... Esta perna tem que fazer força... (922)	
			E4		
		P4	E4		
		Instruir o Prestador de Cuidados a Promover a Autonomia	P1	E1	NC-A esposa foi aconselhada a manter todo o apoio ao marido devendo no entanto incidir mais na promoção do autocuidado, evitando fazer por ele tudo aquilo que ele possa fazer sozinho. (101)
				E2	NC-As filhas continuam a substituir o indivíduo em tudo. Foram alertadas para a necessidade de promoverem o autocuidado no indivíduo e não promoverem a dependência. E-I-Mas olhe que ele é muito preguiçoso... (111)
	NC-Foi explicado à filha que nesta fase teria de se investir mais tempo para que gradualmente ele conseguisse fazer as coisas sozinho (127)				
	P2		E3	NC-Informou-se a filha acerca das diversas alterações que era necessário fazer para adaptar o WC de forma a facilitar o banho de chuveiro na cadeira sanitária. (257)	
			E1	E-I-Vamos experimentar agora alguns movimentos... Foi instruído (com a esposa) a levantar fazendo rotação em bloco com o corpo, deixando as pernas pendentes para ajudar a elevar o tronco. (202) E-I-Vamos levantar agora... Tem de concentrar a força toda nas suas pernas... (O participante ergueu-se sozinho tendo apenas as pontas dos dedos do investigador a servir de apoio para as mãos... (208) P- Consigo... Andar assim... (move-se arrastando os pés lentamente através do corredor) E-I-Com este apoio aqui (mãos do enfermeiro-investigador a segurar as mãos do participante, na sua frente), consegue andar? P-Consigo... Assim consigo ir até à casa de banho... E-I-Portanto, tendo este apoio aqui na frente consegue andar até ao wc... P-Consigo... Eu assim consigo... PC-E... Tu assim parece que andas melhor... (218)	
				E1	E-I-O apoio deve ser dado aqui à frente... É à frente que ele precisa de se sentir seguro para poder andar... É aqui que tem que lhe segurar nas mãos (entrevistador dá instruções à esposa) [...] Só precisa de ter um apoio de mãos na sua frente para poder andar...Vamos experimentar com a sua esposa... O investigador trocou com a esposa que conduziu o indivíduo ao WC... P-É... Assim é mais fácil... Assim, até ver consigo... PC- A mim até nem me custa tanto... E-I-Assim é melhor para os dois [...] Assim o Sr. Só tem de concentrar a força nas pernas, enquanto a Sra. Segura-lhe nas mãos para dar o apoio que ele precisa. (231) E-I-Vamos então ao deitar. A melhor forma é sentar-se na cama com as pernas sempre a sustentar o corpo. De seguida inclina o tronco para a cama, levanta as pernas e roda para o centro da cama. Esta é a melhor forma para se deitar sem grande esforço. P- Assim dói menos a deitar... (256) E-I-Deixe-o falar dona C... Por vezes ajuda poder desabafar... (277)
	E2	E-I-Ainda que demore mais tempo é fundamental que seja ele a fazer as coisas, dona C. (463)			
Ajuda Instrumental	P1	E3	NC-Foi instruído sobre a correcta utilização do dinamap e sobre a possível ocorrência de valores falsos. (301)		
		E1	PC-Temos estas almofadas (muitas almofadas) para o posicionar como nos ensinaram lá (hospital) (22)		
	P2	E1	NC-Na sala tinham uma cama articulada e um cadeirão. Disponham também de todo um conjunto de material para banho e para prestação de cuidados de higiene, na cama, tal como tinham sido aconselhados no hospital, pelos enfermeiros. (48)		
		E2	E-I-Não têm uma aparadeira ou uma cadeira sanitária? PC-Não sabia que era preciso mas se é, eu consigo arranjar uma cadeira dessas que era do sogro da minha irmã... Para a próxima vez já terei cá. E se for preciso mais coisas compram-se... (144)		
	E3	A filha já tinha adquirido um urinol e uma cadeira de banho. (209)			
P5	E3	E-I-Estes aparelhos conseguem produzir concentrações de oxigénio próximas dos 90%, o que é mais do que aquele que realmente precisa nas situações de maior dificuldade... (832)			
	E5	E-I- Esta patilha apoia na face para direccionar correctamente as cânulas para o interior das narinas... (870) E-I-Cada Centro de Saúde tem um conjunto de serviços disponíveis para as pessoas que necessitam de apoio em casa, como no seu caso (1510)			

GERIR	Orientar o Regime Terapêutico	P1	E1	NC-Foi instruído a fazer uma dieta rica em fibras e a ingerir cerca de 2 litros de água por dia. (52) NC-Reviu-se toda a medicação que o indivíduo estava a tomar, esclarecendo-se dúvidas e dando-se conselhos sobre o momento de administração dos fármacos. (72)
			E3	NC-O investigador trouxe alguns documentos escritos para ajudar no planeamento das refeições. No início ficou com a esposa a ouvir falar sobre a alimentação e fez muitas perguntas no sentido de conhecer o que fazia bem ou mal, ao problema dele (264)
			E5	NC-A esposa interrompe frequentemente para perguntar se pode ou não utilizar determinado alimento ou condimento na alimentação do marido. (308) NC-Foi alertado para os benefícios de continuar a seguir à risca o tratamento, salvaguardando que uma excepção não iria ser prejudicial, desde que nesse dia alterasse ligeiramente o horário da medicação, e que não cometesse excessos. (509)
		P4	E1	E-I- Este comprimido para tomar quando tiver muitas dores vai passar a tomá-lo antes de ir tomar banho PC- Quando tiver muitas dores? E-I- Não, antes de as ter, porque já sabe que as vai ter, e a dor trata-se melhor antes de começar a doer do que quando a dor já é intensa. Assim quando for tomar banho, está já sobre o efeito do comprimido e não tem essas dores... Se tomar depois, já vai ser difícil desaparecerem... PC- Portanto, é para evitar que ele tenha a dor? E-I- Exactamente... Isso vai fazer com que ele se consiga movimentar melhor, consiga fazer as coisas melhor, ao levantar-se ter menos dores, ao andar ter menos dores... (245)
				E-I- Excelente. Isso é ótimo que assim não se enganam... E relativamente ao banho? Já sabem como fazer? PC- Um quarto de hora antes das senhoras virem toma esse... (266)
				E-I- Ficamos então combinados desta forma... Durante a semana faz este comprimido? P- Um quarto de hora antes de me darem o banho... PC- Mas elas não têm hora certa para vir... E-I- Digam então às Sras. Para darem um toque para o telefone 20 minutos antes de chegarem... Assim já sabem quando ele o deve tomar... (368)
			E2	E-I- Esses comprimidos devem ser tomados quando a dor começa a aparecer e não quando tem muita dor... Por isso é que não consegue dormir.
		E4	E-I- Para além dos medicamentos, há mais alguma coisa que tenha feito para ajudar a tratar essa dor? Uma botija de água quente? Uma massagem? (866)	
		P5	E3	E-I- O que o seu filho lhe disse é que o betadine tem iodo e isso só vai fazer com que o seu corpo absorva quantidades de iodo desnecessárias, uma vez que não vai ter qualquer efeito terapêutico nesse local... (592) E-I- Efectivamente não se deslumbra aí qualquer ferimento para além do rubor. A pele está íntegra e aplicar betadine a única coisa que lhe vai fazer é fornecer-lhe um suplemento de iodo de que não precisa... (597) E-I- Pode sim. Só não o deve tomar à noite porque como isso vai fazer com que vá mais vezes à casa de banho, se o tomar à noite depois vai ter ainda mais dificuldade em conseguir dormir sossegada, porque vai ter que se levantar mais vezes... (628) P- E lá diz de manhã... Mas para não estar a misturar e porque tive a sensação de que ele fazia o mesmo efeito do Lasix eu estava a pensar tomar ao almoço. E-I- Pode tomar ao almoço com segurança... (635)
				E-I- Ora, estes dois medicamentos juntos vão fazer com que mantenha as tensões baixas, tal como a sua médica quer, (647) E-I- Agora eles são muito importantes para tratar os problemas que tem neste momento e deve continuar a toma-los. Se se sentiu mal a tomar o Ramipril juntamente com o Lasix, então tome-o ao almoço, mas não deixe de o tomar... (649) E-I- É... Essencialmente para não deixar que o coração faça demasiados esforços... É uma ajuda que ele dá... (656)
E-I- Esses comprimidos são, essencialmente, para a Sra. Não se sentir tão nervosa e ansiosa e conseguir descansar melhor durante a noite... (923) P- Se calhar se tomar o comprimido vou dormir? E-I- Provavelmente vai ajudá-la a descansar... (989)				
E4	E-I- Qualquer medicamento tem sempre contra-indicações... A questão é que ele deve ser tomado quando há necessidade de o fazer, ou seja, para as indicações, e, só no caso de ocorrerem essas contra-indicações é que se deve ponderar suspender... (931) E-I- Porque não experimenta durante alguns dias fazer como ela lhe prescreveu, dando-lhe o benefício da dúvida. Se, se sentir melhor, continua, caso contrário, se não se sentir bem, então pára... Não acha que devia dar uma hipótese à prescrição dela? (935) E-I- E porque não experimenta? Pode ser que se sinta melhor e consiga descansar à noite... (939) E-I- Já sabemos que não é uma medicação que tenha como indicação a falta de ar e os edemas, mas a parte psicológica e o factor descanso são fundamentais para o seu bem-estar... O subir escadas tem muitas das vezes haver mais com a parte psicológica do que com a física... (943)			
	E-I- A principal função do Kreon é facilitar a eliminação dos gases intestinais, o que por si só provoca algum alívio, agora não tenho bem presente se ajuda na digestão... (1205) E-I- A dose de aspirina que faz é muito baixa para lhe causar problemas, mas no entanto é o suficiente para lhe evitar problemas que podem ser graves para a sua saúde. P- Por causa do sangue, não é... E-I- Precisamente... Por causa da coagulação do sangue que lhe pode trazer problemas [...] A aspirina é um dos comprimidos que não deve parar de fazer... E-I- Então eu vou voltar a tomar... (1300)			
Planear as Respostas à Doença	P1	E3	NC-Foi orientado no sentido de manter os níveis de energia necessários para as várias actividades do dia. (313) NC-Iniciamos um esquema de treinos vesicais para aplicar nos períodos mais críticos – Antes de sair de casa, antes e após a fisioterapia. (358)	
		P3	E3	E-I- O ideal seria arranjar novas actividades para fazer durante o dia para se manter o mais possível acordada e activa, deixando a noite para descansar, assim provavelmente vai dormir melhor.

GERIR	Planear as Respostas à Doença	P4	E1	E-I-Se sentir necessidade, podemos colocar uma cadeira no meio do corredor para que possa fazer uma pausa caso sinta necessidade. PC-Está bem Sr. Enfermeiro. Às vezes é bem preciso... (235)
		P5	E1	E-I-é fazer sem ajuda até onde conseguir fazer, sem se cansar demasiado, mas ter sempre alguém por perto para ajudar a suprimir as dificuldades... (245) E-I-Um ponto fundamental é parar quando começar a ficar cansada... Não forçar o que quer que seja porque agora e nos próximos tempos vai ter pouca energia para realizar as actividades, e por isso vai ter que alternar entre o repouso e a actividade. Neste momento, por exemplo, como começa a ficar cansada vamos terminar a entrevista... (252)
			E2	E-I-Assim pode fazer as coisas por etapas... Depois de estar sentada, quando se sentir com forças, levanta-se e vem para aqui... Quando estiver cansada, não tenta nada... Por exemplo, depois de falar comigo vai ficar cansada, portanto, fica a descansar... Quando se sentir com força, começa a tentar... Depois de um de um sono relaxante será uma boa altura...(482) E-I-A primeira vez vai fazer quando estiver com energia... Nunca tente quando estiver cansada... (522)
			E3	E-I-Agora esses movimentos finos com a mão, trabalham-se com exercícios de paciência, como escrever, apertar botões, coisas do género que façam os dedos manipular as coisas... (672) P-Claro que tenho períodos que quando as forças me deixam, eu ficava assim toda a tremer... E-I-Aí já sabe... Pára, descansa e só retoma o que quer que seja quando se sentir com força novamente... Isto é um processo muito demorado... Com altos e baixos... (767) E-I-Porque não aproveita as alturas de menos calor para dar uma volta com os seus filhos? (792) E-I-Quando não se sentir cansada, vai tentar fazer uma dessas coisas... (806)
				E4
	Orientar para Outros Técnicos	P1	E4	P-Adormeço em pé... não acha que é melhor eu falar com ela? NC-Foi aconselhado a falar com a médica assistente para ajustar a medicação. (505) NC-Apresentava um valor de PSH elevado, tendo sido aconselhado a marcar consulta com a médica assistente para discutir os resultados e orientação terapêutica. (517)
			E5	P-Tanto eu como a minha esposa temos necessidades e eu não consigo ter uma erecção... Ainda somos muito jovens... E a minha mulher já começa a pensar que eu não gosto dela... Está sempre a querer dar beijos... Eu já lhe disse... oh mulher... deixa-te de beijos..." - Foi aconselhado a falar com o fisiatra sobre esse assunto uma vez que iria ter consulta dentro de uma semana (519)
		P2	E5	NC-Aconselhou-se a filha a contactar o urologista que seguia o indivíduo e marcar uma consulta para que ele pudesse ser reorientado. (572)
		P3	E3	E-I-Mas quando sente dor, o ideal seria que estivesse medicada pelo seu médico? E-I-No entanto, deve abordar esse assunto com o seu médico na próxima consulta.
		P4	E4	E-I-Já disse isso ao médico? P-Já... Não... Não... E-I-Convém dizer isso ao médico... (860) NC-Aconselhou-se a família a falar com o médico no dia seguinte, para que ele fosse examinado com atenção, referindo os períodos de tosse, sudorese, sonolência e confusão que se estavam a verificar nos últimos dias. (1050) E-I-E fale dessa tosse ao médico... Que se agrava quando está virado para um dos lados... (1053)
ATENDER	Incentivar a Autonomia	P1	E1	NC-Foi incentivado a continuar a tentar levantar-se e andar salvaguardando sempre a presença de outras pessoas para poder apoiar-se sempre que fosse preciso. (94)
			E2	E-I-Quais são os seus objectivos para futuro? O que se propõem alcançar? NC-Tentativa de estabelecer com o indivíduo objectivos a curto prazo que lhe permitam ter sucesso e continuar a acreditar na reabilitação. (238)
			E3	NC-Esta tomada de consciência, o reconhecimento da sua importância na família, deixou-o bem disposto e esperançoso. (335)
		P2	E1	E-I-Está disposto a colaborar no sentido de tentarmos fazer com que fique gradualmente mais independente? P-Vamos lá ver... Eu gostava... (Olha fixamente para o entrevistador com um sorriso e os olhos carregados de esperança). E-I-Vai depender muito de si e da sua força de vontade... (67) E-I-Hoje é o Sr. que se vai lavar sozinho... Eu só vou fazer o que não conseguir fazer... Pode ser? (116) E-I-Claro que consegue, ora vamos lá experimentar... (124) E-I-Se o Sr. não ajudar nós não podemos fazer nada. Pode ser? (Em decúbito dorsal a resposta foi positiva) (158)
			E2	NC-Após estar, adequadamente, sentado à mesa, foi incentivado a pegar nos talheres e a comer sozinho a fruta que estava no prato. De imediato, e sem qualquer dificuldade, ingeriu a fruta sozinho. (185) E-I-A partir de hoje passa a vir à mesa comer e deixa de comer com a seringa, pode ser? (o investigador dirigiu-se à filha e ao indivíduo) (189)
				E2

