



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NA PESSOA AO ENVELHECER:  
CONTRIBUTOS DE UMA MATRIZ REFERENCIAL**

Nursing Education in the ageing person: Contributions of a Referential Matrix

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do grau de  
doutor em Enfermagem, Especialidade de Educação em Enfermagem

por

Andreia Filomena Ferreri de Gusmão Cerqueira

Instituto de Ciências da Saúde

Julho de 2015





UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NA PESSOA AO ENVELHECER:  
CONTRIBUTOS DE UMA MATRIZ REFERENCIAL**

Nursing Education in the ageing person: Contributions of a Referential Matrix

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do grau de  
doutor em Enfermagem, Especialidade de Educação em Enfermagem

Por Andreia Filomena Ferreri de Gusmão Cerqueira

Sob orientação da Professora Doutora Lucília Rosa Mateus Nunes

Instituto de Ciências da Saúde

Julho de 2015



Rodrigo...

Sim mãe...

Gostava de te perguntar uma coisa.

Sim...

O que quer dizer envelhecer?

... É ficar velho.

E o que é ser velho?

Não sei...

Não sabes?

Não... Quer dizer, eu sei, mas não sei o que significa.

Quem é que conheces e que é velho?

A avó Adriana...

A avó Adriana? E mais alguém?

Sim, os avós e a avó velhinha [bisavó].

Porque é que dizes que eles são velhinhos?

Porque sim.

A mãe é velhinha?

Oh... Claro que não! [ri]

Porquê?

Não sei.

O que que a mãe tem de diferente dos avós?

Oh... [faz-me uma festa na face] A tua pele...

O que tem a minha pele?

Não é mucha...

E mais? O que tenho mais de diferente?

O avô tem as mãos grandes e fortes e a avó tem as mãos fraquinhas... e as tuas são... normais.

Rodrigo...

Sim mãe...

É bom ser velho?

Não.

Porquê?

Não sei.

Gostas das pessoas velhinhas?

Sim. Gosto.

E queres um dia ser velho?

Não.

Porquê?

Porque não quero morrer.

Eu quero crescer, ficar grande e ser como tu e como o pai.

Mas é bom ficar velho... Sabes que as pessoas velhinhas sabem muito?

Sim...

Ainda falta muito para seres velho filho...

Oh. Fixe. Ainda bem... Agora vamos dormir mãe...

04-04-2013

[5 anos]



## AGRADECIMENTOS

*À Professora Lucília Nunes, por ter caminhado passo a passo comigo... pelas suas palavras sábias, pelas suas questões, pelos momentos de partilha e pela confiança demonstrada.*

*Aos diretores das instituições que acederam ao nosso pedido para a colheita de dados e que deram seguimento ao percurso explicitado.*

*Aos professores pela colaboração e interesse no preenchimento dos questionários e no envio dos documentos solicitados e ainda pelas suas palavras de incentivo e valorização do trabalho durante as nossas mensagens e conversas.*

*Aos peritos que acederam ser entrevistados... trazendo um novo alento à investigação.*

*À Universidade Católica Portuguesa e a todos os professores que integram o Programa de Doutoramento em Enfermagem, assim como colegas doutorandos, pelas oportunidades e apoio.*

*A todas as pessoas ao envelhecer e suas famílias de quem cuidei, pelas experiências e aprendizagens que me proporcionaram, como enfermeira e como docente de enfermagem.*

*A todos os profissionais de saúde, em especial enfermeiros, que se constituíram como referências no meu percurso.*

*Aos meus amigos e colegas da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, pela amizade e apoio, em especial à Ana, ao Rui e ao António.*

*Aos meus estudantes... com quem aprendo todos os dias.*

*Ao grupo dos aflitos, a cada um e a todos, pela partilha de aflições tão nossas.*

*À minha família e amigos por estarem sempre comigo e por acreditarem em mim, em especial à Paula, à Cláudia e Leonor.*

*À minha avó Guiomar, que conta com noventa anos e meio (como ela diz) e ao meu avô Eduardo por tudo o que me permitiu aprender.*

*Às três pessoas mais importantes da minha vida...*

**Mãe**, obrigada pelas palavras de estímulo, pelo amor e carinho, principalmente nos momentos mais difíceis.

**Pai**, obrigada por me fazeres sentir sempre "a tua menina" e por protegeres sempre a nossa família.

**Rodrigo**, obrigada pelo amor, mimosos e cumplicidade... Simplesmente obrigada por tudo... És o melhor filho do mundo!

*A todos, muito obrigada.*



## RESUMO

O envelhecimento das populações determina transformações profundas na sociedade, que tem procurado encontrar diferentes recursos e respostas para satisfazer as necessidades das pessoas à medida que envelhecem.

O processo de envelhecimento é complexo e multidimensional, sendo caracterizado por diferentes transições que podem condicionar a saúde e o bem-estar da pessoa ao envelhecer.

A Enfermagem assume um papel crucial na educação de enfermeiros capazes de atender aos projetos de saúde da pessoa ao envelhecer.

Este estudo qualitativo, exploratório e analítico, teve como finalidade a construção e sistematização de uma matriz referencial para a Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer, cujos objetivos específicos foram (1) *Analisar o currículo nos cursos nacionais de formação pré-graduada de Enfermagem na pessoa ao envelhecer* e (2) *Sistematizar como se processa e se perspectiva o desenvolvimento curricular no sentido de propiciar os referenciais de conhecimento e a aquisição de competências promotoras do cuidar em Enfermagem na pessoa ao envelhecer*.

A metodologia teve recurso a diferentes fontes de dados e instrumentos, sendo desenvolvida em três etapas sequenciais e coligadas. A primeira etapa correspondeu à investigação documental, onde pesquisamos e analisamos os planos de estudo (decreto-lei) dos quarenta e um cursos de licenciatura em Enfermagem portugueses, delineando o primeiro inventário de fontes documentais (atualizado em dois momentos distintos); a segunda etapa consistiu no desenho e aplicação de um questionário destinado a todos os professores responsáveis pela coordenação dos cursos de formação inicial. Obtivemos uma percentagem de respostas de 58,5% e procedemos a uma análise estatística descritiva simples (respostas de natureza fechada) e a uma análise categorial temática (respostas de natureza aberta); a terceira etapa comportou o traçar de uma entrevista, dirigida a peritos na área em estudo, segundo o método de amostragem bola de neve. O verbatim das cinco entrevistas realizadas foi alvo de análise crítica de discurso, suportada pelo modelo tridimensional do discurso de Norman Fairclough.

As três fases do estudo permitiram responder às questões colocadas, tendo os seus achados sido integrados na proposta final da Matriz Referencial.

A Matriz Referencial, dinâmica, transversal, ascendente e multidimensional, resulta da conjugação e da sistematização de diferentes elementos compartilhados e valorados por um grupo (generalizações simbólicas, modelos, valores e exemplos) e de diferentes dimensões (a pessoa ao envelhecer, cuidar em Enfermagem, aprender Enfermagem e contextos de aprender e de cuidar), demonstrando que as questões relacionadas com a aprendizagem e o ensino da Enfermagem do envelhecer não podem ser analisadas de forma isolada, sem atendermos a uma configuração da pessoa que recebe os cuidados, o cuidado profissional que se ambiciona nesta área de conhecimento e os contextos onde a aprendizagem e o cuidado acontecem.

A presente Matriz, não sendo um fim em si mesma, constitui-se sobretudo numa possibilidade de novas formas de pensar e agir, geradoras de desenvolvimento do conhecimento da Enfermagem do envelhecer.

**Palavras-chave:** Pessoa ao envelhecer; Matriz Referencial; Educação em Enfermagem.



## ABSTRACT

Ageing populations determine profound changes in society, which has sought to find different resources and answers to meet the needs of ageing people.

The aging process is complex and multidimensional, being characterized by different transitions that may condition the health and well-being of the ageing person.

Nursing plays a crucial role in the education of nurses able to meet the health projects of the ageing person.

This qualitative, exploratory and analytical study, had as purpose the construction and systematization of a reference matrix for Nursing Education in the ageing person, whose specific objectives were (1) *To analyse the curriculum in national pre-graduate training courses of Nursing in the ageing person* and (2) *Systematize how is processed and viewed the curriculum development in order to provide the references of knowledge and skills acquisition promoters of Nursing caring in the ageing person*.

The methodology used different data sources and instruments, being developed in three sequential and associated steps. The first stage corresponded to desk research, we researched and analysed the study plans (decree-laws) of the forty-one degree courses in Portuguese Nursing, outlining the first inventory of documentary sources (updated at two different times); the second step consisted in the design and application of a questionnaire to all teachers responsible for coordinating initial training courses. We obtained a percentage of 58.5% answers and proceeded to a simple descriptive statistics (closed answers) and a categorical thematic analysis (open answers); the third step consisted of the trace of an interview, aimed at experts in the study area, according to the method of "snowball sampling". The verbatim of the five interviews was critical the discourse analysis, supported by the three-dimensional model of Norman Fairclough discourse.

The three phases of the study allowed answering the research questions, and their findings have been incorporated into the final proposal of the Referential Matrix.

The Referential Matrix, which is dynamic, transverse, ascendant and multidimensional, results from the conjunction and the systematization of different elements shared and valued by a group (symbolic generalizations, models, values and examples) and different dimensions (the ageing person, taking care in Nursing, learning Nursing and contexts of learning and care), demonstrating that the issues related to learning and the ageing Nursing education cannot be analysed isolated, without heed to a configuration of the person receiving the care, the professional care which is aimed in this area of knowledge and the contexts in which learning and care happen.

This matrix, being not an end in itself, it is above all a possibility of new ways of thinking and acting, generating development of the ageing nursing knowledge.

**Keywords:** Ageing person; Referential matrix; Nursing Education



## ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE QUADROS	XVII
ÍNDICE DE FIGURAS	XVIII
LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS	XIX
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>PARTE I – EDUCAR PARA O ENVELHECER: REVELANDO AS MATRIZES TEÓRICAS</b>	<b>9</b>
<b>Capítulo I – A pessoa e o processo de envelhecer</b>	<b>11</b>
1.1. Envelhecer em Portugal, na Europa e no Mundo	11
1.2. Representações Sociais: Discurso (s) sobre a pessoa e o processo de envelhecer	13
1.3. Refletindo sobre o envelhecer: Conceitos e significados	15
1.4. As experiências transicionais na pessoa ao envelhecer: Integrando e interpretando dados qualitativos.	16
<b>Capítulo II – A Educação e o Currículo em Enfermagem</b>	<b>23</b>
2.1. Origens e percursos: Um olhar sobre a história da Enfermagem em Portugal	23
2.2. (Re) Pensando a educação e o currículo: Uma abordagem crítica	26
2.3. Linhas de orientação e recomendações: Aprender e ensinar o cuidar em Enfermagem na pessoa ao envelhecer	29
2.4. A formação inicial de Enfermagem em Portugal na área do envelhecer	33
<b>Capítulo III – Uma viagem pelas principais referências epistemológicas</b>	<b>37</b>
3.1. A ancoragem na Teoria das Transições de Afaf Meleis	38
3.2. Refletindo sobre os padrões fundamentais do conhecimento de Enfermagem de Barbara Carper	40
3.3. Integrando o conceito de Matriz Disciplinar de Thomas Kuhn	41

<b>PARTE II – O DESENHO DA INVESTIGAÇÃO: ACLARANDO O HORIZONTE</b>	<b>45</b>
<b>Capítulo IV – O Percurso Metodológico</b>	<b>47</b>
4.1. Natureza e tipo de estudo	48
4.2. Etapas da investigação – As escolhas e os caminhos	48
4.2.1. Investigação documental: Pesquisa e análise documental	49
4.2.2. Inquérito – Questionário: Análise estatística descritiva simples e análise categorial temática	53
4.2.3. Inquérito – Entrevista: Análise crítica de discurso	60
4.3. A ética na investigação: Reflexões e práticas	67
<b>PARTE III – OS RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO: PERSPETIVANDO NOVOS HORIZONTES</b>	<b>73</b>
<b>Capítulo V – O primeiro nível de análise: A Investigação Documental</b>	<b>75</b>
5.1. O processo de envelhecer nos cursos de licenciatura em Enfermagem: Uma análise dos planos de estudo	75
5.1.1. O primeiro nível de análise - Recolhendo e tratando os dados documentais (maio 2012)	75
5.1.2. Validando e refletindo a redução dos dados documentais (março 2013)	81
<b>Capítulo VI - O segundo nível de análise: O Questionário</b>	<b>89</b>
6.1. Analisando os achados do questionário	89
6.1.1. Dados gerais sobre o currículo	92
6.1.2. Caraterização do processo de aprender e ensinar o envelhecer	94
6.1.3. Investigação na área do envelhecer	106
6.1.4. Conteúdos/áreas temáticas sobre o envelhecer	115
6.1.5. Competências/resultados esperados sobre o envelhecer	134

6.1.6. Mudanças curriculares na área do envelhecer	151
6.1.7. Os valores na área do envelhecer	156
6.1.8. Os documentos de referência no envelhecer	167
6.1.9. Reflexões sobre o envelhecer	176
<b>Capítulo VII – O terceiro nível de análise: As Entrevistas</b>	191
7.1. Analisando os discursos	191
7.1.1. Análise textual	192
7.1.2. Análise da prática discursiva	198
7.1.3. Análise da prática social	224
<b>Capítulo VIII – A proposta de uma Matriz Referencial</b>	241
<b>CONCLUSÃO</b>	249
<b>REFERÊNCIAS</b>	261
<b>APÊNDICES</b>	275
1 – Apresentação da investigação: Carta dirigida aos diretores das instituições de ensino e professores responsáveis pela coordenação dos CLE	277
2 – Pedido de autorização para colheita de dados: Pedido dirigido aos diretores das instituições de ensino	281
3 – Consentimento informado, livre e esclarecido: Consentimento dirigido aos professores responsáveis pela coordenação dos CLE	285
4 – Principais achados do pré-teste do questionário	289
5 – Nota introdutória ao questionário	295
6– Apresentação da investigação: Carta dirigida aos peritos no âmbito da entrevista	299
7– Consentimento Informado, livre e esclarecido: Consentimento dirigido aos peritos no âmbito da entrevista	303

8 – Guião da entrevista	307
9 – Inventário de fontes: Primeiro nível de análise – planos de estudo (maio 2012)	311
10 – Inventário de fontes: Validação dos dados documentais – planos de estudo (março 2013)	319

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - A Questão de Pesquisa PICOS	18
Quadro 2 - Os principais resultados dos artigos analisados: As experiências transicionais na pessoa ao envelhecer	19
Quadro 3 - Principais marcos históricos da Enfermagem em Portugal	25
Quadro 4 - Inventário de fontes documentais: Primeiro nível de análise	50
Quadro 5 - Fundamentando as questões do questionário	56
Quadro 6 - Unidades curriculares direcionadas para o envelhecer: No início e no final do desenho curricular	80
Quadro 7 – Principais vantagens e desvantagens de uma possível redução dos dados (a partir da amostra).	86
Quadro 8 – Informações sobre o currículo dos cursos de licenciatura em Enfermagem na área do envelhecer	92
Quadro 9 – Caracterização do processo de aprender e ensinar o envelhecer	95
Quadro 10 – Investigação realizada e em curso na área do envelhecer	108
Quadro 11 – Conteúdos/áreas temáticas sobre o envelhecer	115
Quadro 12 – Resultados esperados sobre o envelhecer descritos no currículo	136
Quadro 13 – Mudanças curriculares na área do envelhecer	152
Quadro 14 – Valores que suportam o currículo na área do envelhecer	157
Quadro 15 – Documentos que espelham informações sobre o currículo na área do envelhecer	169
Quadro 16 – Reflexões sobre o currículo de Enfermagem na área ao envelhecer	177
Quadro 17 – Sistematização dos principais elementos configuradores da Matriz Referencial	244

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Experiências transicionais na pessoa ao envelhecer	22
Figura 2 - Caracterização do Ensino Superior de Enfermagem Português	34
Figura 3 - Conceção tridimensional do discurso aplicada à investigação	65
Figura 4 - Desenho metodológico	72
Figura 5 - Análise dos referenciais na formação inicial em Enfermagem nas perspetivas Macro, Meso e Micro	178
Figura 6 - As quatro dimensões resultantes da análise crítica de discurso	200
Figura 7 - Elementos configuradores da Matriz Referencial	243

## LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

- A3ES- Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior
- AACN – American Association of Colleges of Nursing
- AC – Análise de Conteúdo
- ACD – Análise Crítica de Discurso
- AD – Análise de Discurso
- CASP – Critical Appraisal Skills Programme
- CESE – Comité Económico e Social Europeu
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CDE – Código Deontológico do Enfermeiro
- CRD – Centre of Reviews and Dissemination
- CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem
- CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida
- DGS – Direção Geral de Saúde
- EC – Ensino Clínico
- ELLAN – European Later Life Active Network
- ENQA – Associação Europeia para a Garantia da Qualidade no Ensino Superior
- ES – Ensino Superior
- INE – Instituto Nacional de Estatística
- MS – Ministério da Saúde
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- PNS – Plano Nacional de Saúde
- PNSPI – Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas
- RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- RSL – Revisão Sistemática da Literatura
- SE – Sistema de Ensino
- UC – Unidade Curricular

UCs – Unidades Curriculares

UNICEF – Nations Children`s Fund

WHO – World Health Organization

## INTRODUÇÃO



A presente dissertação – *A Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer: Contributos de uma Matriz Referencial*<sup>1</sup> - reflete o percurso e os resultados de uma investigação desenvolvida no âmbito do Doutoramento em Enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa<sup>2</sup>, Instituto de Ciências da Saúde - Especialização Educação em Enfermagem.

O último século foi caracterizado por profundas mudanças demográficas, sociais, tecnológicas e políticas. O avanço das ciências, em particular no campo da saúde, permitiu às pessoas viver por mais tempo e com uma melhor qualidade de vida.

O envelhecimento das populações é atualmente considerado uma conquista mas igualmente um desafio. O aumento do número de pessoas idosas, das doenças crónicas, assim como as alterações nas estruturas e comportamentos familiares e sociais determinam uma consciência diferente das necessidades em saúde.

Entre o ano de 1970 e o ano de 2015, espera-se um crescimento de 223% ou cerca de 694 milhões de pessoas mais velhas em todo o mundo. Em 2025 prevê-se que exista um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos e até 2050 2 bilhões (World Health Organization, 2002 p. 6). A população portuguesa está a envelhecer, em parte devido à diminuição da fecundidade e ao aumento da esperança de vida. “O agravamento do envelhecimento da população tem vindo a ocorrer de forma generalizada em todo o território e deixou de ser um fenómeno localizado apenas no interior do país (...) Em 2011, o índice de envelhecimento da população agravou-se para 128 (102 em 2001), o que significa que por cada 100 jovens há 128 idosos” (Instituto Nacional de Estatística, 2012 p. 22).

O conhecimento é produzido e mantido em contextos históricos e culturais, que coexistem dando sentido ao que nos rodeia. Essas versões de verdade são importantes na medida em que sustentam a nossa forma de pensar e agir socialmente. Assim, os discursos produzidos e transmitidos ao longo dos tempos influenciam os valores que guiam as nossas práticas num complexo jogo entre poder e conhecimento (Phelan, 2011).

Esses discursos, que inúmeras vezes têm associado a pessoa ao envelhecer a conceitos como a dependência, a debilidade, a doença ou o sofrimento, acarretam implicações importantes, nomeadamente para a educação e *práxis* clínica de Enfermagem. Torna-se essencial que os enfermeiros reflitam sobre esta problemática,

---

<sup>1</sup> Nursing Education in the ageing person: Contributions of a Referential Matrix.

<sup>2</sup> Lisboa.

tomando consciência da consequência dos discursos na construção da identidade e no desenvolvimento da disciplina e profissão de Enfermagem.

A pessoa ao envelhecer vive múltiplas transições que a podem tornar mais vulnerável e ameaçar a sua saúde e qualidade de vida. Envelhecer não é um evento, mas sim um processo de ganhos e perdas ao longo do tempo durante o qual as pessoas experienciam múltiplas transições, como a reforma, a perda de familiares e amigos e a doença crónica, entre outras, sendo muitas das vezes essas transições que as aproximam do enfermeiro (Meleis, et al., 2010).

Tendo por base que os cuidados de Enfermagem “tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue” ao longo de todo o ciclo vital (Ordem dos Enfermeiros, 2003 p. 6), consideramos a Enfermagem, nas suas diferentes áreas de atuação, um pilar fundamental na criação de sinergias e parcerias, potenciadoras da saúde e qualidade de vida da pessoa ao envelhecer.

A educação e o currículo de Enfermagem constituem o nosso foco de atenção na presente investigação, na medida em que pensamos a educação em Enfermagem numa troca constante entre ensinar e aprender a ser enfermeiro, entre a teoria e a *praxis* clínica assumindo que “o potencial de desenvolvimento profissional (...) está fundado sobre o alargamento da nossa visão das realidades da prática e do conhecimento de enfermagem” (Benner, 2001 p. 287).

O currículo dos cursos nacionais de formação pré-graduada de Enfermagem na pessoa ao envelhecer corresponde ao nosso objeto de estudo, na medida em que é na licenciatura em Enfermagem que tem início o percurso da pessoa – estudante de Enfermagem, futuro enfermeiro de cuidados gerais e onde se espera que adquira as competências profissionais espelhadas no quadro de referência da profissão.

“O currículo tem vindo a constituir um dos campos mais importantes da investigação educativa (...) pois através dele pretende-se, muitas vezes, estudar relações sociais de poder ou potenciar mudanças, quer na sociedade, em geral, quer na formação pessoal e social dos diversos indivíduos” (Leite, 2002 p. 49).

Como enfermeiras e docentes de Enfermagem afiliamo-nos à ideia de que os professores devem conhecer “o sistema em que estão inseridos, terem consciência dos princípios ideológicos e educativos que regem a sua ação e, por último, assumirem práticas de análise e investigação dessa mesma ação, ou seja, uma reflexão que permita a construção de significados e intervenções geradoras de uma mudança individual e social” (idem, 2002 pp.77-78).

O Processo de Bolonha, a criação de um Espaço Europeu de Ensino Superior e todas as mudanças ocorridas recentemente exigem “uma transformação no ensino de enfermagem e nos papéis dos professores ao nível do ensino, investigação,

produção e difusão de conhecimento, conduzindo a alterações nas práticas educativas e nos modos de conceber e realizar o trabalho docente” (Mestrinho, 2008 p. 3).

No sentido de que a educação em Enfermagem deve estar voltada para as necessidades reais de saúde das pessoas, famílias e comunidades, parece-nos relevante conhecer o currículo dos cursos de licenciatura em Enfermagem (CLE) na pessoa ao envelhecer, com o intuito de encontrar experiências, pontos de referência e/ou divergência, ajudando à clarificação desta problemática.

Suportadas na visão, valores, missão, objetivos e estratégias de desenvolvimento inscritos no Plano Estratégico do Ensino em Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2008), que assenta numa análise externa (envolvente contextual) e numa análise interna (percurso histórico e evolução recente), consideramos que a participação das escolas superiores onde se leciona o CLE, constitui uma responsabilidade social e primordial, no sentido de responder adequadamente às necessidades de saúde da pessoa ao envelhecer, contribuindo para uma mudança de atitudes e comportamentos futuros. A educação de hoje é determinante na excelência dos cuidados de Enfermagem de amanhã.

A Organização Mundial de Saúde (WHO), tendo em vista o envelhecimento ativo, propõe diversas ações ao nível da saúde, entre as quais realçamos a educação dos cuidadores formais. Incluir no currículo módulos sobre o envelhecimento ativo, educar os profissionais de saúde sobre o processo de envelhecimento e as formas de otimização do envelhecimento ativo, educar sobre modelos capacitadores, incentivando e treinando os profissionais a estimular o autocuidado e a orientar sobre práticas de estilos de vida saudável, fomentar a consciência e a sensibilidade da relevância das redes sociais na saúde da pessoa idosa, treinar os profissionais de saúde para a identificação de fatores de risco e fornecer educação especializada em gerontologia e geriatria (World Health Organization, 2002) são alguns dos aspetos referidos e considerados por nós, investigadoras, fundamentais na educação em Enfermagem.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) reconhece a saúde da pessoa idosa como uma área de relevo de formação estratégica e de intervenção comunitária (Ordem dos Enfermeiros, 2010). O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI) recomenda a orientação e formação de prestadores de cuidados, tendo como finalidades a adequação dos cuidados às necessidades das pessoas idosas e a promoção do desenvolvimento de ambientes capacitadores (Ministério da Saúde, 2004).

Embora tenham já sido desenvolvidos alguns estudos em Portugal sobre a pessoa e o processo de envelhecer, nenhum teve como objeto de estudo o *currículo* dos CLE na pessoa ao envelhecer.

Foram desenvolvidos alguns estudos de investigação e *Guidelines* na área da Educação em Enfermagem Gerontológica internacionais na formação inicial em Enfermagem. Realçamos o documento “Recommended Baccalaureate Competencies and Curricular Guidelines for the Nursing Care of Older Adults” que tem como propósito ajudar os educadores a incorporar conteúdos de Enfermagem Gerontológica nos cursos de formação inicial em Enfermagem e dar a conhecer oportunidades de aprendizagem, incluindo experiências didáticas e clínicas (American Association of Colleges of Nursing, 2010) e o documento “Caring for an Aging America: A Guide for Nursing Faculty, um guia destinado às escolas de Enfermagem que pretendem integrar conteúdos gerontológicos nos seus *currículos* (Thornlow, et al., 2006).

Costa conclui, na sua dissertação de doutoramento, a necessidade de reequacionar a estratégia pedagógica da formação dos enfermeiros enquanto produtores de cuidados às pessoas idosas. A autora explora no seu estudo as “experiências fundadoras dos enfermeiros, durante o seu percurso de formação em enfermagem” e defende a premência da escola repensar a sua “interligação aos contextos de trabalho como fonte real de um conhecimento”, acreditando que “investir o curriculum escolar de saberes, oriundos da prática, será uma mais-valia para a enfermagem” (Costa, 2006 p. 272). O modelo integrador da dinâmica da construção de competências dos enfermeiros em cuidados aos idosos, proposto pela autora, constitui uma referência importante ao presente trabalho, fortalecendo a sua relevância.

Importa, desta forma, conhecer e refletir sobre o *estado de arte* da educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer e que contributos têm sido dados pelas escolas no sentido de desenvolverem uma educação “que promova o desenvolvimento cultural, pessoal, social e ético dos estudantes” e que “proporcione os fundamentos científicos para o exercício de uma atividade multifacetada que se desenvolve em diferentes contextos sociais, a par com um forte investimento da disciplina de Enfermagem e na investigação” (Ordem dos Enfermeiros, 2007 p. 3).

Neste enquadramento, definimos como questão central de investigação *Que Referencial para a Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer?* E como finalidade a *construção e sistematização de uma Matriz Referencial para a Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer.*

Foram definidas as seguintes subquestões: (1) *Que currículo nos cursos nacionais de formação pré-graduada de Enfermagem na pessoa ao envelhecer?* (2)

Como se processa e se perspectiva o desenvolvimento curricular no sentido de propiciar os referenciais de conhecimento e a aquisição de competências promotoras do cuidar em Enfermagem na pessoa ao envelhecer? E os respectivos objetivos (1) Analisar o currículo nos cursos nacionais de formação pré-graduada de Enfermagem na pessoa ao envelhecer e (2) Sistematizar como se processa e se perspectiva o desenvolvimento curricular no sentido de propiciar os referenciais de conhecimento e a aquisição de competências promotoras do cuidar em Enfermagem na pessoa ao envelhecer.

Consideramos que a investigação permitirá construir uma Matriz Referencial, ponto de partida para novas reflexões e investigações, em nosso entender, útil ao desenvolvimento da educação de enfermeiros competentes, críticos e reflexivos, capazes de atender aos desafios de um envelhecer com qualidade.

Este estudo insere-se no paradigma qualitativo, na medida em que pretende interpretar e compreender um fenómeno; quanto ao seu objetivo define-se como exploratório analítico, pois propõe-se conhecer e analisar uma realidade ainda não estudada; quanto ao seu método tem recurso a diferentes fontes de dados e instrumentos, sendo desenvolvido em três etapas sequenciais.

Estruturamos o trabalho em três partes, na Parte I - **Educar para o Envelhecer: Revelando as Matrizes Teóricas** - onde procuramos decompor o tema *A pessoa e o processo de envelhecer*, sob diferentes perspectivas e o tema *A Educação e o Currículo em Enfermagem*, dando lugar à descrição das ideias de alguns autores de referência das Ciências da Educação e da Enfermagem. Ainda no enquadramento, damos relevo às referências epistemológicas que norteiam o estudo, salientando a teoria das transições de Afaf Meleis, os padrões fundamentais de conhecimento de Barbara Carper e a teoria das revoluções científicas de Thomas Kuhn.

Na Parte II, descrevemos o percurso metodológico do estudo - **O Desenho da Investigação: Aclarando o Horizonte** - onde são enunciados os principais aspetos metodológicos, como a natureza e o tipo de estudo, a questão e os objetivos da investigação, os métodos e técnicas de colheita e tratamento de dados, descrevendo e fundamentando cada uma das etapas da investigação: (1) a investigação documental; (2) o questionário; e (3) a entrevista. Relevamos a análise crítica de discurso de Norman Fairclough e as considerações éticas.

Na Parte III - **Os Resultados da Investigação: Perspetivando novos Horizontes**, procuramos ser fiéis aos tempos e às conjunturas experienciadas, tentando comunicar a ideia de continuidade - O percurso vivenciado desde os

primeiros rascunhos/ensaios (que se tornaram progressivamente em traços e figuras mais nítidas e com significado) até ao culminar do desenho final - *A Matriz Referencial para a Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer*. Estruturamos o discurso a partir das três etapas da investigação, sendo relevante referir que todas terminam com uma sinopse, onde contextualizamos os principais achados e os contributos para as etapas seguintes. O último capítulo corresponde à nossa proposta de Matriz Referencial, assente numa perspetiva multidimensional e pluridisciplinar, onde os diferentes achados são integrados, oferecendo orientações para a educação de enfermeiros capazes de responder adequadamente às necessidades da pessoa ao envelhecer.

Na conclusão, realizamos uma síntese reflexiva do estudo e as suas implicações para a disciplina e profissão de Enfermagem. Sugerimos a construção de pontes futuras, através do desenvolvimento de novos estudos e comprometemo-nos a divulgar a presente investigação, para que mais investigações possam ser realizadas e comparadas, de forma a reunir evidência científica capaz de promover a mudança e o desenvolvimento da Enfermagem nesta área de conhecimento.

## **PARTE I**

### **EDUCAR PARA O ENVELHECER: REVELANDO AS MATRIZES TEÓRICAS**



## CAPÍTULO I

### A PESSOA E O PROCESSO DE ENVELHECER

*“Growing old is not an event. There is not a particular day or a certain birthday that marks a person as old. Growing old is a process of gains and losses that takes time. How this period of time is viewed by gerontological nurses shapes their work with elderly clients and their families”.*

(Meleis, et al., 2010 p. 129)

#### 1.1. Envelhecer em Portugal, na Europa e no Mundo

O mundo assiste hoje ao envelhecimento progressivo das populações. Este fenómeno, que se faz sentir à escala mundial, determina novas necessidades sociais, económicas, políticas e educacionais, algumas delas comuns a todos os países e regiões, outras diferentes, dado que cada lugar é único, com características particulares, conduzindo inevitavelmente a experiências singulares de envelhecer.

O envelhecimento das populações pode ser visto como uma consequência direta do desenvolvimento socioeconómico. À medida que as condições de vida melhoram e o acesso aos cuidados de saúde aumentam, a mortalidade neonatal e infantil diminuem e a esperança média de vida aumenta (World Health Organization, 2012).