ATENDER	Incentivar a Autonomia		E3	<p>E-I-O instes tino já funcionou hoje, Sr. S? P- Ainda não... mas tenho vontade... E-I-Se tem vontade vai aguentar até chegarmos ao WC... Pode ser? (229)</p> <p>E-I-O Sr. S é que tem de querer controlar a temperatura sozinho... Não era assim que fazia antes? NC-Ouvindo isto introduziu a mão na água e disse P-Está muito quente... Ponha mais fria... (244)</p> <p>E-I-A partir de hoje vai deixar de fazer na fralda e vai passar a fazer na cadeira, todos os dias antes do banho, pode ser... P-Vamos lá ver... Eu gostava... (olha para mim com um olhar de esperança). (254)</p> <p>P-Acho que não estou pior... O que acha? (pergunta-me à espera de receber uma resposta positiva) E-I-Eu acho que já evoluiu... Já come sozinho à mesa, já toma banho sozinho, já pode deixar as fraldas, já mexe melhor o braço... Não acha que está melhor? P-Graças a Deus, acho que vou indo... (285)</p> <p>E-I-Acabamos de enumerar uma data de progressos que já fez ao longo das duas últimas semanas... E isso é para continuar, desde que o Sr. tenha força de vontade para evoluir para mais... P-Eu queria... (misto de esperança e de falta de esperança) (321)</p>
			P2	<p>NC-Pedi-se um prato com fruta partida e um garfo à filha. O Sr. S teve alguma dificuldade em segurar o garfo com a mão mas após algumas tentativas, conseguiu. Depois teve dificuldade em conseguir espetar o garfo na fruta. Contudo, a maior dificuldade foi elevar o membro até à boca. Durante a primeira tentativa, apesar da grande concentração com que tentou desempenhar a tarefa, o kiwi caiu em cima da roupa tendo o indivíduo demonstrado alguma frustração. E-I-Isto agora no início é natural que vá acontecer mais vezes... não pode é desistir... Se cair, tenta outra vez, e outra, e outra, até conseguir. O importante é não deixar de tentar para cada vez fazer melhor. NC-Esta frase fez com que tentasse novamente, acabando por conseguir completar a tarefa. E-I-E então... Consegue ou não consegue... P-Consigo... mas ainda não consigo agarrar bem no garfo... (349)</p>
			E4	<p>E-I-E se em vez de escolher feijões passasse a abotoar botões? Vamos tentar... NC-Com alguma dificuldade começou por tentar abotoar um dos botões do casaco, conseguindo fazê-lo ao fim de alguns minutos de grande perseverança. E-I-A partir de agora é o Sr. que abotoa a roupa, pode ser? P- Eu queria... Vamos ver... (375)</p> <p>E-I-Não acha que devia ser o senhor a querer? Que devia ser o Sr. a decidir e não a deixar para os outros a decisão? P-Eu queria... Era bom não era (disse esta frase de uma forma algo incrédula)... Vamos lá ver (disse esta 2ª frase com um olhar de esperança no futuro)... (412)</p> <p>E-I-Não acha que melhorou? P-Eu acho que também melhorei... Eu não sei bem como estava e tal, mas acho que já estive muito pior... (olha para o entrevistador com um sorriso expectante à espera da sua anuência) E-I-Quando cá cheguei a casa o Sr. não saía da cama... Estava a ser alimentado por uma seringa... Eram as sua filhas que o viravam para um lado e para o outro... Davam-lhe o banho na cama, mudavam-lhe as fraldas... Não acha que melhorou? P-Era... Agora graças a Deus, acho que vou indo... (504)</p>
			P4	<p>P-“Não, eu vou a pé” – E faço o sacrifício e vou para a última cadeira da sala a andar “devagarito”, como andei há pouco, mas vou... Mais que isso não posso fazer mais... E-I-Isto é excelente... E deve sempre querer fazer isso... (303)</p> <p>E-I-Aconselho-o neste momento a tentar fazer as coisas, se possível sozinho, salvaguardando que deve ter sempre alguém consigo para o ajudar se precisar. Não deixe é que os outros façam as coisas por si. As pessoas que gostam de si têm, por natureza, tendência a substituí-lo, e isso não deve acontecer se o Sr. as puder fazer... E quando não conseguir, aí diz – “Preciso que me façam isto...” - É importante que mantenha esse querer... (314)</p> <p>E-I-Com todos os problemas que tem, com a sua cabeça constantemente a pensar no assunto, mesmo com isso tudo, nós precisamos de ter cá o Sr. M a lutar, a querer fazer as coisas, a querer fazer ao máximo o que consegue fazer actualmente. Certo Sr. M (360)</p> <p>E-I-Fazemos um acordo... Vai tentar fazer tudo o que conseguir até começar a doer... Quando vir que não consegue pára e pede a ajuda dos outros... (364)</p> <p>E-I-Vai tentar ir à mesa comer, ir à casa de banho e colaborar o que puder no banho... (374)</p> <p>E-I-aquele Sr. Moura que batalhou a vida toda agora precisávamos dele... Porque agora há que enfrentar mais um dos duros problemas que a vida lhe trouxe... E para este problema é necessária toda a força do Sr. Moura para o enfrentar... Acredite que sem a sua colaboração, ninguém pode fazer nada. Neste momento, como sempre foi em toda a sua vida para talhar o futuro próximo, o mais importante é o Sr. e a sua força de vontade. Se o Sr. não der o máximo, não quiser lutar, nós não poderemos fazê-lo por si... Uma grande parte do caminhar para uma maior independência, para conseguir fazer mais coisas e ser mais autónomo passa pela força de vontade individual... (579)</p> <p>E-I-Neste momento é a pedra fundamental... Não há ninguém que possa vir aqui fazer o que quer que seja por si se o Sr. não quiser lutar... Ninguém pode comer por si, andar por si, tomar banho por si, jantar com a sua família à mesa, por si... Já reparou? (601)</p> <p>E-I-Vai-se esforçar para comer, fazer as coisas que consegue fazer sozinho... Ir à mesa comer com a sua nora e o seu filho? P-Vou... (651)</p> <p>E-I-É essa atitude que eu quero... Até ser operado, tudo o que conseguir fazer deve ser o Sr. a fazer... Se conseguir lavar a cara... Se conseguir tirar a roupa... Se conseguir comer sozinho... Não deixe que os outros o façam por si... Se começar a doer ou não tiver força, pára, e pede ajuda... (675)</p> <p>E-I-Se não conseguir tudo faça uma apenas, ou pelo menos tente fazer e não desista, mesmo que não consiga ou que seja difícil... O caminho para recuperar a autonomia é ir subindo escadas lentamente... É um caminho longo, difícil... Até chegar ao cimo da escada... Quando queremos estar logo lá em cima e dizemos, ou estou lá em cima ou não me mexo... Nunca conseguimos lá chegar... Mas se formos subindo lentamente, conforme as nossas possibilidades... Às vezes, inclusive, descendo um degrau... Poderemos chegar lá em cima novamente... Se ficar cá em baixo, nunca chega lá em cima... (689)</p>

		P4	E3	<p>E-I-Está a ouvir a sua esposa? Já viu a alegria que dá aos outros quando faz as coisas sozinho? (782)</p> <p>E-I-Gostaria de manter o acordo que fizemos a semana passada, acrescentando apenas o factor rodar na cama... Quería pedir-lhe para que tentasse, ao longo da semana, rodar sozinho na cama, para não ter de estar dependente de outros para o fazer... É importante também que se mantenha a ir ao wc, comer à mesa e se possível manter o pensamento centrado no que consegue fazer e não no que não é capaz de fazer... Podemos fazer esse acordo? (818)</p>
			E1	<p>NC-Foi improvisado um talher adaptado aumentado a espessura do cabo tornando-o mais fácil de prensar.</p> <p>E-I-Experimente segurar neste garfo com a sua mão direita... Consegue segura-lo melhor? Veja a melhor forma de o segurar...</p> <p>P-Estou a ver... Pegando nele assim... Assim acho que consigo... (118)</p> <p>E-I-Isto é um improviso... Nesta fase pretendo apenas que comece a fazer os movimentos com o braço e com a mão. À medida que for recuperando já não vai precisar mais disto... (122)</p> <p>E-I-Vai experimentar comer com a mão direita?</p> <p>P-Vou... Assim consigo segurar... (124)</p> <p>E-I-O meu papel aqui é de tentar com a Sra. arranjar estratégias para que possa melhorar, ou seja na próxima semana, vou-lhe perguntar o que é que já faz mais que não fazia na semana anterior?</p> <p>P-Ainda não tentei foi com a leitura... Vou começar a tentar porque, evidentemente, eu gostava muito de ler...</p> <p>E-I-Então esse vai ser um dos objectivos a cumprir até à próxima semana... (227)</p> <p>P-Mas queria começar a tentar...</p> <p>E-I-Porque acha que não vai conseguir?</p> <p>P-Na verdade ainda não experimentei, (233)</p> <p>E-I-Nas próximas semanas vou-lhe pedir para fazer um esforço para retomar a sua actividade habitual. O fundamental é querer sempre fazer mais e não deixar que os outros façam por si o que já consegue fazer sozinha...</p> <p>P-É o que eu hoje interiorizei... Vou tentar fazer mais... Sair do cadeirão... Andar... (241)</p> <p>E-I-Sem comprometer a sua recuperação... Não é fazer sem ninguém, é fazer sem ajuda até onde conseguir fazer, sem se cansar demasiado, mas ter sempre alguém por perto para ajudar a suprimir as dificuldades... Por vezes a tendência dos que nos rodeiam é fazer as coisas por nós para nos proteger sem perguntar se já as conseguimos fazer... (245)</p> <p>E-I-Não se esqueça é do nosso acordo... Sem se cansar, tentar fazer o que fazia antes sem deixar que os outros façam o que já consegue fazer, pode ser?</p> <p>R- Pode ser... Fazemos o acordo... (255)</p> <p>E-I-Sim... Ir retomando gradualmente aquilo que fazia antes... É esse o caminho...</p> <p>P-É subir os degraus, não é? (457)</p> <p>E-I-Se estiver deitada na cama e se quiser sentar numa cadeira, consegue?</p> <p>P-Ah! Ainda não tentei... Tenho de começar a dizer às pessoas que me levantam para me porem uma cadeira para tentar...</p> <p>E-I-Mantendo sempre alguém por perto, deve começar a tentar fazer estas coisas... (470)</p> <p>E-I-Peça só para lhe porem uma cadeira ao lado da cama e diga que quer tentar levantar-se sozinha... Começar a fazer estas pequenas coisas que lhe permitirão ter mais autonomia. (475)</p> <p>E-I-Porque não experimentar começar a virar-se na cama? Ver até onde consegue, o que não consegue... (497)</p> <p>E-I-Mas ainda que solicite a presença de alguém para colmatar essa necessidade, deve tentar fazer as coisas sozinha... Tudo isto, lentamente, deve tentar começar novamente a fazer... (502)</p> <p>E-I-E a cadeira de rodas? Só a usa para o chuveiro e para a sanita? Portanto, vai para lá a pé e lá é que usa a cadeira...</p> <p>P-Exacto...</p> <p>E-I-Neste momento, se alguém a ajudasse a sentar na sanita e a levantar-se da sanita acha que não podia dispensar a cadeira? (508)</p> <p>E-I-Com ajuda para sentar e levantar, a sua grande dificuldade do momento, acha que não iria conseguir ir à sanita? (518)</p> <p>E-I-Claro... Sempre com ajuda... Agora, tudo o que conseguir fazer sozinha, sem se cansar, é subir mais um degrau na escada...</p> <p>P-Pois acho que sim... Vou tentar também isso... (524)</p> <p>E-I-A ideia é, retomar tudo o que fazia antes... Há coisas que irá recuperar mais lentamente e outras que as pode recuperar mais rapidamente... Com o que lhe aconteceu, é importante que saiba esperar e ir aos poucos recuperando o que fazia anteriormente... Não deve esperar recuperar tudo de uma vez, tem que ser gradual... (527)</p> <p>E-I-Olhe os degraus que já subiu... (534)</p> <p>E-I-Vários degraus que já subiu nesse capítulo... E andar... Ainda há uns tempos atrás não andava...</p> <p>P-Não andava nem tinha equilíbrio... Eu hoje de manhã consegui, andar uns largos espaços já, sem ser encostada à grade, com equilíbrio não é... Foi uma coisa assim...</p> <p>E-I-Quantos degraus subiu aí?</p> <p>P-Pois... Foi bom... Foi muito bom...</p> <p>E-I-Agora temos de rever as pequenas coisas... Ser ambiciosa e querer cada vez mais...(539)</p> <p>E-I-Dona R fazemos então o contrato dos degraus?</p> <p>P-Fazemos sim...</p> <p>E-I-Olhe... E se tiver um tempinho, tente ler um bocadinho... (552)</p> <p>E-I-Arranjar força de vontade para querer fazer coisas, o querer outra vez cuidar de si...</p> <p>P-Sim... Eu acho isso importante... (557)</p>
ATENDER	Incentivar a Autonomia	P5	E2	

ATENDER	Incentivar a Autonomia	P5	E3	<p>E-I-E tem treinado um pouco a escrita? Tem de começar a treinar... (668)</p> <p>E-I-Já está na altura de começar a ler... (766)</p> <p>E-I-Vale a pena pensar no que será possível quando melhorar... Posso pedir-lhe para completar uma tarefa. Ao longo da semana vai pegar num papel e numa caneta e vai escrever uma lista de tudo o que quer fazer... Quando não se sentir cansada, vai tentar fazer uma dessas coisas... À medida que for conseguindo fazer, vai riscando da lista... Assim não se esquece onde estão os degraus e treina a sua escrita em simultâneo... Pode ser? (804)</p> <p>E-I-Quanto ao colchão tem de resolver se quer tirar ou não...</p> <p>P-Pois eu também pensei melhor e acho que vou experimentar sem colchão... Até porque eu uso-o apenas para dormir... (875)</p>
			E4	<p>E-I-Ao longo desta semana... O que ganhou?</p> <p>P-O que ganhei foi... Ainda estou cá não é... (954)</p> <p>P-Portanto, só às vezes notícias do jornal ou assim...</p> <p>E-I-Já vai lendo alguma coisa, então... (979)</p> <p>P-Depois estou a tentar subir outra vez...</p> <p>E-I-Será que desceu?</p> <p>P-Sei lá... Não sei...</p> <p>E-I-A semana passada precisava de uma cuidadora 24h por dia... Neste momento já só vem à noite, quando se sente pior... (1029)</p> <p>E-I-Para quando esse passeio com os seus filhos? (1048)</p> <p>E-I-Está na altura de vencer mais esse desafio e sair de casa, o que acha?</p> <p>P-É... Tentar dar uma voltinha... (1080)</p> <p>E-I-Vai tentar subir mais esse degrau e sentir o ar da Primavera?</p> <p>P-Vamos... Vamos tentar fazer isso... Só aquele caminho do hospital cá é fantástico, não é... Sobretudo aquela vida... (1082)</p> <p>E-I-Resumindo, já temos 2 desafios para a semana. O primeiro, sair de casa, o segundo experimentar fazer a medicação para ver se, se sente melhor... (1085)</p> <p>E-I-Está a ver, até o seu neto já reparou que está a subir muitas escadas... Com 13 anos e já reparou nisso... (1127)</p> <p>E-I-Pode aproveitar esse conhecimento que tem de si e que foi adquirindo ao longo da vida, para agora pôr ao serviço da sua saúde... (1195)</p> <p>E-I-Ficamos então com os objectivos traçados? Vencer o medo de sair de casa e ir passear e experimentar a medicação da psiquiatra para ver se descansa melhor... (1212)</p>
			E5	<p>E-I-Mas, de dia para dia temos assistido a um regresso da Dona R... P-Sim tenho recuperado. (1322)</p> <p>E-I-Para quando uma visita a Bragança?</p> <p>P-O B está a pensar nisso... Quando é que a gente lá vai e tal... Está a pensar nisso e eu gostava de estar lá... Há que aproveitar... E sou capaz de pensar nisso. (1402)</p> <p>E-I-Ao longo destas semanas fomos falando em subir as escadas e a senhora foi sempre subindo essas escadas, embora por vezes tivesse de descer uma, na semana seguinte já tinha subido três... A forma como já se movimenta, se auto-cuida, fala, lê, sai de casa, se começa a relacionar com os outros dá razão ao poeta espanhol António Machado, "O caminho faz-se caminhando", e é a caminhar que tem de continuar sempre... (1457)</p> <p>E-I-Lembra-se da primeira entrevista? Estava neste cadeirão, quase sem se conseguir mexer sozinha, as pernas pesavam, ficava logo cansada, mal conseguia falar durante muito tempo... E só se passaram 6 semanas... (1469)</p>
			P1	<p>E1</p> <p>NC-Foi convidado a escutar-se e percebeu que não estava a lutar contra o mundo. Tinha antes que utilizar os recursos que o mundo lhe proporcionava para poder ficar mais autónomo. (96)</p> <p>E2</p> <p>NC-Confrontado com a sua necessidade de fazer as coisas sem que a sua esposa estivesse por perto concluiu que não o deveria fazer mais pois nesses momentos sentia-se como se fosse um adolescente que estava prestes a fazer uma asneira. O caminho para a autonomia não deveria passar por aí. Era demasiado perigoso correr riscos na fase em que se encontrava. (228)</p> <p>E3</p> <p>NC-Estivemos vários minutos a abordar este acontecimento, acabando o sujeito por perceber que o facto de ter estado lá foi fundamental para resolver o problema, pois sem ele a mulher teria sido incapaz de o solucionar sozinha. (333)</p> <p>P-Passei por tudo isto sem ter o apoio da segurança social, do centro de saúde, de ninguém... excepto de vocês que vêm cá (375)</p>
			E4	<p>NC-No início da entrevista, o participante confessou que gosta muito das entrevistas pois pode falar e desabafar livremente sobre o que lhe vai na alma...</p> <p>P-Gosto quando vem cá... Sinto-me melhor por poder desabafar consigo... É um ótimo conforto psicológico... Estar sozinho com os meus pensamentos, não ajuda nada (381)</p> <p>NC-Foi convidado a rever todo o trajecto que fez desde que teve o AVC até à actualidade, dando ênfase a toda a recuperação funcional que tem vindo a ser conseguida. Após ter falado de todo o caminho que fez, sentiu-se melhor, com mais esperança para enfrentar os próximos desafios. (419)</p>
ATENDER	Apoiar o Indivíduo	P3	E1	P-O percalço foi um desmaio, porque foi a primeira vez... Mas tinha a enfermeira ao meu lado, portanto a assistência de enfermagem foi fantástica...
			E4	P-Os enfermeiros ajudaram-me muito lá no hospital no início dando-me apoio enquanto esperava pela operação

ATENDER	Apoiar o Indivíduo	E1	<p>PC- disseram até que enfim... Comeu um pouco de arroz, 2 filletes de pescada e uma sopa de legumes... E-I-Quando come bem, faz as pessoas que o rodeiam felizes... Já vale a pena fazer o esforço? (141)</p> <p>E-I-Mas até lá tem de manter esse objectivo na sua frente... Nós só fazemos as coisas quando temos vontade para as fazer... Quando esquecemos que temos essa vontade, deixamos de as fazer e ficamos na cama... O fundamental é acreditar que se neste momento não consegue, mais à frente vai voltar a conseguir... E o nosso corpo é uma excelente máquina, mas tal como qualquer máquina, quando não trabalha, enferruja... Se o Sr. continuar a não trabalhar com o corpo enquanto espera pela operação, vai ter, depois, mais dificuldade para retomar a sua vida. (286)</p> <p>E-I-O que se pretende é que o pensamento se mantenha, só que mantendo alguém por perto para o ajudar a atingir esses objectivos... Se perde os objectivos e passa a acreditar que não pode e que não consegue, isso não o vai ajudar em nada... (337)</p> <p>E-I-Provavelmente estaria a pensar o mesmo que o Sr., por isso é que lhe estou a dizer isto... É uma situação complicada, muito difícil de ultrapassar, mas é essencial que continue a lutar para que possa recuperar algumas das coisas que sente que perdeu na sua vida... Eu não estou a pedir que seja um herói e tente fazer o que não consegue... Apenas peço que tente chegar ao ponto em que não consegue fazer... Porque não devem ser os outros a fazer, aquilo que o Sr. consegue fazer... Porque nessas situações, se não lutamos, deixamos que os outros nos façam tudo e aí é que a nossa esperança desaparece por completo. É deixar a máquina enferrujar. Nós agora precisamos do Sr. M cá... (351)</p>		
			P4	<p>E-I-Mas para isso tem de pensar de forma diferente. Tem de pensar – “Eu tenho de fazer mais coisas... Eu tenho de fazer o que conseguir fazer sozinho...” – E evitar pensamentos como – “ Eu não vou conseguir fazer mais nada... Eu não valho nada... Eu não vou sair mais daqui...”. Tudo o que conseguir fazer será uma vitória nesta fase. (591)</p> <p>E-I-Depois, quando for operado, vai voltar novamente a poder fazer mais coisas, mas enquanto isso não acontece, deve tentar fazer tudo aquilo que estiver ao seu alcance para ficar melhor... (594)</p> <p>E-I-Já viu a quantidade de consultas que tem ali? P-Já e as que ainda faltam escrever ali... E-I-E acha que eles desistiram de si? P-Não... Isso não... E-I-No internamento só estava a fazer os 3 tratamentos semanais que continua a fazer... A consulta que tinha que ter já estava marcada. Portanto entre estar no seu ambiente, entre os seus familiares e com as suas coisas, e estar lá num quarto de hospital, as pessoas acharam que era então preferível regressar a casa... O que era preciso é que o Sr. M batalhador que lá estava, no dia que regressasse a casa continuasse a batalhar, talvez ainda com mais força, por estar junto daqueles que gosta... (624)</p> <p>E-I-Sr. M, lembra-se porque é que eu estou cá? Eu estou a fazer um estudo onde entram pessoas que tenham possibilidades de ficar mais autónomas, apesar dos problemas que lhes causam dependência... Eu pergunto no hospital quais são as pessoas daqui que vão para casa e têm potencialidade para recuperar e... Foi o seu nome que me indicaram... Por isso é que eu estou aqui... Se me tivessem dito não tem hipótese de recuperar, não era um caso para mim... E quando diz que o mandaram embora simplesmente para o arrumar, foi precisamente o inverso... Fazê-lo regressar a casa para tentar que o Sr. junto da sua família pudesse recuperar melhor... Até porque iria estar parado durante semanas, num hospital, só para fazer hemodiálise, correndo também riscos de contrair uma infecção... (640)</p> <p>E-I-Agora que já viu que foi um mal entendido... Vamos ter direito ao Sr. M de volta? P-Sim... (651)</p>	
		E2	<p>E-I-Agora que percorremos o sofrimento, vamos retomar às coisas boas... Retomar às coisas boas é como subir escadas... Subir um degrau, depois outro e outro... Que degraus já subiu desde que chegou? (412)</p> <p>E-I-O início poderá custar, mas depois de fazer uma, duas, três vezes, vai ver que conseguiu subir mais um degrau... (478)</p> <p>E-I-O que tem de bom nesta vida? Diga-me coisas pelas quais considera que vale a pena viver... (696)</p> <p>E-I-Continua tudo cá, aqui e ao seu alcance... Aquilo porque vale a pena lutar continua tudo cá... A Sra. também continua cá... Vale ou não vale a pena lutar? (704)</p> <p>E-I-Aproveite para viver... E quando tiver pensamentos maus, pense nos seus filhos, nos seus netos, na casa de Bragança, nos gatos... Todos precisam de si [...] Vale ou não a pena? P-Pois vale... Realmente vale... Pelo menos vou tendo isso, não é... (731)</p>		
			E3	<p>P-Olhe... Está a ver? O tubo do oxigénio é este... De certeza que é diferente dos de lá (hospital) ... Eu até já mandei lava-lo, por isso é que ele tem gotas de água dentro.</p> <p>E-I-Este é igual aos que se usam no hospital. Peça para lhe secarem bem o tubo e logo volta a experimentar... Provavelmente o problema de cheirar a borracha já foi solucionado... P-Eu já o mandei lavar em água fervida para ver se o cheiro desaparece... De vez em quando ficam umas gotículas dentro, o que talvez cause problemas, mas sacudindo fica bem</p> <p>E-I-É, mas este é igual ao do hospital... P-Então é sisma minha, não é? E-I-Não... Pode não ser sisma sua... O que pode fazer é desperdiçar este e experimentar outro... (854)</p>	
				E4	<p>E-I-Acha que eles têm de fazer sacrifícios para a levar a passear? P-Quer dizer... Não será, mas é sacrifício... Porque, pronto... E-I-Acha que se eles a virem fora de casa, a andar de carro, a passear, não vão ficar contentes? P-Vão gostar, vão... Acho que gostavam... Mas... E-I-Então aonde está o sacrifício? (1070)</p>
				E5	<p>E-I-Tirando a falta de energia que é própria nas pessoas que passaram pelos problemas que passou e ainda está a passar, e do qual está a recuperar gradualmente, tudo o resto está apenas latente... Essa vontade, esse querer, essa energia mental... (1450)</p>
			EXECUTAR	P2	E1
		E3			NC-Executou-se massagem local tendo o indivíduo referido alívio da dor (228)
		P3		E1	P-Apenas a receita da medicação que eu tive de chegar à farmácia e tomar, que é uma injeção diária. Vou ao Centro de Saúde, o meu marido leva-me lá e a enfermeira dá...
				E3	P-teria de ter alguém, mas um enfermeiro não... Ou talvez para me dar a injeção...
E4	P-Eu só lá vou para tomar a injeção... P-Aqui em casa vou ao centro de saúde e é a enfermeira que me dá a injeção que tenho de tomar diariamente...				

INDICADORES DE PROCESSO – Estou a Mudar						
Sub-categorias	Participante	Expressões do discurso				
COPING	Coping Centrado no Problema	Coping Confrontativo	P1	E1	NC-recorre por vezes à ajuda dos dentes para conseguir executá-las sozinho (ex.: retirar um lenço de papel do pacote) e reprime qualquer um que o tente ajudar sem que ele tenha solicitado essa ajuda. (63) NC-Ontem, tentou levantar-se sozinho, passar para uma cadeira e não conseguiu, acabando por cair e bater com a cabeça no vidro – "Eu queria ver lá para fora e sentar-me numa cadeira junto da varanda"... (88) P-Eu sei que eles se preocupam mas, só quando eles saem de casa, quando a minha mulher vai às compras, é que eu sinto que posso fazer as coisas sozinho. (223)	
				E2	P-Esta semana fui até à varanda sozinho, andei a passear na varanda agarrado ao corrimão e, quando a minha esposa chegou, eu já estava sentado lá dentro... (225) P-Várias vezes eu acordei e desfiz a fralda toda durante a noite. Cai várias vezes abaixo da cama (caía bem que eu segurava-me) porque queria sair dali, queria fazer as coisas... não sou pessoa para usar fralda. (257) NC-Por insistência dele a entrevista é realizada na varanda. Ao passar para lá, perdeu por momentos o equilíbrio. O investigador ao tentar ampara-lo foi reprimido P-Deixe estar Sr. Enfermeiro... Não me ajude... Eu tenho de fazer isto sozinho... (270)	
				E3	P-Esta semana, pela primeira vez, levantei-me para ir ao WC, sozinho e ela não me ouviu... (342) NC-Esta semana chegou da fisioterapia e pediu aos bombeiros para o deixarem vir a pé para casa. Subiu as 6 escadas de acesso ao prédio e deambulou até ao apartamento (5º andar) tendo chegado a casa muito cansado, sem conseguir falar, com uma dor no peito, alguma dificuldade em respirar... (360)	
				E4	P-As vezes pareço ter mais forças do que aquelas que tenho realmente.... Há dias pedi aos bombeiros para me deixarem cá em baixo para dar uma volta... Peguei... levantei-me... Coloquei a cadeira cá dentro... às vezes dá-me assim uma coisa pela cabeça... (392)	
				P4	E1	P-Depois quando chego lá digo – "Não, eu vou a pé" – E faço o sacrifício e vou para a última cadeira da sala a andar "devagarito", como andei há pouco, mas vou... (302) E-I-Nesse dia resolveu ir sozinho... O que pensou para tomar essa decisão? P-Não sei... Como me estava a sentir bem e queria começar a andar, decidi ir sozinho... As dores dando-me, aí é que era o pior... Mas depois fui à sanita... Mas depois tive de chamar a enfermeira para me ajudar a levantar, porque aí não consegui... (309)
					E1	P-Quería tentar comer, tentava comer com esta e era tudo uma trapalhada, com a esquerda não está a mão treinada para isso (75) P-Tenho esta bolinha que comprei para fazer exercício com a mão a ver se consigo dobrar o dedo. E-I-O que lhe disseram na Medicina Física? P-Ora bem, isto, se os exercícios não forem bem feitos podem ser prejudiciais (132) P-A fisioterapia faz-me muito bem mas também me cansa, não é? Mas acho que me faz mesmo muito bem... Do que me competia eu faço sem parar... (318) P-quando veio a fisioterapia disse: "Olhe, estou mesmo tonta", mas depois fui fazendo... (321) P-ven cá uma cabeleireira, às 5h, para cortar o cabelo, acima de tudo para poder depois lavar melhor e secar... (371)
				P5	E2	P-Olhe eu acho que faz porque parei com a medicação ontem... Porque estava-me a arruinar completamente... Tudo o que comia ia fora... E agora parei e já disse, não tomo mais nada sem me reabilitar um bocadinho fisicamente... Tanto adiantava comer como nada... (426) P-E lá diz de manhã... Mas para não estar a misturar e porque tive a sensação de que ele fazia o mesmo efeito do Lasix eu estava a pensar tomar ao almoço. (635)
					E3	P-Porque o cansaço é tanto, com esta coisa de me ter de mexer, que depois estou estafada e não... Fui ler isto hoje e li bem (consentimento informado) ... disse –"Pode ser que eu consiga" - mas estou convencida que não sou capaz de ler. No entanto, pedi ao meu marido que me compre um livro... Afinal eu li bem! Li assim, na mesma rápido... (762) E-I-Tem feito oxigénio? (Tinha um concentrador de oxigénio montado no corredor da casa). P-Ora bem, até aqui eu não fiz, porque a sensação que eu tinha era que o gás era tóxico, e não saía aquilo da ideia... (826)
					E4	P-E então ela receitou-me 3 qualidades de comprimidos, à base de... Ela quer uns chás... Eu iludida que eram mesmo chás... Então o Valdispert... Mas eu como ando a tomar tanta coisa tenho feito gazeta... (916) P-Eu vou ver se tomo este... A psiquiatra receitou-me 3 de Valdispert, e então, eu vou ver se tomo 1 ao almoço, não é? Que é para não mexer... (925) P-Realmente são de Valeriana, não é... Mas depois comecei a ler as indicações e tem sempre contra-indicações... (929) P-Pois... Não é uma medicação para os edemas... E portanto foi por isso que eu pensei... Agora a parte que é mais importante, os edemas e isto tudo, e foi isso que eu... Mas quero fazer assim senão vai contra... (940) P-Eu agora já não estou com as senhoras todo o dia... Só estou das 21h às 9h... Elas chegavam, entravam, falavam... Era horrível... Porque a empresa em termos de gente, tem pouca gente... Os bons já estão ocupados... E depois só ficam assim... (960) P-Tive de exigir que deixassem de vir, porque vinham com uns sapatos... Eu disse que não, porque nós temos cuidado com os sapatos por causa das pessoas de baixo... Temos cuidado porque também gostamos que os outros tenham... Olhe, aquilo era um disparate... (1009) P-estavam com umas saudades de vir cá e então fez-se o almoço como antigamente, não é... Foram as minhas forças embora, pronto... (1040) P-Aqueles dos diuréticos dizem até que precisam de acompanhamento, por isso é que tomo só meio... (1087) P-Agora estava a pensar... Eu vou pôr, fazer uma infusão de malvas... Na aldeia faziam isso... (1156) P-Eu sei que é um medicamento que acabou por ninguém me receitar. Mas como eu tirei a vesícula e perguntei a um colega do meu sogro que também tirou a vesícula, o que é que ele tomava, e ele tomava o Kreon de vez em quando... Eu depois comprei, tomava aquilo só de vez em quando (1207)

COPING	Coping Centrado no Problema	Coping Confrontativo	E5	<p>P-Andava a tomar os complementos vitamínicos, deixei de tomá-los por estar a tomar tanta medicação. (1267)</p> <p>P-Ora eu faço... Portanto, hoje o Pantoc já não tomei...</p> <p>E-I-Estava a fazer o Pantoc para lhe proteger o estômago?</p> <p>P-Estava a fazer por causa do fígado. Aqueles medicamentos são de tal maneira que é preciso proteger. (1279)</p> <p>P-foi um dos que me mandaram parar, e tomo o Ramipril, que foi o tal que me tiraram o que lá diz e qualquer dia vou dizer que não tomo mais se não me arranjam a bula. (1284)</p> <p>P-Esses deixei-os...</p> <p>E-I-Mas experimentou alguma vez?</p> <p>P-Experimentei pois... Mas depois não estive para me sobrecarregar e comprei o chá de valeriana e vou hoje fazê-lo à noite que eu não estou para me sobrecarregar... (1290)</p> <p>P-ao almoço estava a tomar uma aspirina... Há 2 dias que não tomei a ver se descansava um bocadinho que a aspirina também é muito forte. (1295)</p> <p>P-Muito pouco... Portanto dei-me, tomei chá de cidreira e tília, e depois não estava a conseguir dormir... Nunca é aquele dormir profundo, não é... Por isso é que eu quero experimentar a valeriana, e depois às seis acordo e já não dumo mais... (1347)</p>
		Resolução Planeada Problemas	P1	<p>E1</p> <p>P-A fisioterapia está a ser boa para a minha recuperação [...] Tomo muitos medicamentos, mas tenho que os tomar... São importantes para a minha recuperação (109)</p> <p>P-Estou a fazer a fisioterapia no hospital 5 dias por semana... Espero que nunca me mandem para uma clínica... Nas clínicas é meia hora e já está...Ali, às vezes estou quase 2 horas... E isso está-me a fazer bem... (112)</p> <p>P-Quero manter o meu dia-a-dia o mais normal possível... Levanto-me com a ajuda da mulher, vou comer à mesa... Não quero tabuleiros para aqui ou para ali... (118)</p> <p>P-Tenho muito cuidado com a dieta agora... Só como peixe ou então uns bifeinhos de frango grelhados, sem sal... A comida é toda sem sal... (120)</p> <p>E2</p> <p>P-Eu não consigo ir para a varanda por causa do degrau. Tenho uma varanda tão boa e não posso lá chegar. Vou pedir ao meu genro para fazer uma rampa para poder ir à varanda, ver os pássaros, as gaiotas, as minhas plantas... (165)</p> <p>P-Utilizo o urinol quando estou na cama, mas de resto faço questão de ir ao wc... Não há cá urinóis... A minha esposa ajuda-me a ir até lá e eu depois seguro-me e faço... (192)</p> <p>P-A comida é que é muito má... Já estou cansado de comer sempre a mesma coisa... E a mulher quer que todos comam daquilo sem sal... Assim não pode ser... não me pode arranjar uma lista de coisas que posso ou não comer!? (200)</p> <p>P-O meu trabalho... Eu queria voltar a trabalhar... Esse é o meu objectivo... Eu vejo que com a fisioterapia eu vou conseguindo ficar melhor... Por cada tratamento que faço eu sinto que fico melhor... Por vezes não é objectivo mas, eu sinto que estou melhor, que faço mais qualquer coisa e veja, eu já mexo este dedo... Já consigo puxar o patim da cadeira, coisas que eu não conseguia à uns tempos atrás... Já consigo fazer mais coisas mas, isso demora tempo, eu sei que vai demorar muito tempo! Não é de um dia para o outro. Eu tenho de continuar com a fisioterapia (247)</p> <p>E3</p> <p>NC-No início ficou com a esposa a ouvir falar sobre a alimentação e fez muitas perguntas no sentido de conhecer o que fazia bem ou mal, ao problema dele.</p> <p>P-É importante eu saber isto... É por causa disto que eu estou aqui... Não quero que me volte a acontecer... (265)</p> <p>NC-Preocupa-se muito com o que come e continua a fazer muitas perguntas sobre a alimentação porque quer controlar as tensões ao máximo (303)</p> <p>P-Se ele fizer o polivan, já tomo banho sozinho... posso fazer as coisas sozinho... já não dependo da minha mulher... (369)</p> <p>E4</p> <p>P-Perguntei se me ia mandar embora, fazer fisioterapia para uma clínica e ele disse que não... Eu não queria sair de lá... Eu pedi a uma médica que ia à minha oficina arranjar o carro para ficar a fazer fisioterapia no hospital... Ela é que é a directora do serviço... (448)</p>
			P2	<p>E5</p> <p>P-Eu até queria que a minha filha telefonasse para o consultório do Dr. que me operou, a ver se me dava algum remédio para urinar... (549)</p> <p>P-e eu estava a ver se ela telefonava a ver se dava algum remédio... não sei se ele sem consultar podia dar. (553)</p> <p>P-De qualquer maneira eu gostava que ela telefonasse para o operador, assim a dizer-lhe o estado em que estou... (564)</p> <p>P-Às vezes até bebo água para ver se urino melhor, (569)</p> <p>E-I-E a confiança em si... Tem-se sentido mais confiante?</p> <p>P-Eu acho que sim... Tenho-me atirado a andar... Já é alguma coisa não é? (625)</p>
			P3	<p>E1</p> <p>P-De futuro tenho que ter mais calma... Não posso fazer tudo o que fazia antes... (27)</p> <p>P-Sei o que não devo fazer com a perna... E tenho cuidado comigo... Daqui para a frente terei que ter sempre muito cuidado... (46)</p> <p>E2</p> <p>P-O calçado já sou eu porque aqui em casa uso coisas confortáveis e fáceis de calçar... (137)</p> <p>P-E se quero ir ao frigorífico consigo, quer dizer, venho trazer as coisas aos bocados, pois com as canadianas e com as coisas na mão não é muito fácil... Mas pouso aqui... Depois pouso ali... Até que chego ao fim... (199)</p> <p>E3</p> <p>P-Tenho que andar com elas, até ver... Como disse tenho que ir buscar as coisas e depois pôr aqui e acolá, até que chegue ao fim... (214)</p> <p>P-Para o futuro também tenho de me acalmar...Acho que tenho de estar mais calma porque a idade também pesa. Já são 62 anos e eu já não posso estar a fazer o que fazia antes... (272)</p> <p>P-Entretenho-me a fazer o meu almoço que ele não vem almoçar e passo o dia à espera que ele chegue... Leio... Faço qualquer coisa para passar o tempo e está resolvido... (281)</p>