A Europa, à semelhança de outras regiões do mundo, vivencia atualmente mudanças significativas na sua estrutura populacional. Os cidadãos europeus vivem atualmente vidas mais longas e com mais saúde. Entre 1990 e 2010 ocorreu um crescimento considerável de pessoas com mais de 65 anos por toda a União Europeia. Em 1990 a percentagem foi de 3,7% e em 2010 de 17,4%. Este crescimento foi particularmente visível em alguns países, nomeadamente na Eslovénia, Alemanha, Itália e Grécia e menos evidente em países como a Dinamarca, Reino Unido, Luxemburgo, Suécia e Irlanda (European Union, 2011).

Por todo o mundo, as mulheres tendem a viver mais que os homens, contudo também experienciam maior incapacidade. A incapacidade, por sua vez, é maior nos países subdesenvolvidos em comparação com os países desenvolvidos (World Health Organization, 2012).

As causas principais de incapacidade são semelhantes nos diferentes países, apesar de ocuparem, naturalmente, *rankings* diferentes. Assim, as principais causas de incapacidade nas pessoas com mais de 60 anos em todo o mundo são os problemas visuais, a demência, os problemas auditivos e as osteoartrites<sup>3</sup>. As causas principais de morte em pessoas com mais de 60 anos em todo o mundo advêm essencialmente das doenças crónicas, como a doença cardíaca isquémica, a doença cerebrovascular e a doença pulmonar obstrutiva crónica, sendo importante referir que as infeções também são uma frequente causa de morte nos países mais pobres (idem, 2012).

Em Portugal, na última década, “a percentagem de jovens recuou de 16% em 2001 para 15% em 2011. Na população idosa assistiu-se ao movimento inverso tendo passado de 16% em 2001 para 19% em 2011” (Instituto Nacional de Estatística, 2012 p. 21).

A região mais envelhecida de Portugal continua a ser o Alentejo, seguida da região do Centro. Os Açores e a Madeira apresentam os índices de envelhecimento mais baixos de Portugal. O mesmo acontece com o índice de dependência das pessoas idosas, mais alto no Alentejo e mais baixo nos Açores. Em 2010, as consultas externas nos hospitais tiveram uma maior percentagem em áreas de especialidade como a ortopedia, a oftalmologia e a cirurgia geral. Em 2011, as consultas médicas por especialidade nos centros de saúde foram sobretudo na área da Medicina geral e familiar / clínica geral (82%). As principais causas de morte em Portugal continuam a ser as doenças do aparelho circulatório (30,7%) e os tumores malignos (24,8%) (Instituto Nacional de Estatística, 2013).

Envelhecer não significa ser doente e dependente, sendo fundamental a desmistificação do conceito de envelhecimento, contudo a realidade tem revelado que os últimos anos de vida são, por vezes, acompanhados de doença e incapacidade, suscetíveis de serem frequentemente prevenidas. Diversos são os fatores que podem condicionar a saúde e a qualidade de vida da pessoa à medida que envelhece, como a patologia crónica múltipla, a poli medicação, os acidentes domésticos, o luto, o isolamento social, as alterações da estrutura familiar, sendo fundamental uma

---

<sup>3</sup> Informação baseada no conceito “Years Lost due to Disability” calculada através da incidência de doenças não fatais e do fator peso refletindo a severidade da doença.

avaliação e atuação multidisciplinar, onde a Enfermagem ocupa um lugar de destaque e de relevância extrema (Ministério da Saúde, 2004).

## **1.2. Representações Sociais: Discurso (s) sobre a pessoa e o processo de envelhecer**

Pensar o envelhecer pressupõe novos comportamentos, estilos de vida, expectativas e valores que determinam um questionamento constante sobre as representações sociais e uma atenção às singularidades, no âmbito do direito inclusivo (Governo de Portugal, 2012).

As representações sociais “têm por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos”. São um sistema de “interpretação da realidade, que organiza as relações do indivíduo com o mundo e orienta as suas condutas e comportamentos no meio social, permitindo-lhe interiorizar as experiências, as práticas sociais e os modelos de conduta ao mesmo tempo em que constrói e se apropria de objetos socializados” (Xavier, 2002 pp. 23-24).

As representações possibilitam ainda “entender os comportamentos coletivos no espaço e no tempo em que são produzidos”, permitindo uma contextualização histórica, essencial à análise sociológica (Horochovski, 2004 p. 97).

Sendo uma forma de conhecimento e uma visão compartilhada de um grupo, as representações podem ajudar na compreensão de questões contemporâneas (idem, 2004) como é exemplo o envelhecimento.

Diferentes estudos têm revelado possíveis associações entre as representações sociais sobre o envelhecer e algumas variáveis como a idade, o gênero e o contexto cultural.

Tendo em consideração a relevância do fenômeno do envelhecimento, Wachelke, et al (2010) realizaram dois estudos com a finalidade de caracterizar as representações sociais sobre o tema, tendo concluído, após a sua análise, que a idade e o contexto cultural influenciam as representações sobre o envelhecer.

Os resultados foram reveladores de que as pessoas mais jovens tendem a ver o envelhecimento como um processo. A proximidade da morte, a presença de doença, mas também a aquisição de sabedoria ou o início de novas atividades podem ser possibilidades ao envelhecer, contudo não o definem. As pessoas mais velhas tendem a caracterizar o envelhecimento com base em elementos centrais e objetivos. As

representações das pessoas mais velhas são habitualmente mais concretas, práticas e baseadas nas suas próprias experiências.

Em relação ao contexto cultural, foram identificadas diferentes representações, consoante o país (no caso do estudo, Itália e Brasil), tendo-se verificado que os cidadãos italianos tendem a ver o fenómeno do envelhecimento de forma mais positiva, com ênfase no papel da família como suporte à pessoa idosa, ao contrário dos cidadãos brasileiros, que associam o envelhecer a conceitos como a exclusão social e a doença, o que vem fortalecer a ideia de que as condições sociais e culturais afetam a relação das pessoas com o fenómeno de envelhecer (Wachelke, et al., 2010).

Refletir sobre representações sociais significa refletir sobre influências sociais e relações de dominação, o que nos leva aos conceitos de discurso (Xavier, 2002).

Os discursos sobre o envelhecer são reveladores da forma de pensar e agir de determinado grupo e/ou comunidade, sendo a sua análise muito importante na identificação das suas representações, valores e modelos orientadores.

As pessoas mais velhas podem ser desvalorizadas pela sociedade, através de atitudes, práticas e crenças engendradas nos discursos. O conhecimento que temos acerca das pessoas e do envelhecer está intrinsecamente relacionado com o poder da linguagem (Phelan, 2011).

São frequentemente encontradas, nos discursos sobre o envelhecer, atitudes negativas como a gerontofobia (medo irracional acerca da velhice), o “ageism” (discriminação com base na idade) ou a infantilização, assim como mitos e estereótipos (Berger, et al., 1994).

Nos últimos tempos, assistimos a uma mudança nos discursos sobre o envelhecer, sendo perceptível um afastamento progressivo do modelo biomédico e uma aproximação gradual ao modelo do cuidar. A pessoa e o processo de envelhecer começam a ser pensados numa outra perspetiva. “Sai-se de um visão reativa, centrada nas necessidades básicas e na qual a pessoa é um agente passivo, para uma outra, pró-ativa que reconhece a pessoa como um elemento capaz e atuante no processo político e na mudança positiva das sociedades” (Governo de Portugal, 2012 p. 3).

Os discursos políticos, sociais, económicos e educacionais têm implicações importantes na prática e na educação em Enfermagem, sendo fundamental (1) refletir sobre as formas de pensar o envelhecimento, compreendendo como a sociedade constrói e legitima o conhecimento acerca da pessoa e do processo de envelhecer e (2) criar ideias inovadoras, capazes de dar a conhecer a experiência de envelhecer,

facilitando interações positivas com as pessoas mais velhas, centradas numa visão holística (Phelan, 2011).

### **1.3. Refletindo sobre o envelhecer: Conceitos e significados**

#### *O que significa envelhecer?*

Diversas são as teorias que ao longo dos tempos têm procurado responder a esta questão e que “embora assentes em sólidas bases científicas, não explicam isoladamente o envelhecimento” (Pinto, 2009 p. 109).

O envelhecimento pode ser visto como “um declínio insidioso, que conduz à desregulação celular. Desde o nascimento, que o organismo está sujeito a agressões, em grande parte lesões ambientais, cujos danos conseguem ser reparados. Contudo, com o envelhecimento, há um aumento da acessibilidade às lesões, surgindo em particular no ADN, translocações cromossómicas e expressões aberrantes de genes que resultam de uma instabilidade genética e constituem um risco ao aparecimento de patologia” (idem, 2009 p. 109).

Pode ser ainda caracterizado por um “equilíbrio dinâmico, entre fatores físicos, psíquicos e sociais... é acelerado ou, pelo contrário, travado, consoante a genética – Nature –, as opções de vida – Nurture (como, por exemplo, os hábitos tabágicos, a nutrição, o stress e o exercício físico e mental) e os fatores estocásticos, ou seja, os acidentes muitas vezes incontornáveis” (ibidem, p.113).

Envelhecer é um fenómeno lento e progressivo, natural, universal, dinâmico e individual. Intimamente ligado ao processo de diferenciação e de crescimento, sendo caracterizado essencialmente pela diminuição da capacidade de adaptação do organismo face ao meio ambiente. Esta adaptação torna-se mais difícil na presença de doença (Berger, et al., 1994).

A experiência de envelhecer é singular, um processo multifacetado, dependente de múltiplos fatores fisiológicos, sociais e psicológicos. “Estes fatores variam grandemente e não ocorrem ao mesmo tempo nem estão necessariamente relacionados com a idade cronológica de uma pessoa (...) Diferentes fatores podem combinar-se, influenciando o futuro estado de saúde de uma pessoa idosa” (Squire, 2004 p. 15).

Em relação aos fatores fisiológicos, sabemos hoje que ao envelhecer, a pessoa experiencia transformações sensoriais, que incluem a deterioração da visão e da audição, assim como o enfraquecimento de algumas funções do sistema nervoso central. Fisicamente são visíveis alterações significativas, como a perda de cabelo

e/ou o seu enfraquecimento; a pele torna-se menos elástica, dando origem às rugas; os recetores do paladar e olfato podem também ser afetados, entre outras alterações. Conquanto todas estas transformações não dependam apenas da idade, mas da conjugação de inúmeros fatores, tendem a afetar um número crescente de pessoas com idades mais avançadas (idem, 2004).

As mudanças psicológicas podem ser influenciadas pelo estado de saúde, por fatores genéticos e por fatores físicos e sociais. Problemas sensoriais podem impedir a interação da pessoa com os outros e com o meio ambiente. O sentimento de solidão e de invalidez podem comprometer o bem-estar psicológico. Ao contrário de alguns mitos sobre as mudanças ao nível mental, a pessoa ao envelhecer mantém a sua personalidade (reflexo da personalidade ao longo da vida), assim como mantém a capacidade para aprender, contudo diversos são os fatores que podem facilmente interferir com a sua saúde (Eliopoulos, 2001).

Embora muitos autores, de outras disciplinas e nomeadamente da Enfermagem, tenham abordado o conceito, envelhecer continua a ser um mistério que o ser humano vive ao longo da sua vida. Assumimos Afaf Meleis como autora de referência, por considerarmos a sua teoria adequada, desenvolvendo a experiência da pessoa ao envelhecer.

A sua teoria será abordada no Capítulo III – Uma viagem pelas principais referências epistemológicas.

#### **1.4. As experiências transicionais na pessoa ao envelhecer: Integrando e interpretando dados qualitativos.**

O envelhecimento pode ser entendido “a partir da perspectiva do curso da vida, ou seja, como um processo gradual, envolvendo aspetos históricos, sociais e individuais, numa visão mais complexa e elaborada dos momentos da vida”, constituindo uma vivência tão pessoal e peculiar que só pode ser expressada por quem experiencia as fases mais avançadas da vida (Silva, 2007 p. 29).

A pessoa ao envelhecer vivencia múltiplos processos de transição como a reforma, o luto ou a solidão, sendo essencial que adquira novos padrões de resposta e que desenvolva novas estratégias e habilidades promotoras do seu desenvolvimento.

A Enfermagem desenvolve intervenções que visam facilitar o (s) processo (s) de transição. Para que as intervenções sejam realmente efetivas, deverão atender à complexidade e singularidade da experiência de cada pessoa que vivencia uma ou mais transições.

A evidência tem demonstrado que “os idosos que consideram a velhice como um fenómeno natural dão sentido à sua vida, são mais felizes e implicam-se mais no seu meio e na sociedade. Reconhecem em si aspetos positivos (...) e encontram no envelhecimento certas vantagens (...) complicam menos a vida, apreciam-na mais e temem menos a morte. Utilizam os seus conhecimentos e as suas experiências passadas para as partilhar com os outros ou para recorrer a elas quando necessário” (Berger, et al., 1994 p. 65).

Suportadas no conceito assumido nesta investigação – *A pessoa ao envelhecer* e tendo em consideração que a experiência de envelhecer é singular, complexa e envolta em múltiplos processos de transição, considerámos importante a realização de uma revisão sistemática da literatura (RSL) (meta-síntese qualitativa) com a finalidade de descrever e comparar estudos que relatassem as experiências transicionais da pessoa ao envelhecer, de forma a identificar características de transições saudáveis e refletir acerca das suas implicações para a disciplina e profissão de Enfermagem.

Uma RSL visa reunir evidência empírica, cumprindo os critérios de elegibilidade previamente estabelecidos, com o fim de responder a uma pergunta específica de investigação, utilizando métodos sistemáticos e explícitos (Higgins, et al., 2011).

A síntese de investigação qualitativa tem sido debatida por diversas entidades, nomeadamente a Cochrane e o Centre of Reviews and Dissemination (CRD), que reconhecem a sua relevância<sup>4</sup>.

Segundo o CRD, os investigadores podem incluir: (1) a evidência qualitativa incorporada com estudos quantitativos; (2) associada à avaliação quantitativa ou (3) incluir estudos qualitativos relevantes, que podem não estar associados a uma avaliação quantitativa (Centre of Reviews and Dissemination, 2009). Nesta RSL optámos pela terceira metodologia, dada a natureza da questão de partida: *Quais as principais características de transições saudáveis identificadas pela pessoa ao envelhecer?*

---

<sup>4</sup> Contudo, a Cochrane não tem, atualmente, nenhum modelo que permita realizar uma revisão Cochrane exclusivamente de evidência qualitativa (Higgins, et al., 2011).

Quadro 1 – A Questão de Pesquisa PICOS (Centre of Reviews and Dissemination, 2009).

<b>A Questão de Pesquisa PICOS</b>	
<b>Population</b>	Pessoas ao envelhecer
<b>Interventions</b>	Estudos realizados sobre as experiências transicionais das pessoas ao envelhecer (caraterísticas de transições saudáveis)
<b>Comparators</b>	Quando existentes
<b>Outcomes</b>	Caraterísticas de transições saudáveis
<b>Study Design</b>	Estudos de natureza qualitativa

De forma a respondermos à questão, realizámos a pesquisa em duas plataformas eletrónicas: EBSCOhost e PUBMED<sup>5</sup>. Via EBSCOhost<sup>6</sup> e com as palavras-chave “aging” and “nursing ” and “transition” (descritores MeSH – Medical Subject Headings) encontraram-se duzentos e quarenta e seis registos. Refinada a pesquisa (full text), identificámos noventa e três resultados. Via PUBMED e com as mesmas palavras-chave encontraram-se noventa resultados. Refinada a pesquisa (full text), identificámos onze resultados.

Definimos como critérios de inclusão a pesquisa de estudos qualitativos, que abordassem as experiências transicionais na pessoa ao envelhecer (perspetiva da pessoa que vivencia a transição), incluindo qualquer tipo de transição, sem limitação de idade dos participantes, assumindo o fenómeno “envelhecimento” como sendo um processo contínuo e complexo que não pode ser determinado somente pela idade cronológica.

Das cento e quatro referências, sete eram duplicadas, restando noventa e sete artigos. Dos noventa e sete artigos, sessenta foram rejeitados após leitura do título e vinte e seis foram rejeitados após leitura do resumo, na medida em que não respondiam à nossa questão de partida, perfazendo um total de onze artigos. Pela análise do texto integral e de acordo com o instrumento Critical Appraisal Skills Programme (CASP) ressaltaram seis artigos<sup>7</sup>.

Da leitura e análise dos artigos destacaram-se algumas ideias que permitiram compreender melhor as experiências transicionais vivenciadas pela pessoa ao envelhecer.

<sup>5</sup> A última pesquisa foi realizada em janeiro de 2012.

<sup>6</sup> Foram selecionadas todas as bases de dados apresentadas (academic search complete; business source complete; cinahl plus with full text; medline with full text; medilactina; psychology and behavioral sciences collection; eric; regional business news, nursing reference center; library, information science technology abstracts; cochrane central register of controlled trials; cochrane database of systematic reviews; cochrane methodology register).

<sup>7</sup> Foram tidas em conta considerações éticas e legais, nomeadamente na identificação do problema (pertinente e útil), metodologia utilizada e respeito pelos direitos de autor.

Quadro 2 – Os principais resultados dos artigos analisados: *As experiências transicionais na pessoa ao envelhecer.*

<p><b>Aging after retirement: A social psychological process</b> (Goldberg, et al., 2008)</p> <p><b>Objetivo:</b> Explorar explicações teóricas representativas do processo de envelhecimento social das pessoas idosas reformadas (N=14)</p> <p><b>Metodologia:</b> Qualitativo (Grounded theory); Entrevistas não estruturadas; Triangulação de dados: notas de campo, entrevistas a profissionais das instituições e uma entrevista a um perito na área.</p> <p><b>Resultados:</b> Foi desenvolvido um modelo sobre as experiências das pessoas idosas após a reforma, caracterizado por dois estádios e 6 variáveis: Um inicial, constituído por um período de maior atividade e bem-estar e um segundo constituído por um período de menor atividade, doença pessoal, doença e morte do cônjuge e perda de estabilidade financeira.</p> <p>Este estudo demonstra que a reforma é uma transição que é experienciada pelas pessoas idosas, podendo ter um impacto negativo na saúde e bem-estar da pessoa se não for vivida numa direção saudável.</p> <p>Estas variáveis ajudam-nos a compreender as percepções das pessoas idosas, que evidenciam que uma maior atividade está intimamente relacionada a uma melhor saúde e bem-estar.</p>
<p><b>Felling old: being in a phase of transition in later life</b> (Nilsson, et al., 2000)</p> <p><b>Objetivo:</b> Identificar as experiências das pessoas muito idosas que se sentem velhas, de forma a compreender melhor o processo de envelhecimento na fase tardia da vida. (N=15).</p> <p><b>Metodologia:</b> Descritivo; Interpretativo; Filosofia Ricoeur's. Entrevistas baseadas em histórias de vida analisadas em 3 fases segundo o método Fenomenológico e Hermenêutico.</p> <p><b>Resultados:</b> Distinção entre ser velho e sentir-se velho. De 15, 8 pessoas referiram sentir-se velhas. A experiência de se "sentir velho" caracteriza-se por:</p> <p>1- Ser capaz de identificar o momento a partir do qual teve início este sentimento; 2- Ter medo de desamparo/abandono e de ser incapaz de gerir a sua própria situação de vida; 3- Não se reconhecer a si próprio; 4- Sentir-se diferente dos outros.</p> <p>O conhecimento acerca do processo de transição em ligação com uma maior atenção/ sensibilidade para as experiências das pessoas muito idosas que se sentem velhas são de extrema importância para a enfermagem, ajudando a promover serviços de saúde adequados e a prevenir transições não saudáveis.</p>
<p><b>It's not just about heart failure – voices of older people in transition to dependence and death</b> (Waterworth, et al., 2010)</p> <p><b>Objetivo:</b> Explorar as experiências das pessoas mais velhas com insuficiência cardíaca e as suas transições da independência para a dependência e para algumas a morte (N=25).</p> <p><b>Metodologia:</b> Qualitativo; longitudinal; indutivo. 79 Entrevistas semiestruturadas, em casa das pessoas e em instituições de cuidados, entre dezembro de 2006 e fevereiro de 2008 (3 a 4 meses de intervalo entre cada uma). Verbatim transcrito no programa Nvivo8. Aplicada a escala de Depressão "Geriatric Depression Scale" em todas as entrevistas.</p> <p><b>Resultados:</b> Os principais resultados são descritos pelos autores com base em 3 temas principais:</p> <p>1- Reconhecimento de perdas; 2- Incerteza; 3- Bons cuidados no final de vida.</p> <p>As pessoas revelaram medo de serem um fardo para os familiares e amigos à medida que caminhavam em direção a uma maior dependência, revelando simultaneamente expectativas em relação aos profissionais de saúde, referindo a importância de acreditar que seriam alvo de bons cuidados de saúde.</p> <p>Uma transição não é apenas um simples processo linear de passagem de uma fase para outra. As experiências dos participantes evidenciaram a complexidade da transição e a gestão realizada durante a mesma. Compreender a complexidade da transição para a dependência pode providenciar os profissionais de modelos estruturantes de suporte nestas situações.</p>
<p><b>Menopause: a qualitative study of Jordanian women's perceptions</b> (Mahadeen, et al., 2008)</p> <p><b>Objetivo:</b> Descrever as percepções das mulheres de meia-idade que vivenciam a transição da menopausa (N=25).</p>

**Metodologia:** Qualitativo descritivo. Entrevistas em casa das participantes, conduzidas por 2 enfermeiras investigadoras.

**Resultados:** O tema mais emergente na experiência da menopausa foi “Transição”.

Subtemas: um tempo de ausência de obrigações reprodutivas com mudança de papéis – das obrigações e responsabilidades reprodutivas para a liberdade; um tempo para gerir os sintomas pré-menopausa; um tempo de crescimento pessoal aceitando o envelhecimento como parte da vida.

Estes dados podem ajudar os prestadores de cuidados a promover cuidados de saúde culturalmente competentes a estas mulheres.

#### **Older Women`s Perceptions of Successful aging (Rossen, et al., 2008)**

**Objetivos:** Examinar as percepções das mulheres mais velhas acerca das características e componentes de um envelhecimento bem-sucedido (N=31).

**Metodologia:** Entrevistas semiestruturadas a 31 mulheres, em suas casas, em 2 momentos de colheita de dados. Um primeiro, um mês antes da mudança de residência e um segundo momento entre o terceiro e o quarto mês após a mudança de residência. O Verbatim foi processado no programa NUDIST4.

**Resultados:** As participantes referiram como principais razões para mudarem de residência: razões de saúde, solidão, dificuldade em cuidar da casa, morte do cônjuge, relacionamentos problemáticos com as pessoas com quem conviviam e o desejo de serem cuidadas e de se sentirem em segurança.

Temas sobre envelhecimento bem-sucedido:

Aceitação: Processo interno de pensamento sobre as suas próprias circunstâncias;

Envolvimento: Atividades sociais e de autocuidado;

Comportamento: Apresentação da pessoa ao mundo exterior de tal forma que transmita respeito por si própria e interesse nos outros.

Os resultados deste estudo podem contribuir para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem de forma a promover e reforçar os fatores pessoais, sociais e comportamentais, que levam ao envelhecimento bem-sucedido.

#### **Women`s conception of the menopausal transition – a qualitative study (Lindth-Astrand, et al., 2007)**

**Objetivo:** Explorar se as concepções da transição – Menopausa variam entre as mulheres que procuram conselho médico devido a sintomas do climatério e descrever as concepções. (N=20)

**Metodologia:** Qualitativo; Fenomonográfico. Realizadas 20 Entrevistas semiestruturadas por uma enfermeira especialista na temática em questão, que decorreram na clínica de ambulatório. Foi utilizado o método fenomenográfico de forma a determinar qualitativamente, as variações das concepções das mulheres sobre a menopausa.

**Resultados:** Diferentes concepções foram reveladas, emergindo duas categorias: Mudanças físicas e Mudanças psicológicas. 103 concepções acerca da transição para a menopausa, agrupadas em 7 subcategorias: (1) a transição da menopausa como uma alteração física (mudanças hormonais, cessação da menstruação, ausência de fertilidade, sintomas decorrentes da diminuição da produção de estrogénio, alterações corporais relacionadas com o envelhecimento); (2) a transição da menopausa como uma alteração psicológica (alterações emocionais, uma nova fase da vida).

A menopausa foi descrita como um processo natural e uma fase de desenvolvimento da vida:

As concepções individuais revelaram uma visão holística sobre a transição – Menopausa.

Os profissionais devem conhecer as concepções de cada mulher acerca da menopausa, de forma a comunicarem eficazmente, darem suporte e empoderarem a mulher em diferentes situações que possam surgir, melhorando assim os resultados dos cuidados.

As técnicas usadas para integrar os resultados de estudos qualitativos são tão variadas como a própria investigação qualitativa. A meta síntese, uma integração interpretativa de resultados qualitativos de estudos primários, implica imaginação, cabendo ao investigador comunicar os achados da melhor forma possível

(Sandelowski, et al., 2007). A sua validade está numa lógica integradora capaz de ampliar o alcance de resultados derivados da percepção, sentimentos e experiências dos participantes (Mendes, et al., 2008).

Tendo em vista uma lógica integradora, procurámos descrever a experiência transicional da pessoa ao envelhecer, com base em seis artigos que relatam essa experiência e que aprofundam diversas transições relacionadas com o envelhecimento, entre as quais a dependência, a reforma e a menopausa.

Concluimos que o processo de envelhecer é complexo e multidimensional, sendo crucial compreendermos a perspetiva de cada pessoa que vivencia esta experiência.

As transições relacionadas com o envelhecimento parecem ter lugar após um ou mais eventos críticos como a viuvez, a doença, a dependência, levando a uma consciência da mudança, traduzida por vezes no sentimento de ser velho, provocando uma disrupção na continuidade do processo de envelhecer. Esta consciência é caracterizada por sentimentos de incerteza, medo, incapacidade, insegurança, entre outros, sendo crucial uma redefinição de significados e papéis e uma delineação de estratégias que promovam o desenvolvimento de transições saudáveis.

As características identificadas pelas pessoas ao envelhecer como promotoras de transições saudáveis foram sobretudo a gestão de sintomas; melhoria da função física e cognitiva; atividade/envolvimento; preparação/discussão; atitudes, objetivos e expectativas realistas e positivas; aceitação da mudança/reconhecimento e gestão de perdas; consciência da autonomia/capacidade de decisão; controlo/competência; sentido de empowerment; reconciliação com o próprio, com os outros e nova condição.

Estes resultados enquadram-se nos indicadores de processo definidos por Afaf Meleis (descritos no capítulo III), que considera fundamental uma perspetiva transicional da Enfermagem, capaz de prevenir transições não saudáveis e suportar indicadores de transições saudáveis.

Torna-se assim crucial atender às manifestações e significados atribuídos pelas pessoas em relação aos eventos que interrompem a continuidade das suas vidas, uma vez que os mesmos envolvem geralmente perdas, sendo relativamente longos e implicando um risco acrescido de a transição se desenvolver num sentido pouco saudável.

Esquema: Experiências Transicionais da pessoa ao envelhecer

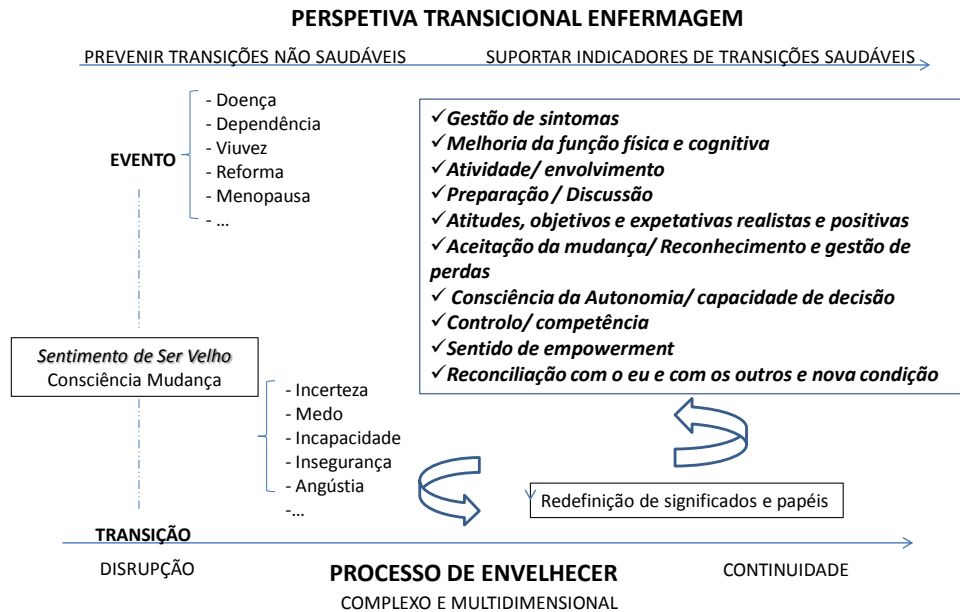


Fig.1 – Experiências transicionais na pessoa ao envelhecer (Cerqueira, et al., 2012 p. 206).

Os resultados dos estudos sugerem a importância dos profissionais encorajarem as pessoas a viverem o processo de envelhecer o melhor que conseguirem, aceitando e tirando partido das mudanças que ocorrem nas suas vidas. Criar oportunidades e encorajar as pessoas a participarem em atividades geradoras de prazer e bem-estar, promover a esperança e minimizar os medos, parece ser fundamental no decorrer do processo de transição.

A reflexão sobre esta temática é crucial para o desenvolvimento do cuidar em Enfermagem na pessoa à medida que envelhece. Salientamos, de acordo com os estudos analisados, que é necessária uma maior investigação acerca das experiências transicionais da pessoa ao envelhecer, pois só dessa forma será possível atender à individualidade de cada um e prestar cuidados adequados, personalizados e culturalmente sensíveis, que não são passíveis de serem levados a cabo quando o centro da intervenção é definido em função da idade cronológica da pessoa<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Esta Revisão Sistemática Qualitativa foi apresentada num póster na Conferência Internacional de Enfermagem Geriátrica, organizada pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa e pela Fundação D. Pedro IV – Instituição Particular de Solidariedade Social. A conferência decorreu no dia 26 de Outubro de 2012. O Póster e o seu resumo encontram-se publicados no livro de atas e resumos do evento.

## CAPITULO II

### A EDUCAÇÃO E O CURRÍCULO EM ENFERMAGEM

*“Toda a educação é um processo de transformação pessoal e social em função de determinados códigos de seleção, organização e construção do conhecimento”.*

(Pacheco, 2011 p. 8)

#### **2.1. Origens e percursos: Um olhar sobre a história da Enfermagem em Portugal**

Neste texto, relembramos as origens da formalização do ensino de Enfermagem em Portugal e alguns dos principais marcos históricos que determinaram os percursos de um grupo socioprofissional em permanente desenvolvimento. É como “um olhar sobre o ombro” que nos leva a “relancear os olhos para trás, do lugar onde se está, visualizando o caminho percorrido com o sentido de que poderá permitir um melhor enquadramento do *hoje*” (Nunes, 2003 p. XII).

A educação e o currículo de Enfermagem dos nossos tempos são fruto, naturalmente, das mudanças e evoluções que ocorreram ao longo da história, muitas vezes preservada por aqueles que a experienciaram e por aqueles que a escreveram.