COPING	Coping Centrado no Problema	Resolução Planeada de Problemas	P4	E2	<p>P-Mas eu vou pôr ali um polivan e vou pôr dois suportes ao lado da sanita... PC-Que é para ele se poder apoiar ao levantar... Para ele ou para mim mais tarde... (455)</p> <p>P-A cadeira está aí mas só a usam os bombeiros quando vou para a hemodiálise... Pode ser usada mais vezes... Até começar a doer... Eu vou fazer os possíveis (recomeça a chorar)... (658)</p> <p>P-Eu vou trocar o colchão que tenho lá dentro para aqui, porque este está visto que eu não posso dormir nele... Porque este é de molas e aquele é mesmo ortopédico... Aquilo parece quase uma tábua... E eu vou pedir ao meu filho a ver se ele o troca... E eu depois começando a dormir em condições tenho outra disposição durante o dia... E vamos a ver... (668)</p> <p>P-Eu, por exemplo, quando for tomar banho posso lavar a cabeça, os ouvidos, os dentes... Isso posso ser eu que faço... (679)</p> <p>P-Eu sinto as minhas nádegas enfiadas nas molas do colchão e tenho dores... PC-Aquele é ortopédico e comprei-o para mim há quase 40 anos, numa fábrica, e está completamente novo... P-O melhor é trocarmos isso e fazer essa experiência... (730)</p> <p>P-São 3 coisas... É andar, comer e pensar sempre em fazer as coisas que conseguir fazer sozinho... (763)</p>
				E3	<p>PC-A semana passada depois do Sr. Ter estado aqui, ele parecia outro... Quis ir à mesa, foi à casa de banho a andar... Comeu com os talheres... (778)</p>
				E4	<p>P-E tenho ido à casa de banho com a minha mulher... (801)</p> <p>PC-Ele anteontem não estava bem e elas deram-lhe banho na cama, mas ontem – "Não... Eu quero ir ao quarto de banho..."- E na brincadeira com elas, lá foi... (913)</p>
			P5	E1	<p>P-Tenho de comer com a esquerda, não é, e os movimentos que faço são todos desconectados... (27)</p> <p>P-Agora já tento colaborar pois já me esfrego e essas coisas todas. (31)</p> <p>P-Agora veio um cadeirão porque dei conta que o nosso, que agora está ali no outro quarto, era péssimo. Era bom para estarmos sem ser doentes mas mau para este estado... (35)</p> <p>P-Lavar os dentes é que faço, depois das refeições, trazem-me aqui a bacia e eu sentada lavo-os aí sobre a bacia...</p> <p>P-ontem procurei lavar, procurei esfregar, procurei ir também, não é... (44)</p> <p>P-Vou apoiada nela e ela ajuda-me, porque eu tenho que andar bastante para recuperar... (63)</p> <p>P-só me resta tentar andar mais para ver se o corpo se adapta. (98)</p> <p>P-não tentei foi com a leitura... Vou começar a tentar porque, evidentemente, eu gostava muito de ler... (230)</p> <p>P-Vou ver se compro o Canto e a Rosa, que estou curiosa, e então vou ver se ainda consigo ter a mesma coordenação, o mesmo interesse que tinha antes... (238)</p> <p>P-É o que eu hoje interiorizei... Vou tentar fazer mais... Sair do cadeirão... Andar... (244)</p> <p>P-já poderei ir às gavetas, pelo menos com alguém tirar as coisas... (271)</p>
				E2	<p>P-Ainda ontem, estive ali a manhã toda a dirigir a arrumação do quarto que estava cheio de trapalhadas, não é, e eu fui buscar a empregada e dizia-lhe faça assim, faça assado... Pronto dirigi aquilo tudo... lá mudando de sítio e lá vendo, porque é necessário arrumar mais esta casa não é... Está muito cheia... (301)</p> <p>E-I-Utilizar os talheres, como faz?</p> <p>P-Procuo utilizar... Mal ou bem procuro utilizar... Assim, com estes dois dedos, pronto e lá como... (355)</p> <p>P-Às vezes querem-me arranjar o peixe mas eu prefiro ir tentando... (358)</p> <p>P-Mas eu já disse que tenho de começar eu a tentar limpar-me... O que é para isso, acho que tenho de deixar os pijamas porque se vestir camisa de dormir acho que é mais fácil... (454)</p> <p>P-Tenho de começar a dizer às pessoas que me levantam para me porem uma cadeira para tentar... (471)</p> <p>P-Vou então esta semana começar a tentar levantar-me, e peço para que me ponham uma cadeira ao lado da cama para me sentar de seguida... (480)</p>
				E3	<p>E-I-Quando as pernas forem ao sítio vai ver que o rubor vai desaparecer por ele... P-Pois... Para isso já sei... Levanto as pernas aqui (sofá), para isso tenho esta almofadinha... Tenho também outra no quarto que é para o inchaço desaparecer... No cadeirão também levanto... (602)</p> <p>P-Como eu queria estar direita, descobri uma cadeira que fica ao mesmo nível do cadeirão e estendo-me ali... (614)</p> <p>P-Agora assinei com letra de 4º classe, que só dá com estes 2 dedos, de maneira que lá tentei e pronto, lá vou assinando... 663)</p> <p>P-Hoje andei... Mexer um pouco as pernas... Porque pensei, bem vou as mexendo... (670)</p> <p>P-Está a ver? O tubo do oxigénio é este... De certeza que é diferente dos de lá (hospital)... Eu até já mandei lava-lo, por isso é que ele tem gotas de água dentro. (854)</p> <p>P-Pois eu também pensei melhor e acho que vou experimentar sem colchão... Até porque eu uso-o apenas para dormir... (876)</p>
				E4	<p>P-Fiz a lista que é para depois poder dizer as coisas todas para não me esquecer... (984)</p> <p>P-Ora no banho [...] tenho procurado fazer menos, porque tenho-me poupado para depois poder andar aqui... E assim aproveito a ajuda que tenho e depois guardo as forças para me movimentar... (996)</p> <p>P-O colchão de baixo é muito duro... Não resultou, voltamos a pôr... Depois pusemos um edredão naquela parte que afundava mais por baixo do lençol [...] lá tenho tentado estar... (1016)</p> <p>P-vou lanchar mas vou comer aquele peixe... Já estava assado, não é, e comi... O que é era horrível... Estar a comer aquilo com o pão só e beber pouca água... E então resolvi juntar uma coisa que deixei de gostar mas, que foi compota... E não é que resultou! Aquilo ajudou [...] Juntei a compota, que eu tenho deixado, e ontem com o peixe, fui juntando um bocadinho altermado, e pronto, lá comi o peixe todo... Pelo menos comi a proteína do peixe para dar para todo o dia, não é... (1104)</p> <p>P-Insisti ao lanche para acabar o peixe, para pelo menos saber que comi um peixe... (1116)</p> <p>P-Lá convenci a F (empregada) a ficar, que não foi fácil... Pedi à minha nora se não se importava e fazia o horário só de tarde e estamos aqui a ver... (1218)</p>

	Coping Centrado no Problema	Resolução Planeada de Problemas	E5	<p>E-I-Agora neste momento um creme hidratante já não era má ideia, porque os edemas desapareceram e ficou com a pele toda seca...</p> <p>P-Ora ainda bem que disse isso, porque eu pus... Estou a pôr este, mas este é muito pastoso e hoje comprei nêvea para começar a pôr... Portanto a perna ali descascou e começou a criar essas peles... (1238)</p> <p>P-Tenho andado. Procuo andar de manhã para não me cansar. E portanto, procuro me reservar, não é. (1261)</p> <p>P-É... Consigo comer poucas quantidades... Como 4 a 6 vezes por dia...</p> <p>E-I-Mas come dessa forma porque é a melhor forma de comer ou não tem apetite?</p> <p>P-A maior parte das vezes é porque não tenho apetite. Tenho comido pouco, não aguento com muita comida, e então faço assim. (1264)</p> <p>P-Portanto, eu já era capaz de me sentar na cadeira e conseguir lavar as pernas para tomar banho sozinha. Eu só não faço porque, primeiro sei que não posso fazer esforços, não é, tenho de ter forças para o resto do dia... (1380)</p> <p>P-Como... Como pouquinho e depois como mais logo quando tiver mais apetite... Fico com mais fome e pronto, acabo por comer melhor... (1477)</p>
	Coping Centrado nas Emoções	Aceitação da Responsabilidade	<p>E2</p> <p>P-Esta noite dormi sobre o lado afectado. Eu sei que não devo mas acabei por dormir...e não vou voltar a fazer (182)</p> <p>P-Destrui tudo o que sabia em termos de andar de um momento para o outro, não posso esperar em duas semanas estar já a andar – Tentativa de compensar as suas perdas centrando-se nas emoções. (204)</p> <p>E3</p> <p>P-É importante eu saber isto... É por causa disto que eu estou aqui... Não quero que me volte a acontecer... (267)</p> <p>NC-Foi por causa das tensões e do colesterol que eu fiquei neste estado... Isso eu não quero mais... (295)</p> <p>P-já sou eu que vai desligar a televisão à minha mulher, que ela deita-se na cama e dorme que nem uma pedra... tenho de poupar a minha mulher que ela está muito cansada, ela também não pode... (371)</p> <p>E4</p> <p>P-Eu tenho que fazer as coisas e ajudar a minha mulher que é uma lutadora... Aruma isto tudo... Faz as coisas que lhe pedem... Está sempre preocupada comigo... E eu tenho que a ajudar cada vez mais... (406)</p> <p>P-Eu nem sempre fui o melhor marido do mundo... Tive algumas fraquezas... Sabe como é... Sou homem... Mas esta casa eu comprei para a minha mulher... Queria que ela fosse feliz aqui... E agora estou assim... (437)?</p> <p>E5</p> <p>P-Refere que fez análises e pergunta se o colesterol e os triglicéridos estão bem – "Foi por causa disso que eu estou aqui... E agora que modifiquei a dieta quero ver se eles continuam bem..." (512)</p> <p>E1</p> <p>P- Agora vou ficar assim com esta perna... Vão ser precisos mais cuidados, não é!? Apesar de tudo, a vida é assim... Assim aprendo e não faço mais do que o que posso fazer, no futuro... (66)</p> <p>E3</p> <p>P-Era uma mulher muito activa (diz a sorrir)... Por isso é que me aconteceu isto também... Agora tenho que ter um pouco mais de calma... Também tenho de estar quieta porque não posso... (268)</p> <p>P3</p> <p>P-Não posso fazer mais coisas que depois me possa arrepender... Acho que vou acalmar (sorrir)... (274)</p> <p>P-Claro... Tenho muito cuidado com esta perna, e não arrisco em colocar-me em situações em que possa cair... Não quero ter que voltar para o hospital... (302)</p> <p>E4</p> <p>P-Quer dizer... A única coisa é que se calhar agora estou mais preocupada comigo para que não me aconteça nada. Não quero ter que ir a correr para o hospital, não é! (315)</p> <p>P-Estou mais preocupada... Porque era mais "despassarada"... Era mais movimentada... Mexia-me muito bem... E agora tenho mais medo de que me aconteça algo... (315)</p> <p>E1</p> <p>P-Quantas vezes estou aqui deitado e peço ao meu filho, não é para arrastar, é para rebolar para o outro lado... Às vezes à minha mulher... Vou tentar sozinho... (364)</p> <p>P4</p> <p>E2</p> <p>E-I-Agora que já viu que foi um mal entendido... Vamos ter direito ao Sr. M de volta?</p> <p>P-Sim...</p> <p>E-I-Vai-se esforçar para comer, fazer as coisas que consegue fazer sozinho... Ir à mesa comer com a sua nora e o seu filho?</p> <p>P-Vou... (651)</p> <p>E-I-Mergulhado em pensamentos de que já não vale a pena lutar...</p> <p>P-É aquilo que tem estado metido dentro da minha cabeça... Era isso... Vamos a ver agora daqui para a frente... Não posso garantir... Só posso prometer que vou tentar fazer... E depois para a próxima, ver se eu já fiz mais qualquer coisa... Vamos a ver... Oxalá eu consiga fazer tudo isso... (682)</p> <p>E1</p> <p>P-Agora realmente eu também vou comendo pouco e queria ver se tentava comer um pouco mais... (45)</p> <p>P-Tenho de fazer tentativas a ver se como mais... (448)</p> <p>P-Se estou a tentar tanta coisa, tenho que tentar as coisas que tenho de usar sempre, não é? (455)</p> <p>E2</p> <p>P-É... É isso... Tenho de começar a vencer essas coisas também... (474)</p> <p>P-É... Tenho que tentar essas pequenas coisas também... (477)</p> <p>P-Não me tenho virado... Tenho de começar a tentar fazer mais... (488)</p> <p>E3</p> <p>E-I-É, mas este é igual ao do hospital...</p> <p>P-Então é sisma minha, não é? (861)</p> <p>E4</p> <p>P-E mesmo o meu Bé anda todo desanimado... Enfim... Depois eu fico baralhada, não é... Vejo os meus filhos... Como é que eu posso andar... Enfim, sabe como é? (1064)</p> <p>P-o outro neto, como nós tínhamos uma vida cheia os dois, ele então tem a vivência disso e custa-lhe ver assim... Eu compreendo... Esta dependência que tem a minha avó... Ele deve sentir... (1130)</p> <p>P-outro dia fizeram frango assado normal e eu comi com uma vontade... Depois até me fez mal porque tinha muita gordura... (1120)</p> <p>P-Portanto eu como muito pouco. (1262)</p> <p>E5</p> <p>P-(...) respeito o que eu tenho e sei quem sou para as pessoas, não é...</p> <p>E-I-Ainda não está suficientemente bem consigo para rever as pessoas?</p> <p>P-Não... (1422)</p> <p>P-Embora claro o problema aqui... E porque me alimento muito pouco... (1472)</p>	

COPING	Coping Centrado nas Emoções	Autocontrolo	P1	E1	Quando estou muito tempo a pensar nisto, fico irritado, revoltado, sou uma pessoa revoltada... Mas eu não o posso ser para a minha esposa, não o posso ser para ninguém... E por isso choro... A minha esposa diz – Não chores, Não chores! – O que queres que eu faça!? (131)
				E2	P-O nosso corpo é como um carro... Quando o cérebro falha (a parte eléctrica), nada funciona... É preciso ir à máquina... (161)
					P-Não estou a lamentar-me. Nunca fui pessoa de lamentações... Estou há duas semanas nisto... Não sei o que esperar... (203)
					P-Agora vou a uma junta médica, vou ter um subsídio que vai servir para ajudar a pagar, mas o que é certo é que estou sempre a pensar nisto. (236)
			E4	Eu já me capacitei que não vou poder andar como dantes e se eu poder andar com uma bengala ou canadiana, para mim será muito importante para poder passear... Voltar a fazer coisas que fazia antes e que agora não posso de cadeira de rodas. (396)?	
				Eu não posso pensar que sou um inválido... se algum dia pensar que sou um inválido eu dou um tiro na cabeça... (404)	
				Se me disserem que eu vou ser um inválido para a vida toda eu mato-me... (408)	
				Eu tenho que ter esperança que vou melhorar... (475)	
			P2	E1	P-Estou para aqui deitado, não é!? A doença apareceu... Não há nada a fazer... Temos que aguentar... (73)
				E2	P-A minha vida agora é isto... A doença é o pior... (194)
				E3	P-Vou indo... Graças a Deus... (disse olhando para o entrevistador como que a dizer - Agora é isto... Não posso esperar mais...) (211)
				E5	P-Isto apareceu agora não há nada a fazer... Temos que viver com o que nos aparece... (314)
		P3	E1	P-Mas sei que se cumprir à risca com as indicações vou poder recuperar e farei a minha vida... (71)	
			E3	P-Eu sei que esta semana eu não vou ter o meu marido, mas também eu já estou em casa há 3 semanas, não é? Por isso é que ele vai... (282)	
				P-Prontos... Mas agora eu também já estou... Já não estou como na primeira semana, não é?! Ele agora já pode ir que se for preciso tenho cá o meu filho... (285)	
			E4	P-Agora começo a melhorar e as coisas estão a ir... Ainda não estão no normal, mas estão a ir ao sítio... Não estou aleijada... Não estou... Está tudo a correr bem... (310)	
		P4	E2	P- Mas depois comecei a mexer com ela e foi ao sítio... É uma questão de andar... É uma questão de andar, tudo... (721)	
		P5	E1	P-Apesar de já ter esta idade toda, sei lá, às vezes parecia na actividade uma jovem, portanto uma pessoa assim, já se sabe, não é, é natural que sintas isto (59)	
				P-Agora procurei acalmar e retomar aquela parte em que fui... Porque acho que ainda é o melhor... (177)	
			E2	P-O que mais queria era ficar relativamente independente... Até já não me importo de ficar assim com a mão... Começar a trabalhar bastante... Desde que possa andar e assim... (219)	
				P-Mas acho que seria bom experimentar... São ideias que também me ajudam, a andar... (520)	
			E4	P-Eu já aceito comer, prontos com restrições, mas comer por mim... Já aceito isso... (531)	
		Reavaliação Positiva	P1	E1	P-Caí e fiquei muito assustado... Mas, desenrasquei-me sozinho! (Disse-o como se afirmasse que, apesar de ter corrido mal, conseguiu provar que ainda conseguia resolver os problemas sozinho) Quando a minha esposa me viu já eu estava sentado no chão! (89)
				E2	P-eu já tenho capacidade para me lavar... Mas é ela que faz tudo! (177)
E5	P-A relação com a família está melhor... A minha filha sentiu muito isto que aconteceu comigo e tem-me apoiado no que é necessário. (212)				
P2	E3		P-Graças a Deus, acho que vou indo... (289)		
			P-Pelo menos vou indo... (315)		
	E5		P-Vamos lá ver... Vamos lá ver... Estou a conseguir não estou? (446)		
P3	E1		P-Mas ela diz que eu para o que estava melhorei muito. (503)		
			P-Eu acho que também melhorei... Eu não sei bem como estava e tal, mas acho que já estive muito pior... (olha para o entrevistador com um sorriso expectante à espera da sua anuência) (505)		
			P-Era... Agora graças a Deus, acho que vou indo... (511)		
			P-Estou melhor... Estar melhor já é ganhar, não é... (604)		
			P-Vai-se indo, faz-se o que Deus mandar... Fazendo alguma coisa a ver se vou melhorando. (606)		
			P-Tenho-me atirado a andar... Já é alguma coisa não é? Até aqui não andava nada... Por isso... Vai-se indo... (625)		

COPING	Coping Centrado nas Emoções	Reavaliação Positiva	P3	E4	I-E-E o que ganhou por ter passado por isto? P-Talvez mais consciência para o perigo... Para que não me aconteça mais nada assim... (318)	
			P4	E1	PC- Agora já se vai virando porque antes não conseguia... Mas eu dou uma ajuda... P-Antes não virava... Rebolava por causa das dores... Agora já me consigo virar... (191)	
				E4	P-As duas outras etapas que me falou estão cumpridas... Agora estas, estão assim neste ponto... (973) E-I-Tem tentado andar mais um pouco... P-Ir à casa de banho... Ontem fui com as senhoras ao chuveiro... (977)	
			P5	E1	P-O Sr. (fisioterapeuta contratado) diz que até com um "apoiozinho" eu já conseguiria sozinha. (106) P-porque eu se calhar vim porque ainda tinha qualquer coisa para compor e vim desta maneira... (169) P-Abotoar consigo às vezes muito bem... No outro dia estava a fazer não sei o quê e acho que alguém se admirou... Disse -"Muito bem" - acho que era ele (marido). (348)	
				E2	P-Eu hoje de manhã consegui, andar uns largos espaços já, sem ser encostada à grade, com equilíbrio não é... Foi uma coisa assim... (540) P-Eu espanto-me muito... Porque é que eu sobrevivi?! Uma coisa que a mim me espanta... É isso... (694)	
				E3	P-Os meus netos estavam sequiosos para me ver... Vêm cá de vez em quando, não é... Hoje o meu neto até me telefonou do colégio como fazia antigamente... A mãe disse -"Porque é que ele fez isso?" - olha, se calhar teve saudades de fazer o que fazia muitas vezes... (728) P-Pelo menos agora consigo fazer isso... Pronto... (810)	
			P5	E4	P-Pois... Hoje já me instalei aqui (sofá) sozinha... Nem sei como é que eu consegui fazer isto... (966) P-Também já me levantei daqui... Disse assim -"Boa, estou pasmada!". (970) P-Agora estes 2 (1º e 2º dedos) coitadinhos... Eles conseguem comer, escrever... (1005) P-Pois... Ainda há certas coisas que até fiquei pasmada... Estou a fazer certas coisas... Eu levantei-me dali (sofá)! Como é que eu me levantei? Custou-me um bocado e tal, mas lá fui... (1034)	
					P-Agora claro, não sei se irei aguentar... Há-de ser o que Deus quiser... (1321)	
				E5	P-A bíblia não o dizia inteiramente aquilo que vivemos e que eu gostava que fosse verdade. Que Deus pudesse conversar e ouvir, e eu estar com ele... (1358) P-Agora que a minha vida volta à normalidade, como é que hei-de dizer!? Não é aceitar bem tudo, mas atenção que há um ser que se interessa por nós, mas não é como imaginávamos antes. Aliás já venho a interpretar todas as leituras, dos livros que se lêem, no fundo é tudo uma evolução (1362) P-Modificou-me... Quer dizem há coisas que eram importantes para mim e já não são... Portanto, já não me importo com as coisas... Gosto de ver tudo simples, mandei coisas que disse, façam o que quiserem, quer dizer, estou pouco ralada com isso... E portanto há certas coisas de que me libertei... (1368) P-Mas essas coisas materiais agora não me dizem nada... (1373)	
					P1	E3
		E4			P-Fui à consulta com o médico e ele disse-me... dessa mão você não vai mexer mais e eu perguntei ao fisioterapeuta... porque é que o médico foi assim tão cruel comigo... (443)	
		E1			P-E-I-Não tem comido mais nada? E comida sem ser líquida? P-Eu gosto de sopa... Agora só estou na cama... (87)	
					E3	P-Na maré estou bem assim... Eu já antes tinha problemas... Agora não me mexo... Estou bem assim... (263) NC-Pediu-se para que tentasse mobilizar a cadeira de banho com a mão direita ao que me respondeu... P-Eu assim não consigo... Elas estão cá e empurram... (276) P-Eu não consigo comer na cama... Assim é mais fácil (disse isto como se agora isso fosse uma tarefa que já não lhe cabia a ele fazer)... (300)
		P2	E4	P-Não... São elas que me vestem e que tratam de tudo (sente que aquilo já não é da sua obrigação)... (368) E-I-E abotoar a roupa... Porque não o faz? P-Se calhar não consigo... Isso a minha filha faz... (373) P-Acho que não... São elas que me arranjam na cama para dormir e que me levantam... São elas que me põem em condições (é para isso que as filhas lá estão)... (381) E-I-Vai experimentar fazer isto? P-Tem que falar com elas... Elas é que me levantam... (387)		
				P-Acho que estou bem assim na maré... Na maré acho que não... Ainda não me consigo mexer bem... A fralda é mais confortável... E-I-Mas não consegue aguentar a urina até que chegue o urinol... P-Acho que não... Com a fralda eu posso estar à vontade... Eu já antes tinha problemas... (400) P-Na maré estou bem assim... Quando me mexer melhor depois eu farei isso... (408) P-É conforme a maré... Uns dias elas lavam-me na cama, outras vezes vou lá... Elas é que sabem. (409) P-A vestir é com elas (é tarefa das filhas, não dele)... Elas é que me vestem... E-I-(...) E o que é que não consegue fazer!? Tudo ou só algumas coisas? P-Alguma coisa, decerto... (fica calado) (464)		
		P3	E1	E-I-Se o sr tentasse vestir-se sozinho acha que não ia conseguir? P-Eu acho que não... Ainda não dobro assim os dedos e tal... (aponta para o lado parético com um olhar de algum desânimo) (468) E-I-Mas antes fazia... Porque não tenta agora? P-Quando puder andar melhor... (529) P-Tomo à noite e de manhã... Mas ela (filha) é que sabe... (561)		
				E3	P-Se preciso de andar alguém tem que me trazer as canadianas... Mas para isso tenho o marido... (11) I-Porque não administra a Sra. a injeção (heparina de baixo peso molecular, via subcutânea)? Quer aprender? P-Não preciso... Tenho o Centro de Saúde perto... Eu não gosto de injeções... E a enfermeira sempre sabe o que está a fazer... (53) P-Quer dizer... A perna às vezes está assim um bocadito presa e eu não sei se é normal... Sei lá... Acho que será... Esqueci-me de dizer ao médico... Na próxima consulta vou-lhe perguntar... (249)	

COPING	Coping Centrado nas Emoções	Distanciamento	P4	E1	<p>E-I-dentro da banheira, sentado, após o ajudarem a subir para lá, acha que consegue tomar banho sozinho? P-Não... Não... Não... Porque me dói isto aqui na coluna... E isto na coluna depois mexe com tudo... Ao mexer com o pé é umas dores horríveis, ainda para mais fiz uma biopsia aqui (região lombar) ... Ainda pior ficou... (35)</p> <p>E-I-Vou-lhe então fazer algumas perguntas e vai-me dizer o que consegue fazer sozinho... Recolher os objectos necessários para o banho? M- Não porque estão longe... Não consigo ir buscar... (43)</p> <p>P-Não percebo porque é que não tenho apetite... E é essa uma das razões que me leva a não comer... (80)</p> <p>E-I-E porque não faz o Sr. agora? P-Porque não posso... Tenho dificuldade em ir lá ao WC... Tenho dificuldade em segurar-me em pé... Têm de estar uma ou duas pessoas a segurar em mim para eu não cair... (110)</p> <p>P-Vem a Cruz Vermelha, dá-me banho e depois vestem-me o pijama... Isso já é a Cruz Vermelha que tem esse papel... (179)</p> <p>P-Ainda não me servi dela... Para ir à casa de banho, é tão apertado e é tão pertinho que leva mais tempo a sentar-me na cadeira de rodas do que a ir à casa de banho... (195)</p>	
				E2	<p>E-I-Lá, no hospital, vi que estava sentado na mesa a comer! P-Mas é que lá (hemodíalise) vou agarrado... As senhoras levam-me até uma mesinha redonda que têm... E-I-E aqui podia ir agarrado até à mesa... P-Mas tem uma coisa... Tem uma mão, tem duas... É o dobro da distância e a outra não tenho onde me apoiar... (477)</p> <p>P-E aonde é que eu tenho a mesinha para comer? Eu não gosto de estar aqui virado na cama a comer (757)</p>	
				E4	<p>E-I-Bom dia... Como foi esta semana? P-A primeira etapa queria cumprir... As outras duas não porque comecei a piorar... (832)</p> <p>E-I-O que eu quero agora é que se lembre como virava normalmente... P-Mas antigamente não tinha dores e agora tenho... E-I-Mas se eu ajudar vai-lhe doer na mesma, segundo diz... P-Pois vai... Mas é que eu não tenho forças... (931)</p> <p>P-Está mas não vai ser hoje... Ainda não é hoje... Vou é quando estiver na cama sozinho vou começar a fazer isso... Porque, tiro trabalho à minha mulher... (1014)</p>	
				E1	<p>E-I-Porque acha que não vai poder? P-Não sei, se calhar nem quero estar a pensar... Parece-me tão difícil... (195)</p>	
				E2	<p>P-Eu antes pintava o cabelo, mas agora... E-I-Está a dizer-me que o não fazer tem haver com o facto de agora não ter interesse e não pelo facto de não conseguir? P-Não... Estou tanto tempo deitada que aquilo agora é lavar e mais nada... (373)</p> <p>E-I-E porque não tentou ainda? P-Como estou cansada, não posso dar-lhe neste momento a atenção que precisa... (402)</p>	
				E3	<p>P-Há outras pessoas que querem falar mas eu tenho dito que não... E-I-Porque não? P-Ando numa altura muito cansada... (754)</p>	
			P5	E5	<p>P-Só agora é que eu dou valor a tudo aquilo... Se eu pudesse ter o apoio que aqui tenho, dos hospitais públicos, eu lá estava muito bem... Porque lá o ar é puro, aqui é horrível... As janelas limpam-se e ficam logo todas sujas... mas pronto, não vale a pena pensar no impossível... (796)</p> <p>P-E pronto o esquema é este. Interiormente procuro arranjar forças, não é. E-I-E onde é que arranja essas forças? P-Onde é que arranja essas forças!? Essas forças acho que, já estão em nós próprios... Queiramos ou não queiramos... E procuro afastar os pensamentos, que agora a minha preocupação é esta... (1312)</p> <p>P-É... Eu já evitava quando tirei a vesícula, o Dr. Começou a dizer, e não sei quê... "Chiu" agora não me diga, quem não ouvir não complica. E portanto, todas as porcaria que eu tomei, eu já não gostava de antibióticos porque sabia que me faziam muito mal, portanto evitava tudo o que era antibióticos e medicamentos complicados, eu não os tomava. (1317)</p> <p>P-Quando é que a gente lá vai e tal... Está a pensar nisso e eu gostava de estar lá... Há que aproveitar... E sou capaz de pensar nisso. Também como lá está mais calor, se calhar não é o melhor... (1403)</p> <p>E-I-E a senhora gostaria de os receber cá? P-Talvez não... Cansava-me muito... Eu ainda não deixei os pais da minha nora da Póvoa virem cá... (1420)</p>	
				E2	<p>NC-recusa-se determinadamente a abdicar de tudo aquilo que representa bem-estar para a família e que agora necessita de ser alterado pelo simples facto de estar naquela situação. – "Oh mulher... Põem os tapetes de novo no chão... Isto assim fica muito frio com a tijoleira a ver-se!" (151)</p>	
				P1	E4	<p>NC-Ele faz questão de manter ao máximo as coisas tal como eram dantes. Tudo o que representa modificação de comportamentos anteriores ele tem dificuldade em aceitar (190)</p> <p>P-Tenho pensado muito em ir para um lar para não chatear a minha família... e assim ninguém se preocupa comigo e a minha esposa também não tem que fazer este trabalho todo". (386)</p> <p>P-Custa-me muito estar aqui preso... Não quero ir de cadeira de rodas lá para baixo porque vêm todos ter comigo. "Coitadinho... Coitadinho... Coitadinho do Sr F...". (389)</p> <p>P-Eu gostava de ir passear lá fora mas, não quero a cadeira... Não é por vergonha mas, não quero a cadeira... (465)</p>
					E3	<p>P-O que eu queria era andar... Ser livre outra vez para poder ir para onde quero... (311)</p>
				P2	E5	<p>P-Pensamentos... Pensamentos de andar por aí... Dar aí umas voltas e ver o que se passa por aí... (595)</p> <p>P-O que eu mais queria era dar assim uma volta, ir até lá fora... (596)</p>