*Quando e como teve início a história da Enfermagem?*

“Os seres humanos sempre precisaram de cuidados, quer para manter a vida, quer para lutar contra o mal que os ameaça constantemente” (Vieira, 2008 p. 11). “Mas nunca foi suficiente atacar ou afastar o mal. Ontem como hoje, sempre foi necessário tomar conta daqueles que o padecem. A história dos cuidados aos que padecem é a história da enfermagem” (idem, 2008 p.12).

É, no entanto, no século XIX, que a Enfermagem surge como uma profissão organizada, sendo importante salientar que as congregações religiosas influenciaram, até este momento, a evolução da Enfermagem em Portugal (ibidem, 2008).

Em 1942 “verificam-se (...) no ensino e prática de enfermagem, geral ou especializada, graves deficiências. A aprendizagem é confiada ao simples tirocínio prático ou à improvisação das boas vontades (...) As próprias escolas existentes,

particulares ou oficializadas, trabalham longe de uma ação educativa e exemplificadora eficiente” (Decreto-Lei nº 32612 de 31 de dezembro, 1942 p. 1711).

Inicia-se, assim, uma reforma caracterizada pelo alargamento do conhecimento em Enfermagem (áreas de especialização), abrindo-se um “período transitório que permita aproveitar os valores existentes e preparar sem perturbações a futura normalidade” (idem, 1942 p.1712). Nesta altura são delineadas normas respeitantes à duração dos cursos e especializações e respetivas condições de admissão, contudo o enfermeiro é ainda designado como o “auxiliar da medicina”.

Em 1947 “as escolas e os hospitais perdem o poder de decisão e os programas e os conteúdos dos cursos passam a ser únicos para todas as escolas tuteladas pela Inspeção de Assistência Social e aprovados pela mesma” (Carrondo, 2006 p. 107).

Em 1952 ocorre a Reforma do Ensino de Enfermagem. Embora as escolas se mantivessem dependentes dos hospitais, legalmente foi “inscrita a autonomia técnica e administrativa” das mesmas. Nesta altura a heterogeneidade dos planos de estudo era evidente, apesar de “um plano único nacional” (Amendoeira, 2004 p. 96).

Em 1965 é visível uma nova atualização do ensino de Enfermagem, defendendo-se que os planos de estudo e os programas deveriam ser concebidos por forma a tornar os profissionais aptos a trabalhar em qualquer dos campos da saúde: preventivo, curativo e de reabilitação (Decreto-Lei nº 46 448 de 20 de julho, 1965). Introduzem-se novas disciplinas e assiste-se a uma mudança na relação entre escola e hospital, com uma ligação mais efetiva entre a teoria e a *práxis* clínica (Fernandes, 1998 p. 35).

“O regime democrático provocou modificações na sociedade portuguesa, em geral, e na Enfermagem em particular (...) neste período ocorrem as transformações relacionadas com a criação de um nível único de formação básica para a prestação de cuidados gerais (1974), todo o processo de autonomia das escolas que se encontravam anexas aos hospitais, que passaram a ser dirigidas por enfermeiros e enfermeiras devidamente preparados, a carreira única onde todos os profissionais de enfermagem têm clarificado o seu trabalho e à qual todos têm acesso (1981) assim como a integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional a nível superior (1988)” (Nunes, 2003 pp. 320-321).

Em 1999 tem início oficial o Processo de Bolonha, definindo etapas e passos, com vista a um Espaço Europeu de Ensino Superior harmonizado (Direção-Geral do Ensino Superior, 2008). “A Europa do conhecimento é agora reconhecida por todos como um fator imprescindível ao crescimento social e humano, um elemento indispensável à consolidação e enriquecimento da cidadania Europeia, capaz de oferecer aos seus cidadãos as aptidões necessárias para enfrentar os desafios do

novo milénio, a par com a consciência de partilha dos valores e de pertença a um espaço social e cultural comum” (Declaração de Bolonha, 1999 p. 1).

Decorrente do Processo de Bolonha surgem mudanças no ensino superior europeu, como é exemplo a criação da Associação Europeia para a Garantia de Qualidade no Ensino Superior (ENQA) e no ensino superior nacional, como é exemplo a criação da Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES).

A estes factos, de um passado ainda recente, acrescentamos outros, que tornam imperativa a reflexão sobre “o sentido de direção para o desenvolvimento da profissão e da disciplina de Enfermagem”. Estes são a “evolução verificada no ensino em Enfermagem”, nomeadamente a conquista do grau de licenciado e a abertura de mestrados e doutoramentos em Enfermagem, a “evolução verificada no exercício profissional”, decorrente da “complexidade crescente dos cuidados e a criação da ordem dos enfermeiros” e a “evolução das necessidades em cuidados de saúde”, sendo este último diretamente relacionado com o aumento do envelhecimento, das doenças crónicas e conseqüentemente da dependência (Paiva e Silva, 2007 pp. 320-321).

Quadro 3 - Principais marcos históricos da Enfermagem em Portugal (Nunes, 2003); (Amendoeira, 2004); (Vieira, 2008).

<b>Lembrando o caminho percorrido pela Enfermagem em Portugal</b>
1881 – Criação do primeiro curso para enfermeiros (Coimbra)
1901 – Criação da Escola Profissional de Enfermeiros – ESE Artur Ravara (Lisboa)
1910-1929 – Surgimento de novos cursos de Enfermagem
1930-1939 – Aparecimento das primeiras publicações em Enfermagem
1952 – Reforma do Ensino de Enfermagem – Regulamento das Escolas de Enfermagem
1964 – Restruturação do Ensino de Enfermagem
1965 – Aprovação dos novos planos curriculares dos diferentes cursos de Enfermagem
1967 – Criação da Escola de Ensino e Administração em Enfermagem (Lisboa)
1971-1975 – Criação de escolas de Enfermagem em todas as capitais de distrito (exceto Aveiro e Setúbal).
1977 – Plano de estudos construído por enfermeiros (livro verde)
1979 – Criação do Serviço Nacional de Saúde
1982 – Restruturação dos cursos de especialização
1986 – Lei de Bases da Educação
1988 – Integração do Ensino de Enfermagem no Sistema Superior Politécnico
1990 – Criação do Curso Superior de Enfermagem (bacharel)
1991 – Criação do primeiro Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem na UCP Faculdade de Ciências Humanas de Lisboa.
1996 – Publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE); Início oficial do Processo de Bolonha.
1997 – Alteração da Lei de Bases do Sistema Educativo
1998 – Publicação do decreto-lei que cria a Ordem dos Enfermeiros
1998 – Criação das Escolas de Aveiro e Setúbal
1999 – Criação do curso de licenciatura em Enfermagem em ciclo único – Declaração de Bolonha
2001 – Lei do ordenamento do ensino superior

2002 – Defesa do primeiro Doutoramento em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar (Porto).  
2005 – Segunda alteração à lei de bases do Sistema Educativo e primeira alteração à Lei de Bases do Financiamento do Ensino Superior  
2006 – Regulamentação das alterações introduzidas pela lei de Bases do SE relativas ao novo modelo de organização do ES.  
2007 – Criação da A3ES.

De uma forma geral, podemos afirmar que as mudanças e evoluções foram constantes, quer ao nível do ensino de Enfermagem, quer ao nível da *práxis* clínica, determinando uma visão mais clara e integradora da identidade da profissão nos dias de hoje. Ao longo dos tempos os enfermeiros conquistaram autonomia, lugar e poder numa sociedade em mudança, que exige, a cada dia que passa, respostas adequadas e inovadoras ao nível da saúde dos seus cidadãos.

“Na dimensão demográfica, o aumento crescente da terceira e quarta idades, faz aumentar exponencialmente a população mais vulnerável às doenças crónicas e às doenças degenerativas associadas à velhice, bem como a incapacidade crescente do modelo biomédico para explicar os fatores que não o integrando, necessitam ser analisados no interface entre o estado de saúde e o estado de doença (transições) ” (Amendoeira, 2004 p. 30). Afiliamo-nos à ideia de que “o percurso da profissão até hoje coloca os enfermeiros numa posição privilegiada para responder a alguns dos imensos desafios que as tendências do Sistema de Saúde permitem vislumbrar para amanhã” (Vieira, 2008 p. 121), nomeadamente em relação ao *envelhecer*.

## **2.2. (Re) Pensando a educação e o currículo: Uma abordagem crítica**

Não é possível pensar a Educação sem refletir sobre o próprio homem, “*ser inacabado*” e que por isso se educa. “Este ser *temporalizado e situado* (...) descobre que não só está na realidade, mas também que está com ela”. Um ser de relações que “guarda em si conotações de pluralidade, de criticidade, de consequência e de temporalidade” (Freire, 1979 p. 62).

Afiliamo-nos à ideia de Paulo Freire, acreditando que a educação significa mudança e que o homem é um ser inconformado, que busca sempre mais, sendo capaz de questionar a realidade onde se insere, relacionando-se com ela e transformando-a. “ (...) O homem, ao responder aos desafios que partem do mundo, cria seu mundo: o mundo histórico-cultural. O mundo de acontecimentos, de valores, de ideias, de instituições. Mundo da linguagem, dos sinais, dos signos, dos símbolos. Mundo da opinião e mundo do saber” (idem, 1979 p.46-47).

De acordo com estes pressupostos, aceitamos que a verdadeira educação “consiste em ensinar a pensar mas também em aprender a pensar sobre o que se pensa” (...) levando à reflexão (...) exigindo “constatar a nossa pertença a uma comunidade de criaturas pensantes” (Savater, 1997 p. 30). Educar “é sempre uma tentativa de libertar o semelhante” (...) proporcionando “combinações inéditas e derivações ainda não exploradas” (idem, 1997 p.69).

O paradigma, no qual nos suportamos, atravessa os novos processos de aprender e de ensinar, exigindo uma nova atitude por parte de todos os seus atores.

Na escola, ocorrem intervenções geradoras de mudança, que fazem do processo de aprender e ensinar um meio de reprodução, mas sobretudo de produção e transformação social (Leite, 2002).

“Aprender e ensinar, hoje, pressupõem o desenvolvimento de novas capacidades individuais e em equipa que deverão desembocar na aquisição de novas competências gerais e específicas em função dos novos desafios da sociedade emergente” (Tavares, 2005 p. 10). Neste sentido, todo o processo de “conhecer, aprender e ensinar é uma verdadeira construção pessoal e social ou co construção de conhecimento, de experiência, de ação e de vida” (idem, 2005 p.18).

Segundo Roldão, “ensinar é, antes de mais fazer alguém aprender. Aprender significa apropriar-se dos sentidos daquilo que se aprende, atribuir um significado a alguma coisa e inserir cada nova aquisição num processo interativo que se constrói a partir do quadro prévio em que o sujeito se situa” (Roldão, 1999 p. 28). Para a mesma autora “saber ensinar é ser especialista dessa complexa capacidade de mediar e transformar o saber conteudinal curricular (...) pela incorporação dos processos de aceder a, usar o conhecimento, pelo ajuste ao conhecimento do sujeito e do seu contexto, para adequar-lhe os procedimentos, de modo que a alquimia de apropriação ocorra no aprendente – processo mediado por um sólido *saber científico* em todos os campos envolvidos e um *domínio técnico – didático* rigoroso do professor, informado por uma contínua postura meta-analítica, de questionamento intelectual da sua ação, interpretação permanente e realimentação contínua” (Roldão, 2007 p. 102).

O Processo de Bolonha, a criação de um Espaço Europeu de Ensino Superior e todas as transformações ocorridas ao longo dos últimos tempos, tornam imperativa uma reflexão acerca da educação e do currículo em Enfermagem.

O currículo é entendido hoje como um processo de construção, gestão e formação reflexiva centrado na escola. “A aprendizagem daquilo que se considera necessário que a escola proporcione a todos” (Roldão, 1999 p. 29).

Um “conjunto de processos de seleção, organização, construção e reconstruções culturais (...), ou seja, como tudo o que existe enquanto plano e prescrição e tudo o que ocorre num dado contexto e numa situação real de educação escolar (...) Pensamos o currículo nas relações que se estabelecem entre os diferentes atores, experiências e saberes, nos valores e crenças dos protagonistas da ação, nos papéis atribuídos aos diferentes sujeitos e nos que por eles são assumidos nas diversas dinâmicas, bem como na sua dimensão de intervenção e reconstrução social” (Leite, 2002 pp. 89-90).

De acordo com a autora “privilegiamos concepções e teorias que olham o currículo, na sua globalidade, intimamente relacionado com uma política educativa e cultural e como algo dinâmico e específico de contextos construídos por um coletivo de atores em situações reais” (idem, 2002 p.51).

Salientamos a Teoria Crítica do Currículo que se distancia da Teoria Técnica, embora admitindo algumas aproximações à Teoria Prática, distinguindo-se da anterior sobretudo pelo “conceito de práxis inerente ao interesse cognitivo crítico e que é constituído pela ação e reflexão” (Pacheco, 2001 p. 41).

“Quanto aos professores, esta corrente, e uma vez que se orienta por princípios de emancipação política e de intervenção na sociedade, percecionam-se como profissionais reflexivos que partem da compreensão dos contextos onde se situam e onde o ensino tem lugar para levarem a cabo práticas facilitadoras do desenvolvimento autónomo, libertador e crítico daqueles a quem ensinam. Partindo de uma relação de equilíbrio entre necessidades sociais e necessidades individuais, os professores assumem nesta postura (...) o papel de agentes educativos que contribuem para o desenvolvimento de cada pessoa, através de uma formação que privilegia o contexto social” (Leite, 2002 p. 78).

Segundo Amendoeira (2004) para a “construção social do currículo de forma integrada” torna-se fundamental questionar dois aspetos. O primeiro relacionado com o seu conteúdo e o que falta nele e o segundo relacionado com a sua forma, que nos revela como o mesmo é construído. “A construção social do *currículo* em enfermagem, necessita ser estudada a partir de categorias que clarifiquem os contornos dessa mesma construção e de que se isolam: a tipologia dos saberes; os diferentes modelos / esquemas de formação; os participantes na construção curricular; e os níveis, os diplomas / graus atribuídos”. (Amendoeira, 2004 p. 33).

Em relação ao conteúdo do currículo importa questionar: (1) *Que referenciais de conhecimento são adotados na formação inicial em Enfermagem?* (2) *Quais as*

*diretrizes e recomendações (nacionais e internacionais) para a formação inicial em Enfermagem na pessoa ao envelhecer?*

Em relação à forma do currículo importa questionar: *Que decisões estão na base do desenvolvimento curricular?* Atendendo a que “o desenvolvimento curricular hoje (...) implica necessariamente assumir opções e tomar decisões sobre o figurino que o currículo deve assumir em cada contexto específico. Implica gerir conteúdos, extensão, metodologias, prioridades, projetos integradores, para a situação única de cada escola ou conjunto de escolas” (Roldão, 1999 p. 29).

### **2.3. Linhas de orientação e recomendações: Aprender e ensinar o cuidar em Enfermagem na pessoa ao envelhecer**

A formação inicial em Enfermagem tem como finalidade preparar os estudantes, futuros enfermeiros, a preencher um papel no mercado de trabalho profissional, onde serão chamados a reforçar os sistemas de saúde para atender às necessidades das pessoas saudáveis e/ou doentes, protegendo-as (World Health Organization, 2009).

Esta proteção assume uma maior relevância em situações de especial vulnerabilidade experienciadas pela pessoa no decorrer do seu ciclo vital, como é exemplo a fase tardia de vida. Assim, a dignidade da pessoa idosa, a proteção dos seus direitos e a resposta adequada às suas necessidades de saúde deverão constituir focos de atenção da formação inicial em Enfermagem.

Tendo em consideração estes pressupostos, é imperativo o desenvolvimento de programas de ensino superior assentes num padrão global. Por outras palavras, cada país necessita de ter uma fonte adequada e sustentável de profissionais de saúde treinados para responder a questões atuais e futuras relacionadas com a saúde, a segurança e a qualidade de vida das pessoas. Para tal, torna-se essencial garantir consenso entre os especialistas, definindo-se áreas-chave e elementos mínimos /comuns na educação (idem, 2009). Significa que, no que diz respeito à pessoa ao envelhecer, é desejável que estejam definidas áreas prioritárias e elementos comuns na formação inicial de todos os enfermeiros<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Esta ideia remete-nos para o conceito de globalização do *currículo*. “A educação e formação são processos complexos de decisão, dependentes de territorialidades diferentes e entrelaçadas, com o objetivo de responder afirmativamente a uma mudança económico-social mais ampla” (Pacheco, 2011 p. 13). Não significa, no entanto, a uniformização de todas as práticas educativas, uma vez que a educação está profundamente enraizada nas políticas de cultura (o *currículo* representa a visão de um grupo inserido num determinado contexto histórico, social, económico e político). Neste sentido, a uniformização caminha com a diversidade (Alarcão, 1999).

Que linhas de orientação e recomendações cruzam os conceitos *Saúde, Envelhecer e Educação em Enfermagem?*

A primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde decorreu em setembro de 1978 em Alma-Ata, organizada pela WHO e pela United Nations Children`s Fund (UNICEF). Nesta conferência estiveram presentes diversas entidades e dela resultou uma declaração que veio reafirmar o significado da saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - direito fundamental a todos os seres humanos e a mais importante meta social mundial (World Health Organization, 1978).

Segundo a Declaração de Alma-Ata, a desigualdade no estado de saúde dos povos - política, social e economicamente inaceitável, passou a constituir uma preocupação comum a todos os países, considerando-se a promoção e a proteção da saúde como essenciais à qualidade de vida e à paz mundial.

Uma das metas delineadas e a alcançar até ao ano de 2000 foi a de que todos os povos atingissem um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva, relevando-se o importante papel dos cuidados de saúde primários, através do desenvolvimento e do espírito de justiça social.

A Declaração de Alma-Ata constituiu ponto de partida para outros eventos e documentos de referência, responsáveis pela forma como vemos e fazemos aprender a *Saúde*, como a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, Canadá, em novembro de 1986 (Carta de Ottawa)<sup>10</sup>; a 2ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, Austrália, em abril de 1988 (Recomendações de Adelaide)<sup>11</sup>; a 3ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, Sundsvall, em junho de 1991 (Declaração de Sundsvall)<sup>12</sup>; a 4ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, Jacarta, em julho de 1997 (Declaração de Jacarta)<sup>13</sup>; a 5ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, México, em junho de 2000 (Declaração do

---

<sup>10</sup> Reafirmou a importância da saúde para todos, descrevendo diferentes campos de ação na promoção da saúde e reiterando os princípios da justiça social e da equidade (World Health Organization, 1986).

<sup>11</sup> Afirmou que os diferentes campos de ação na promoção de saúde apenas são desenvolvidos através de políticas públicas saudáveis, nomeadamente no que à educação diz respeito “As instituições ligadas ao ensino devem responder às necessidades emergentes da nova saúde pública, reorientando os currículos existentes de modo a incluírem competências de capacitação, mediação e advocacia” (World Health Organization, 1988 p. 10).

<sup>12</sup> Apelou às pessoas de todo o mundo um empenho efetivo no desenvolvimento de ambientes (físicos, sociais, económicos e políticos) favoráveis à saúde. A capacitação e participação foram evidenciadas e dois princípios foram tidos em consideração, a equidade e a interdependência de todos os seres vivos (World Health Organization, 1991).

<sup>13</sup> Trouxe uma visão da Promoção da Saúde no século XXI, cuja ideia principal residiu no tirar partido de todos os recursos existentes, para intervirem sobre os determinantes de saúde (World Health Organization, 1997).

México)<sup>14</sup> e a 6ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, Bangucoque em agosto de 2005 (Carta de Bangucoque)<sup>15</sup>.

Para além destes eventos e documentos de referência realçamos a 2ª Conferência da WHO em Enfermagem e Enfermagem Obstétrica na Europa, em 2000, em Munique, dando lugar à Declaração de Munique, que vem realçar o enfermeiro como o elemento chave na resposta aos problemas de saúde pública, assegurando cuidados de saúde de qualidade, acessíveis, equitativos, eficientes e adaptados, garantindo a continuidade dos cuidados e atendendo aos direitos e às necessidades das pessoas (World Health Organization, 2000)<sup>b</sup>.

Desde 1978, em Alma-Ata, que temos como meta principal “Mais Saúde para todos” e desde essa altura que conceitos como a capacitação, a equidade, a solidariedade e justiça social, entre outros, são alvo de debate e reflexão, contudo, a realidade demonstra que ainda temos um longo caminho a percorrer neste sentido.

Segundo o Relatório *Um Futuro para a Saúde* (2014), apesar de Portugal ter registado ganhos significativos na saúde, com a esperança média de vida cada vez mais próxima da média europeia e ter reduzido significativamente a mortalidade infantil, tem, ainda, grandes desafios para enfrentar, essencialmente no que diz respeito ao bem-estar das pessoas. Os portugueses vivem mais tempo, mas doentes<sup>16</sup>, à semelhança do que acontece em outros países menos desenvolvidos, assistindo-se hoje, apesar de todas as metas traçadas a nível mundial, a desigualdades muito acentuadas no que se refere à saúde das populações.

A WHO tem publicado nos últimos anos diversos documentos relacionados com a saúde ao envelhecer, numa perspetiva mais global, assim como documentos mais específicos que abordam problemáticas particulares experienciadas nesta transição de vida como as doenças crónicas, os mitos sobre o envelhecer e a segurança (prevenção de acidentes), entre outros, que colocam esta problemática no centro dos discursos sociais, políticos, económicos e educacionais atuais.

Segundo o Comité Económico e Social Europeu (CESE) sobre *O contributo e a participação dos idosos na sociedade*, as pessoas idosas são dinâmicas, capazes e vitais da nossa sociedade, transmitindo conhecimentos e experiências para as próximas gerações, contribuindo igualmente para a nossa economia, para as nossas comunidades e para a transmissão da nossa história, sendo impossível considerar a

---

<sup>14</sup> Com o lema Promoção de Saúde: Rumo a uma maior equidade (World Health Organization, 2000)<sup>a</sup>.

<sup>15</sup> Revelou ações, compromissos e promessas para abordar os determinantes de saúde num mundo globalizado através da promoção da saúde (World Health Organization, 2005).

<sup>16</sup> Os homens e as mulheres portuguesas têm, respetivamente, em média 6 e 6,6 anos de vida saudável depois dos 65 anos, em comparação com os noruegueses que têm, respetivamente, 15,9 e 15,4 anos, o que nos coloca desafios enormes no âmbito da obtenção de ganhos em saúde e na redução das despesas com a saúde (Crisp, et al., 2014)

sua dignidade e bem-estar separadamente das estratégias relacionadas com os rendimentos, os cuidados de saúde, a assistência social e a proteção das redes locais e das iniciativas comunitárias (Comité Económico e Social Europeu, 2013).

A DGS tem também desenvolvido diversos documentos de referência nacional, nomeadamente o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 com grande enfoque na caracterização da saúde em Portugal, apresentando eixos estratégicos<sup>17</sup> para o sistema de saúde, assim como os objetivos<sup>18</sup> delineados. Para além do PNS encontramos documentos sobre problemáticas específicas do envelhecer realçando uma vez mais o papel ativo e imprescindível das pessoas idosas no desenvolvimento de uma sociedade mais saudável, justa e solidária.

Consideramos que as instituições de ensino superior de saúde são essenciais na consecução da meta “*Mais saúde para as pessoas ao envelhecer*”.

“O ensino superior, na área da saúde, tem de preparar, desde a formação pré-graduada, para a participação na definição das políticas globais e sectoriais; para a organização da intervenção em saúde e para a prestação dos cuidados de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2008 p. 6). Tendo por base o desenvolvimento do ensino e profissão de Enfermagem em Portugal, a OE aponta, entre outros aspetos para a importância da “reflexão sobre as práticas de desenvolvimento curricular em Saúde e Enfermagem, tendente a acompanhar a reforma do plano pedagógico e a otimizar a aprendizagem ao longo da vida” (idem, 2008 p. 9).

As novas realidades relativamente à saúde das populações, nomeadamente no que se refere às populações mais idosas, determinam novas necessidades de adaptação e reflexão por parte dos atores responsáveis pelo desenvolvimento curricular, dando lugar a uma docência centrada na aprendizagem, o que pressupõe, segundo Leite, et al (2009) “um conhecimento no domínio dos processos de organização e desenvolvimento do currículo que potencie a ação dos estudantes na construção do conhecimento e no desenvolvimento de competências consideradas importantes para o perfil de formação” (Leite, et al., 2009 p. 74).

Segundo Costa (2006), no que respeita à formação dos enfermeiros para a prestação de cuidados na pessoa idosa, “para além do desenvolvimento de conhecimentos específicos e de importantes aptidões no domínio dos cuidados, a Enfermagem deve centrar-se num vasto campo de ação, que vai desde a pessoa idosa totalmente saudável à pessoa totalmente dependente” (Costa, 2006 p. 44).

---

<sup>17</sup> (1) Cidadania em saúde; (2) Acesso e equidade; (3) Qualidade em Saúde; (4) Políticas saudáveis (Direção-Geral da Saúde, 2012).

<sup>18</sup> (1) Obter ganho em saúde; (2) Promover contextos saudáveis ao longo da vida; (3) Reforçar o suporte social e económico na saúde e na doença; (4) Fortalecer a participação de Portugal na Saúde global (idem, 2012).

Sobre as mudanças no ensino de Enfermagem, a autora aponta duas perspectivas relevantes na atualidade: (1) “A Enfermagem muito se enriquecerá com o pluralismo teórico, emancipando-se das visões técnicas e de base comportamentalista, que a têm dominado”; (2) “A rutura com o modelo tradicional de curriculum surge, também, como uma necessidade, evidenciado que está que aquele reproduz as crenças e valores dominantes e implícitos, em conformidade com as práticas estabelecidas nas instituições de saúde” (idem, 2006 p.272).

Estas ideias cruzam com a nossa investigação na medida em que pretendemos refletir sobre um dos aspetos do *modelo integrador da dinâmica da construção de competências* – a formação da pessoa, profissional de enfermagem.

## **2.4 A formação inicial de Enfermagem em Portugal na área do envelhecer**

O sistema de ensino superior português (binário) integra universidades e instituições politécnicas com estruturas de organização e dimensão diversificadas e de diferente natureza jurídica. Compreende instituições de grande dimensão e simultaneamente instituições de menor dimensão, que correspondem, na maior parte dos casos, a escolas especializadas em determinadas áreas como é exemplo a Enfermagem (Agência de Acreditação do Ensino Superior, 2012).

A rede portuguesa de instituições onde se leciona Enfermagem compreende uma grande dispersão geográfica, com oferta formativa em Portugal continental e ilhas, num total de quarenta e um CLE distribuídos pelo país<sup>19</sup>.

O Ensino Superior de Enfermagem pode ser categorizado em: (1) Ensino Superior Público Politécnico; (2) Ensino Superior Privado Politécnico; e (3) Ensino Concordatário<sup>20</sup>.

O Ensino Superior Público Politécnico envolve três Escolas Superiores de Enfermagem não integradas, seis Escolas Superiores de Enfermagem integradas em Universidades<sup>21</sup>; dez Escolas Superiores de Saúde integradas em Institutos Politécnicos e duas Escolas Superiores de Saúde integradas em Universidades, perfazendo um total de vinte e uma Escolas Públicas.

O Ensino Superior Privado Politécnico envolve cinco Escolas Superiores de Enfermagem não integradas; oito Escolas Superiores de Saúde integradas em Institutos Superiores, uma Escola Superior de Saúde integrada em Cooperativa de

---

<sup>19</sup> Sem contabilizar com os cursos que têm duas entradas no mesmo ano letivo.

<sup>20</sup> Não incluímos o Ensino Superior Público Militar e Policial Politécnico, nomeadamente a Escola do Serviço de Saúde Militar, devido à externalização do curso de licenciatura em Enfermagem.

<sup>21</sup> Sendo a formação inicial em Enfermagem de natureza politécnica.

Ensino Superior e quatro Escolas Superiores de Saúde integradas em Universidades, perfazendo um total de dezoito Escolas Privadas.

A Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa e Porto representa o ensino concordatário português<sup>22</sup>.

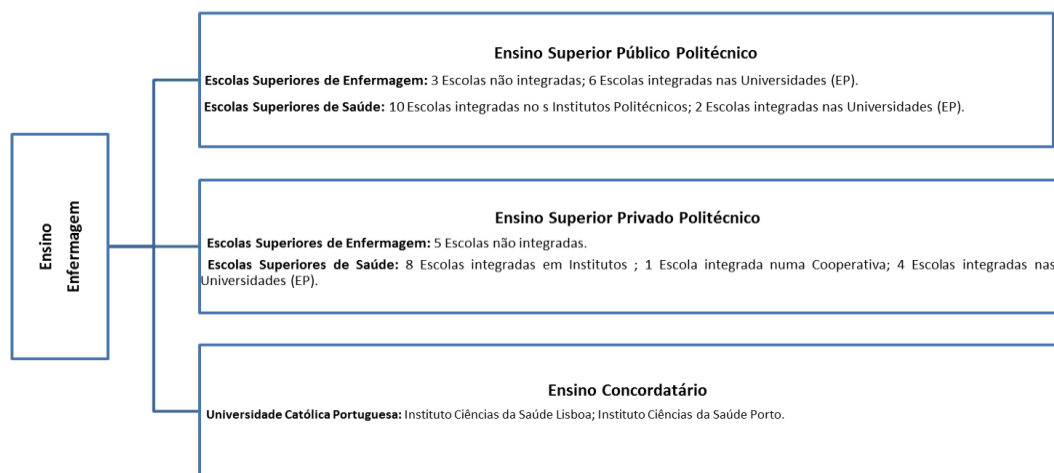


Fig.2 – Caracterização do Ensino Superior de Enfermagem Português

Os CLE são regulados pelo decreto-lei nº 353/99 de 3 de setembro e nele pode ler-se, entre outros aspetos, que cada ano letivo tem a duração máxima de trinta e seis semanas de atividades pedagógicas e que a carga horária total do curso se deve situar entre as quatro mil e seiscentas (4600) e as quatro mil e oitocentas (4800) horas (Decreto-Lei nº353/99 de 3 setembro, 1999).

Os CLE contemplam, de forma articulada, uma componente de ensino teórico e uma componente de ensino clínico, sendo que o ensino teórico deve abranger, pelo menos, um terço da carga horária total dos cursos, tendo como objetivo “a aquisição dos conhecimentos de índole científica, deontológica e profissional que fundamentam o exercício profissional da enfermagem” e o ensino clínico deve abranger, pelo menos, metade da carga horária total dos cursos, tendo como objetivo “assegurar a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessários às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional da enfermagem” (Portaria nº799 - D/99 , 1999 p. 6510).

O decreto-lei, que regula os CLE, refere ainda que cada uma das componentes, de ensino teórico e de ensino clínico, deve incluir obrigatoriamente as

<sup>22</sup> Foram contabilizadas todas as escolas, institutos ou polos que integram uma única instituição de ensino superior. Por exemplo no que diz respeito ao Instituto Jean Piaget foram contabilizadas quatro escolas, relativamente à Universidade dos Açores, foram contabilizadas duas escolas e assim sucessivamente.

matérias constantes no decreto-lei 320/87, de 27 agosto, entre as quais podemos encontrar *os cuidados a prestar às pessoas idosas e geriatria* (Decreto-Lei nº 320/87 de 27 agosto, 1987).