COPING	Coping Centrado nas Emoções	Fuga- Evitamento	E1	<p>E-I-Lavar-se já me disse que eram as senhoras da Cruz Vermelha porque tem dores e não se consegue baixar para lavar a parte inferior do corpo... Mas a parte superior... É o Sr. que lava? Consegue lavar?</p> <p>P-Consigo... Mas como estão cá as senhoras lavam tudo que é mais rápido... (57)</p> <p>P- Ela (esposa) põem-me a roupa aqui e veste-me as calças... O casaco visto eu...</p> <p>PC-Em antes de ir para o hospital... Depois disso nunca mais se vestiu... É sempre o pijama... Antes ele vestia para cima e eu vestia para baixo... Agora nunca mais se vestiu...</p> <p>P-Agora a parte de cima eu consigo vestir... A parte de baixo nem tocar consigo... (67)</p> <p>E-I-Para se alimentar... Precisa de alguma ajuda?</p> <p>P-Acho que não... A minha mulher e o meu filho, às vezes vêm aí e ajudam-me para eu comer tudo... É só uma questão de quantidades... (76)</p> <p>P-É o meu filho também... As dos pés eu não consigo me aninhar... As das mãos consigo...</p> <p>PC-Mas foi a tua cunhada que te as cortou lá no hospital...</p> <p>P-Foi mas as da mão consigo porque não tenho que me abaixar... As da pé é que não...</p> <p>E-I-Arranjar-se? Lavar as mãos, orelhas, cara, dentes?</p> <p>P-Iso consigo fazer sozinho... Os dentes é com tantum porque eu uso próteses e então lavo com tantum...</p> <p>PC-Eu tiro-as e lavo-as e só no outro dia de manhã é que as ponho...</p> <p>E-I-Mas é o Sr. ou a sua esposa que fazem isso?</p> <p>PC- Antigamente era ele que fazia tudo agora sou eu...(100)</p> <p>E-I-Nesse dia o Sr. M vai para o banho e eu ajudo-o...</p> <p>P-Só faço aquilo que puder fazer... (382)</p>								
				E2	<p>P-Ah, mas eu no banho não tenho dificuldades... As dificuldades é ao levantar a perna para pô-la dentro da banheira, mas elas ao subir, uma põem lá dentro... (452)</p> <p>E-I-Porquê? Não consegue comer sozinho com os talheres?</p> <p>P-Consigo... Mas sabe que não tenho onde me apoiar... Sento-me na cama e as dores nas costas são horríveis... Lá no hospital tinha aquelas mesinhas de cabeceira extensíveis... Aí eu sentava-me e debruçava-me sobre a mesa que tinha apoio... Aqui não tenho... (470)</p> <p>E-I-E quando eles comem cá porque não vai à mesa?</p> <p>P-Já fui uma ocasião...</p> <p>PC-Foi uma vez... Mas estava afrontado e... Foi até nos anos da minha nora... Ela quis que o trouxessem à mesa que ela fez anos e trouxe a mãe e a avó, e ele lá foi na cadeirinha de rodas só para cantar parabéns a você e... "Já não estou bem... E vou para a cama..." (490)</p> <p>PC-Às vezes o que me vale é o meu filho que diz –"Oh Zé... Tens de comer... Tens de comer..." "Aí vem outro" – Diz ele – "Vens tu, vem o Pápa, venha o filho, venha quem vier, eu não quero mais nada". (504)</p> <p>P-Ah! Não, o meu filho leva-me... Leva-me até à casa de banho, leva-me até à sala mas... (607)</p> <p>P-Neste momento o que me podia fazer livre era andar... Se eu andasse, fazia muita coisa... (716)</p>							
					E3	<p>E-I-Está a ouvir a sua esposa? Já viu a alegria que dá aos outros quando faz as coisas sozinho?</p> <p>P-Eu concordo com isso, mas também é preciso ver o sacrifício que o outro faz... (782)</p> <p>P-Não... Hoje, não... Preciso de descansar... Já tomei os comprimidos para as dores e preciso de dormir... (816)</p>						
						E4	<p>PC-Hoje para ir ao quarto de banho, foi na cadeira, e eu digo –"Vamos dar aqui uma volta à sala na cadeirinha?" "Não... Não... Não... Já me está a doer as costas... Leva-me para a cama..." (897)</p> <p>P-Para a próxima talvez eu já consiga fazer esse exercício... (1030)</p>					
							E1	<p>E-I-Disse estudar com eles... E agora não consegue?</p> <p>P-Ainda nem tentei... Agora nunca mais aguentei... Prontos, procuro descansar... E era formidável... (190)</p> <p>P-Claro que eu ainda não tinha entrado nessas andanças porque acabei de regressar a casa e sinto-me cansada, não é... Foi muito tempo em coma, estou fraca e depois... Não conseguir comer... Ainda como pouquinho... Não adquiri as forças suficientes... (249)</p>				
								E2	<p>P-Às vezes também deixo estar e não me lavo totalmente, porque o que é que acontece, senão depois molho a Sra. sabe, é que deito muita água e sabe como é, sai para fora, (286)</p> <p>P-Sair lá para fora e poder ver os campos da natureza, que eu adoro a natureza... É isso [...] É poder estar na minha casa de Bragança e gozar aquele espectáculo do meu jardim... (383)</p>			
									E3	<p>P- Eu adorava estar lá, com as flores... Essas coisas todas... E portanto... Os gatos que nos deixaram... A minha filha já mos quis trazer mas eu tive receio de os ter... (697)</p> <p>P-Aquela fisioterapia, coitado do Sr., mas foi demasiado para mim... Portanto agora vou, tentando fazer, andar e fazer assim umas coisinhas para recuperar lentamente... (774)</p>		
										E4	<p>P-Mas aquela sensação da perda de tudo isto é que é horrível, não é... A primavera aí e eu aqui fechada... Quando me lembro do que fazia... Era uma maravilha... Aquele sol... Mas quê, o meu filho já veio uma vez para me levar a passear, mas eu estava tão cansada... (955)</p> <p>P-Ler ainda não... Ainda não porque quer dizer... Atravessei um período que, só de me levantar eu ficava sem poder respirar... (977)</p> <p>E-I-Para quando esse passeio com os seus filhos?</p> <p>P-Ora bem, não sei... O meu filho coitado, vem para isso [...] Portanto, vêm para isso não é... Mas vamos lá ver... Eu tenho muito medo dos Domingos... (1044)</p> <p>P-gostava de ir até à praia... Ao Domingo nem lugar para o carro deve haver... Onde há os restaurantes... Acho que é Lavadores... A primeira praia a seguir é Afurada... É aonde nós costumávamos a ir que era mais fácil... Costumávamos a ir muitas vezes...</p> <p>E-I-De qualquer maneira ali há muito estacionamento...</p> <p>P-Mas na época da praia é difícil... Não sei como é que vamos arranjar... (1055)</p> <p>P-É, eles já vieram... O Bé também já veio uma vez para me levar a passear, mas eu disse-lhe que não estava um bom dia... E depois ele estava tão cansado que eu vi-o tão cansado... E disse-lhe – Pronto, vai descansar... (1061)</p>	
											E5	<p>P-Das coisas que tenho e que me passam pela cabeça, sobretudo o que eu não queria era sofrer... Tenho horror ao sofrimento que nem sabe... E pronto, é assim como vou sentindo, como vou procurando... Seguir a vida... Levanto-me e ando um bocadinho, não muito senão fico cansada... (1453)</p>

COPING	Coping Centrado nas Emoções	Procura de Apoio Social	P1	E4	P-A comida é que é muito má... Já estou cansado de comer sempre a mesma coisa... E a mulher quer que todos comam daquilo sem sal... Assim não pode ser... Não me pode arranjar uma lista de coisas que posso ou não comer? (200)
				E5	NC-Pergunta se pode parar com a medicação durante o Natal... P-Posso parar e não tomar a medicação na noite de Natal? Gostava de poder beber um copo de vinho à refeição... (507)
			P2	E4	P-Agora não tenho a saúde que tinha... Tenho de ser acompanhado... (382)
				E5	P-Agora também já consigo deita-los para fora da cama mas de qualquer maneira também quero algum auxílio... E é assim a vida... (488)
			P3	E1	P-Neste momento não estou autónoma e não consigo nem posso fazer força... (21)
					P-Ainda não escrevi no relatório que vou deixar no hospital... Acho que esperei muito para ser operada... Eu com uma perna partida à espera de ser operada tanto tempo, não se admite... (114) Era uma mulher muito activa... Agora preciso da ajuda do meu marido para fazer as coisas... Enquanto isto não for ao sítio não posso fazer nada... (124)
				E2	I-E-E para se sentar, deitar e levantar? P-Para isso ainda preciso do meu marido... Custa-me levantar a perna e pô-la em cima da cama... (141)
					P-Para cozinhar ainda é o meu marido que eu não posso estar muito tempo de pé... (149)
					P-É mais fácil do que parece mas não dá jeito para pegar nas coisas... Por isso estou dependente dos outros... Para a semana já devo mexer-me melhor e não precisar tanto do meu marido... (158)
			E3	P-Não (ri-se)... O filho está por perto... Se for preciso ele ajuda-me... (164) P-Eu vou ter que ficar sozinho com o meu filho... O meu filho também trabalha... Quando puder dar aqui uma chegada, ele vem... No resto do dia vou tentar arranjar-me... (277)	
			P4	E1	P-Ele trabalha aqui perto e pode vir a casa ao almoço, pode vir ao meio da tarde... Se tiver que lhe ligar ele vem num instante... (286)
					P-Se eu fosse como outras pessoas que não têm ninguém, nem ajuda, ia ser muito complicado (290)
					PC-É como diz o filho... Só queres mimo... Só queres mimo... Mas eu quero é que ele coma tudo para ter forças para poder andar... P-74 anos... Não é de se querer mimos (diz a sorrir). (90)
					P-Eu agora vou lá dia 17... Estou à espera... Não sei se vou ser operado ou não... Vamos a ver se eles me resolvem isto... (126)
					E-I-E quando está lá... O resto faz sozinho? Tirar a roupa, por exemplo?
					P-É a minha mulher que faz... Eu não consigo baixar-me... Tenho dores...
					E-I-E sentar-se na sanita?
					P-Agarro-me à minha mulher e à porta da sanita para não ir de lanço e me doer...
					E-I-Para se limpar e erguer-se?
					P-É a minha mulher que faz tudo... Sem ela eu nem me consigo levantar... (173)
					E-I-Se tiver a cadeira mesmo aqui ao lado, consegue?
					P-Não... Tinha de ter ajuda... Quer dizer ajudam-me a sentar na cama... Depois põem-me a cadeira aqui à beira... Depois puxam-me com jeitinho, uma agarra de um lado, a outra a agarra do outro... E eu sento-me... (183)
				E2	P-Desde ontem que não sinto dores... Mas tem de ser 2 pessoas a ajudar que eu faço muita carga. (199)
					P-Agora o médico disse, aquele que anda sempre de barbas, diz que eu saio de lá a andar... Saio de lá a andar (frisa). Agora eu tenho que dar aqui um jeito (está a aguardar uma neurotomia dos nervos recorrentes posteriores) mas como sou hipocoagulado, vão-me dar uma anestesia e vão-me injectar uma massa qualquer, por causa do sangue... (269)
P-Às vezes nem como tudo... Começam as dores...					
PC-É... Começa a doer e ele diz - "Leva-me para a cama que já não estou bem aqui..." (328)					
P-Eu quando vou à casa de banho não posso ir sozinho... Não posso sozinho... Para a mesa não posso sozinho... Para nada eu posso sozinho... É isto que eu lhe estava a dizer... É vida... É a vida (diz isto a chorar com um ar de derrotado)... (340)					
PC-É que ele de meia em meia hora, foi isto toda a noite...					
E3	P-É que eu nem durmo nem deixo dormir... (400)				
	PC-Deus me livre... Como é que eu podia dormir... Anda, vira-me... Dá-me um jeitinho... E eu não posso...				
	P-Eu só preciso que me dêem um jeitinho... (402)				
	P-Agora continuo à espera de ir à cirurgia... (430)				
	P-O problema da cadeira é para a minha mulher, não é para mim... Ela não pode com ela... Sozinha não pode-me levar... (486)				
	P-O médico nem sequer chama... Uma vez entrou aqui um técnico para me levar a hemodiálise, e quando fui disse ele assim - "Será que o Sr. M é um homem de fé?" - Mas isso não chega... Sou um homem de fé... Eu luto (começa a chorar)... (575)				
E3	P-Eu estou à espera de ir ao ginásio, mas só depois de fazer a operação... (587)				
	P-Não sei! (disse-o de uma forma convicta e decidida) Só sei que... Eles mandaram-me assim embora o que quer dizer que eu praticamente estava arumado... (615)				
	P-Mas é que pelo menos podiam-me dar uma explicação mais cuidada às pessoas que vêm embora... (631)				
	P-Eu posso ir até à casa de banho ou até à sala, mas a minha mulher não tem capacidade de... (604)				
	P-Eu durmo... O que é não deixo dormir... Tenho que mudar de posição e sozinho não posso... (807)				

COPING	Coping Centrado nas Emoções	Procura de Apoio Social	P4	E4	<p>P-Estou mais doente. Ainda ontem disse ao médico que estava... Ele disse –“Então Sr. M, está melhor?” – “Não “soutor” estou mas é pior...” (835)</p> <p>E-I-E no hospital o que lhe disseram relativamente à operação que vai fazer para lhe tirem as dores nas costas?</p> <p>P-Nada... Já foram lá falar mas nada... Não percebo qual é a razão... (848)</p> <p>PC-Vem por ali fora –“Eu não posso mais... Eu não posso mais... Não me largues...” – E eu a ver os joelhos a dobrar... (892)</p> <p>PC-Lá o trouxe, virei a cadeira o mais que pude para a cama, que era para o tirar e sentá-lo logo na cama... “Ai que eu já não aguento... Vou ficar mesmo assim atravessado na cama...”. Toca a pegar nas pernas e na cabeça devagar e ficou atravessado... Ao meio-dia quando veio o filho ajeitou-o... (902)</p> <p>E-I-Não se consegue virar porque tem dores ou porque não tem forças?</p> <p>P-Não sei... Não tenho forças... Tenho que acordar a minha mulher para ela me virar... (910)</p> <p>P-Ajeita-me o braço (pediu à esposa para lhe posicionar o braço).</p> <p>PC-Vê... Nem o braço ele consegue sozinho...</p> <p>P-Vais-me ajudar a virar para lá... (919)</p> <p>E-I-Enquanto foi o Sr. a virar-se não teve dores... Quando são os outros a vira-lo as dores aumentam... É mais um motivo para tentar fazê-lo sozinho...</p> <p>P-Não... Assim não... Tem que ser de uma maneira que não me magoe... (989)</p> <p>PC- Ele às vezes até a mobilizar a cabeça diz que dói...</p> <p>E-I-Faça, por favor, força nas pernas...</p> <p>P-Não... Sr. A, não é isso... O meu filho puxa-me para cima de uma vez...(997)</p> <p>E-I- Onde prefere que eu ponha as mãos para o posicionar?</p> <p>P-Eu não sei... O meu filho vem aí e põem-me no sítio... Ele da maneira que pega dói menos... Eu não tenho de fazer nada... (1040)</p>
			P5	E1	<p>E-I-Consegue fazer sozinha?</p> <p>P-Sim, o que é eu não tenho feito porque elas vêem-me tão frágil que fazem tudo... (49)</p> <p>P-estou sempre a chamar, não é... (157)</p> <p>P-As que estão de apoio passam a noite praticamente nisto... (159)</p> <p>P-A parte psicológica ainda é pior... Também o doente nessa altura precisa de ter compreensão da sociedade, mas a sociedade não está preparada para isto... A sociedade está organizada para tratar... É como se estivesse a arrumar gavetas... Esta ficou bem arrumada e que fique bem arrumadinha e sem incomodar, isso é que é preciso... (202)</p> <p>P-E vós na vossa profissão... O governo tem de colaborar com meios e vós tendes de colaborar com a alma... (205)</p> <p>P-escrever isto, é o facto de alertar o governo para que deve dar apoio à saúde para que as pessoas sejam tratadas mais humanamente... (214)</p> <p>P-Devem haver muitos mais apoios para a gente que precisa... Olhe, é assim... (217)</p>
			P5	E2	<p>P-E então vou tentar isso e comecei a ouvir música relaxante que não eram capazes de me arranjar música para relaxar... Agora já me arranjaram e gosto muito porque realmente acalma... (391)</p> <p>P- (...) já disse ao meu marido –“Pega aí nos livros e estuda aí com o neto” – porque eu ainda não tentei se sou capaz de... (400)</p> <p>E-I-Do sofá para o cadeirão, por exemplo, consegue? Ou da cama para a cadeira, consegue?</p> <p>P-Eu preciso sempre de um apoio... Ainda não tentei... Acho que não tentei... (468)</p> <p>P-Deitei-me virada para a direita, depois irritei-me e achei que era melhor virar para o outro lado e pedi para me darem uma ajudinha... Acho que também é aquela necessidade de sentir uma companhia... (499)</p>
				E3	<p>P-Estava calor, não é... Depois então é que cheguei lá, chorei, chorei, chorei... Então lá me levaram para uma sala e pronto... Lá fiz as coisas... (563)</p> <p>P-Uma médica diz uma coisa o outro diz outra e eu fico baralhada... Aí eu disse, quando ele vier cá a casa vou-lhe perguntar... (600)</p> <p>P-E esse está de manhã, mas um dos meus filhos disse que também, se não quisesse acordar, poderia tomar ao almoço... Poderei? (626)</p> <p>P-E aquele é para o coração é?</p> <p>E-I-É... Essencialmente para não deixar que o coração faça demasiados esforços... É uma ajuda que ele dá...</p> <p>R- Pois... Ontem o meu filho esteve cá e depois telefonou-me da Póvoa a dizer – “Oh mãe, tem que tomar esse que é uma ajuda para o coração” – Eu vou tentar então tomar... É assim...(655)</p> <p>P-Também é difícil ter sempre pensamentos positivos com uma situação destas... (682)</p> <p>P-Realmente vale... Pelo menos vou tendo isso, não é... Mas esta dependência aborrece-me muito... E depois temos, conforme nos aturam a nós, de aturar temperamentos que não nos entendem... (732)</p> <p>P-O meu marido há muito que não pega no carro e agora tem receio... E eu precisava, realmente de sair... (790)</p> <p>P-Não durmo eu e não deixo descansar a Sra. (815)</p> <p>P-Pois... O enfermeiro prometeu que vinha cá ver mas não veio e... Pronto... (838)</p>

<p>COPING</p>	<p>Coping Centrado nas Emoções</p>	<p>Procura de Apoio Social</p>	<p>P5</p>	<p>E4</p> <p>P- Porque fui a psiquiatria, depois, havia mais pessoas, não é... Não podem estar sempre a fazer para pôr-me primeira... E depois fui à medicina interna... Depois já estava, mesmo, muito afrita porque estava ali muita gente... Depois o meu filho também estava em consultas e tive que esperar... Depois estava desesperada e ele veio para me trazer... (906)</p> <p>P- Depois na psiquiatria, quando eu entrei, tinha uma cara de réu (ri-se) ... Mas depois começou, perguntou-me o que queria, pronto... Comecei a chorar, foi o melhor... Disse-lhe as minhas queixas... (914)</p> <p>P- Agora estou a tratar de eliminar... Portanto, não sei se faço bem ou se faço mal... (934)</p> <p>P- Pois, porque já no dia 17 tenho outra vez consulta... Não sei como é que hei-de fazer... (938)</p> <p>P- É... Tentar dar uma voltinha... Porque o P já vem para isso de Bragança e eu vou ter de ir com ele... (1081)</p> <p>P- Portanto, um dá uma opinião, outro dá outra – “Mas é verdade Sra. doutora, eu quero confiar só em si...” Ela também é rude... Toda despachada... (1139)</p> <p>P- Eram com as malvas e lavavam estas coisas... Não era quente... Mal não fará, pois não? (1160)</p> <p>P- Porque a meloa que era uma coisa que eu comia muito, estava ali o meu Bé – “Oh mãe, meloa só tem água...” – Depois uma pessoa não sabe o que há-de fazer. (1181)</p> <p>P- Pois... A sensação que eu tenho do Kreon é que também me ajuda na digestão, não? (1204)</p> <p>P- Já fui dar uns passeios com o meu filho ao rio. Que ainda é o único, coitado, que usa as poucas folgas para me levar. (1246)</p> <p>P- Sento-me na cama e ponho-me a conversar até que a senhora começa a funcionar, pronto, a fazer coisas que ajudam a passar, não é... Ontem, até fui ao chuveiro com a acompanhante, acabamos por tratar de assuntos de religião, e pronto, passei o tempo. (1349)</p> <p>P- E então eu falei também com aquele monge, ele até veio aqui a casa e disse que não fazia mal eu pensar, que é diferente, pronto... Ele dizia que estava tudo bem, que na vida, concerteza procurei fazer o melhor, para não me preocupar. (1360)</p> <p>Se eu tivesse um marido que pudesse, como ele era, cheio de força... Assim nós estamos com medo de o sobrecarregar a ele para depois ser ele a precisar. (1382)</p> <p>P- Neste momento se eu contasse com uma pessoa que estivesse válida, por exemplo uma empregada a tempo inteiro, ou assim, eu prescindia já dos apoios. De resto eu estou a pensar seriamente nisso, não é... (1395)</p> <p>P- Portanto no meio disto, não é, não tenho um companheiro que pudesse partilhar naturalmente com ele... Mas também, pronto... Vamos vivendo com todos os problemas... (1500)</p>
<p>DESENVOLVIMENTO DE CONFIANÇA</p>			<p>P1</p>	<p>E2</p> <p>P- A fisioterapia está a funcionar... Quando cheguei a casa não conseguia levantar-me... Agora já me levanto... (159)</p> <p>P- Eu vejo que com a fisioterapia eu vou conseguindo ficar melhor... Por cada tratamento que faço eu sinto que fico melhor... Por vezes não é objectivo mas, eu sinto que estou melhor, (247)</p> <p>E3</p> <p>P- Agora já não preciso de ninguém para me mexer dentro de casa (281)</p> <p>E5</p> <p>NC- Agora que já tem força no pé tem outro objectivo – “Já fui à garagem pôr o carro a trabalhar... Quando tiver coragem vou ver se ainda consigo guiar... O meu genro vai tratar da bateria e eu vou experimentar... Não sou maluco... Se não conseguir, arrumo o carro na garagem... (492)</p>
			<p>P2</p>	<p>E5</p> <p>P- Agora com as canadianas já vou andando... vou até à cozinha, também comer e assim... E gosto de me levantar... Vejo melhoras a andar em pé... (452)</p> <p>E-I- E a confiança em si... Tem-se sentido mais confiante?</p> <p>P- Eu acho que sim... Tenho-me atirado a andar... Já é alguma coisa não é? (625)</p>
			<p>P3</p>	<p>E4</p> <p>E- I- Como foi a semana sem o seu marido?</p> <p>P- Foi boa... Eu já consigo fazer as coisas sozinha (296)</p>
			<p>P5</p>	<p>E2</p> <p>P- (...) eu agora já descobri que sobretudo em certas alturas, como hoje de manhã, já começo a andar não totalmente desamparada mas um bocadinho... (269)</p> <p>P- Ora bem... Noto a melhoria no andar, noto a melhoria que eu não me equilibrava... (329)</p> <p>P- Eu hoje de manhã consegui, andar uns largos espaços já, sem ser encostada à grade, com equilíbrio não é... Foi uma coisa assim... (540)</p> <p>E3</p> <p>P- É assim... Estou a pensar para a semana alterava-lhe o horário e ficava ao fim da tarde para ter mais descanso... (686)</p> <p>P- Eu agora já não estou com as senhoras todo o dia... Só estou das 21h às 9h... (960)</p> <p>E4</p> <p>P- Nem sei como é que eu consegui fazer isto... (966)</p> <p>P- Também já me levantei daqui... Disse assim – “Boa, estou pasmada!” (970)</p> <p>P- Pois... Ainda há certas coisas que até fiquei pasmada... Estou a fazer certas coisas... Eu levantei-me dali (sofá)! Como é que eu me levantei? (1034)</p> <p>P- Sim tenho recuperado. (1323)</p> <p>E5</p> <p>P- Neste momento se eu contasse com uma pessoa que estivesse válida, por exemplo uma empregada a tempo inteiro, ou assim, eu prescindia já dos apoios. De resto eu estou a pensar seriamente nisso, não é... (1395)</p> <p>P- Bem, mas é uma coisa a pensar se eu for para Bragança... Ter um apoio de uma enfermeira em casa seria uma mais valia se eu fosse para lá... É uma ideia para pensar... (1500 extra, pág 44)</p>

DESENVOLVIMENTO DE PARCERIAS	Apoio família	P1	E1	NC-Tem duas filhas, que não vivem com ele. Uma é casada e tem um filho, dando-lhe todo o apoio que necessita desde que este teve o AVC. (59)
			E2	P-A relação com a família está melhor... A minha filha sentiu muito isto que aconteceu comigo e tem-me apoiado no que é necessário. (212)
			E3	P-Não tenho o apoio de mais ninguém... É a minha filha que me vale... (375)
			E4	P-A minha alegria, a minha vontade de viver é a minha família. Se eles não existissem eu não teria vontade de viver (435)
		P2	E1	NC-Mora com a filha mais velha e com o genro mas, tem também o apoio de outra filha que vive perto e que desde que o pai está em casa, tem vindo ajudar. (41)
			E4	P-Aqui é mais fácil para elas cuidarem de mim... O meu quarto não dava... Aqui estão mais perto de mim... Só preciso de chamar... (46)
			E5	P-Só ando com o terapeuta ou então com elas (filhas) a apoiarem-me dos 2 lados. (340)
		P3	E1	P-À vezes também trilha-me estar aqui e quando eles estão por casa ajudam-me a levantar, e eu gosto de dar uma volta... Chamo por eles, levantam-me e ando por aí... (580)
			E3	P-E o marido tem-me ajudado muito, (12)
				P-tenho o apoio da família que me ajuda e que se vai habituar... (74)
			E4	P-felizmente o meu marido sempre me ajudou... Durante toda a vida... Foi um homem de carácter, toda a vida... Nos problemas, e em todos os problemas, quando precisamos mais de ajuda, ele está lá... (81)
		P4	E1	P-Se eu fosse como outras pessoas que não têm ninguém, nem ajuda, ia ser muito complicado (290)
	E2		I-E-Acha que precisava de mais apoio em casa? P-Acho que o que tenho em casa chega... I-E-Qual foi a chave para a sua recuperação? P-A chave foi sem dúvida o apoio do meu marido e do meu filho... Sem eles teria sido muito difícil... (324)	
	P5	E2	P-O meu filho e a minha nora, preocupam-se muito comigo... (743)	
			E1	E-I-E com os seus netos? Já faz o trabalho de casa com eles? P-Não... Acho que eles estão mortinhos... O meu neto mais velho, estava com tantas saudades que chegou do colégio e disse assim –“Oh vô... Tu tens aí laranjas? Então arranja-me um pão” – ele gostava muito em vez de manteiga, de pão com azeite e sumo de laranja, e ele não diz nada, coitadinho... Vê-se que sofre muito... (396)
		E3	P-E os meus netos quando aqui chegam... É uma alegria... Estão pouquinho tempo mas eles contam-me as coisas... É isso... (423)	
			E1	E-I-O que tem de bom nesta vida? Diga-me coisas pelas quais considera que vale a pena viver... P-Ora bem, tenho os netos, tenho os filhos... (696)
		E3	E1	E-I-Ao longo de toda a vida, a Sra. trabalhou para os seus filhos... Criou-os, educou-os, teve sempre de volta deles... Agora neste momento, em que teve um percalço na sua vida, é a vez dos seus filhos darem uma ajuda... P-E têm estado, coitados... A minha filha, coitadinha, foi operada de repente aos rins... É para aí a 5ª ou 6ª que faz... (714)
	E1		E-I-Isso só prova que eles gostam muito de si... Só por isso, vale a pena ou não para estar cá? P-Pois vale... Tenho pena (começa a chorar) ... (723)	
	E1		P-Os meus netos estavam sequiosos para me ver... Vêm cá de vez em quando, não é... Hoje o meu neto até me telefonou do colégio como fazia antigamente... A mãe disse –“Porque é que ele fez isso?” – olha, se calhar teve saudades de fazer o que fazia muitas vezes... (728)	
	Apoio do fisioterapeuta	P1	E1	P-O fisioterapeuta tem-me ajudado muito (114)
			E4	P-Eu quero continuar com os mesmos fisioterapeutas. Eles sabem o que eu preciso (448)
		P2	E3	P-O Sr. Enfermeiro e o terapeuta têm-me ajudado... Eu gosto quando bulem comigo... E quando dizem coisas para me animar... (316)
E4			P-Só ando com o terapeuta ou então com elas (filhas) a apoiarem-me dos 2 lados. (340)	
E5			E-I-O que é que o tem ajudado a recuperar... P-O terapeuta devia-me ter ajudado... Eu com a minha vontade para fazer o que ele quer que eu faça, lá vou... lá vou... (598)	
P5		E1	E-I-Durante este tempo quem foi o seu grande apoio? P-Toda a gente... O Sr. enfermeiro, o terapeuta, a minha filha... Toda a gente que me anima, não é? Senti-me apoiado por todos... (619)	
		E2	P-Agora o que vem cá a casa é um jovem que parece muito bem formado... É daqui do Porto, mas parece bastante competente... (136)	
Apoio amigos	P1	E1	P-E... É uma pessoa simpática e muito activa... Parece-me ser bom profissionalmente... É mora perto de nós estando mais disponível para os espaços livres... (550)	
		E5	P-Mas o que eu quero mesmo é ir visitar a oficina... Ver novamente os meus amigos e o meu local de trabalho. (495)	
Apoio enfermeiro	P2	E3	P-Tenho tido, também, muitos amigos cá em casa... Agora é que se vê quem são os amigos, e... Felizmente, tenho tido boas surpresas... Fazem-me ver que sou necessário... Também sempre fui uma pessoa correcta com quem eles sempre puderam contar.” (529)	
		E4	E-I-O que o tem ajudado mais a atingir esse objectivo? P-O sr. Enfermeiro e o terapeuta têm-me ajudado... Eu gosto quando bulem comigo... E quando dizem coisas para me animar... (317)	
		E5	PC-Ainda bem que veio cá... Tem ensinado umas coisas que têm sido muito úteis. Nós, como é lógico, não abíamos nada disto (428)	
Apoio médica	P5	E1	E-I-Durante este tempo quem foi o seu grande apoio? P-Toda a gente... O sr enfermeiro, o terapeuta, a minha filha... Toda a gente que me anima, não é? Senti-me apoiado por todos... Toda a gente faz o que pode... A dizer coisas boas para a gente ficar mais satisfeito... (619)	
		E4	P-Portanto eu estou a fazer um sacrifício enorme... Porque ela (médica) pediu (1090) P-“Mas é verdade Sra. doutora, eu quero confiar só em si...”. Ela também é rude... Toda despachada... Depois disse-me da psiquiatra –“Mas olhe que ela é muito divertida, o que é anda muito cansada...” (1140)	

RELAÇÃO TERAPÊUTICA	P1	E3	P-(...) excepto de vocês que vêm cá [...] não tenho o apoio de mais ninguém... (376) NC-Ficou muito agradecido por ter trazido a lista com os alimentos que ele podia ou não comer (378)
		E4	NC-No início da entrevista o participante confessou que gosta muito das entrevistas pois pode falar e desabafar livremente sobre o que lhe vai na alma... P-Gosto quando vem cá... Sinto-me melhor por poder desabafar consigo... É um ótimo conforto psicológico... Estar sozinho, com os meus pensamentos, não ajuda nada (381) P-Refere estar muito agradecido pela ajuda dada na modificação da dieta... (500)
		E5	
	P4	E3	PC-A melhor altura dele foi depois de ter estado cá [...] A semana passada depois do Sr. ter estado aqui, ele parecia outro... Quis ir à mesa, foi à casa de banho a andar... Comeu com os talheres... (778)
	P5	E2	R-O fisioterapeuta perguntou-me quem era... O nome... Eu lá lhe disse... Ele tem também jeito... É persuasivo, é atencioso... (547) P-Pois... Foi o que o meu filho disse... Uma médica diz uma coisa o outro diz outra e eu fico baralhada... Aí eu disse, quando ele vier cá a casa vou-lhe perguntar... (600) P-Eu aqui (sofá) peço ajuda para me levantar porque é baixo... Nos outros já me levanto, não é... E aquele é para o coração é? E-I-E... Essencialmente para não deixar que o coração faça demasiados esforços... É uma ajuda que ele dá... P-Pois... Ontem o meu filho esteve cá e depois telefonou-me da Póvoa a dizer – “Oh mãe, tem que tomar esse que é uma ajuda para o coração” – Eu vou tentar então tomar... É assim... (654) E-I-Olhe, sei que por vezes tem assim uns pensamentos um bocadinho maus... Quer falar sobre isso? P-Às vezes tenho... Oh L C não te importas de sair para o quarto para estamos mais à vontade? (679) P-Pois... Por acaso o ir à sanita foi da conversa que tivemos aqui... E afinal resulta... (809)
		E4	P-Agora quero contar uma coisa ao Sr. Enfermeiro que não quero que o meu marido ouça... – “Vais lá para dentro um bocadinho!” PC-Já estou a ir... (911)
		E5	P-Procurava sempre seguir o que me ia dizendo... O senhor foi muito importante para mim, principalmente nas primeiras semanas. Foi sempre um conforto psicológico que me puxava para cima, mesmo quando parecia que já não tinha forças e que me fez enfrentar os medos e me deu dicas para continuar e ser mais independente, como sempre o desejei ser... É também graças a si que eu consegui subir essas escadas todas... Já disse aos meus filhos o quanto são importantes estas entrevistas... Espero que eu também lhe possa ser igualmente útil tal como está a ser para mim... (1462)
	CONSCIÊNCIA DE UMA NOVA VIDA	P1	E2
E4			P-Eu já me capacitei que não vou poder andar como dantes e se eu poder andar com uma bengala ou canadiana, para mim será muito importante para poder passear... Voltar a fazer coisas que fazia antes e que agora não posso de cadeira de rodas. (396) P-Eu tenho que ter esperança que vou melhorar e se conseguir chegar aos 80% do que era antes já será bom. (476)
P3		E1	I-E-E o que pensa fazer para diminuir essa possibilidade? P-De futuro tenho que ter mais calma... Não posso fazer tudo o que fazia antes... (26) P-Sei que cuidados devo ter para me sentar e levantar, e quando é preciso o marido ajuda-me... Sei o que não devo fazer com a perna... E tenho cuidado comigo... Daqui para a frente terei que ter sempre muito cuidado... (45) I-E-O que mudou de antes para agora? P-O que mudou é o estar quieta (ri-se) ... PC-Acalmou (diz o marido) ... Essa mulher tinha bichinhos carpinteiros... Andava sempre de um lado para o outro... P-Era uma mulher muito activa (diz a sorrir) ... Por isso é que me aconteceu isto também... Agora tenho que ter um pouco mais de calma... (264)
		E3	I-E-E agora para o futuro? P-Para o futuro também tenho de me acalmar...Acho que tenho de estar mais calma porque a idade também pesa. Já são 62 anos e eu já não posso estar a fazer o que fazia antes... Não posso fazer mais coisas que depois me possa arrepende... Acho que vou acalmar (somi)... Tem que ser... (271)
		E4	P-Claro... Tenho muito cuidado com esta perna, e não arrisco em colocar-me em situações em que possa cair... (303) P-Quer dizer... A única coisa é que se calhar agora estou mais preocupada comigo para que não me aconteça nada. Não quero ter que ir a correr para o hospital, não é! É a única coisa que eu tenho medo, mas de resto, acho que vou voltar ao normal (315) I-E-o que ganhou por ter passado por isto? P-Talvez mais consciência para o perigo... Para que não me aconteça mais nada assim... Estou mais preocupada... Porque era mais “despassarada”... Era mais movimentada... Mexia-me muito bem... E agora tenho mais medo de que me aconteça algo... I-E-Foi essa a grande mudança na sua vida? P-Foi... Foi... Foi talvez a maior... (319)
P5		E2	P-Claro que em algumas coisas não vou poder recuperar totalmente mas se for alguma coisa já é bom... Hoje já andei bastante, (461) P-Eu já aceito comer, prontos com restrições, mas comer por mim... Já aceito isso... (531)
		E4	P-O meu neto diz –“Oh vô... Afinal tu já mandas outra vez...” – (ri-se) – “Já das ordens...” E-I-Está a ver, até o seu neto já reparou que está a subir muitas escadas... Com 13 anos e já reparou nisso... P-Mas é engraçado... Ele é o que menos está comigo... Porque é o que nota mais a diferença... (1125) E-I-Está a voltar gradualmente à sua vida... P-Tive sempre a mania das limpezas, não é... Isto para mim, saber que as coisas têm pó é um martírio... (1221)
		E5	Agora que a minha vida volta à normalidade, como é que hei-de dizer!? Não é aceitar bem tudo, mas atenção que há um ser que se interessa por nós, mas não é como imaginávamos antes. Aliás já venho a interpretar todas as leituras, dos livros que se lêem, no fundo é tudo uma evolução... (1362) E- E a andar? Ainda tem problemas? R- Bem, tenho de ter sempre cuidados... Ainda à bocado apanhei uma coisa e tive medo de cair. Mas, já vou orientar o almoço e essas coisas... (1411)