Tendo em consideração algumas linhas de orientação e recomendações abordadas no capítulo anterior e a ideia de que não temos um Referencial explícito e sistematizado para a Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer, capaz de espelhar o comprometimento de um grupo, questionamo-nos sobre o quê, o como, o quando, o porquê e o para quê:

*O que fazer aprender? Que conteúdos? Que experiências? Que conceções?*

*Como fazer aprender? Que metodologias? Que estratégias? Que planeamento? Que ações?*

*Em que momentos no decorrer do curso? Que ligações entre as Unidades Curriculares e os anos letivos?*

*Com que fundamentação?*

*Com que finalidade?*

Esperamos, no decorrer desta investigação, poder responder a estas questões, assim como a outras que poderão emergir, através da construção e sistematização de uma matriz referencial unificadora, capaz de integrar, as matrizes diferenciadoras requeridas pelos diferentes contextos (Alarcão, 1999)<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> O presente capítulo, nomeadamente o seu último tema – A formação inicial de Enfermagem em Portugal na área do envelhecer, foi explanado em maior profundidade e em interligação com os achados da primeira e segunda etapa do estudo, numa mesa redonda intitulada *La formación enfermera en el campo del envejecimiento – La realidad transfronteriza*, no XI Simposio sobre mayores| IX Encuentro transfronterizo sobre mayores| IV Encuentro transfronterizo sobre úlceras e heridas, organizado pela Universidad de Extremadura e Ayuntamiento de Valverde de Leganés, em Valverde de Leganés, a 08 de maio de 2015.



### CAPITULO III

#### UMA VIAGEM PELAS PRINCIPAIS REFERÊNCIAS EPISTEMOLÓGICAS

*“Tudo o que encontro como objeto, como parte do mundo, é já interpretado e concebido nos termos de uma linguagem. Naquilo a que chamamos factos entram interpretações que é impossível repelir. O que consideramos verdades evidentes são frutos de revoluções filosóficas de um passado distante. Aquilo a que hoje damos o nome de bom senso foi a visão dos nossos antecessores”.*

(Henriques, et al., 2013 pp. 54-55)

A epistemologia é um ramo da filosofia que abrange a teoria do conhecimento, a filosofia das ciências e a história das ciências, podendo ainda ser entendida como uma “atividade de interpretação da experiência íntima de um sujeito que se manifesta em sua produção intelectual” (Carvalho, 2009 p. 408). Pensar sobre os significados da epistemologia contribui para o desenvolvimento do conhecimento.

No presente capítulo pretendemos iniciar uma viagem pelas principais referências epistemológicas, demarcando as nossas origens e padrões.

No que se refere às origens no campo da Enfermagem, afiliamo-nos às autoras Afaf Meleis e Barbara Carper. “As teorias de enfermagem podem falar, por si, da inerência fundante, ou da internalidade epistemológica, e da historicidade da enfermagem, e são imprescindíveis pelos conceitos, regras e critérios de verdade para as buscas da ciência” (idem, 2009 p. 410).

Afiliamo-nos também a Thomas Kuhn, como ponto de partida à reflexão de um novo paradigma da educação em Enfermagem.

Todos os autores constituem-se como essenciais ao caminho percorrido e à construção da matriz referencial proposta.

### **3.1. A ancoragem na Teoria das Transições de Afaf Meleis**

A Enfermagem desenvolve o cuidado diante da pessoa que vivencia eventos transicionais, procurando compreender as suas experiências, com a finalidade de conhecer a sua natureza holística e as suas respostas ao meio ambiente, de forma a promover a manutenção da sua saúde, equilíbrio e harmonia (Meleis, 2005).

Afaf Meleis identifica sete conceitos centrais no Domínio da Enfermagem – a pessoa; transições; interações; processo de enfermagem; ambiente; terapêuticas de Enfermagem e saúde. O enfermeiro interage com a pessoa, que se encontra numa situação de saúde/doença, inserida num contexto e que vivencia ou antecipa uma transição. As interações do enfermeiro com a pessoa têm uma intenção, o processo de Enfermagem, e as suas intervenções visam promover, recuperar ou facilitar a saúde. Para a autora, a pessoa é um ser humano com necessidades em constante interação com o ambiente e com capacidade de adaptação. Contudo, a doença, o risco ou a vulnerabilidade à doença podem desencadear desequilíbrio ou risco de desequilíbrio e este pode manifestar-se na incapacidade da pessoa cuidar de si e de adotar respostas adequadas (idem, 2005).

As transições são um conceito central da Enfermagem, podendo ser definidas como a passagem ou movimento de um estado, de uma condição para outro. Correspondem habitualmente a períodos de instabilidade decorrentes de mudanças de desenvolvimento, situacionais, de saúde-doença e organizacionais e têm implicações importantes para a pessoa e sua família (Schumacher, et al., 2010). Consistem num “processo que decorre ao longo do tempo, tendo um sentido de fluidez e movimento”, onde a pessoa experiencia profundas mudanças externas e internas, sendo substancial a aquisição de novas habilidades e padrões de resposta, promotores de mudança e aceitação de um novo estado, de uma nova condição (Meleis, et al., 2010 p. 129).

Uma transição caracteriza-se por uma percepção, um reconhecimento de mudança e um envolvimento nesse processo ao longo de um determinado período de tempo, durante o qual ocorrem eventos críticos. A Enfermagem deve atender às necessidades reais da pessoa que vivencia um ou mais processos de transição, com a finalidade de identificar riscos que podem tornar a pessoa mais vulnerável, prevenindo possíveis situações de sofrimento e de doença.

A pessoa ao envelhecer vivencia múltiplos processos de transição como a reforma, o luto ou a solidão, sendo essencial que adquira novos padrões de resposta e que desenvolva novas estratégias e habilidades promotoras do seu desenvolvimento.

Geralmente estas transições envolvem perdas e são indesejadas, mas nesta fase da vida também ocorrem transições positivas, muitas vezes relacionadas com a descoberta de novos projetos ou de antigos projetos, que por diversas razões, não foram levados a cabo em outras fases da vida (idem, 2010).

A Enfermagem desenvolve intervenções que visam facilitar o processo de transição. Para que as intervenções sejam realmente efetivas, deverão atender à complexidade e singularidade da experiência de cada pessoa que vivencia uma ou mais transições. Segundo a autora, torna-se essencial conhecer o significado que a pessoa atribui às transições, identificando indicadores de processo, índices mensuráveis, que possibilitam avaliar a transição. São descritos, de seguida, os indicadores propostos pela autora:

- (1) *A experiência da pessoa referente a novos sintomas ou exacerbação de sintomas já existentes.* Se o início da transição é acompanhado por um aumento dos sintomas deve ser evidente um decréscimo na sua frequência e severidade durante a transição. A presença de sintomas, possíveis de serem controlados, sugere que o processo decorre de forma pouco saudável.
- (2) *O status funcional* é um dos indicadores de processo. É expectável que a pessoa sofra alterações ao nível do mesmo durante a transição, contudo, quando o processo é saudável, deve ser visível uma melhoria das funções física e cognitiva.
- (3) Outro indicador é *a pessoa sentir-se conectada a uma rede interpessoal importante e significativa.* Podem ocorrer, durante a transição, alterações nos relacionamentos, contudo, quando o processo é saudável, espera-se a recuperação/reforço desses relacionamentos ou a criação de novos relacionamentos.
- (4) A autonomia, capacidade de controlo e determinação são por vezes ameaçadas pela transição. Numa transição saudável, deve haver uma *renovação do sentimento de empowerment.*
- (5) *O sentido de integridade* inclui o sentimento de coerência, adaptação e integração. Se a transição não é embebida de sentido, é provável que a pessoa esteja a experienciar uma transição não saudável.

Segundo Meleis, as intervenções de Enfermagem visam facilitar o processo de transição, prevenir transições não saudáveis e suportar indicadores de transições saudáveis.

Assim, tomando Afaf Meleis como referência, a Enfermagem deve ser capaz de responder adequadamente às necessidades das pessoas que vivenciam a transição

de adulto a idoso, sendo fulcral uma perspectiva assente na complexidade e na multidimensionalidade transicional (ibidem, 2010).

### **3.2. Refletindo sobre os padrões fundamentais do conhecimento de Enfermagem de Barbara Carper**

Este estudo encontra-se ancorado nos padrões fundamentais do conhecimento de Enfermagem de Barbara Carper (1978), que caracterizam a estrutura única da disciplina de Enfermagem, distinguindo-a de todas as outras disciplinas. Os padrões fundamentais do conhecimento constituem-se como essenciais ao desenvolvimento da Enfermagem:

- (1) **O conhecimento empírico:** Designado Ciência da Enfermagem, corresponde ao conhecimento sobre o mundo empírico. Este conhecimento caracteriza-se por ser fatural, objetivo, descritivo e generalizável, sistematicamente organizado em leis e teorias com o propósito de descrever e explicar fenómenos de interesse especial para a disciplina de Enfermagem, discursivamente formulados e publicamente verificáveis. Os modelos conceituais/teóricos, assumidos como pré-paradigmas, apresentam novas perspetivas sobre os fenómenos de saúde e de doença relacionados com o processo de vida humana.
- (2) **O conhecimento estético:** Definido como a Arte da Enfermagem, é um conhecimento que nasce da relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa que recebe o cuidado de Enfermagem. É considerado como um conhecimento expressivo e subjetivo que toma vida no cuidar, não podendo ser explicado por leis e teorias. Nesta relação, o enfermeiro usa a criatividade e a imaginação, conhecendo em profundidade a pessoa. A arte da Enfermagem é a perceção de equilíbrio, ritmo e unidade que compõem a prestação de cuidados.
- (3) **O conhecimento pessoal:** Compreende um processo interpessoal que envolve interações e relações entre o enfermeiro e a pessoa. Requer reflexão, envolvimento e capacidade de análise e de síntese, contribuindo para a compreensão do eu em relação com o outro. Fundamental para o estabelecimento de uma autêntica relação de cuidar.
- (4) **O conhecimento ético:** Compreende a componente moral do conhecimento em Enfermagem, incluindo todas as ações voluntárias deliberadas e sujeitas a julgamento do que está certo ou errado,

requerendo a compreensão de diferentes posições filosóficas (Carper, 1978) (Vinson, 2000) (Cestari, 2003).

White (1995) identifica um novo padrão de conhecimento, o **sociopolítico**, relacionado com o contexto de Enfermagem, assumindo duas dimensões: (1) o contexto da relação enfermeiro-pessoa; (2) e o contexto social e político no qual a Enfermagem é praticada e influenciada, na medida em que as orientações políticas e sociais influenciam a resposta da Enfermagem (Vinson, 2000).

À medida que o campo de conhecimento da Enfermagem se desenvolve, torna-se essencial visitar os padrões fundamentais do conhecimento de Enfermagem e identificar competências requeridas para exercer Enfermagem num ambiente sociopolítico complexo e em contante transformação (idem, 2000).

Cada padrão deve ser considerado importante e em estreita relação com os demais, sendo fundamental a sua compreensão para ensinar e aprender Enfermagem (Carper, 1978).

O facto de a Enfermagem possuir formas específicas de conhecer, implica que as instituições de ensino de enfermagem encontrem formas adequadas de transmitir esse conhecimento particular. As formas tradicionais ficam-se por um conhecimento objetivo e sistemático, sendo fundamental a assunção de um novo paradigma, no qual os estudantes aprendem valores e ideais, utilizando o cuidado como parte do processo de aprender e ensinar, reconhecendo o valor e complexidade do conhecimento próprio da Enfermagem (Cestari, 2003).

### **3.3. Integrando o conceito de Matriz Disciplinar de Thomas Kuhn**

Atualmente vivemos a crise do Paradigma Dominante, resultado de uma diversidade de condições e caminhamos para a construção de um novo Paradigma (Apóstolo, et al., 2005); (Santos, 1999)<sup>b)</sup>. A Enfermagem acompanha, naturalmente, as transformações filosóficas e sociais que se têm feito sentir. Composta por várias escolas de pensamento, que constituem o conhecimento da disciplina (Barrett, 2002), vive nos dias de hoje um período de mudança.

O paradigma dominante, caracterizado pelo modelo positivista e das ciências naturais, assente em posturas fragmentárias, objetivas e racionais, parece confrontar-se com um modelo humanista e das ciências sociais e humanas, centrado na pessoa, na subjetividade e na perspetiva multidimensional.

Na educação em geral e também na Enfermagem, o professor vai deixando de ser o ator principal, detentor do conhecimento único e verdadeiro e o processo de ensino-aprendizagem tende a caracterizar-se por uma relação entre professor e estudante, ambos parceiros e intervenientes ativos, dando espaço ao crescimento de uma educação prática reflexiva (Valente, et al., 2009).

Assumimos a nossa inclinação epistemológica para o paradigma emergente, acreditando que um ensino de Enfermagem centrado no cuidado, onde existe o compromisso em ajudar o outro a desenvolver-se e onde professores e estudantes se sentem valorizados é promotor de uma maior motivação para aprender e facilitador da integração dos valores de cuidado na relação com aqueles que são objeto do cuidado profissional da enfermagem (Waldow, 2009).

Compreende-se que Thomas Kuhn se constitua numa forte referência epistemológica para este trabalho, pela sua visão acerca da ciência, em nosso entender de suma importância para a Enfermagem e sobretudo pela introdução de um novo conceito – matriz disciplinar, no sentido de que o *Referencial para a Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer* que será estudado, terá por base algumas das ideias apontadas pelo autor e nele se inspira a procura pela sistematização de uma matriz referencial.

Kuhn defende que o progresso científico é resultado de períodos de alternância de ciência normal e de ciência revolucionária. A ciência normal refere-se às realizações científicas que uma dada comunidade científica reconhece e sobre as quais baseia a sua investigação. Essas realizações científicas ou paradigmas são universalmente reconhecidas por um certo período de tempo e fornecem as soluções modelo para uma comunidade de especialistas. Quando um paradigma é posto em causa por um mais recente, que responde de forma mais adequada aos problemas, dá-se uma revolução científica, levando a uma nova conceção de ver o mundo (Kuhn, 2009).

Reportar-nos-emos agora ao conceito de Matriz Disciplinar, basilar nesta investigação. “Disciplinar, por que se refere àquilo que os que põem em prática uma disciplina determinada possuem em comum; matriz, porque corresponde a uma ordenação de elementos de índole variada, cada um deles exigindo especificação ulterior” (idem, 2009 p. 245).

Segundo o autor, “os constituintes da matriz disciplinar incluem a maior parte ou todos os objetos do empenhamento do grupo”. Os seus principais componentes são:

- (1) **As generalizações simbólicas:** Expressões aceitas e usadas em consonância e harmonia pelo grupo. Formais ou facilmente formalizáveis. Funcionam em parte como leis, em parte como definições;
- (2) **Os modelos:** Fornecem ao grupo as analogias e metáforas preferidas ou permissíveis ou soluções de problemas e quando profundamente defendidos, uma ontologia;
- (3) **Os valores:** Mais largamente partilhados, determinantes do comportamento do grupo, mesmo quando não aplicados de igual forma pelos diferentes membros, contribuindo para o sentimento de comunidade.
- (4) **Os exemplares:** Exemplos padronizados, soluções de problemas concretos, aceitas pelo grupo como paradigmas. O estudante soluciona habitualmente um problema, fazendo uma analogia com um problema solucionado anteriormente. Estes problemas concretos são designados por Kuhn como exemplares ou exemplos padronizados de uma comunidade. “A aquisição de um arsenal de exemplares, tal como aprender muitas das generalizações simbólicas, é parte integrante do processo pelo qual o estudante ganha acesso às realizações cognitivas do seu grupo disciplinar” (Kuhn, 1989 p. 350) (Kuhn, 2009).

“Para compreender como funciona uma comunidade científica enquanto produtora e avaliadora de conhecimento sólido” é essencial compreender as componentes de uma matriz disciplinar. “Qualquer alteração (...) pode resultar em mudanças no comportamento científico, afetando tanto a localização da investigação de um grupo como os respetivos padrões de verificação (Kuhn, 1989 p. 340).

Em nosso entender a mudança só se torna possível se atendermos a um novo paradigma, que seja capaz de transformar a concepção e a cultura de aprender e ensinar Enfermagem. São colocados desta forma enormes desafios, sendo urgente refletirmos sobre o que queremos para a Enfermagem: Que educação? Que valores? Que profissionais de Enfermagem? A investigação, a criatividade e a utilização de experiências e modelos inovadores constituem requisitos fundamentais.



**PARTE II**  
**O DESENHO DA INVESTIGAÇÃO: ACLARANDO O HORIZONTE**



## CAPITULO IV

### O PERCURSO METODOLÓGICO

*“ A nossa existência é feita de encruzilhadas. Escolher nem sempre é fácil. E, no entanto, estamos sempre a optar. Há decisões insignificantes e outras que alteram uma vida (...) Decidimos sobre tudo e acerca de muitos pequenos nada (...) O que importa é refletir sobre a forma como decidimos (...) Valores diferentes apontam para caminhos diversos. E acabamos por estabelecer critérios para a nossa escolha e por criar uma hierarquia de valores para tomar decisões.*

(Henriques, et al., 2013 pp. 251-252)

Apresentado o enquadramento do estudo, segue-se o desenho metodológico, onde são desenvolvidas as etapas e opções metodológicas adotadas para a sua concretização.

As etapas e opções metodológicas procuraram responder às questões de investigação e objetivos centrais e específicos da presente investigação.

Retomemos a questão central: *Que referencial para a Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer?* E a finalidade: *Construir e sistematizar uma matriz referencial para a Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer.*

E ainda as subquestões: (1) *Que currículo nos cursos nacionais de formação pré-graduada de Enfermagem na pessoa ao envelhecer?* (2) *Como se processa e se perspetiva o desenvolvimento curricular no sentido de propiciar os referenciais de conhecimento e a aquisição de competências promotoras do cuidar em Enfermagem na pessoa ao envelhecer?* E os objetivos específicos: (1) *Analisar o currículo nos cursos nacionais de formação pré-graduada de Enfermagem na pessoa ao envelhecer* e (2) *Sistematizar como se processa e se perspetiva o desenvolvimento curricular no sentido de propiciar os referenciais de conhecimento e a aquisição de competências promotoras do cuidar em Enfermagem na pessoa ao envelhecer.*

De seguida referir-nos-emos à natureza e tipo de estudo, às etapas da investigação, explicitando as escolhas e os caminhos e às preocupações éticas tidas em conta no decorrer da pesquisa.

No tema *Etapas da investigação – As escolhas e os caminhos*, sintetizaremos as principais decisões e reflexões acerca do desenho do estudo, sendo importante referirmos que a explicitação de certas escolhas, nomeadamente as que dependeram dos achados das etapas anteriores da investigação, serão descritas na Parte III deste trabalho – **Resultados da Investigação: Perspetivando novos horizontes**, na medida em que nos fez sentido que essas escolhas fossem explicitadas no decorrer da análise dos resultados.

#### **4.1. Natureza e tipo de estudo**

O estudo é de natureza qualitativa, na medida em que pretendeu interpretar e compreender um fenómeno.

A investigação qualitativa leva o investigador a entrar nos espaços onde ocorrem eventos e práticas “naturais” e a interessar-se pelos sentimentos, representações e valores das pessoas que tornam vivos esses espaços. Na investigação qualitativa, cada espaço pode despertar diferentes significados e interesses (Latimer, 2003), o que nos remete para uma riqueza extraordinária e simultaneamente para desafios constantes.

Na pesquisa qualitativa não somos meros observadores ou observados. Somos agentes reflexivos, que não dispensam os seus valores, sendo constantemente influenciados pelo mundo em que vivemos. Ocupamos posições sociais e procuramos objetivos que influenciam as nossas opiniões e ações (Charmaz, 2009).

Quanto ao seu objetivo é exploratório analítico, pois propôs-se não só a conhecer uma realidade ainda não estudada, como a analisá-la; quanto ao seu método teve recurso a diferentes fontes de dados e instrumentos e foi desenvolvido em etapas sequenciais.

Os métodos que escolhemos influenciam aquilo que vemos. “Expandem e ampliam a nossa perspetiva da vida estudada e, assim, estendem e aprofundam aquilo que aprendemos dela e sobre ela” (idem, 2009 p.31).

#### **4.2. Etapas da Investigação – As escolhas e os caminhos**

O estudo envolveu três fases sequenciais, cada uma desenhada com base nos achados da anterior:

- (1) Investigação Documental (pesquisa e análise documental);

(2) Inquérito – Questionário (análise estatística descritiva simples e análise categorial temática);

(3) Inquérito – Entrevista (análise crítica de discurso<sup>24</sup>).

#### **4.2.1. Investigação Documental: Pesquisa e análise documental**

Numa primeira fase procurámos responder à seguinte subquestão de investigação: *Que currículo nos cursos nacionais de formação pré-graduada de Enfermagem na pessoa ao envelhecer?* O objetivo consistiu em *Analisar o currículo nos cursos nacionais de formação pré-graduada de Enfermagem na pessoa ao envelhecer.*

Nesta fase, tendo em conta o objetivo descrito, elegemos como metodologia a investigação documental. Assim, procedemos à pesquisa documental (técnica de colheita de dados) dos decretos-leis correspondentes aos planos de estudo dos CLE ministrados em Portugal, procedendo à sua análise documental (técnica de tratamento de dados).

“A investigação documental pode ser considerada como um procedimento indireto de pesquisa, reflexivo e sistemático, controlado e crítico, procurando dados, factos, relações ou leis sobre determinado tema, em documentação existente”. Visa “dar forma conveniente e apresentar de outro modo a informação, facilitando a compreensão e a aquisição do máximo de informação com a maior pertinência” (Sousa, 2009 p. 88).

Sendo uma das suas principais vantagens “permitir o conhecimento de uma série de factos muito mais vasta do que a que se poderia investigar diretamente” (idem, 2009 p.88) pareceu-nos interessante conhecer e explorar as fontes documentais que poderiam ser úteis para aprofundar o nosso objeto de estudo.

Os documentos, nomeadamente os legislativos, conservam a história e representam “um dos elementos estáticos da sociedade”, guardando em si “a vida íntima de uma nação” e dando a conhecer “materiais sobre as concepções vigentes” (Nunes, 2003 p. 13).

Os documentos legislativos referidos constituíram o primeiro inventário de fontes documentais, dado que esta metodologia, a investigação documental,

---

<sup>24</sup> Abordaremos a análise crítica de discurso em maior profundidade, quando comparada com as outras metodologias utilizadas. Esta opção deveu-se essencialmente à importância que o *Discurso* assume nesta investigação, sobretudo na terceira e última etapa metodológica, onde os verbatins das entrevistas realizadas a peritos na área em estudo são objeto de análise de discurso.

acompanhou todo o percurso da investigação, tendo sido realizada por níveis, com vista à ordenação de elementos que constituíram a matriz referencial.

Quadro 4- Inventário de fontes documentais: Primeiro nível de análise

<b>Ensino Superior Público Politécnico</b>	
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra	DR 2ª série – nº164 de 25 de Agosto de 2009 (declaração de retificação 2077/2009)
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa	DR 2ª série – nº63 de 31 de Março de 2008 (despacho nº 154/2008) <u>DR 2ª série – nº134 de 12 de julho de 2012</u> (despacho nº 9468/2012)
Escola Superior de Enfermagem do Porto	DR 2ª série nº 127 de 5 de Julho de 2011 (despacho 8888/2011)
Instituto Politécnico da Guarda Escola Superior de Saúde da Guarda	DR 2ª série nº 10 de 15 de Janeiro de 2010 (retificação 74/2010)
Instituto Politécnico de Beja Escola Superior de Saúde	DR 2ª série nº 122 de 27 de Junho de 2007 (despacho 13417-BZ/2007)
Instituto Politécnico de Bragança Escola Superior de Saúde de Bragança	DR 2ª série nº187 de 27 de Setembro de 2007 (despacho 22637-BH/2007)
Instituto Politécnico de Castelo Branco Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias	DR 2ª série nº70 de 12 de Abril 2010 (despacho 6468/2010):
Instituto Politécnico de Leiria Escola Superior de Saúde de Leiria	DR 2ª série nº 227 de 26 de Novembro de 2007 (despacho 26970-BD/2007)
Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Saúde	DR 2ª série nº 195 de 8 de Outubro de 2009 (despacho 22367/2009) <u>DR 2ª série nº 123 de 27 de junho de 2012</u> (despacho 22367/2009)
Instituto Politécnico de Santarém Escola Superior de Saúde de Santarém	DR 2ª série nº 36 de 20 de Fevereiro de 2009 (despacho 6001/2009)
Instituto Politécnico de Setúbal Escola Superior de Saúde	DR 2ª série nº9 de 14 de Janeiro de 2010 (despacho 979/2010)
Instituto Politécnico de Viana do Castelo Escola Superior de Saúde	DR 2ª série nº 46 de 5 de Março (despacho 6317/2008); - DR 1ª série-B nº 258 de 7 de Novembro (despacho 1273/2003); DR 1ª série-B nº 251 de 29 de Outubro (despacho 1250/2001); DR 1ª série-B nº 204 de 4 de Setembro (despacho 711/2000)
Instituto Politécnico de Viseu Escola Superior de Saúde de Viseu	DR 2ª série nº 234 de 5 de Dezembro (despacho 27379/2007)
Universidade da Madeira Escola Superior de Enfermagem da Madeira	DR 2ª série – nº 219 de 11 de Novembro de 2008 (despacho 29033/2008)

Universidade de Aveiro – Politécnico Escola Superior de Saúde de Aveiro	DR 2ª série nº 17 de 26 de Janeiro de 2009 (despacho 3360/2009)
Universidade de Évora – Politécnico Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus	DR 2ª série nº 93 de 14 de Maio de 2008 (despacho 13495/2008)
Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro – Politécnico Escola Superior de Enfermagem de Vila Real	DR 2ª série – nº 6 de 9 de Janeiro de 2009 (despacho 719/2009)
Universidade do Algarve – Politécnico Escola Superior de Saúde	DR 2ª série nº94 de 15 de Maio de 2008 (deliberação 13 98/2008)
Universidade do Minho – Politécnico Escola Superior de Enfermagem	DR 2ª série – nº 11 de 16 de Janeiro de 2007 (despacho 803-c/2007)
Universidade dos Açores – Politécnico (Angra do Heroísmo) Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo	DR 2ª série - nº200 de 14 de Outubro de 2010 (despacho 15500/2010)
Universidade dos Açores – Politécnico (Ponta Delgada) Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada	DR 2ª série – nº 200 de 14 de Outubro de 2010 (despacho nº 15501/2010)
<b>Ensino Superior Privado Politécnico</b>	
CESPU – Instituto Politécnico de Saúde do Norte Escola Superior de Saúde do Vale do Ave	DR 2ª série ° 107 de 2 de Junho de 2011 (despacho 12143/2011)
CESPU – Instituto Politécnico de Saúde do Norte Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa	DR 2ª série ° 107 de 2 de Junho de 2011 (despacho 12144/2011)
Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis	DR 2ª série – nº 60 de 26 de Março de 2008 (despacho nº 8916/2008) <u>DR 2ª série – nº 60 de 139 de 19 de julho de 2012</u> <u>(despacho nº 9786/2012)</u>
Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny	DR 2ª série nº 66 de 03 de Abril de 2008 (despacho 9889/2008)
Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria	DR 2ª série – nº 16 de 23 de Janeiro de 2012 (retificação nº 84/2012)
Escola Superior de Enfermagem Dr. Timóteo Montalvão Machado	DR 2ª série nº 201 de 18 de Outubro de 2007 (aviso 20175/2007)
Escola Superior de enfermagem São Francisco das Misericórdias	DR 2ª série nº 82 de 28 de Abril de 2008 (despacho 12098/2008) <u>DR 2ª série nº 151 de 6 de agosto de 2012</u> <u>(despacho 1592/2012)</u>
Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa	DR 2ª série nº 73 de 14 de Abril de 2008 (despacho 10925/2008)
Escola Superior de Saúde Egas Moniz	DR 2ª série nº 220 de 12 de Novembro de 2009 (despacho 28092/ 2009)
Escola Superior de Saúde Jean Piaget – Algarve	DR 2ª série nº 210 de 2 de Novembro de 2011

	(despacho 14859/2011)
Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia	DR 2ª série nº 209 de 31 de Outubro (despacho 14798/2011)
Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Viseu	DR 2ª série nº 209 de 31 de Outubro (despacho 14800/2011)
Escola Superior de Saúde Jean Piaget/Nordeste	DR 2ª série nº 210 de 2 de Novembro de 2011 (despacho 14858/2011)
Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches	DR 2ª série nº148 de 3 de Agosto de 2011 (despacho 9681/2011)
Instituto Superior de Saúde do Alto Ave	DR 2ª série nº 188 de 28 de Setembro de 2007 (despacho 22726-R/2007):
Universidade Atlântica Escola Superior de Saúde Atlântica	DR 2ª série nº 89 de 8 de Maio de 2008 (despacho 13077/2008)
Universidade Fernando Pessoa Escola Superior de Saúde	DR 2ª série nº 180 de 18 de Setembro de 2006 (despacho 19002/2006)
Universidade Fernando Pessoa Escola Superior de Saúde (unidade Ponte de Lima)	DR 2ª série nº 180 de 18 de Setembro de 2006 (despacho 19001/2006)
<b>Ensino Concordatário</b>	
Universidade Católica Portuguesa Instituto de Ciências da Saúde (Lisboa)	- DR 2ª série nº 152 de 8 de Agosto de 2006 (despacho 16232/2006)
Universidade Católica Portuguesa Instituto de Ciências da Saúde (Porto)	- DR 2ª série nº 152 de 8 de Agosto de 2006 (despacho 16232/2006)

Torna-se importante referir que o nosso objeto correspondeu à formação inicial em Enfermagem por dois motivos específicos:

O primeiro, porque é na formação pré-graduada que tem início o percurso da pessoa - estudante de Enfermagem, futuro enfermeiro de cuidados gerais e onde se espera que adquira as competências profissionais espelhadas no quadro de referência da profissão, aprovado pela OE no ano de 2002. “ A solidez, abrangência e profundidade das competências desenvolvidas na formação inicial são um fator determinante na aquisição de competências ao longo da vida (Ordem dos Enfermeiros, 2007 p. 01).

O segundo, porque seria incomportável, neste trabalho, a análise do currículo nos cursos de formação pré e pós graduada de Enfermagem portugueses, principalmente porque seriam inevitavelmente colocados, no mesmo plano de pesquisa, uma infinidade de variáveis que dificultariam a direção do nosso estudo e pela diferente natureza da formação.

Salientamos que esta etapa foi alvo de validação e atualização em dois momentos distintos<sup>25</sup>, dada a transformação constante inerente ao currículo.

Os planos de estudo apresentados através de decreto-lei revelam algumas informações sobre o desenvolvimento curricular, sendo a mudança inevitável no aperfeiçoamento e modernização do currículo.

Assim, identificámos as alterações nos planos de estudo no decorrer da primeira fase da colheita de dados, evitando a utilização de documentos desatualizados que poderiam pôr em causa os resultados da investigação<sup>26</sup>.

#### **4.2.2. Inquérito – Questionário: Análise estatística descritiva simples e análise categorial temática**

Decorrente da análise documental dos decretos-leis surgiram dados relevantes que serviram de base à continuação do estudo.

Iniciámos assim o segundo nível de análise, etapa caracterizada pela metodologia de inquérito, suportada por um questionário *online* realizado a todos os professores responsáveis pela coordenação dos CLE ministrados em Portugal ou seus representantes (técnica de colheita de dados) tendo sido realizada uma análise estatística descritiva simples e análise categorial temática (técnicas de tratamento de dados), consoante a natureza das questões (de resposta aberta ou fechada).

Esta etapa permitiu consolidar a resposta à primeira questão de investigação, assim como iniciar uma reflexão em torno da segunda questão de investigação: *Como se processa e perspetiva o desenvolvimento curricular no sentido de propiciar os referenciais de conhecimento e a aquisição de competências promotoras do cuidar em Enfermagem na pessoa ao envelhecer?* E respetivo objetivo: *Sistematizar como se processa e perspetiva o desenvolvimento curricular no sentido de propiciar os referenciais de conhecimento e a aquisição de competências promotoras do cuidar em Enfermagem na pessoa ao envelhecer.*

O inquérito permite compreender a formulação de um conjunto de questões a realizar diretamente aos sujeitos, procurando estudar opiniões, atitudes e pensamentos de uma determinada população (Sousa, 2009).

---

<sup>25</sup> Em maio de 2012 e em março de 2013.

<sup>26</sup> No quadro que apresentámos referimo-nos aos decretos-leis que foram sendo publicados no decorrer da primeira fase da colheita de dados e que foram, naturalmente, alvo de pesquisa e análise.

O questionário *online*, teve como principal vantagem a inclusão de todos os professores de Enfermagem (um professor em representação de cada CLE), o que seria difícil de concretizar através de outra técnica de colheita de dados, em grande parte pelo tamanho da amostra e pela sua dispersidade geográfica. Entendemos como vantagem o facto de cada professor poder responder ao questionário no momento que considerasse mais adequado, de acordo com os critérios estabelecidos, tendo tempo e disponibilidade para refletir sobre o tema em questão.

Tendo em consideração que o nosso desejo era alcançar uma amostra o mais representativa possível, abrangendo o maior número de instituições de ensino, uma das nossas grandes preocupações residiu no desenho de um instrumento simples e atrativo, capaz de estimular os participantes para o seu preenchimento, acompanhado de documentos esclarecedores do desenho da investigação, da colaboração dos participantes no estudo e dos aspetos éticos.

Segundo estes pressupostos, realizámos três documentos, que enviámos anexados a uma mensagem eletrónica a todos os diretores das quarenta e uma instituições de ensino portuguesas onde se leciona Enfermagem (autorização por quem tem a responsabilidade e a representação da organização).

- I. **Carta de apresentação da investigação:** Neste documento apresentámos sucintamente a investigação (autora e orientadora, instituição de referência, tema, finalidade, objetivos/questões e metodologia do estudo)<sup>27</sup>.
- II. **Pedido de autorização para colheita de dados:** Neste documento explicámos em que consistia a participação do professor responsável pela coordenação do CLE: Dar a conhecer (através do preenchimento de um questionário online) alguns aspetos sobre o currículo do curso que representa sobre o tema *A pessoa ao envelhecer* e apresentar o seu pensamento em relação ao assunto, podendo ainda sugerir documentos que serão analisados pelas investigadoras. Assegurámos o cumprimento dos princípios éticos inerentes à colheita, tratamento e divulgação dos resultados e referimos a importância da representação de cada curso na amostra<sup>28</sup>.
- III. **Consentimento informado, livre e esclarecido:** Solicitámos o reencaminhamento da mensagem aos professores responsáveis pela coordenação do CLE (após a autorização do professor diretor), que, caso aceitassem colaborar no estudo, deveriam preencher o consentimento informado, livre e esclarecido. Neste documento apresentámos sucintamente a

---

<sup>27</sup> Ver apêndice 1 – Carta de apresentação da investigação (etapa questionário).

<sup>28</sup> Ver apêndice 2 – Pedido de autorização para colheita de dados.

investigação e explicámos em que consistia a participação dos professores responsáveis pela coordenação dos CLE, elucidando que os mesmos poderiam ser representados por outro professor da instituição, caso considerassem benéfico, tendo em conta os objetivos da investigação. Salvaguardámos os princípios éticos inerentes à investigação, essencialmente os diretamente relacionados com os participantes do estudo. Referimos ainda neste documento que após a devolução do consentimento receberiam um *link* para aceder ao questionário *online*. Enunciámos disponibilidade para esclarecimento de eventuais dúvidas e/ou questões que poderiam ser colocadas através dos contatos enviados<sup>29</sup>.

Relativamente ao instrumento propriamente dito, na sua elaboração, tivemos em conta o número das questões, sequência lógica, clareza da linguagem, entre outros aspetos, sendo importante referir que o mesmo foi submetido a um pré-teste.

Solicitámos o preenchimento do questionário (pré-teste) a cinco professores de Enfermagem de quatro instituições de ensino de Enfermagem portuguesas. O caminho realizado foi semelhante ao que tínhamos desenhado para a aplicação do instrumento final.

Assim, enviámos os três documentos acima referidos (esclarecedores do desenho da investigação, da colaboração dos participantes no estudo e dos aspetos éticos) para que os mesmos pudessem ser analisados pelos participantes e o *link* de acesso ao questionário *online*. Todos os professores consentiram realizar o pré-teste, sendo o feedback positivo<sup>30</sup>.

No seguimento destas ideias, parece-nos pertinente a apresentação do instrumento construído, explicitando o seu desenho e fundamentando as suas questões, na medida em que “as perguntas são as responsáveis pelo alcance das respostas ao desenvolvimento dos trabalhos” (Chaer, et al., 2011).

O questionário compreendeu: (1) uma nota introdutória<sup>31</sup>; (2) nove questões: três questões de resposta fechada, entre elas, uma de escolha múltipla (abordando temas variados sobre o currículo) e duas dicotómicas e dependentes (em caso de resposta afirmativa solicitámos explicitação); seis questões de resposta aberta, uma delas de carácter opcional; e (3) a caracterização do professor (para efeitos de caracterização da nossa amostra). De seguida apresentamos um quadro com as questões identificadas e a sua fundamentação.

---

<sup>29</sup> Ver apêndice 3 – Consentimento informado, livre e esclarecido.

<sup>30</sup> Ver apêndice 4 – Principais achados do pré-teste do questionário.

<sup>31</sup> Ver apêndice 5 – Nota Introdutória ao questionário.

Quadro 5- Fundamentando as questões do questionário.

<b>Questionário</b>	
<b>A Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer: Contributos de uma Matriz Referencial</b>	
<i>Questões</i>	<i>Fundamentação</i>
<p><b>1. O currículo contempla:</b></p> <p>1.1. Unidades curriculares (UCs) direcionadas para o envelhecer;</p> <p>1.2. Conteúdos sobre o envelhecer;</p> <p>1.3. Competências definidas a serem desenvolvidas pelos estudantes na área do envelhecer;</p> <p>1.4. A participação ativa dos estudantes na construção e avaliação curricular;</p> <p>1.5. Redes com a comunidade local na área do envelhecer;</p> <p>1.6. Redes com organizações e/ou associações nacionais ligadas ao envelhecer;</p> <p>1.7. Redes com organizações e/ou associações internacionais ligadas ao envelhecer;</p> <p style="text-align: center;"><i>Observações adicionais</i></p>	<p>Esta questão, com três hipóteses de resposta: (1) <b>sim</b>; (2) <b>em desenvolvimento</b>; (3) e <b>não</b>; visou colher dados gerais sobre o currículo de forma simples e agradável, estimulando o restante preenchimento do questionário.</p> <p>1.1. Esta subquestão visou validar os primeiros achados, resultantes da análise documental dos decretos-leis, assim como conhecer a perspectiva dos professores sobre as UCs direcionadas para o envelhecer, podendo ser diferente da análise realizada pelas investigadoras (de acordo com a metodologia utilizada). As UCs direcionadas para o envelhecer permitem aos estudantes desenvolver um conhecimento gerontológico único (Thornlow, et al., 2006).</p> <p>1.2. Esta subquestão visou saber se os diferentes CLE apresentam, no currículo, conteúdos sobre o envelhecer. Falarmos de conteúdos curriculares pressupõe falarmos de temas inseridos em teorias e modos de pensar. Os conteúdos assumem significados mutáveis pois dependem de uma construção social e representam um projeto de socialização do estudante determinado por diferentes variáveis (históricas, políticas, económicas e sociais) (Pacheco, 1999).</p> <p>1.3. Esta subquestão visou saber se estão definidas, no currículo, competências a serem desenvolvidas pelos estudantes na área do envelhecer. As pessoas idosas são, atualmente, as pessoas que mais necessitam de cuidados de Enfermagem, sendo essencial que os estudantes desenvolvam (na formação inicial) competências no cuidar em Enfermagem na pessoa ao envelhecer.</p> <p>1.4. Esta subquestão visou saber se há uma participação ativa dos estudantes na construção e avaliação curricular. Os estudantes são, no paradigma emergente, atores e parceiros ativos no processo de aprender e ensinar, sendo de esperar que os mesmos sejam integrados no desenvolvimento curricular.</p> <p>As três últimas subquestões visaram identificar a presença de ligações de cada instituição com a sua comunidade local e organizações e/ou associações nacionais e/ou internacionais na área do envelhecer. A escola é uma instituição onde ocorrem “intervenções geradoras de mudança, ou seja, onde se desenvolvem estratégias que fazem dos atos de ensinar e de aprender não apenas um meio de reprodução, mas também de produção e transformação social” (Leite, 2002). Por esse motivo, a escola deve estar voltada para as pessoas e para o mundo.</p>

<p><b>2. Como caracteriza o processo de aprender e ensinar o envelhecer?</b></p> <p><i>Partilhe exemplos de atividades, projetos e/ou metodologias que considera relevantes na aprendizagem dos estudantes e, em seu entender, conferem identidade ao currículo.</i></p>	<p>Esta questão visou conhecer os aspetos particulares do currículo de cada curso e instituição, procurando levar o professor a partilhar exemplos concretos que valoriza e que conferem identidade ao currículo.</p> <p>“O currículo corresponde a um conjunto de intenções, situadas no <i>continuum</i> que vai da máxima generalidade à máxima concretização, traduzidas por uma relação de comunicação que veicula significados social e historicamente válidos” (Pacheco, 2001 p. 18).</p> <p>Se o professor assume um papel prático e reflexivo sobre o trabalho desenvolvido, suportado pelas necessidades dos estudantes, “tornar-se-á o construtor, o arquiteto e o investigador prático” (idem, 2001 p.48).</p>
<p><b>3. Foi realizada ou está em curso investigação na área do envelhecer?</b></p> <p><i>Investigação realizada por professores na área do envelhecer com ou sem a participação dos estudantes do CLE</i></p> <p><i>Se a sua resposta foi afirmativa na questão 3</i></p> <p>3.1. Identifique o(s) estudo(s) de investigação já realizados que considera relevante(s).</p> <p>3.2. Identifique o(s) estudo(s) de investigação em curso que considera relevante(s).</p>	<p>Esta questão visou conhecer a investigação neste domínio.</p> <p>Constitui ponto de partida importante para uma reflexão e consolidação de alguns aspetos abordados ao longo da presente investigação respeitantes ao tema currículo de Enfermagem na pessoa ao envelhecer, no sentido que a investigação é importante para o “desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões adequadas e inteligentes para prestar os melhores cuidados aos utentes, para a alicerçar e consolidar ao nível do saber e da ciência e ainda para demonstrar aos outros os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática (Martins, 2008 p. 63).</p> <p>Os Enfermeiros e as suas organizações profissionais têm o potencial de influenciar debates amplos sobre o envelhecer, por exemplo, através da apresentação e discussão de pesquisa e análise de questões relacionadas com esta área do conhecimento em conferências internacionais, congressos e fóruns regionais (International Council of Nurses, 2009)<sup>a)</sup>.</p>
<p><b>4. Refira cinco (5) conteúdos / áreas temáticas sobre o envelhecer descritos no currículo que considera essenciais.</b></p>	<p>Esta questão visou conhecer quais os conteúdos gerontológicos considerados mais relevantes no currículo dos CLE.</p> <p>“O debate sobre os conteúdos implica a formulação de três questões cruciais: o que são; como se selecionam; e como se organizam. A resposta a cada uma destas questões depende das diferentes perspetivas que nos situam quer em relação ao processo de ensino e de aprendizagem, quer com ao modelo de escola que preconizamos” (Pacheco, 1999 p. 46).</p>
<p><b>5. Refira cinco (5) competências / resultados esperados sobre o envelhecer descritos no currículo que considera essenciais.</b></p>	<p>Esta questão visou conhecer quais as competências consideradas mais relevantes a serem desenvolvidas pelos estudantes na área do envelhecer.</p> <p>Pela certificação das competências do enfermeiro de cuidados gerais “assegura-se que o enfermeiro possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2012 p. 07). Entendemos competência “em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e</p>

	aplicadas em distintas situações de trabalho” (idem, 2012, p.08).
<p><b>6. Ocorreram mudanças curriculares no último ano na área do envelhecer?</b></p> <p><i>Se sim, refira as suas mudanças e a sua fundamentação. Pode referir-se a mudanças referentes aos conteúdos, atividades e/ou metodologias, mesmo que não sejam visíveis no plano de estudos e/ou em outros documentos de referência.</i></p>	<p>Esta questão visou conhecer as mudanças curriculares recentes, na área do envelhecer.</p> <p>À medida que os tempos passam, a disciplina de enfermagem avança e amadurece. Os membros da comunidade científica partilham certos valores, perspectivas, objetos e áreas do conhecimento, que contribuem para a identidade única da disciplina (Dobratz, 2009).</p> <p>Quando falamos de mudança precisamos perguntar o que está realmente a mudar e que diferenças estão envolvidas nas propriedades, estados ou partes do objeto da mudança. Que mudanças ocorrem, quando, como e porquê? (Trevor, 2002).</p>
<p><b>7. Refira os valores que suportam o currículo na área do envelhecer.</b></p>	<p>Esta questão visou conhecer os valores que guiam os professores na procura pela aquisição do conhecimento e desenvolvimento de competências promotoras de saúde na pessoa ao envelhecer. Esses valores, enraizados em modelos e utilizados na resolução de problemas concretos, se investigados, podem ajudar na clarificação da identidade da Enfermagem.</p> <p>“Os valores formam a textura das nossas vidas. Cada civilização, cada sociedade e cada grupo humano criam regras consoante o que entendem por comportamentos certos e errados (...) Escolhemos valores, mas evoluímos na sua definição, e são os valores que nos orientam nestas escolhas em que os hábitos e a vontade se conjugam para selecionarmos as possibilidades de ação” (Henriques, et al., 2013 p. 254).</p>
<p><b>8. Os documentos são reveladores de significados e práticas. Identifique o(s) documento(s), no âmbito do curso que representa, que espelha(m) informações sobre o currículo na área do envelhecer.</b></p> <p><i>Caso os documentos estejam disponíveis online coloque o link. Caso não estejam disponíveis solicitamos o seu envio para o correio eletrónico da investigadora. Em ambos os casos será realizada análise documental.</i></p>	<p>Esta questão visou conhecer os documentos realizados no âmbito do CLE (alguns inacessíveis) que espelham informações importantes sobre o currículo de Enfermagem na pessoa ao envelhecer e que constituem referência para os professores.</p> <p>O estudo de documentos fornece acesso a eventos difíceis de analisar de outra forma. Os documentos são uma espécie de comunicação formal sobre o mundo social e os atores sociais, ricos em significados e práticas (Miller, et al., 2005).</p> <p>A investigação que inclui a análise de documentos é distinta, em pelo menos 3 aspetos: (1) os documentos são vestígios preservados, que persistem para além do seu contexto e produção; (2) as pessoas não produzem documentos independentes das suas ações, eles revelam o conhecimento e a experiência dos seus atores; (3) os documentos são mais do que a recordação e a reflexão sobre o social, eles organizam a própria vida social (idem, 2005).</p> <p>É por esses motivos, que este estudo, em todas as suas etapas, é suportado pela investigação documental, sendo importante referir que nesta etapa a seleção dos documentos é realizada pelos participantes e não pelas investigadoras, o que em nosso entender é revelador de criatividade e desafio.</p>
<p><b>9. Quais são as suas principais reflexões sobre o currículo de Enfermagem na área do envelhecer?</b></p> <p><i>Neste espaço pode discursar</i></p>	<p>Esta questão visou levar o professor a discursar sobre o que considera relevante sobre o tema (pensamentos que eventualmente não teve oportunidade de partilhar no decorrer do questionário).</p> <p>O professor deve ser capaz de pensar sobre a sua profissão, “fazendo um profundo exame da situação atual da docência e</p>

<p>sobre o que considera relevante acerca do tema e que eventualmente não teve oportunidade de partilhar no decorrer do questionário.</p>	<p>indicando novos caminhos, tendo como referencial a prática docente” (Valente, et al., 2009 p. 3).  “Refletir a prática apresenta-se, então, com dois aspetos complementares: Por um lado indica a necessidade de interferência, na prática, da sua modificação por um processo próprio, intrínseco à pessoa. Por outro lado, refletir a prática é praticar a reflexividade, ou seja, dinamizar a vivência através de um processo criador, adotando como perspectiva a possibilidade inerente de construção de um novo saber” (idem, 2009, p.6).  Temos consciência que certas escolhas implicam deixar para traz possíveis questões interessantes. Seria impossível a realização de um instrumento apelativo e estimulante com um número muito superior de questões. Esta questão é uma forma de dar voz aos professores, possibilitando o nascer de novos temas e significados.</p>
<p><b>Caraterização do Professor</b></p> <p>(1) Categoria Profissional;  (2) Tempo de experiência como professor de Enfermagem;  (3) Experiência na área do envelhecer: coordenação de UCs direcionadas para o envelhecer; lecionação de conteúdos sobre o envelhecer; participação em projetos com a comunidade sobre o envelhecer.  (4) Instituição de ensino (<i>esta informação tem como finalidade a monitorização das respostas por parte das investigadoras. O anonimato dos participantes, assim como todos os princípios éticos inerentes à investigação, estão salvaguardados. Os dados serão tratados de forma agregada</i>).</p>	

As primeiras mensagens foram endereçadas às direções das instituições no mês de outubro de 2013. Algumas direções responderam de imediato, acedendo ao pedido de colheita de dados e reencaminhando a mensagem para os professores responsáveis pela coordenação do CLE, outras solicitaram o parecer das suas comissões de ética e destas, duas solicitaram informação adicional sobre a investigação<sup>32</sup>.

No decorrer do mês de outubro de 2013, mantivemos contato com os colaboradores e participantes do estudo. Agradecemos aos diretores por terem acedido ao pedido de colheita de dados e iniciámos o contato com os professores responsáveis pela coordenação dos CLE, seguindo o caminho traçado e referido anteriormente.

No mês de novembro tínhamos alguns questionários já preenchidos, contudo ainda tínhamos uma elevada percentagem de respostas ausentes, a maior parte das direções das instituições. Por esse motivo considerámos importante reencaminhar a mensagem enviada anteriormente, lembrando a importância da colaboração e

<sup>32</sup> Um diretor solicitou o Projeto de Doutoramento para ser submetido à comissão de ética e outro o instrumento de colheita de dados. Das submissões do conhecimento das investigadoras, todas foram aceites pelas respetivas comissões de ética.

informando os colaboradores que pretendíamos encerrar a colheita de dados até ao final do mês de dezembro<sup>33</sup>.

Tendo em conta o caminho traçado e respeitando as necessidades de cada um dos nossos participantes, alargámos o prazo de resposta ao instrumento de colheita de dados e em janeiro de 2014 ainda recebemos algumas respostas que nos permitiram chegar a uma amostra de 58,5%, que apesar de não consideramos como ideal, respondeu claramente aos objetivos da investigação, estando acima da percentagem habitualmente obtida através de questionários *online* (20 a 30%).

Em fevereiro de 2014 iniciámos a transcrição do verbatim das respostas do instrumento de colheita de dados e posteriormente a sua análise.

Recorremos à análise de conteúdo (análise categorial temática) de Laurence Bardin.

A análise de conteúdo (AC) pode ser definida por “um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos extremamente diversificados”. Oscila entre dois pólos - o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade. “Estes dois pólos, desejo de rigor e necessidade de descobrir, de adivinhar, de ir além das aparências, expressam as linhas de força do seu desenvolvimento” (Bardin, 2011 pp. 11-31).

A AC realizada não considerou qualquer forma de quantificação dada a finalidade e os objetivos da investigação, assumindo uma natureza qualitativa.

Os meses seguintes foram ricos em achados e em questões que nos permitiram continuar a desenhar o nosso caminho.

#### **4.2.3. Inquérito – Entrevista: Análise crítica de discurso**

O segundo nível de análise foi rico em novos achados, tendo permitido, em setembro de 2014, dar início ao terceiro e último nível de análise – As entrevistas.

“Uma entrevista é uma situação de interrogação mais ou menos pactuada, onde o/a entrevistador/a não tem a informação que o/a entrevistado/a tem. Ambos estruturam o espaço-tempo para que um diga o que o outro quer saber” (Iñiguez, 2004 p. 83).

---

<sup>33</sup> Em alguns casos de ausência de respostas, contactámos as instituições (direções e/ou professores responsáveis pelos CLE) tendo sido uma mais-valia, dado que alguns colaboradores não tinham recebido a mensagem ou necessitavam de mais tempo para a resposta. É importante referirmos que esta decisão foi ponderada e que respeitámos a vontade própria de cada um, não estabelecendo mais nenhum contato, mesmo nos casos em que os colaboradores referiram que iriam responder ao instrumento de colheita de dados, mas não o fizeram em tempo útil.

Esta etapa permitiu dar resposta à segunda questão de investigação: *Como se processa e perspetiva o desenvolvimento curricular no sentido de propiciar os referenciais de conhecimento e a aquisição de competências promotoras do cuidar em Enfermagem na pessoa ao envelhecer?* E respetivo objetivo: *Sistematizar como se processa e perspetiva o desenvolvimento curricular no sentido de propiciar os referenciais de conhecimento e a aquisição de competências promotoras do cuidar em Enfermagem na pessoa ao envelhecer.*

Tendo em consideração que o nosso intuito era entrevistar peritos na área em estudo, seleccionámos o primeiro perito com base nos seguintes critérios: (1) reconhecimento pelos pares; (2) experiência profissional na área em questão e (3) investigação realizada e publicada. Recorremos à técnica de amostragem “bola de neve”, solicitando a cada um dos entrevistados a identificação de dois peritos<sup>34</sup> na área em estudo, capazes de responder à finalidade da entrevista *Recolher o entendimento dos peritos sobre os elementos que organizam a formação inicial em Enfermagem na pessoa ao envelhecer.*

Segundo estes pressupostos, realizámos os seguintes documentos:

- I. **Carta de apresentação da investigação**, onde apresentámos sucintamente a investigação. Esta carta foi anexada a uma mensagem eletrónica enviada aos peritos, convidando-os a participar no estudo, à semelhança do que aconteceu no questionário<sup>35</sup>.
- II. **Consentimento informado, livre e esclarecido**, entregue a cada perito antes do momento da entrevista<sup>36</sup>.

A entrevista caracterizou-se por uma questão aberta *Qual a sua perspetiva sobre os elementos que organizam a formação inicial em Enfermagem na pessoa ao envelhecer? Quais considera serem, qual o seu entendimento sobre o que se privilegia ou o que se deveria atender na formação de enfermagem centrada na pessoa ao envelhecer?* Podendo a investigadora colocar questões pontuais no decorrer da entrevista<sup>37</sup>.

No que se refere às entrevistas, importa salientar que tiveram em média 55 minutos e que decorreram em tempos e espaços escolhidos pelos peritos, tendo a investigadora procurado atender às preferências de cada perito em particular<sup>38</sup>. A primeira entrevista decorreu no final do mês de outubro de 2014 e a última em

---

<sup>34</sup> Perito – pessoa reconhecida pelos pares enquanto tal.

<sup>35</sup> Ver apêndice 6 – Carta de apresentação da investigação (etapa entrevista).

<sup>36</sup> Ver apêndice 7 – Consentimento informado, livre e esclarecido (etapa entrevista).

<sup>37</sup> Ver apêndice 8 - Guião da entrevista

<sup>38</sup> Duas das entrevistas foram realizadas por videoconferência, tendo em consideração a longevidade geográfica entre investigadora e perito. Esta experiência constituiu uma mais-valia, na medida em que entrevistámos peritos de diferentes áreas geográficas de Portugal, incluindo as ilhas, que de outra forma seria impraticável, pelos custos associados.

fevereiro de 2015, perfazendo um total de cinco entrevistas, atendendo à saturação dos dados.

Optámos por seguir alguns passos, que descrevemos: (1) Contactámos um perito de cada vez, sem identificar o perito que o referenciou; (2) Realizámos as entrevistas e logo que nos foi possível, procedemos à sua transcrição; (3) Enviámos o verbatim para validação pelos peritos; (4) Procurámos colher os dados e proceder à sua análise em simultâneo, assumindo uma natureza de análise “open-ended”, circular e interativa, tendo-se trabalhado os dados por um longo período de tempo, ressaltando um espírito criativo e aberto a todas as possibilidades (Nogueira, 2001).

O verbatim das entrevistas foi alvo de Análise de Discurso, considerada simultaneamente uma teoria e método, representando “um conjunto relacionado de abordagens ao discurso, abordagens que acarretam não só práticas de recolha de dados e análise (questões metodológicas) mas também um conjunto de assunções metateóricas e teóricas” (Nogueira, 2008 p. 236).

A AD trabalha com o sentido do discurso, heterogéneo, marcado pela história e pela ideologia, reconhecendo a sua relevância na construção da vida social. Procura captar a marca linguística, relacionando-a com o contexto nas suas diferentes dimensões (Caregnato, et al., 2006). Indo para além do conteúdo do texto, considerámos que poderia ser mais adequada do que a AC, em parte pelas suas raízes, em parte pela natureza discursiva do currículo, embebido em questões ideológicas e hegemónicas.

Torna-se, deste modo pertinente, uma introdução a esta teoria/método, pela sua relevância na presente investigação e também pelo seu carácter inovador/desconhecido em comparação com as outras metodologias utilizadas.

## **O Discurso, a Análise de Discurso e as suas Influências Teóricas**

O conceito *Discurso* foi abordado nas primeiras páginas desta investigação, quando referimos que os discursos influenciam os valores que guiam as nossas práticas e são reveladores da nossa forma de pensar e agir, sendo importante repensá-los, na medida em que acarretam implicações importantes para a vida em sociedade.

Discurso e AD são termos com sentidos muito diferentes, de acordo com as suas tradições. Assim, propomo-nos abordar algumas perspetivas gerais que emergem das características comuns presentes nas várias práticas e a explicitação da posição defendida e aplicada nesta investigação.

O discurso corresponde a um conjunto de práticas linguísticas que mantêm e estimulam relações sociais (Iñiguez, 2004), aplicando-se a todo o padrão de significado, visual ou espacial (Nogueira, 2001). É um agente de conhecimento (válido num certo lugar e num certo momento) e um órgão regulador que forma a consciência, criando condições para a formação de sujeitos e a modelagem das sociedades. Como realidade material, institucionalizado, regulado e ligado à ação, interessa-nos não como uma mera expressão da prática social, mas porque serve certos fins, nomeadamente induz a comportamentos e a outros discursos, contribuindo para a estruturação de relações de poder na sociedade (Jager, 2001).

“A natureza dialética do discurso e dos contextos sociais resulta da ligação entre a determinação do discurso e da sua própria construção social, uma vez que o discurso assume o reflexo da realidade” (Xavier, 2013 p. 65). Compreende-se então, que para que um texto possa ser considerado um discurso, os seus enunciados devem decorrer de posições determinadas, inscritos num contexto interdiscursivo específico e serem reveladores de condições históricas, sociais e intelectuais (Iñiguez, 2004).

Os discursos podem ser alvo de análise, na medida em que a descoberta de padrões e significados através dos mesmos, contribuem para compreender e simultaneamente participar no fenómeno social em estudo.

Assim, podemos definir a análise de discurso como o “estudo das práticas linguísticas para esclarecer as relações sociais estimuladas e mantidas pelo discurso” (idem, 2004, p. 154), um conjunto de métodos e teorias que pretendem investigar o uso da linguagem (procurando a identificação de padrões) nos contextos sociais, tendo como fontes mais comuns os textos escritos: cartas, poemas, livros, verbatins de entrevistas e artigos jornalísticos (Nogueira, 2001); (Xavier, 2013 p. 67).

A forma como a análise de discurso entende a linguagem<sup>39</sup> assenta em algumas perspetivas que ajudaram a transformar a conceção dos processos sociais assim como a sua abordagem: (1) o giro linguístico<sup>40</sup>; (2) a teoria dos atos da fala<sup>41</sup>; (3)

---

<sup>39</sup> A linguagem estrutura-se num espaço histórico e social, representando um conjunto de práticas de produção de significados e não só descreve a realidade como a reproduz, transformando-a (Nogueira, 2001 p. 21).

<sup>40</sup> Enfatizou o carácter construtivo de toda a ação linguística e confirmou que toda a enunciação é uma ação em sentido pleno.

<sup>41</sup> Permitiu inserir a linguagem no interior dos processos sociais que interessaram e interessam às ciências sociais.

a linguística pragmática<sup>42</sup>; (4) a etnometodologia<sup>43</sup>; e (5) as contribuições de Foucault<sup>44</sup> (Iñiguez, 2004).

A AD surgiu pela insatisfação com as abordagens positivistas e tradicionais e um crescente interesse por perspectivas teórico-críticas<sup>45</sup>, constituindo um desafio à investigação uma vez que não existe uma forma específica de a realizar. “É melhor compreendida como um campo de pesquisa do que como uma simples prática sendo possível identificar diferentes abordagens/concepções” (Nogueira, 2001 p. 23), como (1) a sociolinguística<sup>46</sup>; (2) a análise conversacional<sup>47</sup>, (3) a psicologia discursiva<sup>48</sup> e (4) a análise crítica de discurso<sup>49</sup> (Iñiguez, 2004).

É sobre esta última abordagem que focaremos agora a nossa atenção.

### **A Análise Crítica do Discurso de Norman Fairclough**

A Análise Crítica de Discurso (ACD) estabeleceu-se internacionalmente na década de 70 como campo de ensino e de pesquisa transdisciplinar, amplamente utilizada nas ciências sociais e humanas, empregando o termo discurso para se referir a elementos semióticos das práticas sociais e inspirando o ensino da língua crítica a vários níveis e em vários domínios (Chouliaraki, et al., 1999).

É uma forma de AD, sendo encarada por Norman Fairclough, como uma perspectiva teórica sobre a língua e, de forma mais geral, sobre a semiose (incluindo a linguagem visual, corporal...) como um elemento ou momento do processo social, dando origem a análises linguísticas ou semióticas inseridas em análises abrangentes do processo social. É influenciada e influencia diferentes teorias e métodos, que evoluem transdisciplinarmente (Fairclough, 2001)<sup>a</sup>.

---

<sup>42</sup> Deixou claro que o significado e o sentido da atividade humana não é exclusivamente um processo que resulta da constituição de cada sinal linguístico, mas sim da interação e do contexto no qual a linguagem se desenvolve.

<sup>43</sup> Completou as contribuições anteriores, pormenorizando os processos básicos através dos quais construímos o mundo através da ação.

<sup>44</sup> Estabeleceu o discurso como prática social, incorporando elementos que constituem os objetos sobre os quais falamos.

<sup>45</sup> Como o pós-modernismo, a teoria crítica, a crítica social, o estruturalismo e o pós-estruturalismo.

<sup>46</sup> Procura compreender como a linguagem interfere na sociedade e como a sociedade determina a linguagem.

<sup>47</sup> Método de análise baseado nos princípios da etnometodologia, estudando a ordem e a ação social através da análise rigorosa das conversações.

<sup>48</sup> Apoia-se na etnometodologia e na análise conversacional, examinando as relações e as crenças na fala usada numa interação social.

<sup>49</sup> Modalidade da análise de discurso assente no uso de procedimentos e técnicas de várias tradições e que estuda as ações sociais “que implicam abuso de poder, afirmação do controle social, dominação, desigualdade social, marginalização e exclusão sociais” (Iñiguez, 2004 p. 154).

Norman Fairclough reúne a AD orientada linguisticamente<sup>50</sup> e a reflexão social e política relevante, apresentando a concepção tridimensional do discurso e um quadro teórico para a AD (idem, 2001).