INDICADORES DE RESULTADO – Como Estou Agora				
Sub-categorias	Participante		Expressões do discurso	
CAPACIDADE PARA O DESEMPENHO	Usar a cadeira de rodas	P1	E3	NC-Ele já consegue manobrar a cadeira através dos corredores, sem ajuda, utilizando a perna e o braço não afectados. "Agora já não preciso de ninguém para me mexer dentro de casa" (281)
	Cuidar da Higiene pessoal	P5	E2	P-A higiene oral já faço... Pronto, a placa limpo e depois os outros dentes, não é... E coloco isso tudo... Faço sozinha porque encosto a barriga à mesa, coloco uma bacia e faço sozinha... (449)
			E3	P-Já é uma diferença... Já lavo os dentes lá... E essas coisas... (581)
	Alimentar-se	P1	E5	P-Já consigo comer com a mão direita... Já consigo segurar no garfo... Às vezes não tenho força mas, devagarinho lá vai... (488)
				P2
		P5	E2	E-I-Relativamente à alimentação... Utilizar os talheres, como faz? P-Procuo utilizar... Mal ou bem procuro utilizar... Assim, com estes dois dedos, pronto e lá como... (355)
				E-I-Levar os alimentos à boca com o talher? P-Também... Ponho sempre uma protecção porque às vezes pode acontecer qualquer coisa, o que até não tem acontecido muito, e procuro levar e comer... (362) P-mas já consigo estar sentada em frente de uma mesa, mesmo com este movimento (preensão dos dedos) limitado, às vezes uso esta (a outra mão)... Pronto, vou tentando conciliar as duas coisas... (367) P-Eu já aceito comer, prontos com restrições, mas comer por mim... Já aceito isso... (531)
	Arranjar-se	P1	E2	P-Tenho força do lado esquerdo... Já consigo fazer coisas... Hoje já fiz a barba e lavei os dentes sentado na casa de banho... (156)
			E4	P-No WC já lavo os dentes, faço a barba... (463)
	Tomar banho	P1	E5	P-Agora com o polivan já torno banho sozinho... Entro, agarro-me a este ferro e tomo banho sozinho... (490)
		P3	E3	E-I-Relativamente ao seu dia-a-dia o que é que considera que já consegue fazer e o que não consegue fazer? P-Eu até já estou convencida que eu conseguia tomar banho sozinho... (1377)
				P5
	Usar sanitário	P1	E3	P-Esta semana, pela primeira vez levantei-me para ir ao WC, sozinho e ela não me ouviu... (342)
				E4
		P5	E3	E-I-vamos Antão para o que falamos a semana passada... No WC, já utiliza a sanita ou ainda necessita da cadeira? P-Já utilizo a sanita... Vou sento-me... Já me limpo eu... (578)
				E5
	Virar-se	P1	E2	P-Na cama eu viro-me – Disse-o convictamente como que a dizer, nem podia ser de outra forma... (180)
	vestir-se	P1	E4	P-Já tiro a roupa com maior ou menor dificuldade, principalmente na perna afectada... Vou vestindo o pijama... Com maior ou menor dificuldade, mais ou menos tempo... Há no entanto muitas coisas que tem de ser a minha mulher a ajudar... Até à pouco tempo atrás não conseguia tirar o relógio... agora já consigo, com alguma dificuldade, mas consigo... Apertá-lo é que ainda não... (458)
				P3
			E-I-Relativamente ao vestir-se e despir-se? P- lá me desenrasco, quer para despir quer para vestir... A semana passada é que ainda não e precisava de ajuda... (189)	
Cozinhar	P3	E3	P-Entretenho-me a fazer o meu almoço que ele não vem almoçar (281)	
Erguer-se	P1	E1	NC-Ele já consegue levantar-se sozinho quando está na cadeira de rodas (84)	
		E2	P-Quando cheguei a casa não conseguia levantar-me... Agora já me levanto... (159)	
		E3	P-Agora já me levanto sozinho a meio da noite para ir à casa de banho (371)	
	P5	E4	E5	P-Já consegue elevar a perna e o braço... Já consegue levantar-se do sofá sozinho, fazendo apenas força nas pernas... (486)
				E-I-E a levantar? Continua a precisar de ajuda? P-Também já me levantei daqui... Disse assim –"Boa, estou pasmada!".(969) P-Eu levantei-me dali (sofá)! Como é que eu me levantei? Custou-me um bocado e tal, mas lá fui... (1034) P-Mas já me consegui baixar e apanhar uma coisa do chão, que o fisioterapeuta andava sempre a tentar e eu não conseguia... E hoje caiu uma coisa no quarto e eu resolvi baixar-me e fui apanhar... (1152)

CAPACIDADE PARA O DESEMPENHO	Andar	P1	E2	P-Esta semana fui até à varanda sozinho, andei a passear na varanda agarrado ao corrimão (225) NC-O indivíduo esta semana já consegue passar para a varanda apoiado nas portadas... (269) P-Esta semana, pela primeira vez levantei-me para ir ao WC, sozinho e ela não me ouviu... (342)
			E3	NC-Esta semana chegou da fisioterapia e pediu aos bombeiros para o deixarem vir a pé para casa. Subiu as 6 escadas de acesso ao prédio e deambulou até ao apartamento (5º andar) tendo chegado a casa muito cansado (360) P-Agora já me levanto sozinho a meio da noite para ir à casa de banho e já sou eu que vai desligar a televisão à minha mulher, (371)
			E4	P-Há dias pedi aos bombeiros para me deixarem cá em baixo para dar uma volta... Peguei... levantei-me... Coloquei a cadeira cá dentro... (393)
			E5	NC-O indivíduo recebe-me à porta com um sorriso triunfante... "Entre... Eu agora já posso vir busca-lo à porta..." (483) P-Já fui dar uns passeios lá em baixo [...] Eu já consigo andar, embora ainda me canse muito... (498)
			E5	E-I-O que é que nota que já faz que não fazia antes? P-Agora já ando de canadianas e o terapeuta quer que eu ande também sem canadianas. (436) P-Agora com as canadianas vou andando... E-I-Como é que foi começar a andar com as canadianas? Foi fácil? P-No início tinha medo de andar com elas e não queria... Hoje já ando normalmente com elas... (441) P-Ele quer que eu ande sem as canadianas, mas mais uma vez com cautela... e à cautela "vota" a mão atrás... que eu às vezes não confio, e ele ampara... (449) P-Agora com as canadianas já vou andando... vou até à cozinha, também comer e assim... e gosto de me levantar... Vejo melhoras a andar em pé... (452) P-Já fui uma vez lá fora com o terapeuta... ele deitou-me a mão e fui com as canadianas... Agora o tempo não tem ajudado, já não está tão quente e tem chovido, mas aqui por dentro tenho andado. (582)
		P3	E4	P-Ainda estou com as canadianas mas agora já me mexo sem limitações e consigo fazer tudo, embora que mais devagar... (299)
		P5	E2	P-Hoje já andei bastante, (462)
			E4	P-Trouxe as almofadas uma a uma... Instalei-me aqui, (967) P-Depois durante o dia tento mais... Hoje andei aqui sempre, daqui para além... (1155)
			E5	E-I-Agora que os edemas desapareceram já anda melhor? P-Tenho andado. (1260)
		Transferir-se	P3	E3
	E4			E-I-Mas isso é um grande avanço, não? Já não precisa das cuidadoras durante o dia... P-Pois... Hoje já me instalei aqui (sofá) sozinha... Nem sei como é que eu consegui fazer isto... Trouxe as almofadas uma a uma... Instalei-me aqui, pus as pernas e já me instalei sozinha... (965)
	P5		E5	P-Eu sei... Já vou para a cama, desde que esteja baixa e componho-me, porque à tarde vou para lá e saio, e não preciso de ajuda. (1387)
			E3	P-Entretenho-me a fazer o meu almoço que ele não vem almoçar e passo o dia à espera que ele chegue... Leio... Faço qualquer coisa para passar o tempo e está resolvido... (281)
	Desempenhar Actividades de Lazer	P5	E5	E-I-Já começou a ler o Cravo e a Rosa? P-Está a ser uma desilusão... Porque eu não gosto de ler os contos, quer dizer, pego no livro e fico triste por não haver uma continuidade. E há alturas em que é complexo... O que é que ele quer dizer com isto? É assim um bocado... Já li, que eles são pequeninos, aí uns 6. (1342) E-I-É isso mesmo... De resto já tem escrito? P-Escrever tenho escrito, pelo menos aponto para não me esquecer... Continuo a fazer as minhas listas que assim sei o nome das coisas e do que é necessário fazer... Já não tenho que me preocupar, (1479)
			E1	P-Sei que cuidados devo ter para me sentar e levantar, e quando é preciso o marido ajuda-me... Sei o que não devo fazer com a perna... E tenho cuidado comigo... Daqui para a frente terei que ter sempre muito cuidado... (44) E-I-em tido dúvidas sobre como deve fazer as coisas, ou considera-se bem esclarecida? P-Não... Não tenho tido dúvidas... (57)
CONHECIMENTO MELHORADO	P1	E4	P-Inicialmente era preso de intestinos e tinha de comprar uns supositórios na farmácia... Agora não... Tenho feito uma dieta com kiwis, laranjas, papaia, manga que me resolve o problema e embora ainda seja dura já consigo fazer bem. Aquilo que me disse tem resultado... (425)	
		E3	NC-Ao longo de todo o tempo, observou-se a preocupação dele em manter o braço parético sempre apoiado. (273) P-Seria no sábado (referindo que já há 3 dias que não tinha qualquer dejeção)... Como assim sopa, e a sopa é relada, que é bom para o intestino... e como fruta... kiwis... laranja... (461)	
	P2	E5	P-Tenho de estar com a cabeça alta... Parar um bocadinho para não me dar as ouros. (484) P-O intestino vai fazendo... Às vezes fico mais preso, mas depois vou fazendo... E cá vou andando... Como sempre coisas à feição... Sopa, fruta e tal, que é para correr melhor... (630)	
		E1	P-Para o futuro também tenho de me acalmar... Acho que tenho de estar mais calma porque a idade também pesa. Já são 62 anos e eu já não posso estar a fazer o que fazia antes... (271) P-Tenho muito cuidado com esta perna, e não arisco em colocar-me em situações em que possa cair... (302)	
	P3	E2	NC-Observando a participante a deambular com as canadianas, constata-se que executa a técnica correctamente, sem dificuldades... (155) P-Agora tenho que ter um pouco mais de calma... Também tenho de estar quieta porque não posso... (269)	
		E3	P-Para o futuro também tenho de me acalmar... Acho que tenho de estar mais calma porque a idade também pesa. Já são 62 anos e eu já não posso estar a fazer o que fazia antes... (271)	
		E4	E-I-E o que ganhou por ter passado por isto? P-Talvez mais consciência para o perigo... Para que não me aconteça mais nada assim... Estou mais preocupada... Porque era mais "despassarada"... (318)	

CONHECIMENTO MELHORADO		P4	E2	PC-lá o levei à casa de banho, como as enfermeiras o levam, assim pelas mãos, que é como o levo e trago da casa de banho... (408)	
		P5	E4	P-Nem tinha pensado nisso... Por acaso nem temos comprado, tenho de dizer ao meu marido para comprar... Isso também acontece com as uvas... As uvas só posso quase provar... E tiro-lhe a pele e só como uns "baguinhos"... Mas isso antigamente... Tinha lá uma videira, comia uvas e depois é que me apercebi que era pelas uvas... Que eu adorava comer... (1191) P-Utilizar o que sei de mim para melhorar... Ameixas também me faziam isso... E-I-Isso... Reúna esse conjunto de frutas e utilize-as quando precisar... Assim é menos um comprimido que tem de tomar... (1199)	
PROCESSOS CORPORAIS MELHORADOS	Diminuição da parésia	P1	E2	P-Quando cheguei a casa não conseguia levantar-me... Agora já me levanto... Não conseguia mexer o braço... Agora já mexo, embora seja o ombro a puxar o braço para cima... (159) P-Por vezes não é objectivo mas, eu sinto que estou melhor, que faço mais qualquer coisa e veja, eu já mexo este dedo... Já consigo puxar o patim da cadeira, coisas que eu não conseguia à uns tempos atrás... (249)	
			E4	P-Esta semana já arranjei umas persianas... Já levanto o braço até à cabeça, o que não fazia antes... (454)	
			E5	P-Tem um ferro que puseram na casa de banho e agora já consigo agarrar-me com a mão afectada... (463) NC-Já consegue mexer o pé e fazer pressão com os dedos das mãos... Já consegue elevar a perna e o braço... Já consegue levantar-se do sofá sozinho, fazendo apenas força nas pernas... (485) P-Já consigo comer com a mão direita... Já consigo segurar no garfo... (488) P-Agora que já tem força no pé tem outro objectivo (492)	
		P2	E3	P-Neste momento já mexe todos os dedos e já consegue fazer uma ligeira prensão com a mão. (274)	
			E4	P-Eu agora já me aguento de pé... Já comecei a andar com as canadianas... A perna já mexe melhor e o pé já ajuda mais (demonstra-o fazendo flexão e extensão do pé). (337) E-I-E o braço? Como está esse braço? P-O braço ainda não está tão bem... Acho que já tenho mais força mas ainda não consigo agarrar bem nas coisas com a mão (aperta a minha mão denotando maior capacidade de prensão e aumento da força) (342)	
	Diminuição da dor	P2	E4	E-I- E este lado como está (braço parético)? – colocou-se a mão na mão parética dele que de imediato a apertei com toda a força que consegui. Constata-se uma grande evolução desde a última entrevista. Já aperta bem a mão. E agarrar? Já consegue agarrar nas coisas? P-Já... Já agarro melhor... A meio (referia-se a elevar o braço) é que está mais fraco... Este pé (parético) é que está melhor... (471)	
			E5	P-Já... Já agarro melhor... A meio (referia-se a elevar o braço) é que está mais fraco... Este pé (parético) é que está melhor... (471)	
			E2	P-Está melhor... Já parei com a pomada que acabou... Já tenho mais força também... (167)	
		P3	E5	E-I-As dores que tinha... Desapareceram! P-As dores agora não me tem dado... Ele unta-me muito o joelho com pomada quando faz o exercício. unta muita pomada no joelho, nas cruzes e tal... (455) P-Quem está doente, está a sofrer... Na maré até nem tenho tido dores... (629)	
			E4	P-Está tudo a correr bem... Pelo menos não me dói... Tenho outras dores mas não tem haver com a operação, portanto para já não está a correr mal... (312).	
Dispneia melhorada	P5	E4	E-I-E o oxigénio? Tem precisado? P-Ontem estive melhor não pus... Não pus a trabalhar, mesmo ontem à noite, porque não sinto necessidade... (1020)		
		E5	E-I-E da parte respiratória, tem estado melhor? P-Já vou mandar o oxigénio embora que não tenho necessitado, (1329)		
SOCIALIZAÇÃO		P1	E5	P-Daqui a pouco vêm cá a casa umas pessoas resolver uns assuntos do condomínio... Quando fiquei assim disse ao meu compadre que queria sair da direcção do condomínio, mas ele disse que eu era fundamental e que se eu saísse não haveria condomínio... Isso fez-me ver o quanto era preciso. Agora já posso resolver alguns problemas o que é bom para mim... (524)	
			P2	E4	E-I-Tem recebido visitas dos amigos? P-Agora já têm vindo cá... (422) P-Agora na Páscoa a minha filha vestiu-me o fato e recebemos o compasso... Toda a gente se admirou de me ver aqui assim... (424)
		E5		P-Agora já vou ficando por aqui e já têm vindo alguns conhecidos falar comigo... (502) P-Fico a ver os outros trabalhar e se vier alguém eu estou a falar um bocadinho... (577)	
		P5		E4	E-I-os seus netos têm vindo cá mais vezes? P-Têm... Ontem almoçaram cá... Foi um dia cansativo, porque estavam com umas saudades de vir cá e então fez-se o almoço como antigamente, não é... (1039) P-Então comeram aqui todos e para eles foi uma sensação fantástica... As saudades que tinham de comer aqui... Foi bom... (1042)
			E5	P-Já fui dar uns passeios com o meu filho ao rio. [...] O primeiro foi para a praia. Lavadoures... Vimos aquela coisa toda... Foi um bocadinho grande mas eu até aguntei. (1249) P-Depois foi outro, um segundo também a Lavadoures... Depois foi de lá de lá, esse eu já não gostei tanto, porque apanhou a marginal mesmo rente ao rio [...] E ontem também levou 1h e meia e foi maravilhoso [...] Foi um passeio muito calmante, mesmo... Vamos lá ver quando é que ele tem mais tempo. (1252)	
INDICADORES DE RESULTADO – Sou Outra Pessoa					
Sub-categorias		Participante	Expressões do discurso		
NOVA IDENTIDADE		P3	E1	G-O futuro (diz sorrindo) calmo... Vou ter uma vida mais calma (74)	
			E4	-E o que ganhou por ter passado por isto? G-Talvez mais consciência para o perigo... Para que não me aconteça mais nada assim... Estou mais preocupada... Porque era mais "despassarada"... (318)	
		P5	E5	E-I- Todo este episódio que viveu e ainda está a viver, de que forma modificou a sua forma de estar perante a vida e o mundo? P-Modificou-me... Quer dizem há coisas que eram importantes para mim e já não são... Portanto, já não me importo com as coisas... Gosto de ver tudo simples, mandei coisas que disse, façam o que quiserem, quer dizer, estou pouco ralada com isso... E portanto há certas coisas de que me libertei... (1366) P-Mas essas coisas materiais agora não me dizem nada... (1373)	