A concepção tridimensional do discurso aplicada à presente investigação é apresentada na figura seguinte.

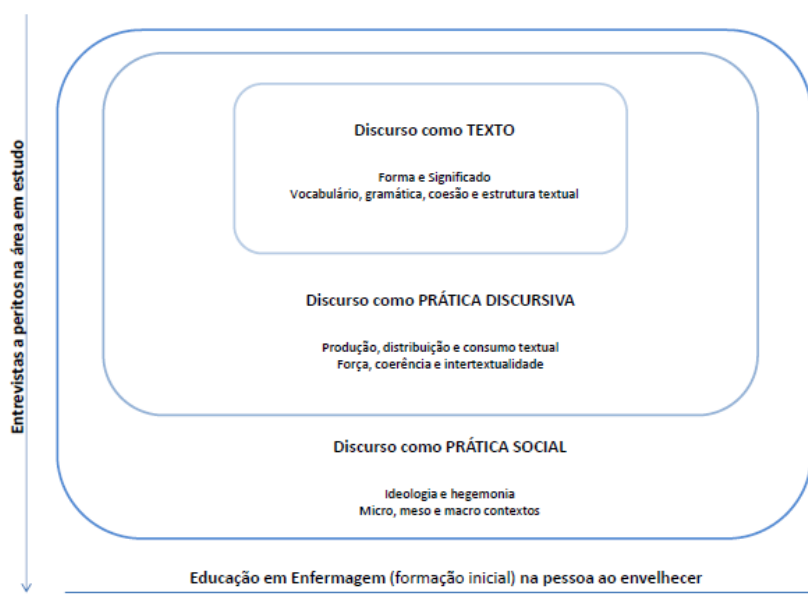


Fig.3 – Concepção tridimensional do discurso aplicada à investigação.

O discurso como texto trata da análise textual, denominada de “descrição”; o discurso como prática discursiva e como prática social trata da “interpretação”, sendo importante realçar que a divisão dos tópicos analíticos entre o texto e a prática discursiva não é nítida, uma vez que analisar textos implica analisar simultaneamente a sua forma e o seu significado (Fairclough, 2001)<sup>b)</sup>.

A análise textual pode ser organizada em quatro itens: vocabulário, gramática, coesão e estrutura textual<sup>51</sup>; a prática discursiva envolve os processos de produção, distribuição e consumo textual<sup>52</sup>, trazendo à análise propriedades formais dos textos,

<sup>50</sup> O trabalho de Michael Foucault representou uma importante contribuição para a Teoria Social do Discurso defendida por Norman Fairclough, principalmente no que se refere a áreas fracas ou não desenvolvidas como a relação entre discurso e poder, a construção discursiva de sujeitos sociais e do conhecimento e o funcionamento do discurso na mudança social (Fairclough, 2001)<sup>b)</sup>.

<sup>51</sup> “O vocabulário trata principalmente das palavras individuais, a gramática das palavras combinadas em orações e frases, a coesão trata da ligação entre orações e frases e a estrutura textual trata das propriedades organizacionais de larga escala dos textos” (idem, 2001 p.103).

<sup>52</sup> A produção trata da forma como os textos são produzidos (produtores e contextos sociais específicos); a distribuição trata da forma como os textos são distribuídos (reprodução e transformação de textos); o

como a força dos enunciados de atos de fala, a coerência dos textos e a intertextualidade dos textos<sup>53</sup> (usadas na análise da prática discursiva, na medida em que integram a interpretação textual)<sup>54</sup>; A prática social envolve os conceitos de ideologia e hegemonia<sup>55</sup>, revelando que o texto é parte de uma ampla estrutura social.

Como nos refere Xavier (2013) “O objetivo da análise crítica de discurso não se resume apenas à análise de textos para se perceber as relações de poder, mas principalmente encontrar uma forma de análise que conecte a análise textual a contextos sociais mais amplos, mostrando que a linguagem participa em processos sociais” (Xavier, 2013 p. 69).

A ACD analisa uma prática social, interessando-se por problemas que as pessoas vivenciam no seu dia-a-dia em sociedade, procurando estratégias/recursos para que as pessoas consigam ultrapassar esses problemas. Norman Fairclough apresenta um modelo analítico dos cinco passos que passamos a descrever: (1) Focar um problema social; (2) identificar os obstáculos para a resolução do problema, tratando-os na análise: a) das redes de práticas nas quais os textos estão localizados; b) da relação de semiose com outros elementos na rede de práticas; c) do discurso, em termos estruturais (ordem do discurso) e em termos interacionais (análise interdiscursiva e análise linguística e semiótica); (3) Considerar se a ordem social reclama em certo sentido o problema; (4) identificar caminhos para superar os obstáculos e (5) refletir criticamente sobre a análise (Fairclough, 2001)<sup>a</sup>.

Atendendo a que o nosso problema social se insere nas questões relacionadas com o envelhecer e as suas implicações na educação e profissão de Enfermagem e que o cenário onde se produz e desenvolve a vida social, designado de prática social, corresponde ao contexto da formação inicial em Enfermagem, acreditamos que a ACD dos verbatins das entrevistas realizadas a peritos no fenómeno em questão, potenciará a formulação de significados grupais<sup>56</sup>, contribuindo para a construção de um referencial capaz de responder adequadamente ao problema identificado.

---

consumo textual trata da forma como os textos são consumidos (de forma individual ou coletiva, registados e preservados ou por outro lado esquecidos) (Fairclough, 2001)<sup>b</sup>.

<sup>53</sup> A força de um texto é a sua componente acional, parte de seu significado interpessoal, a ação que realiza, contrastando com a proposição; A coerência trata do sentido entre as partes do texto e o sentido no seu todo; A intertextualidade pode ser definida como a característica que cada texto tem em ser constituído por diferentes fragmentos de outros textos (explicitados ou subentendidos) (idem, 2001).

<sup>54</sup> A prática discursiva medeia as relações entre as dimensões do texto e da prática social (Fairclough, 2001)<sup>b</sup>.

<sup>55</sup> A ideologia está relacionada com os significados da realidade, construído em várias dimensões das formas/sentidos das práticas discursivas, contribuindo para a produção, a reprodução e a transformação das relações de dominação; a hegemonia, por sua vez é a liderança/dominação nos domínios económico, político, cultural e ideológico de uma sociedade (idem, 2001).

<sup>56</sup> A ACD “deve ser encarada como uma análise crítica dos discursos de forma grupal, dado que deriva das opções metodológicas e epistemológicas que a constituem” (Xavier, 2013 p. 74).

### 4.3. A ética na investigação: Reflexões e práticas

Falar de ética em pesquisas qualitativas significa abrir “um leque de abordagens possíveis, correspondentes à riqueza e à diversidade de métodos que dão corpo às suas práticas (...) Nas investigações participativas, o pesquisador desenvolve uma atividade reflexiva, entendendo o outro como “parceiro intelectual no exame do fenómeno que se quer conhecer”. Este outro constitui “a referência para a abertura de perspectivas e pontos de vista que confrontam e dialogam com os pontos de vista do pesquisador. A pesquisa desdobra-se no diálogo e na confrontação de lugares sociais e culturais e na interrogação sobre diferenças e convergências que circulam o fenómeno estudado” (Schmidt, 2008 p. 47).

Tendo em conta de que se trata de uma investigação aplicada a pessoas, de natureza qualitativa e por isso participativa, assumimos a responsabilidade e o dever ético de proteger a liberdade das mesmas, assim como os seus direitos, salientando os direitos à autodeterminação, intimidade e privacidade; confidencialidade e sigilo, assim como os direitos à informação, segurança, justiça e equidade, reconhecendo a pessoa como um fim em si mesma e por isso digna de respeito.

Ainda relativamente às pessoas, nossas parceiras na investigação, tivemos em conta certos princípios como: (1) a busca de interlocução e diálogo, visando compreender o sentido e os significados das suas experiências<sup>57</sup>; (2) a negociação e atendimento das suas preferências<sup>58</sup>; (3) o rigor nas transcrições para texto<sup>59</sup>; (4) a disponibilidade para esclarecimento de dúvidas e/ou informação adicional<sup>60</sup>; (5) a antevisão e preocupação com eventuais eventos ideológicos e hegemónicos<sup>61</sup>; (6) a abertura para rever, em conjunto com os parceiros, as transcrições realizadas<sup>62</sup>; (8) a garantia do sigilo e divulgação dos resultados<sup>63</sup> (idem, 2008).

Investigar envolve constantes reflexões éticas, sendo importante lembrar que os aspetos éticos devem ser tidos em conta em todas as etapas do processo de

---

<sup>57</sup> Tivemos em conta a experiência singular de cada parceiro, valorando o seu contributo na construção da matriz referencial proposta.

<sup>58</sup> Mostrámos disponibilidade para agendar ou reagendar prazos de entrega do instrumento de colheita de dados, no que se refere ao questionário. Fomos ao encontro dos parceiros, evitando prejuízo para os próprios, na data e no local escolhido pelos mesmos para o momento da entrevista.

<sup>59</sup> Realizámos a transcrição total das entrevistas e fomos fiéis ao que foi escrito pelos professores no questionário.

<sup>60</sup> Mostrámos disponibilidade para esclarecer quaisquer dúvidas e/ou dificuldades por parte dos parceiros. Demos a conhecer os nossos contatos e respondemos a todas as questões e necessidades de informações adicionais. Enviámos, a pedido de alguns parceiros, o projeto e o instrumento de colheita de dados para avaliação por parte das suas comissões de ética.

<sup>61</sup> Realizámos somente questões com interesse para o estudo, respeitando a não resposta de alguns parceiros e o não envio de alguns documentos inacessíveis.

<sup>62</sup> Devolvemos aos parceiros as transcrições das entrevistas para serem validadas.

<sup>63</sup> Assegurámos o sigilo, quer relativamente aos parceiros, quer relativamente às instituições. Garantimos a divulgação dos resultados, quer no decorrer da investigação, quer no seu término.

investigação “sobretudo se entendermos que a Ética se refere à qualidade das técnicas de investigação no que diz respeito ao cumprimento de obrigações profissionais, legais ou sociais para com os sujeitos do estudo” e ainda “à qualidade dos procedimentos, desde o início da pesquisa, desde a escolha da técnica adequada até à pertinência e validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento” (Nunes, 2005 p. 1).

Passaremos de seguida a expor, de forma sucinta, algumas das principais reflexões éticas tidas em conta no processo de investigação, para além das já mencionadas.

A identificação do problema obrigou à primeira reflexão ética, na medida em que uma investigação só tem sentido se der resposta a uma problemática. Consideramos a nossa problemática pertinente e útil ao desenvolvimento da disciplina e profissão de Enfermagem, contribuindo para uma Educação em Enfermagem promotora do cuidar na pessoa ao envelhecer.

A primeira etapa metodológica do estudo (análise documental) foi sustentada por reflexões éticas, uma vez que não é adequado questionar pessoas tendo em vista a apropriação de informações publicadas e acessíveis. Assim, tendo em conta o valor máximo da proteção de cada ser humano, aprofundámos, num primeiro nível, o objeto em estudo, utilizando material publicado (fidelidade à fonte) e só posteriormente inquirimos as pessoas, realizando uma colheita de dados rigorosa, sistemática e geradora de respostas às nossas questões de investigação. Tivemos em conta a mudança curricular, analisando a informação dos planos de estudo em dois momentos distintos, assegurando desta forma a veracidade dos dados.

A segunda etapa metodológica do estudo (os questionários) foi igualmente sustentada por reflexões éticas, na medida em que adequámos o instrumento ao pretendido e atendemos ao rigor na sua construção e utilização.

Ainda nesta etapa, tivemos em conta o respeito pelos direitos de autor de todos os documentos analisados, tendo particular atenção para os inacessíveis e que foram identificados e fornecidos pelos parceiros, tendo sido imprescindível o consentimento livre e esclarecido por parte dos representantes das instituições de ensino e professores responsáveis pela coordenação dos CLE<sup>64</sup>.

A terceira etapa metodológica do estudo (as entrevistas) também obrigou a novas reflexões éticas. Para além de todos os aspetos referidos, optámos pela não colocação dos verbatins das entrevistas em apêndice dada a grande probabilidade dos entrevistados poderem ser identificados. Respeitámos os princípios da técnica de

---

<sup>64</sup> Ainda assim, optámos por não apresentar na íntegra os documentos referentes a CLE específicos, na medida em que poderia levar a uma eventual identificação dos participantes/instituições parceiras.

amostragem “bola de neve” não identificando o perito que recomendou o perito entrevistado, atendendo, uma vez mais, ao anonimato dos participantes.

Realçamos, fortalecendo as nossas afirmações, que os documentos construídos, na segunda e terceira etapas<sup>65</sup>, espelham claramente a informação pertinente sobre o estudo e o comprometimento das investigadoras relativamente às questões éticas.

Antes de aprofundarmos os aspetos metodológicos, importa salientar que considerámos relevante, em todo o percurso, a fidelidade ao sentido, procurando respeitar, na hermenêutica, o propósito do autor.

A metodologia deve ser adequada às questões e objetivos da investigação e em relação a ela muitos são os aspetos que deverão ser tidos em conta, nomeadamente os critérios de qualidade que asseguraram a validade (referente à capacidade dos métodos responderem aos objetivos delineados) e a confiabilidade (referente à garantia que uma investigação similar leva a resultados semelhantes). Nesta investigação tivemos em conta os seguintes critérios: (1) a triangulação; (2) a reflexividade; (3) a construção do corpus de pesquisa; (4) a descrição clara, rica e detalhada; (5) a surpresa; (6) e o feedback dos informantes (Júnior, et al., 2011).

A triangulação (critério de validade e confiabilidade) foi uma metodologia de investigação elegida neste estudo, uma vez que nos propusemos “observar de diferentes pontos de vista” o mesmo fenómeno, com recurso a diferentes instrumentos, enriquecendo assim, a sua compreensão (Sousa, 2009 p. 172).

Combinámos a triangulação de dados e a triangulação metodológica:

- a) Triangulação de dados: Recolhemos dados de diferentes fontes e em diferentes momentos. Salientamos as distintas fontes documentais pesquisadas e analisadas desde o início até ao término da investigação.
- b) Triangulação metodológica: Aplicámos diferentes métodos (investigação documental e inquérito) e diferentes técnicas (análise documental, questionário e entrevista).

A reflexividade (critério de confiabilidade) “diz respeito ao antes e ao depois do acontecimento, gerando transformação no pesquisador, uma vez que vai se tornando uma pessoa diferente por considerar as inconsistências do estudo ao longo do processo permanente de realização” (Júnior, et al., 2011 p. 198). No decorrer do estudo muitas foram as reflexões individuais e em grupo sobre as fragilidades e/ou as incoerências e a procura pelas suas transformações em forças e harmonias.

---

<sup>65</sup> Carta de apresentação da investigação; consentimento informado, livre e esclarecido; pedido de autorização para colheita de dados e guião da entrevista.

A construção do corpus de pesquisa (critério de validade e confiabilidade) “é equivalentemente funcional à amostra representativa e ao tamanho da amostra, porém com objetivo distinto de maximizar a variedade de representações desconhecidas” (idem, 2011 p. 199). Salientamos os questionários realizados, que procuraram incluir um professor por cada instituição de ensino, possibilitando um olhar o mais abrangente possível e as entrevistas, que foram finalizadas somente após a saturação de dados.

A descrição clara, rica e detalhada (critério de validade e confiabilidade) também foi alvo da nossa preocupação, na medida em que procurámos explicitar as escolhas e os caminhos, adotando uma postura transparente e verdadeira.

Uma descrição minuciosa sobre o fenómeno confere credibilidade ao estudo, ajudando a transmitir as situações reais que foram estudadas e, até certo ponto, o contexto que as rodeiam (Shenton, 2004).

A surpresa “como contribuição à teoria e ao senso comum” (critério de validade), tem “uma importância para essa tradição tanto no que diz respeito à descoberta de evidências inspiradoras a novas formas de pensamento sobre determinado tema, quanto à mudança de mentalidade já cristalizada em torno do fenómeno, padrões esses carentes de serem revistos ou aprofundados sob diferentes prismas para a teoria, para o método ou mesmo para o conhecimento popularmente difundido na sociedade” (Júnior, et al., 2011 p. 202). Este estudo permitiu, em nosso entender, a descoberta de novos dados inspiradores sobre o fenómeno em estudo. Possibilitou a passagem de um conhecimento tácito a um conhecimento explícito e trouxe novas formas de pensamento e novos contributos ao desenvolvimento da Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer.

O feedback dos informantes (critério de validade). “Corresponde à confrontação de fontes e obtenção de sua concordância ou consentimento” (idem, 2011 p.203). Realçamos neste estudo a atenção constante à mudança e inovação, nomeadamente no que se refere à revisão da literatura; a capacidade para ouvir os nossos inquiridos, procurando partilhar os seus significados e experiências; a realização do pré-teste do questionário; as reuniões com a orientadora e colegas investigadores, também professores de Enfermagem. As comunicações e publicações realizadas durante o percurso<sup>66</sup>, o feedback dos ouvintes e as discussões geradas também contribuíram para refinar o desenho da investigação.

Todos estes critérios permitiram chegar a resultados importantes, que em nosso entender, constituem uma possível fotografia do fenómeno.

---

<sup>66</sup> Comunicações orais, posters, artigos e capítulo de livro sobre diferentes temas relacionados com a Tese de Doutoramento.

A ética envolve todas as etapas da investigação, incluindo a publicação e divulgação dos resultados, pelo que nos comprometemos a publicar e a divulgar este trabalho, incluindo o feedback aos seus participantes, contribuindo assim para o desenvolvimento do conhecimento da disciplina e profissão de Enfermagem.

A parte II desta tese – ***Desenho de Investigação: Aclarando o Horizonte***, integrou o percurso metodológico, explicitando as escolhas suportadas em valores que apontaram para o caminho traçado.

Descrevemos a natureza e o tipo de estudo e as três etapas da investigação, cada uma desenhada com base nos achados da anterior.

Aprofundámos cada uma das etapas: (1) Investigação Documental (pesquisa e análise documental), apresentando o primeiro inventário de fontes documentais; (2) Inquérito – Questionário (análise estatística descritiva simples e análise categorial temática), fundamentando o instrumento de colheita de dados, incluindo o seu desenho e utilização; e (3) Inquérito – Entrevista (análise crítica de discurso), abordando as características principais da entrevista, suportadas na AD e no modelo tridimensional do discurso da autoria de Norman Fairclough e que seguimos nesta investigação<sup>67</sup>.

Referimo-nos à ética na investigação, tornando claras as principais reflexões e práticas no decorrer do percurso e concluímos esta parte do trabalho, apresentando um esquema alusivo ao desenho metodológico.

---

<sup>67</sup> O desenho da presente investigação, como resposta à problemática identificada, foi apresentado numa comunicação intitulada *Aprender e ensinar o envelhecer na formação inicial em Enfermagem*, no Seminário Internacional *Entre a teoria, os dados e o conhecimento: Investigar práticas em contexto*, que decorreu a 30 de outubro de 2014, organizado pela Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Setúbal. O resumo da comunicação encontra-se disponível em [http://www.si.ips.pt/ese\\_si/web\\_gessi\\_docs.download\\_file?p\\_name=F1668178533/C1.pdf](http://www.si.ips.pt/ese_si/web_gessi_docs.download_file?p_name=F1668178533/C1.pdf), aguardando-se a publicação de artigo no ebook do seminário.

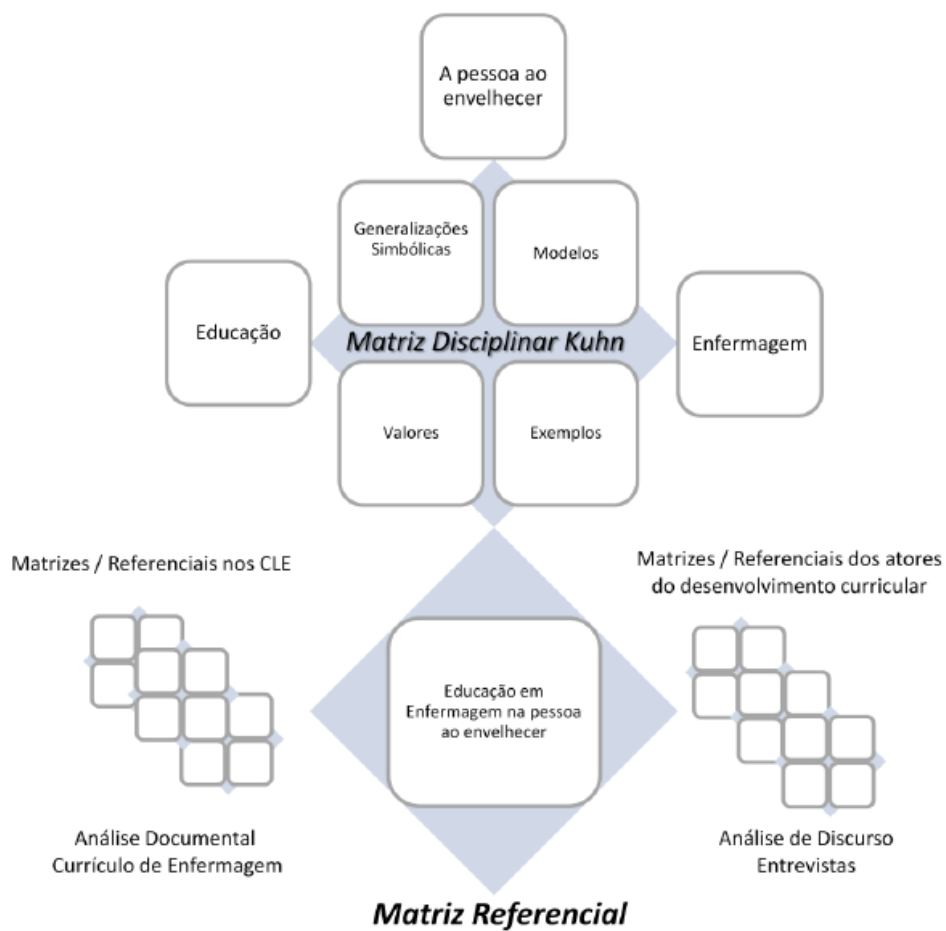


Fig.4 – Desenho Metodológico<sup>68</sup>.

<sup>68</sup> O presente desenho metodológico (figura 4) é adaptado do póster realizado pelas investigadoras, intitulado *O Desenho metodológico de um projeto de investigação*, apresentado no VII Encontro Luso-Brasileiro de Enfermagem – Saúde, Espiritualidade e Qualidade de Vida, organizado pela Universidade Católica Portuguesa Porto – Instituto Ciências da Saúde, que decorreu nos dias 29 e 30 de outubro de 2012.

**PARTE III**  
**OS RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO:**  
**PERSPETIVANDO NOVOS HORIZONTES**



## CAPITULO V

### O PRIMEIRO NÍVEL DE ANÁLISE: A INVESTIGAÇÃO DOCUMENTAL

*“The study of documents provides access to events that cannot be observed, to a species of formal communication about the social world, and to social actors that generate meanings and practices”.*

(Miller, et al., 2005 p. 353).

#### **5.1. O processo de envelhecer nos cursos de licenciatura em Enfermagem: Uma análise dos planos de estudo**

A primeira etapa do estudo, a análise documental do currículo nos cursos nacionais de formação pré-graduada em Enfermagem, constituiu o ponto de partida da presente investigação.

A análise documental teve como objetivo colher informações sobre o conteúdo e a forma do currículo nos CLE na pessoa ao envelhecer e foi desenvolvida tendo por base a ideia de que tudo aquilo que é objeto de comprometimento de um grupo é elemento de uma matriz disciplinar e cada elemento (generalizações simbólicas, modelos, valores e exemplos) funciona em interligação estreita com os demais, formando o todo (Kuhn, 1989).

Assim, procedemos à pesquisa e subsequente análise documental, por níveis, com vista à ordenação de elementos que deram início ao desenho da matriz referencial proposta.

##### **5.1.1. O primeiro nível de análise: Recolhendo e tratando os dados documentais (maio 2012).**

Tendo por base a nossa primeira subquestão de investigação *Que currículo nos cursos nacionais de formação pré-graduada em Enfermagem na pessoa ao envelhecer?* Foram identificados os decretos-leis correspondentes aos planos de

estudo dos quarenta e um CLE ministrados em Portugal (primeiro nível de pesquisa e análise).

Esta pesquisa foi realizada via internet, tendo-se garantido, pelo cruzamento de dados, a identificação dos planos de estudo mais recentes. Os planos de estudo publicados em decreto-lei foram confrontados com os planos de estudo publicados nas páginas oficiais das instituições de ensino de Enfermagem portuguesas, sendo importante salientar que os mesmos tiveram correspondência, garantindo a credibilidade dos documentos em análise e constituindo as fontes primárias mais atualizadas até ao momento da pesquisa<sup>69</sup>.

Este cruzamento de dados fez-nos sentido na medida em que uma das principais desvantagens da investigação documental reside na possibilidade de algumas fontes poderem conter informações erradas, pelo que “interessa analisar em profundidade cada informação, procurando incoerências ou contradições e utilizar sempre o maior número possível de fontes diversificadas” (Sousa, 2009 p. 88).

Tendo em consideração que o pretendido era recolher os dados correspondentes ao processo de envelhecer nos CLE, foram identificadas palavras-chave que nos guiaram no caminho. As palavras-chave foram as seguintes:

- *Envelhecimento*;
- *Idoso*; *Pessoa Idosa*;
- *Geronte*, *Gerontologia*, *Geriatria*, *Gerontogeriatría*.

De seguida apresentamos os principais achados que emergiram desta primeira análise:

- I. 73,17% dos quarenta e um cursos apresentam uma ou mais UCs com pelo menos uma das palavras-chave identificadas, perfazendo um total de sessenta UCs identificadas.
- II. Das sessenta UCs, verificou-se a presença de quarenta registos da palavra-chave “Idoso”; seguidos de seis registos da palavra-chave “Geriatria”; cinco de “Gerontologia”<sup>70</sup>; quatro de “Pessoa Idosa”; três de “Geronte” e um de “Gerontogeriatría” e “Envelhecimento”<sup>71</sup>;
- III. Das sessenta UCs, verificou-se a presença da palavra adulto/pessoa adulta em trinta e cinco, significando que 58,3% das UCs não são direcionadas exclusivamente para as pessoas idosas mas também para as pessoas adultas.
- IV. 90% das UCs são da área científica de Enfermagem;

---

<sup>69</sup> Ver Apêndice 9 - Inventário de fontes – 1º nível de análise: Planos de estudo (maio 2012)

<sup>70</sup> Uma das UCs é de carácter opcional.

<sup>71</sup> UC de carácter opcional.

- V. 68,33% são de componente curricular teórica e estão distribuídas ao longo dos quatro anos letivos, maioritariamente no segundo ano (63,33%);
- VI. A média de horas por UC é de duzentos e quarenta e nove (249,3h) e a média de créditos nove (9,32);
- VII. A palavra Saúde aparece na designação de 26,67% das UCs.

Estes achados levantaram questões úteis e imprescindíveis de serem levadas em conta no decorrer da investigação. São exemplos as seguintes questões: *Que referenciais são utilizados na formação inicial em Enfermagem? Que valores e modelos são compartilhados? Como são resolvidos, na prática, os problemas referentes ao processo de aprender e ensinar?*

Tornou-se essencial um olhar mais pormenorizado sobre estes resultados na tentativa de tornar um pouco mais claro o percurso de análise.

Referimos que 73,17% dos cursos apresentam uma ou mais UCs com pelo menos uma das palavras-chave identificadas. Este achado significa que dos quarenta e um cursos, trinta têm UCs direcionadas para o envelhecer, diversamente de onze, que não apresentam UCs específicas nesta área do conhecimento. Estes dados levantaram-nos à partida algumas questões fundamentais: *Como são tomadas as decisões curriculares? O que leva a maioria dos gestores curriculares a estabelecer unidades direcionadas para o envelhecer e alguns a não integrar essas unidades nos planos de estudo? Ter ou não ter uma UC específica na área do envelhecer pode significar uma maior ou menor atenção a esta problemática? Os cursos que não apresentam uma ou mais UCs direcionadas para o envelhecer têm integrados nos seus currículos conteúdos gerontológicos? Os cursos com UCs direcionadas para o envelhecer integram simultaneamente conteúdos gerontológicos ao longo do restante desenho curricular? Quais as vantagens de um e de outro desenho? São descritos, na literatura, os resultados na aprendizagem dos estudantes?*

De sessenta UCs, no total dos trinta cursos (cada curso apresenta entre uma a sete UCs), a palavra *idoso* foi a que mais se evidenciou, com uma frequência de quarenta registos.

A designação das UCs permitiu abrir caminho a uma reflexão acerca das conceções teórico-filosóficas sobre alguns destes conceitos, nomeadamente na Enfermagem<sup>72</sup>.

---

<sup>72</sup> Relativamente às diferentes UCs, salientamos que apesar de algumas designações serem semelhantes, foram encontradas quarenta e seis designações diferentes, o que demonstra a diversidade de conceitos e perspetivas relativamente a esta temática.

Ser idoso pode assumir diferentes significados para diferentes pessoas, de acordo com a sua história, experiência e/ou contexto. A WHO define idoso como uma pessoa com mais de 65 anos, no caso dos países desenvolvidos e pessoa com mais de 60 anos, no caso dos países em desenvolvimento. Apesar da idade cronológica poder constituir-se num critério pouco preciso, a verdade é que continua a ser um dos mais utilizados, nomeadamente em estudos epidemiológicos, assim como em questões legais e políticas.

Na Enfermagem, o conceito *idoso* parece estar progressivamente a ser substituído pelo conceito de *pessoa idosa*, aparentemente com a finalidade de salientar a pessoa como objeto do cuidado de Enfermagem em detrimento da condição apenas de ser idoso. A pessoa é definida como “um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se”... “é também centro de processos não intencionais”, como as funções fisiológicas, que “são fator importante no processo de procura incessante do melhor equilíbrio”, devendo ser encarada como um ser “uno e indivisível” (Ordem dos Enfermeiros, 2001 pp. 8-9). O idoso, é antes de mais, uma pessoa única, irrepárvel, com direitos e deveres, que por experienciar um ou mais momentos transicionais decorrentes do processo de envelhecer, tem uma maior probabilidade de se encontrar mais vulnerável e suscetível à doença e/ou sofrimento.

O conceito *pessoa idosa* é assumido em diferentes discursos atuais, na comunicação social, nos debates políticos e em inúmeros documentos legais, contudo nos planos de estudos analisados, o conceito *idoso* continua a ocupar um lugar de destaque.

O conceito *Gerontologia* também emerge da análise realizada. Do grego *geros*, gerontos (velho), estuda o processo de envelhecer sob todos os aspetos, envolvendo o envelhecimento físico, psicológico, comportamental e social, interessando-se por todos os elementos da cultura e da vida da pessoa (saudável ou doente) em sociedade. Constitui-se como ponto de encontro de várias disciplinas, como a Filosofia, a Política, a Sociologia e a Psicologia, permitindo uma visão mais abrangente e complexa acerca do processo de envelhecer (Berger, et al., 1994).

Tendo em conta estas ideias, o conceito *Gerontologia* é partilhado e aceite na Enfermagem, em detrimento do conceito *Geriatría*, um conceito que foca essencialmente a sua atenção na prevenção e tratamento das doenças decorrentes da velhice, constituindo por esse motivo, uma abordagem menos abrangente e menos complexa do fenómeno do envelhecimento (idem, 1994).

Nos planos de estudo analisados este conceito é um pouco mais evidente que o conceito *Gerontologia*, o que nos levanta algumas questões sobre os valores e modelos que guiam o processo de aprender e ensinar.

O conceito de envelhecer ou envelhecimento continua a ser pouco utilizado nas designações das UCs, havendo apenas uma UC com essa designação “Envelhecimento Ativo” sendo uma unidade de caráter opcional.

Referimos que 90% das UCs são da área científica de Enfermagem, significando que seis, das sessenta UCs são de outras áreas, nomeadamente da Psicologia<sup>73</sup> e da Medicina<sup>74</sup>. “A Enfermagem, como qualquer disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos” (Ordem dos Enfermeiros, 2006 p. 1), sendo por isso compreensível e desejável o desenvolvimento da educação e investigação em Enfermagem Gerontológica. Contudo, a Enfermagem inclui atualmente nos seus currículos, um conjunto de outras disciplinas, como a Medicina, a Psicologia e a Sociologia, constituindo uma mais-valia para a aprendizagem.

Segundo os dados obtidos, as UCs são maioritariamente de componente curricular teórica, incluindo horas teóricas, teórico-práticas, práticas, de seminário e de orientação tutorial. Contudo, as UCs de componente de ensino clínico também ocupam um lugar de destaque, parecendo haver um equilíbrio entre as duas componentes, sendo ambas essenciais ao processo de aprender<sup>75</sup>.

Nos planos de estudo analisados, as UCs direcionadas para o envelhecer estão distribuídas ao longo dos quatro anos do CLE, maioritariamente no segundo ano (63,33%)<sup>76</sup>, seguido do terceiro ano (21,67%) e do quarto ano (11,67%). Dos quarenta e um cursos, apenas dois apresentam UCs direcionadas para o envelhecer no primeiro ano (3,33%), sendo importante referir que pela designação parecem ser UCs direcionadas para a promoção da saúde da pessoa ao envelhecer (*Enfermagem II – Adulto e idoso: estilos de vida e conforto; Saúde do adulto e idoso*).

Segundo a American Association of Colleges of Nursing/ John A. Hartford Foundation, a criação de UCs direcionadas para as necessidades das pessoas mais velhas deve ser uma componente substancial no ensino de Enfermagem. A presença de UCs específicas de gerontologia no currículo permite aos estudantes uma maior consciência acerca do envelhecimento e o desenvolvimento de uma base de conhecimento de Enfermagem Gerontológica única. Algumas escolas de Enfermagem

---

<sup>73</sup> Uma UC.

<sup>74</sup> Cinco UCs.

<sup>75</sup> Estando definidos em decreto-lei a carga percentual mínima de cada uma das componentes, assim como os seus objetivos (já referenciados no enquadramento teórico do estudo).

<sup>76</sup> Uma das unidades é de caráter opcional, podendo ocorrer no 2º ou 3º ano. Nesta contabilização foi integrada no 2º.

americanas recomendam que estas UCs devem ser oferecidas inicialmente e acompanhadas por uma integração planeada que insira um conhecimento de Enfermagem Gerontológica mais complexo ao longo do *currículo*, outras recomendam que sejam oferecidas no final do *currículo*, constituindo-se como UCs de síntese, capazes de reunir todo o conhecimento e experiência dos estudantes até esse momento (Thornlow, et al., 2006).

Em Portugal, e de acordo com a análise realizada até ao momento, a realidade parece algo diferente, uma vez que as UCs direcionadas para o envelhecer são lecionadas, na sua maioria, no segundo e terceiro anos. Nenhum dos quarenta e um cursos apresenta UCs direcionadas para o envelhecer no primeiro e quarto ano em simultâneo (de acordo com a análise realizada). Alguns cursos têm apenas UCs específicas num dos anos, nomeadamente no segundo e outros têm UCs específicas em dois dos anos do curso, nomeadamente segundo e terceiro.

De seguida podemos observar as vantagens das UCs direcionadas para o envelhecer serem integradas numa fase inicial ou final do desenho curricular na formação inicial em Enfermagem.

Quadro 6 – Unidades Curriculares direcionadas para o envelhecer: No início e no final do desenho curricular (Thornlow, et al., 2006 p. 15).

<b>Unidades Curriculares Direcionadas para o Envelhecer</b>	
<i>Oferecidas precocemente<sup>77</sup> no currículo</i>	<i>Oferecidas tardiamente<sup>78</sup> no currículo</i>
Dá a este campo de conhecimento especializado a sua própria identidade.	Constitui uma síntese.
Demonstra aos estudantes que aprender a cuidar de adultos mais velhos é fundamental para a Enfermagem.	Tem em consideração o conhecimento e a experiência dos estudantes, facilitando o desenvolvimento do pensamento crítico.
Permite aos estudantes uma primeira incursão clínica para cobrir muitos aspetos diferentes de cuidados aos adultos mais velhos.	Promove um cuidado holístico na medida em que são integradas todas as etapas do processo de Enfermagem.
Precede a integração planeada que infunde conhecimento de Enfermagem Gerontológica com maior complexidade ao longo do currículo.	Suporta a avaliação dos estudantes e as habilidades de ensino à pessoa.
Compreende um foco inicial em adultos mais velhos saudáveis.	Oferece oportunidades para integração do processo de doença, tratamento e cuidados de Enfermagem.

<sup>77</sup> 1º ano e eventualmente 2º ano.

<sup>78</sup> 4º ano e eventualmente 3º ano.

O número de créditos e de horas não constituíram o nosso principal foco de atenção, contudo parece-nos importante referir que a média dos créditos atribuídos às UCs direcionadas para o envelhecer corresponderam a 3,75% (9 créditos em 240) dos créditos atribuídos ao CLE, traduzindo-se numa percentagem, em nosso entender, pouco representativa<sup>79</sup>.

Para além dos achados já analisados e com um olhar mais atento sobre as designações das UCs, emergiram novos dados, essencialmente pela sua particularidade, como por exemplo: a especificação do contexto de prática de cuidados (comunidade, hospital) e da situação de doença experienciada pela pessoa idosa (problemas médico-cirúrgicos, problemas psiquiátricos), tornando mais claro o foco de atenção de alguns dos planos de estudo; a utilização de termos como “processos de vida da pessoa idosa” e “processos de saúde-doença”, que podem eventualmente remeter-nos para a ideia de continuidade, dando a entender que envelhecer compreende um percurso, não sendo um evento estático (no primeiro exemplo mais geral e relacionado com as transições de vida da pessoa idosa, no segundo exemplo mais direcionado para a transição saúde-doença); a palavra *Saúde* também se destacou, tal como tem vindo a acontecer em alguns discursos atuais na área do envelhecer. A saúde e o bem-estar da pessoa ao envelhecer têm, nos últimos tempos, sido alvo de preocupação constante por parte da sociedade em geral, tendo o conceito de *Envelhecimento Ativo*<sup>80</sup>, constituído um marco fundamental na construção de um novo paradigma.

### **5.1.2. Validando e refletindo a redução dos dados documentais (março 2013)**

Numa época de passagem de século, caracterizada por novas visões e descobertas, importa “provocar a reflexão sobre o fenómeno da mudança paradigmática e as repercussões na mudança de perceção da realidade, inclusive no campo social” (Nonata, 2007 p. 259).

A Enfermagem está intrinsecamente associada à mudança, esperando-se que os enfermeiros sejam capazes de delinear intervenções que ajudem a pessoa na adaptação e gestão da mudança ao longo do ciclo vital, com a finalidade de manter,

---

<sup>79</sup> Principalmente tendo em consideração que 58,3% das UCs não são direcionadas exclusivamente para as pessoas idosas mas também para as pessoas adultas.

<sup>80</sup> Conceito reconhecido pela Organização Mundial de Saúde como o “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (World Health Organization, 2002 p. 12).

sempre que possível, a sua saúde e qualidade de vida. Assim, torna-se fundamental que a Educação em Enfermagem se renove constantemente, no sentido de encontrar respostas efetivas e adequadas às mudanças experienciadas pela pessoa à medida que envelhece.

Educar significa investigar e experimentar. Pressupõe entender que cada pessoa é “um ser a fazer-se, uma teia a recombinar-se, a alargar-se e a enriquecer-se ao longo da sua história de vida (...) Conseguimos novas compreensões, novos conhecimentos não apenas pela assimilação/acumulação de novas informações mas, fundamentalmente, pela ativa reconstrução e redescrção das nossas compreensões prévias. Compreender, interpretar, explicar é sempre recontextualizar” (Antunes, 2001 p. 256).

O currículo, assente “nas relações que se estabelecem entre os diferentes atores, experiências e saberes, nos valores e crenças dos protagonistas da ação, nos papéis atribuídos aos diferentes sujeitos e nos que por eles são assumidos nas diversas dinâmicas, bem como na sua dimensão de intervenção e reconstrução social” (Leite, 2002 pp. 89-90) não pode ser circunscrito a tempos e espaços singulares, uma vez que se encontra em constante mudança, desenvolvendo-se e transformando-se à medida que os seus atores experienciam novas aprendizagens e refletem sobre a sua ação.

É com base nestas ideias e nos primeiros achados resultantes da análise dos planos de estudo, que considerámos importante a validação dos dados anteriormente colhidos e, seguidamente, a sua redução. Deste modo, realizámos uma nova pesquisa e análise dos planos de estudo, dez meses após a primeira colheita, com a finalidade de identificar eventuais mudanças e/ou novos sentidos curriculares.

De seguida, apresentamos os principais achados resultantes desta nova análise, realizada em março de 2013:

- I. 73,17% dos cursos apresentam uma ou mais UCs com pelo menos uma das palavras-chave identificadas, o que significa, que à semelhança da primeira análise, trinta dos quarenta e um cursos apresentam UCs com as palavras-chave identificadas.
- II. Das cinquenta e nove UCs (nesta análise constatámos, no total, menos uma UC) verificou-se a presença de quarenta registos da palavra-chave “Idoso”; seguidos de sete registos da palavra-chave “Gerontologia”<sup>81</sup>; seis registos da palavra-chave “Geriatria”<sup>82</sup>; quatro de “Pessoa Idosa”; três de “Geronte” e um

---

<sup>81</sup> Três das UCs são de carácter opcional.

<sup>82</sup> Um dos cursos apresenta no site uma UC opcional com esta palavra-chave, contudo não foi incluída nos nossos dados, uma vez que essa UC não é visível no plano de estudos (decreto-lei), fonte primária de análise (aparecendo apenas como UC de opção).

de “Gerontogeriatrics”. Torna-se importante referir que nesta nova análise o conceito *Gerontologia* foi mais visível que o conceito *Geriatrics*, o que pode ser revelador de novos sentidos curriculares.

- III. Das cinquenta e nove UCs, verificou-se a presença da palavra adulto/pessoa adulta em trinta e quatro UCs, significando que 57,63% das UCs não são direcionadas exclusivamente para as pessoas idosas mas também para as pessoas adultas.
- IV. 89,83% das UCs são da área científica de Enfermagem, não havendo mudanças ao nível das UCs de outras áreas, nomeadamente da Psicologia e da Medicina (seis UCs no total de cinquenta e nove).
- V. 67,80% são de componente curricular teórica e estão distribuídas ao longo dos quatro anos letivos e à semelhança da primeira análise, maioritariamente no segundo ano (61,02%). Estes dados indicam um pequeno aumento da percentagem respeitante às UCs de ensino clínico.
- VI. A média de horas por UC é de duzentos e quarenta e nove (248,78h) e a média de créditos nove (9,27). Apesar das mudanças pontuais em algumas UCs, as horas e os créditos dispensados a esta área do conhecimento mantiveram-se semelhantes (percentagem ligeiramente mais baixa).
- VII. A palavra Saúde aparece na designação de 25,42% das UCs, representando novamente uma percentagem ligeiramente mais baixa em comparação com a primeira análise.

Analisando os novos achados, concluímos que, no panorama geral, os resultados (em termos de percentagens) foram muito similares, contudo importa referir, que diferentemente do que se poderia esperar (tendo em conta o contexto atual do nosso país, os discursos sociais, políticos, económicos e educacionais que se fizeram sentir, principalmente no decorrer do ano 2012 - *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações*), não houve lugar a uma maior visibilidade do tema *Envelhecer* nos planos de estudos dos CLE.

Sabemos que ao longo dos dez meses que mediaram as duas pesquisas, foram publicados novos quatro planos de estudo<sup>83</sup>, sendo importante fixarmo-nos nas principais diferenças em relação à temática do envelhecer em cada um deles:

- I. Diminuição do total de horas e de créditos de uma UC direcionada para o envelhecer, que era lecionada no terceiro ano e passa a ser lecionada no segundo ano.

---

<sup>83</sup> Ver Apêndice 10: Inventário de fontes – Validação dos dados documentais (março de 2013).

- II. Extinção de três UCs direcionadas para o envelhecer.
- III. Diminuição do total de horas e de créditos de uma UC teórica, com aumento do total de horas e de créditos de uma UC de Ensino Clínico.
- IV. Aparecimento de duas UCs direcionadas para o envelhecer (opcionais) num curso que anteriormente não tinha essas UCs previstas no seu plano de estudos.

Ao compararmos os planos de estudo entre si, verificámos que alguns deles eram iguais, nomeadamente:

- I. O plano de estudos do CLE da Universidade Fernando Pessoa e o plano de estudos do CLE da Universidade Fernando Pessoa - Unidade de Ponte de Lima.
- II. O plano de estudos do CLE do Instituto Politécnico de Saúde do Norte - Escola Superior de Saúde do Vale do Ave e o plano de estudos do CLE do Instituto Politécnico de Saúde do Norte - Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa.
- III. O plano de estudos do CLE da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa e o plano de estudos do CLE da Universidade Católica Portuguesa do Porto.
- IV. Os planos de estudos dos CLE das Escolas Superiores de Saúde Jean Piaget - Vila Nova de Gaia, Viseu, Nordeste e Algarve.
- V. Os planos de estudos dos CLE das Escolas Superiores de Enfermagem de Angra do Heroísmo e de Ponta Delgada, Universidade dos Açores.

Estes achados permitiram identificar trinta e quatro planos de estudos diferentes, sendo de realçar que desses trinta e quatro planos, vinte e sete apresentam UCs direcionadas para o envelhecer (vinte e cinco com UCs na área da Enfermagem) e que desses, sete apresentam o programa detalhado das UCs nos sites oficiais das instituições de ensino<sup>84</sup>.

Tendo em consideração que “o ensino superior tem como objetivo a qualificação de alto nível dos portugueses, a produção e difusão do conhecimento, bem como a formação cultural, artística, tecnológica e científica dos seus estudantes, num quadro de referência internacional” e que “cada instituição de ensino superior tem estatutos próprios que, no respeito da lei, enunciam a sua missão, os seus objetivos pedagógicos e científicos, concretizam a sua autonomia e definem a sua estrutura orgânica” (Decreto-Lei nº62/2007 de 10 de setembro, 2007 pp. 6358-6360), pareceu-nos pertinente proceder à redução da nossa amostra, dado que à partida, cada

---

<sup>84</sup> Aquando a pesquisa (março de 2013).

instituição de ensino portuguesa, onde é ministrado o CLE, tem uma filosofia e posição epistemológica própria, partilhada pelos diferentes atores, cursos e polos educativos.

Infundir conteúdos ao longo do currículo, por si só, não contribui para destacar o conhecimento específico da gerontologia ao mesmo tempo que acresce o risco da diluição destes conteúdos. A criação de UCs de gerontologia demonstra que as pessoas ao envelhecer são importantes e que esta área do conhecimento é fundamental para a Enfermagem (Thornlow, et al., 2006). Afiliadas a esta ideia, acreditamos que um CLE com UCs direcionadas para o envelhecer favorece o desenvolvimento do conhecimento em Gerontologia, promovendo nos estudantes momentos próprios e únicos de reflexão sobre o envelhecer. Desta forma, ponderámos, num segundo nível de análise, centrarmo-nos apenas nos cursos com UCs direcionadas para o envelhecer.

Contudo, torna-se importante referir, que mesmo que um curso apresente UCs direcionadas para o envelhecer, mas sem outros conteúdos de gerontologia integrados ao longo do *currículo*, o risco de compartimentação pode ser significativo e limitador (idem, 2006).

É importante considerar formas inovadoras e criativas de integrar conteúdos gerontológicos no currículo, quer através de UCs direcionadas para o envelhecer, sendo essencial uma focalização na saúde, dando oportunidade aos estudantes de interagirem com pessoas idosas saudáveis, quer através da integração de conteúdos gerontológicos no maior número possível de UCs, nomeadamente na área da Enfermagem Médico-cirúrgica, Enfermagem Comunitária, Farmacologia, Investigação, entre muitas outras (Thornlow, et al., 2006).

É por esse motivo que se torna tão importante a criação de UCs específicas de Gerontologia e simultaneamente a integração de conteúdos gerontológicos ao longo do currículo dos CLE.

Embora a redução da amostra nos tenha parecido, num primeiro olhar, uma decisão metodológica interessante, com algumas vantagens, nomeadamente ao nível da colheita e tratamento dos dados, de acordo com algumas das ideias anteriormente citadas, tornou-se essencial uma reflexão sobre o caminho a escolher.

De forma a tornar mais clara a reflexão e o caminho elegido, foi importante sintetizar as principais vantagens e desvantagens de uma possível redução dos dados (a partir da amostra), ilustrada no quadro seguinte:

Quadro 7 - Principais vantagens e desvantagens de uma possível redução dos dados (a partir da amostra).

<b>Redução dos dados (planos de estudo iguais)</b>	
<i>Vantagens</i>	<i>Desvantagens</i>
Tendo em consideração que à partida cada instituição tem uma filosofia própria e partilhada, a escolha de planos de estudos diferentes poderia diminuir a probabilidade de repetição de dados.	O facto de um plano de estudos ser igual a um ou mais cursos (embora da mesma instituição) não significa que o currículo seja o mesmo, na medida em que os atores, os contextos e naturalmente as experiências e as interações também são diferentes.
<b>Redução dos dados (planos de estudo com UCs direcionadas para o envelhecer)</b>	
<i>Vantagens</i>	<i>Desvantagens</i>
Consideramos que as designações das UCs espelham, em parte, aquilo que é valorizado e ensinado. Assim, podemos pensar que os cursos que apresentam UCs direcionadas para o envelhecer são cursos cujo currículo dá ênfase à temática do envelhecimento.	A designação de uma UC pode eventualmente não refletir a sua essência; Não podemos afirmar (porque não existe evidência suficiente nesse sentido) que o facto de um curso não ter UCs direcionadas para o envelhecer (depreensão pela sua designação) signifique que não é dada atenção à temática, podendo eventualmente a mesma estar integrada e interligada por diferentes UCs cujo foco essencial não é o envelhecer. Para além disso sabemos que parece haver benefícios numa abordagem focalizada no curso (UC própria) e uma abordagem integrada ao longo do curso (interligação e integração de conteúdos sobre o envelhecer em diferentes UCs).
<b>Redução dos dados (planos de estudo com UCs de Enfermagem direcionadas para o envelhecer)</b>	
<i>Vantagens</i>	<i>Desvantagens</i>
Valoração de uma maior especificidade disciplinar de Enfermagem.	No caso de escolhermos apenas as UCs da área da Enfermagem poderíamos, erradamente, dar a entender, que consideramos que as UCs de outras áreas do conhecimento (parte integrante dos CLE) não são reveladoras de dados acerca do currículo de Enfermagem na pessoa ao envelhecer.

Constatámos assim, que apesar da redução dos dados (a partir da amostra) nos poder vir a trazer algumas vantagens do ponto de vista da colheita e tratamento dos dados, poderia responder de forma menos satisfatória à nossa questão de partida: *Que currículo nos cursos nacionais de formação pré-graduada de Enfermagem na pessoa ao envelhecer?* Na medida em que esta nova fase apenas incluiria uma parte da realidade nacional, não sendo possível analisar, com maior profundidade, o currículo de todos os CLE portugueses, podendo originar lacunas importantes do

conhecimento em relação aos CLE que não apresentam nos planos de estudos UCs direcionadas para o envelhecer, mas que têm, naturalmente, experiências curriculares válidas e merecedoras de serem igualmente incorporadas neste estudo.

Retomando o conceito de matriz disciplinar de Kuhn, entendemos que a análise realizada até este momento apenas nos deu algumas indicações sobre o que é valorizado e partilhado por um grupo, havendo outros elementos importantes de serem desvendados acerca do currículo de Enfermagem na pessoa ao envelhecer.

Tendo em conta estes pressupostos, decidimos continuar a análise curricular dos quarenta e um CLE portugueses, acreditando que a inclusão de todos os cursos ajudaria a uma maior riqueza da análise e levaria a resultados mais consistentes e integradores.

### *Sinopse*

Na primeira fase do estudo, caracterizada pela análise documental dos decretos-lei dos planos de estudo dos CLE portugueses, desenvolvida em dois momentos distintos<sup>85</sup>, obtivemos como principais achados:

- I. No primeiro momento de análise, concluímos que 73,17% dos CLE apresentavam UCs direcionadas para o envelhecer, contudo, apenas 58,3% eram exclusivamente direcionadas para esta área do conhecimento; *idoso*, correspondeu à palavra-chave com maior frequência na designação das UCs; a grande maioria (90%) das UCs era da área científica de Enfermagem, essencialmente alocadas ao segundo ano dos CLE.
- II. Realizámos uma nova análise, dez meses depois. Esta análise procurou identificar eventuais mudanças e/ou novos sentidos curriculares, validar os achados anteriores e decidir acerca de uma eventual redução dos dados.
- III. Os achados do segundo momento de análise foram muito similares ao primeiro momento, parecendo haver uma tendência para o conceito de gerontologia em detrimento do conceito de geriatria, mas ainda sem uma expressão significativa.
- IV. No tempo que mediou as duas primeiras análises, foram publicados novos quatro planos de estudo, com algumas diferenças em relação à temática do envelhecer, embora não dando lugar a uma maior visibilidade do tema.
- V. Esta etapa foi rica no emergir de questões e no desenvolvimento do desenho do estudo, tendo permitido aclarar o horizonte.

---

<sup>85</sup> Recolhemos e tratámos os dados documentais em maio de 2012; validámos e refletimos a redução dos dados documentais em março de 2013.



## CAPITULO VI

### O SEGUNDO NÍVEL DE ANÁLISE: O QUESTIONÁRIO

*“É muito fácil elaborar um questionário mas não é fácil elaborar um bom questionário (...) Numa investigação onde se aplica um questionário, a maioria das variáveis (...) são medidas a partir das perguntas do questionário, e portanto, os métodos de investigação incluem os tipos de perguntas usadas, os tipos de respostas associadas com estas perguntas e as escalas de medida dessas respostas”.*

(Hill, et al., 2002 p. 83)

#### 6.1. Analisando os achados do questionário

O primeiro nível correspondeu à pesquisa e análise dos decretos-lei dos planos de estudo dos diferentes CLE (fonte primária de dados). Embora a análise dos planos de estudo tenha representado um excelente ponto de partida para a investigação, por si só, não respondeu às nossas questões de investigação.

O currículo, traduzido num plano de estudos, organizado e estruturado com objetivos, conteúdos, atividades e procedimentos de avaliação, deixa de ser considerado somente nesta perspectiva linear e fragmentada, passando a ser encarado não apenas como uma intenção, traduzida nos planos curriculares, mas também envolvendo práticas, resultantes da intervenção de diversos atores no processo de decisão (Pacheco, 1999). Pode ser definido como “o que se pretende que o aluno aprenda, adquira e interiorize ao longo da sua passagem pelo sistema educativo e a escolha e aplicação dos meios para o conseguir” (Roldão, 1999 p. 40). “Aquilo que se espera fazer aprender na escola, de acordo com o que se considera relevante e necessário na sociedade, num dado tempo e contexto” (idem, p.47).

Acreditamos que o professor, decisor e gestor do processo curricular é o “mediador entre a proposta corporizada no currículo e a concretização, pelos alunos, das aprendizagens visadas” e que é através do mesmo que é “conduzido o processo de passagem do currículo formal ao currículo real” (ibidem, p.55) ou, se preferirmos, do currículo prescrito ao currículo em ação (Pacheco, 1999 p. 38).

Suportadas nestas premissas e nos primeiros achados, iniciámos o segundo nível de análise.

Nesta etapa tornou-se essencial inquirir alguns dos principais intervenientes no desenvolvimento curricular, particularmente os decisores, influentes e/ou gestores do currículo – os professores de Enfermagem, com o intuito de consolidar a resposta à primeira questão de investigação, através da colheita de dados sobre o currículo dos quarenta e um CLE ministrados em Portugal<sup>86</sup>, assim como iniciar uma reflexão em torno da segunda questão de investigação: *Como se processa e se perspetiva o desenvolvimento curricular no sentido de propiciar os referenciais de conhecimento e a aquisição de competências promotoras do cuidar em Enfermagem na pessoa ao envelhecer?*

Escolhemos o questionário como técnica de colheita de dados.

Relembrando o desenho metodológico do estudo, importa referir que foi nosso intuito proceder à pesquisa e subsequente análise documental, por níveis, com vista à ordenação de diferentes elementos que, em nosso entender, poderiam constituir-se numa Matriz Referencial para a Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer.

Assim, e neste segundo nível de análise, decidimos analisar outros documentos capazes de fazer emergir novos dados sobre o currículo de Enfermagem na pessoa ao envelhecer.

Esta fase foi caracterizada por algumas questões, sendo a mais relevante: *Quais os critérios a utilizar na pesquisa e seleção dos documentos?*

No decorrer da análise dos planos de estudo (primeiro nível de análise), realizámos uma pesquisa nos *sites* oficiais das quarenta e uma instituições de ensino e constatámos que os documentos acessíveis sobre o desenho curricular, nomeadamente no que ao envelhecer diz respeito, eram escassos. A grande maioria das instituições tinha poucos documentos acessíveis, para além dos seus estatutos e/ou planos de estudo. Em alguns casos foi possível encontrar alguns documentos como relatórios de atividades e/ou guias dos estudantes. Como referido, apenas sete, dos quarenta e um cursos, tinham (no momento da pesquisa) acessível, o programa detalhado das UCs direcionadas para o envelhecer.

Tendo em conta a falta de informação nos *sites* das escolas e atendendo ao facto de que existem diversos tipos de documentos que podem espelhar o currículo de Enfermagem na pessoa ao envelhecer, como relatórios, guias de UCs, artigos,

---

<sup>86</sup> O que corresponde a quarenta e uma instituições de ensino, sem contabilizar com a Escola do Serviço de Saúde Militar. Os CLE com segundas entradas apenas foram contabilizados uma única vez, como os restantes.

trabalhos de investigação, considerámos que os professores responsáveis pela coordenação dos CLE eram as pessoas mais indicadas para guiarem as investigadoras em relação aos documentos (referentes aos seus cursos), que nas suas perspetivas, espelham o currículo de Enfermagem na pessoa ao envelhecer.

A solicitação dos documentos aos professores foi integrada no questionário *online*, onde explicámos que, no caso de serem selecionados documentos não acessíveis, os mesmos deveriam ser enviados por correio eletrónico para as investigadoras<sup>87</sup>.

Os achados, neste subcapítulo, serão apresentados, tendo por base as respostas dos professores relativamente às nove questões do questionário. Assim, de acordo com a natureza das respostas, os dados foram analisados estatisticamente (respostas de natureza fechada) e categorialmente (respostas de natureza aberta).

Obtivemos o total de vinte e cinco respostas<sup>88</sup>, o que constituiu uma amostra de vinte e cinco professores de Enfermagem (coordenadores/associados e adjuntos/auxiliares<sup>89</sup>) com o tempo médio de experiência como professor de Enfermagem de 18,08 anos.

Dos vinte e cinco professores, doze (48%) têm experiência na coordenação de UCs direcionadas para o envelhecer; vinte (80%) na lecionação de conteúdos sobre o envelhecer; dezassete (68%) em investigação sobre o envelhecer; e dezassete (68%) na participação em projetos com a comunidade sobre o envelhecer.

Os professores que participaram no estudo integram diferentes instituições de ensino nacionais, correspondendo a catorze Instituições de Ensino Superior Público Politécnico<sup>90</sup> (66,67%); oito Instituições de Ensino Superior Privado Politécnico (44,45%); e duas de Instituições de Ensino Concordatário (100%).

---

<sup>87</sup> O envio dos documentos via correio eletrónico representou a autorização para a análise documental.

<sup>88</sup> Enviámos quarenta e uma mensagens, o que correspondeu a quarenta e um CLE. Não fomos explícitas em relação aos cursos com duas entradas no ano letivo de 2013-2014, porque em alguns casos as similaridades poderiam ser muitas, nomeadamente os mesmos professores e coordenação, contudo, de acordo com a nossa definição de currículo e pelo simples fato de os estudantes serem diferentes, deixámos ao critério dos diretores essa decisão. Num dos casos, obtivemos duas respostas, que corresponderam aos dois CLE a decorrer no ano letivo 2013-2014. Contabilizámos vinte e cinco respostas, que foram analisadas individualmente, contudo em termos de percentagem de respostas, num total de quarenta e uma, considerámos mais correto aceitarmos vinte e quatro respostas, o que corresponde a uma percentagem de respostas de 58,5%.

<sup>89</sup> Dezassete professores adjuntos/auxiliares (68%); oito professores coordenadores/associados (32%).

<sup>90</sup> Duas respostas referentes a uma das instituições (duas entradas no ano letivo de 2013-2014).

### 6.1.1. Dados gerais sobre o currículo

#### Questionário 1ª Questão

##### O currículo contempla

- 1.1. *UCs direcionadas para o envelhecer;*
- 1.2. *Conteúdos sobre o envelhecer;*
- 1.3. *Competências a serem desenvolvidas pelos estudantes na área do envelhecer;*
- 1.4. *A participação ativa dos estudantes na construção da avaliação curricular;*
- 1.5. *Redes com a comunidade local na área do envelhecer;*
- 1.6. *Redes com organizações e/ou associações nacionais ligadas ao envelhecer;*
- 1.7. *Redes com organizações e/ou associações internacionais ligadas ao envelhecer.*

Com esta questão<sup>91</sup>, procurámos colher dados gerais sobre o currículo, validando os primeiros achados resultantes da análise documental e descobrindo novos achados relacionados com as UCs e conteúdos direcionados para o envelhecer, a participação dos estudantes no desenvolvimento curricular e as redes estabelecidas a diferentes níveis (local, nacional e internacional) nesta área do conhecimento.

Apresentamos, no quadro seguinte, os resultados obtidos:

Quadro 8- Informações sobre o currículo dos CLE na área do envelhecer

<b>O currículo contempla:</b>			
<i>N=25 CLE</i>	<i>Sim</i>	<i>Em Desenvolvimento</i>	<i>Não</i>
<i>UCS direcionadas para o envelhecer</i>	22	2	1
<i>Conteúdos direcionados para o envelhecer</i>	24	1	—
<i>Competências na área do envelhecer</i>	21	2	2
<i>A participação ativa dos estudantes</i>	12	9	4
<i>Redes com a comunidade local</i>	17	5	3
<i>Redes nacionais</i>	12	4	9
<i>Redes internacionais</i>	8	3	14

<sup>91</sup> Com três hipóteses de resposta: (1) sim; (2) em desenvolvimento; (3) e não.

As pessoas ao envelhecer têm necessidades complexas e são, atualmente, as principais utilizadoras dos cuidados de saúde. Por este motivo, a Enfermagem assume um papel primordial, na medida em que contribui decisivamente para a concretização dos projetos de saúde de cada pessoa ao longo da sua vida.

Espera-se que as instituições de ensino superior, particularmente as da área da Saúde, sejam capazes de educar os jovens para a cidadania, dando-lhes as ferramentas fundamentais para um pensamento crítico e reflexivo, que os leve a participar mais eficaz e ativamente perante as dificuldades e necessidades de uma sociedade cada vez mais envelhecida, sendo fundamental a existência de UCs específicas e conteúdos direcionados para o envelhecer ao longo do CLE.

Dos achados, concluímos que vinte e quatro CLE (96%) apresentam conteúdos direcionados para o envelhecer e que vinte e dois CLE (88%) têm UCs específicas nesta área do conhecimento.

De uma forma geral, estes achados vêm confirmar os resultados da análise documental dos planos de estudo<sup>92</sup>.

Uma boa preparação dos estudantes só é possível através do desenvolvimento curricular, sendo necessário (entre outros aspetos) a integração de conteúdos gerontológicos de forma visível no currículo e a identificação das competências-chave e implementação do processo de ensino promotor das mesmas (Clendon, 2011).

Vinte e um CLE (84%) têm espelhadas, no currículo, competências a serem desenvolvidas pelos estudantes na área do envelhecer; dois CLE estão a desenvolver este aspeto e dois CLE não apresentam competências definidas<sup>93</sup>.

Os conhecimentos em Enfermagem Gerontológica e as atitudes dos estudantes estão correlacionados com diferentes variáveis, nomeadamente o percurso curricular do estudante. A educação deve responder às necessidades reais dos estudantes, sendo o conhecimento das suas atitudes e necessidades de aprendizagem crucial no desenho e gestão curricular (Koren, et al., 2008).

Doze CLE (48%) envolvem ativamente os estudantes na construção e na avaliação curricular; nove CLE estão a desenvolver este aspeto e quatro CLE não contemplam o envolvimento dos estudantes no desenvolvimento curricular. As

---

<sup>92</sup> Importa referir que três CLE não foram contemplados com UCs direcionadas para o envelhecer na análise documental, por não apresentarem as palavras-chaves identificadas pelas investigadoras mas que foram contemplados pelos professores. Por outro lado, dois CLE foram contemplados na análise documental, não o sendo agora pelos professores, na causa poderá estar o fato destas UCs incluírem também a pessoa adulta, não sendo exclusivamente direcionadas para a pessoa idosa.

<sup>93</sup> Os dois CLE que não apresentam competências definidas também não têm UCs direcionadas para o envelhecer, o que parece realçar a importância de UCs específicas nesta área de conhecimento como forma de reconhecimento e valoração da temática.

experiências dos estudantes são fundamentais e devem constituir um ponto de partida para discussão, para que estudantes e professores possam aprender com as experiências uns dos outros.

A globalização pressupõe redes de comunicação locais, regionais e mundiais, que integradas, geram novas relações e interdependências (Leite, 2002).

Dezassete CLE (68%) estabelecem redes com a comunidade local, revelando o valor de um trabalho em rede, assente numa comunidade onde todos são intervenientes ativos e num currículo baseado em necessidades reais.

Este número decresce no que diz respeito a redes com organizações e/ou associações nacionais (doze CLE, o que corresponde a 48%), aspeto que deverá ser desenvolvido pelas nossas instituições, dado que, para além de ter em conta as realidades locais, “uma proposta curricular e integradora, quando procura dispositivos de atuação, tem forçosamente de ter em conta as características do mundo em que vivemos e das sociedades que nos rodeiam” (idem, p.93).

No que diz respeito a organizações e/ou associações internacionais, apenas oito CLE estabelecem redes internacionais (o que corresponde a 32%).

### **6.1.2. Caracterização do processo de aprender e ensinar o envelhecer.**

#### **Questionário 2ª Questão**

##### **Como caracteriza o processo de aprender e ensinar o envelhecer?**

*Partilhe exemplos de atividades, projetos e/ou metodologias que considera relevantes na aprendizagem dos estudantes e, em seu entender, conferem identidade ao currículo.*

As identidades são fontes de significado e experiência, sendo construídas histórica e socialmente<sup>94</sup>.

Com esta questão, procurámos caracterizar o processo de aprender e ensinar o envelhecer, solicitando aos professores a partilha de exemplos de atividades, projetos e/ou metodologias relevantes na aprendizagem dos estudantes e conferentes de identidade do currículo.

---

<sup>94</sup> Adquirem a designação de identidades *legitimadoras*, quando introduzidas pelas instituições dominantes da sociedade; de *resistência*, quando introduzidas pelos atores sociais, que se opõem à dominação, e de *projeto*, quando os atores constroem uma nova identidade capaz de transformar a estrutura social (Castells, 1999).

A análise das respostas fez emergir três subcategorias, que designámos de *concepções docentes*, *práticas docentes* e *percepções docentes*: (1) as *concepções* remetem para os significados pessoais e gerais sobre o processo de aprender e ensinar o envelhecer; (2) as *práticas* para o planeamento e metodologias adotadas; (3) e as *percepções* para o resultado das ações (Figueira, 2009)<sup>95</sup>.

Apresentamos, no quadro seguinte, a categoria, subcategorias e unidades de contexto identificadas e analisadas.

Quadro 9- Caracterização do processo de aprender e ensinar o envelhecer

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Contexto</b>
<b>Caraterização do processo de aprender e ensinar o envelhecer</b>	Concepções Docentes	Representações educacionais
		Representações sobre o envelhecer
	Práticas Docentes	Gestão da estrutura e organização curricular
		Metodologias e estratégias de aprender e ensinar
	Percepções Docentes	Desafio
		Dificuldade

### **Concepções Docentes**

As concepções docentes compreenderam duas unidades de contexto, que se encontram interligadas e que designámos de: (1) *representações educacionais* e (2) *representações sobre o envelhecer*.

#### *Representações Educacionais*

Os professores centram a docência na aprendizagem, assumindo um paradigma educacional que releva a compreensão, a reflexão, a liberdade e o desenvolvimento de cada estudante.

Aprender é considerado o “produto de muitas perguntas e de algumas respostas, de buscas pessoais (...) de crítica e de contestação (...) de atividade

<sup>95</sup> No âmbito da sua Tese de Doutoramento (2001) – não publicada.

permanente do aluno (Savater, 1997 p. 40). “Aprender a discutir, a refutar e a justificar o que se pensa” é o que caracteriza uma educação humanista” (idem, 1997 p.98).

*“A sua aplicação [processo de ensino-aprendizagem], utilizada na **aquisição e compreensão de conceitos, tem como preocupação a reflexão, a problematização, a argumentação e posicionamentos próprios dos alunos, permitindo uma maior liberdade e desenvolvimento do estudante**” (X).*

*“É um **processo evolutivo** a todos os níveis. **Ênfase no aprender a desaprender para reaprender**” (XIV).*

*“**Participação ativa dos estudantes** no desenvolvimento de atividades com e para as pessoas idosas” (XIX).*

Evidencia-se como referencial o modelo andragógico, que valoriza as necessidades dos estudantes, a sua identidade e as suas experiências de vida. Quando a experiência dos estudantes (adultos) é desvalorizada ou ignorada, está em causa não só a sua experiência, mas a sua própria identidade (Pires, 2002).

*“Do ponto de vista pedagógico, assumiu-se como desiderato a **necessidade de desenvolvimento de metodologias andragógicas** junto dos estudantes **capazes de reconhecer a experiência quantitativa** (anos de vida) **e qualitativa** (diversidade de papéis e contextos de existência)” (XVI).*

*“Esta metodologia **explora experiências** que constituem “**matéria**” da **própria aprendizagem**, enriquecida, por exemplo, através de discussões de grupo, exercícios de simulação, trabalho de campo, resolução de problemas; **reforça a necessidade de planos de formação individualizados e legítima “contratos de aprendizagem” personalizados**” (XVI).*

*“Na perspetiva andragógica, **as experiências dos aprendentes não podem ser ignoradas, desvalorizadas, minimizadas, rejeitadas**, porque isso implicaria rejeitar a própria pessoa, desta forma **os estudantes rapidamente percebem a necessidade de olhar para o sujeito** são ou doente, novo ou velho (...)” (XVI).*

### Representações sobre o envelhecer

Certos de que os mitos e estereótipos sobre o envelhecer têm implicações importantes nas representações dos estudantes, os professores valoram um ensino centrado numa visão positiva do envelhecer, favorecendo e reforçando nos estudantes a vontade de investir, pessoal e profissionalmente, nesta área de conhecimento.

*“Procura-se (...) que os estudantes tenham uma **visão positiva do envelhecimento**” (VI).*

*“O processo de aprender e ensinar tem por finalidade contribuir para que os estudantes tenham uma **visão mais positiva do processo de envelhecimento**” (VIII).*

*“Proporcionar uma **visão positiva do envelhecimento e da velhice** predispõe, favorece e reforça nos estudantes, a vontade de investir na formação e posterior exercício profissional na área da pessoa idosa” (XV).*

O envelhecer é entendido como um processo de transição, inerente ao desenvolvimento humano, sendo trabalhado sobre diferentes perspectivas, que permitem compreender a capacidade de adaptação da pessoa aos diferentes acontecimentos de vida.

*“Revela-se o processo de envelhecimento e a etapa velhice numa perspectiva de **desenvolvimento humano**” (XV).*

*“Aulas baseadas na praxis da abordagem à pessoa idosa no **conceito da humanidade**” (XIV).*

*“Um processo que encare o envelhecer nas suas **várias perspectivas**, permitindo descortinar a sua influência na **capacidade de adaptação da pessoa aos acontecimentos da vida**” (XIX).*

*“Conhecimento centrado no processo de **desenvolvimento humano** e nas **transições de vida**” (XX).*

Uma avaliação multidimensional conduz a um planeamento adequado e promotor de saúde ao envelhecer.

*“Procura-se (...) que os estudantes (...) aprendam a efetuar uma **avaliação multidimensional** da pessoa idosa, de forma a planearem cuidados de enfermagem que visem a **promoção de um envelhecimento ativo, bem-sucedido**” (VI).*

## **Práticas Docentes**

A identificação das práticas mais valoradas pelos professores torna-se importante, uma vez que, por princípio, as nossas decisões e ações ancoram-se em orientações epistemológicas “aprendidas, apreendidas, construídas e reconstruídas”. As ideologias orientam o pensamento e este, por sua vez, a ação (Figueira, 2009 p. 537).

As práticas docentes envolveram duas unidades de contexto, que designámos: (1) *gestão da estrutura e organização curricular*, e (2) *metodologias e estratégias de aprender e ensinar*.

### *Gestão da estrutura e organização curricular*

A análise permitiu entender que, relativamente à gestão da estrutura e organização curricular, as UCs constituem elementos chave na reflexão dos

professores, na medida em que as mesmas “dão forma aos conteúdos que se entendem necessários à formação e constituem parte integrante do Plano de Estudos de um curso sendo-lhes atribuído determinado valor no processo de ensino aprendizagem” (Correia, 2012 p. 103).

“(…) O **processo de aprender e ensinar o envelhecer** (...) **carateriza-se pela existência de duas UCs no 1º ano** (Enf. II e EC Enf. II) e **outra no segundo ano** (Enf. IV) em que é dada maior ênfase às questões do envelhecimento” (XXIV).

“**As atividades são feitas no âmbito da UC Intervenção familiar e comunitária**” (XXV).

Embora tenha sido colocada aos participantes uma questão direcionada para os conteúdos lecionados, os professores evidenciam conteúdos específicos que, em seu entender, conferem identidade ao currículo, destacando os *aspectos positivos sobre o envelhecer* e a *promoção da saúde* nesta particular transição de vida.

“Na unidade curricular de Saúde do adulto e do idoso enfatizamos as **alterações normais** e os **aspectos positivos do envelhecimento**; fornecemos **exemplos de programas de educação** para o envelhecimento a decorrer em contexto comunitário” (VIII).

“(…) São apresentados dados e discutidos aspectos que justificam a **heterogeneidade do envelhecimento**” (XVIII).

“(…) Abordam-se **fatores que interferem** [no envelhecer] (revêm-se **alterações do envelhecimento normal e patológico e os ambientais**) ” (XVIII).

“(…) No 1º ano focando as **questões da caraterização**, os **aspectos fisiológicos, psicológicos, demográficos e sociais** e de **promoção da saúde e prestação direta de cuidados** em instituições comunitárias e no 2º ano os **aspectos patológicos**” (XXIV).

São ainda descritas, pelos professores, informações relativamente à forma como os conteúdos são desenvolvidos e interligados, emergindo a ideia de transversalidade, ou seja, a existência de UCs direcionadas para o envelhecer e simultaneamente a inclusão de diferentes conteúdos sobre o envelhecer ao longo do CLE (integrados em outras UCs não específicas do envelhecer).

“O currículo escolar integra **unidades curriculares dirigidas para o envelhecimento** bem como outras que os abrangem de uma **forma transversal**” (V).

“A estrutura curricular (...) integra **transversalmente**, ao longo dos quatro anos de formação, a pessoa ao envelhecer, adequando-se aos objetivos de cada unidade curricular” (VII).

“Apesar de existirem **2 UCs** teórico práticas relacionadas com a pessoa adulta e idosa e **2 UCs** clínicas dedicadas aos cuidados de enfermagem à pessoa idosa, **diferentes conteúdos programáticos inseridos em outras UCs** que se sucedem ao longo do curso, **abordam algumas especificidades relacionadas ao cuidado da pessoa idosa**. Todavia, estes conteúdos são trabalhados no âmbito de um

conjunto mais vasto de outros conteúdos relativos ao cuidado de enfermagem ao longo do ciclo de vida” (XIII).

São salientadas, pelos professores, especificidades relativamente à componente teórica, como é exemplo o excerto seguinte.

*“Pela importância do envelhecimento da própria população idosa, aumentando o número dos mais idosos e conseqüentemente a necessidade de cuidados de saúde e de apoio mais específicos, por forma a assegurar aos idosos e às famílias, o melhor bem-estar, a aprendizagem do estudante é acompanhada com **aulas teóricas** sobre os **vários aspetos da enfermagem gerontológica e acompanhamento tutorial** nos diversos trabalhos em grupo sobre os **vários aspetos considerados importantes nesta área**” (XVII).*

São também salientadas especificidades relativamente à componente prática, nomeadamente em ensino clínico e estágio.

*“De forma intermitente há a **prestação de cuidados à pessoa idosa** no decurso dos **diferentes ensinamentos clínicos**” (XXII).*

Os ensinamentos clínicos e estágios decorrem em contexto hospitalar, evidenciando-se os serviços de medicina.

*“**Estágio** dos estudantes em **contexto hospitalar**, em unidades de medicina (...), em que a maioria da população internada é idosa” (III).*

*“São realizados **estágios** (...) em **contexto hospitalar** procurando contribuir para a aproximação dos estudantes ao mundo real do cuidado com a pessoa idosa em situação de doença” (XI).*

Os ensinamentos clínicos e estágios decorrem também em contexto comunitário, essencialmente em instituições de saúde e de apoio às pessoas adultas e idosas.

*“**Estágio** dos estudantes em (...) **cuidados continuados**, em que a maioria da população internada é idosa” (III).*

*“São realizados **estágios** em contato direto com a pessoa idosa em **contexto de lar**, procurando contribuir para a aproximação da pessoa idosa (...)” (XII).*

*“**Prestação de cuidados de enfermagem a idosos institucionalizados** (lares e centros de dia)” (XXIII).*

*“**Prestação de cuidados de enfermagem a idosos na comunidade**” (XXIII).*

*“ (...) O **ensino clínico em instituições de internamento** em que os estudantes prestam cuidados durante 4 a 5 semanas” (XXIV).*

O plano curricular abrange, em alguns casos, unidades de opção na área do envelhecer e encontra-se organizado ao longo do ciclo vital.

“Oferta de uma **unidade curricular de opção – Enfermagem Gerontológica**” (I).

“O nosso plano curricular está organizado ao longo do **ciclo vital**” (XXI).

### Metodologias e estratégias de aprender e ensinar

A unidade de contexto *Metodologias e estratégias de aprender e ensinar* foi uma das mais aprofundadas pelos professores, evidenciando a relevância do método<sup>96</sup> (o caminho seguido) na construção de identidades curriculares.

Dos achados, sabemos que são utilizadas diversas metodologias e estratégias<sup>97</sup>, essencialmente de natureza participativa e reflexiva.

“O processo ensino-aprendizagem nesta UC fundamenta-se em três vertentes: a **expositiva**, a **demonstrativa** e a **ativa**” (X).

“Utilizam-se essencialmente **metodologias participativas**” (XXIII).

Em sala de aula, foram apontadas algumas metodologias e estratégias de ensino/aprendizagem como a visualização e análise de filmes; a leitura e análise de textos; debates e trabalhos de grupo, evidenciando a importância do envolvimento dos estudantes no processo de aprender e a afiliação a um novo paradigma educacional.

“Como estratégia de ensino/aprendizagem também recorremos a **filmes**” (VIII).

“Além do recurso a **meios audiovisuais**, há ainda o recurso a **ilustrações práticas, análises de textos** e outro material didático, **debate de ideias** e **realização de exercícios práticos**” (X).

“**Trabalhos de grupo** com apresentação, sobre vários temas” (XIV).

“Os alunos constroem numa **oficina de trabalho** uma temática relevante para as pessoas idosas abordando-a de modo abrangente. Criam um “esquema conceitual” e ligam os conceitos desenvolvendo-os para dar corpo ao tema. Apresentam o trabalho que vão realizando e recebem contributos de outras pessoas (ex: **efetividade e sexualidade das pessoas idosas e segurança das pessoas idosas**) (XVIII).

Foram ainda apontadas outras metodologias e estratégias favorecedoras do envolvimento dos estudantes no processo de aprender, nomeadamente: (1) *a aprendizagem baseada em problemas*; (2) *a experiência clínica simulada*; (3) *a promoção de encontros intergeracionais*; (4) *o desenvolvimento de projetos na e com*

---

<sup>96</sup> “O método define-se pela forma de atuação do professor na organização do processo de ensino/aprendizagem, tendo como principal finalidade guiar a instrução dos alunos de acordo com os recursos e propósitos definidos no âmbito das estratégias” (Pacheco, 1999 p. 160).

<sup>97</sup> “Elemento configurador global de um plano intencional de ação que especifica as atividades do professor e dos alunos num ambiente de interação. A forma de atuar de cada professor e dos próprios alunos na sala de aula dependem sobretudo dos métodos, técnicas e estilos de ensino” (idem, 1999 p.160).

a comunidade; (5) a interligação da teoria com a prática e (6) o envolvimento dos estudantes na investigação.

A aprendizagem baseada em problemas é uma metodologia centrada no estudante, nas suas necessidades, interesses e experiências (subsídios da andragogia), que visa a resolução de um ou mais problemas “da vida real”, neste caso, relevantes para a profissão de Enfermagem e para a saúde e bem-estar da pessoa ao envelhecer, promovendo nos estudantes (que trabalham em grupo segundo a orientação de um facilitador) a reflexão e o desenvolvimento de pensamento crítico.

“ (...) Explicitamente em algumas subunidades, teóricas, teórico-práticas, onde são **trabalhados casos sobre a pessoa ao envelhecer, segundo a metodologia de PBL** (...) ” (VII).

“ A **metodologia de PBL** em que a **temática trabalhada é o envelhecimento** sobre as suas várias vertentes, tem culminado com atividades de promoção de saúde com idosos” (XXIV).

“O conhecimento em Enfermagem evoluiu de forma espantosa, integrando saberes de várias disciplinas e possibilitando o caminho rumo à autonomização. Todavia, a dimensão técnica do saber (...) continuou a crescer pelo mesmo processo de imitação”, sendo importante referir que “as escolas não dispunham de instalações e equipamentos que simulassem o ambiente de cuidados e que permitissem aos estudantes treinarem procedimentos técnicos inerentes à profissão, antes da sua inserção na prática clínica”. A qualidade e a segurança dos cuidados, assim como a centralidade na dignidade da pessoa, implicam, atualmente, uma nova forma de ensinar, mais inovadora. A *experiência clínica simulada* aproveita as potencialidades da tecnologia atual no desenvolvimento das competências dos estudantes (Martins, et al., 2012 p. 620).

Centra-se nas competências técnicas e não técnicas, entre outros aspetos, proporcionando aos estudantes a possibilidade de experienciarem especificidades físicas, psicológicas e relacionais inerentes ao envelhecer, desenvolverem capacidades e técnicas comunicacionais e a tomada de decisão, através de casos simulados num ambiente o mais próximo do real. A sua utilização revela o investimento, por parte das organizações, nesta área do conhecimento.

“ (...) Onde são **trabalhados casos sobre a pessoa ao envelhecer, segundo a metodologia de PBL e de processo de enfermagem, em prática simulada**” (VII).

“*Simulação do envelhecimento físico, com utilização de simuladores específicos para alterações osteoarticulares, de coordenação motora e visão*” (XI).

*“Promovendo a utilização de metodologias de **simulação clínica**, as quais envolvem o cuidado à pessoa idosa” (XXII).*

Na Enfermagem, em tempos em que o envelhecer se constituiu num desafio para os futuros profissionais, torna-se imperativo obter ganhos, resultantes das partilhas e aprendizagens geradas num encontro intergeracional, constituindo um excelente recurso e uma metodologia de aprendizagem inovadora e desenvolvida em contexto real.

Da análise das respostas, podemos depreender que os *encontros intergeracionais* têm assumido um importante papel na aprendizagem dos estudantes, bem como na promoção de saúde na pessoa ao envelhecer.

*“**Idosos a partilharem as suas experiências** com os estudantes” (I).*

*“**Estimulamos o contato com as pessoas idosas**” (VIII).*

*“**Encontros intergeracionais**” (XIV).*

Estes, por sua vez, são promovidos de diferentes formas, nomeadamente, através de:

- Entrevistas levadas a cabo pelos estudantes a pessoas ao envelhecer, na escola e na comunidade.

*“**Entrevistas aos idosos feitas pelos estudantes**” (I).*

*“**Todos os estudantes realizam uma entrevista a uma pessoa idosa e discutem** o resultado dessa entrevista **tendo em consideração a literatura**” (VIII).*

*“**Entrevistas a pessoas idosas**” (XIV).*

- Visitas de estudo a instituições de apoio a pessoas ao envelhecer:

*“**Visitas de estudo (lares e centros de dia)**” (XI).*

*“**Visitas a lares**” (XIV).*

*“**A interação dos estudantes com a população idosa a nível comunitário e institucional** (visitas de estudo; prática clínica)” (XIX).*

*“**Visitas a instituições de acolhimento para idosos**” (XXIV).*

- Trabalhos de campo, de construtores de estereótipos sobre o envelhecer.

*“**Trabalhos de campo - estereótipos do envelhecimento**” (XI).*

- Promoção de atividades extracurriculares, nomeadamente o voluntariado, promovendo o espírito de cidadania dos estudantes de Enfermagem.

“ (...) Incentiva-se, além dos ensinamentos clínicos, a **realização de estágios extracurriculares** e também aliar-se a **grupos de voluntariado de apoio à 3ª idade**” (X).

Entendemos uma comunidade como um grupo de pessoas que partilha crenças, valores e normas comuns, conferindo um sentimento de pertença e identidade aos seus elementos. Tendo em vista o desenvolvimento comunitário, torna-se fulcral envolvermos as pessoas ao envelhecer no planeamento dos seus cuidados de saúde e sociais, capacitando-as como parceiras relativamente aos profissionais e às organizações. As escolas, como organizações comunitárias, devem assegurar as necessidades das pessoas ao envelhecer, consultando-as em todas as fases do processo relativamente às questões que as afetam (Squire, 2004).

Os achados são reveladores de que as escolas estabelecem *projetos com e na comunidade na área do envelhecer*, dando voz às pessoas que experienciam esta transição de desenvolvimento.

“**Projeto de intervenção na comunidade com idosos**” (I).

“ (...) Estes temas devem ser depois apresentados no âmbito de um **projeto de intervenção comunitária**” (XVIII).

“Desenvolvimento pelos estudantes, no **contexto de ensino clínico**, de **projetos de intervenção comunitária**” (XIX).

Alguns destes projetos têm como problemática central a solidão, provavelmente pela relevância do tema, na medida em que tem sido detetada uma maior vulnerabilidade das pessoas idosas experimentarem a solidão<sup>98</sup>.

“**Projetos de extensão à comunidade**, destacando: **Projeto laço amarelo** (combate à solidão dos idosos); **Projeto cidades amigas dos idosos**; **indicadores de saúde aos idosos do concelho de Portalegre** (II).

“**Projeto comunitário de voluntariado de proximidade** da cidade de Serpa – distrito de Beja, com o objetivo de **minorar o isolamento e solidão** e promover o bem-estar e a saúde dos idosos” (XIX).

Prestação de cuidados de enfermagem a idosos na comunidade e no domicílio no âmbito do **projeto “Superar a solidão”** (XXIII);

---

<sup>98</sup> Sensação subjetiva relacionada com a qualidade das interações sociais e não com a quantidade dos contatos, determinada pelas expectativas de cada pessoa que a experiencia (Freitas, 2011).

Foi realçada a importância da criação de redes e parcerias da escola com outras instituições, como a câmara municipal e as instituições comunitárias de apoio às pessoas ao envelhecer.

*“Parcerias com entidades locais em projetos, por exemplo ligação com a câmara municipal no âmbito da saúde” (IX).*

*“A implicação da comunidade académica em projetos comunitários nesta área, desenvolvidos em parceria entre várias entidades” (XIX).*

*“Participação em atividades na rede concelhia EnvelheSeres, que integra as várias instituições que apoiam idosos (centros de dia, lares, autarquias, centros com apoio domiciliário, outras); participação no projeto “ouvindo os idosos” em que os idosos visitam a ESS e participam com os estudantes em atividades em que são os protagonistas, essencialmente através dos seus testemunhos de vida” (XXIV).*

Foi referenciada como finalidade principal destes projetos, a promoção da saúde e envelhecimento ativo, através de rastreios, sessões e/ou atividades lúdicas.

*“Têm sido fomentadas (...) inúmeras atividades de extensão à comunidade (rastreios, sessões de educação para a saúde, atividades lúdicas), nas quais os estudantes são confrontados com novos espaços e novas sociabilidades cumprindo assim os postulados do envelhecimento ativo e evitando a estagnação geracional do idoso” (XVI).*

*“Projetos de aprendizagem focados na pessoa a envelhecer (...) que devem ser desenvolvidos em contexto da comunidade, focados no envelhecimento ativo e de promoção da saúde” (XX).*

*“Projeto Internacional Rainbow. Em ensino clínico de Saúde Comunitária participam em atividades promotoras do envelhecimento ativo” (XXI).*

Destes projetos, destacamos o planeamento da criação de uma universidade sénior. As “Universidades Sénior são a resposta socioeducativa que visa criar e dinamizar regularmente atividades sociais, culturais, educacionais e de convívio, preferencialmente para e pelos maiores de 50 anos” (...) constituindo-se “sempre num espaço privilegiado de inserção e participação social dos mais velhos” (Associação Rede de Universidades da Terceira Idade, 2008).

*“Um outro projeto que terá corpo no próximo ano será a criação de uma universidade sénior, aberta à comunidade local caracterizada por idosos com experiências escolares prévias pouco gratificantes. Trata-se de um novo trabalho cultural de produção identitária que inserido na era do envelhecimento ativo se torna, por isso, uma solução biográfica do idoso diante da ameaça de despessoalização” (XVI).*

“É em nossa práxis que percebemos que o saber é um dos elementos que utilizamos no exercício da profissão de Enfermagem, e este saber possibilita o fazer na perspetiva da ação por meio da competência, habilidade, persistência, paciência e disponibilidade para agir consciente e intuitivamente”. É impossível separar a teoria da

prática, pois são ambas “unidades da natureza humana”. Os nossos saberes, “construídos, desconstruídos e reconstruídos dia-a-dia num processo de reflexão-ação, prática em movimento, teoria em ação constituem a nossa práxis” (Vale, et al., 2009 pp. 175-177).

Os discursos dos professores evidenciaram a *interação dos saberes teóricos e dos saberes práticos*, interação essencial ao cuidado em Enfermagem:

“São utilizadas **metodologias diversificadas de identificação de necessidades** com posteriores **planos de intervenção**, **alguns** dos quais são efetivamente **implementados**, monitorizando-os na perspectiva da **aprendizagem dos estudantes** bem como no **impacto na população alvo**” (V).

“Nas aulas lecionadas são efetuados **trabalhos com aplicabilidade no ensino clínico**” (VI).

“(…) **Desenha-se a intervenção** (promoção, prevenção, reabilitação) **focando a pessoa mas também o grupo, a comunidade, a cidade, o país e o mundo** (procuram-se programas e políticas que sustentam as intervenções)” (XVIII).

Investigar e dar a conhecer os resultados das investigações na área do envelhecer, parece ser uma estratégia adotada pelos professores. O *envolvimento dos estudantes nos processos de investigação*, incluindo a sua divulgação, favorece o desenvolvimento de competências sobre o envelhecer e sobre a investigação, dando relevo a esta área do conhecimento.

“**Envolvimento dos estudantes em trabalhos de investigação** nas Unidades de Saúde Familiares, na área da funcionalidade dos idosos” (III).

“Procura-se a **divulgação destes trabalhos em eventos científicos**” (VI).

“**Participação em congressos** de gerontologia e geriatria” (XIV).

## Perceções Docentes

As perceções docentes abarcaram duas unidades de contexto, na medida em que os professores percecionam o processo de aprender e ensinar o envelhecer como: (1) *uma dificuldade* e simultaneamente (2) *um desafio*, em parte pela não experienciação pessoal dos estudantes da vivência do processo de envelhecer.

### Dificuldade

A unidade de contexto *Dificuldade* pode ser demonstrada através do seguinte excerto.

“Caraterizo-o como uma **dificuldade acrescida à partida**, face a outras etapas da vida: **não existe experiência pessoal dos estudantes da vivência do processo**; o processo de aprendizagem caracteriza-se sempre por um **distanciamento relevante**” (IV).

Apesar do número de pessoas idosas ter aumentado nos últimos anos, a verdade é que nem sempre os profissionais de saúde têm conseguido responder eficazmente às necessidades das pessoas à medida que envelhecem. A complexidade destes cuidados continua a não ser reconhecida e uma minoria dos estudantes escolhe trabalhar com pessoas mais velhas ou opta por formação pós-graduada em Gerontologia (Deschodt, et al., 2009).

Tendo em consideração esta dificuldade, é fundamental conhecermos as necessidades de aprendizagem e atitudes dos estudantes perante as pessoas mais velhas e a sua relação com fatores pessoais e experienciais (Rejeh, et al., 2011).

### Desafio

A unidade de contexto *Desafio* é ilustrada pelo seguinte excerto.

“É um desafio ensinar uma experiência pela qual os estudantes ainda não passaram: ser velhos! (XI).

Embora ser velho seja uma experiência pela qual os estudantes ainda não passaram, alguns vivenciaram e/ou vivenciam essa experiência como familiares, amigos ou cuidadores informais/ formais de pessoas ao envelhecer, sendo fundamental atender a variáveis como a idade, o género, as experiências anteriores, a cultura e a religião dos estudantes. Estudantes com atitudes mais positivas devem ser incentivados a partilhar as suas experiências com estudantes com atitudes menos positivas, para que todos possam interagir e aprender em conjunto (Holroyd, et al., 2009); (Rejeh, et al., 2011).

### **6.1.3. A investigação na área do envelhecer**

#### **Questionário 3ª Questão**

##### **Foi realizada ou está em curso investigação na área do envelhecer?**

*Investigação realizada por professores na área do envelhecer com ou sem a participação dos estudantes do CLE. Se a sua resposta foi afirmativa na questão 3: Identifique o (s) estudo (s) de investigação já realizados que considera relevante (s). Identifique o (s) estudo (s) de investigação em curso que considera relevante (s).*

Esta questão visou conhecer a investigação realizada e em curso, na área do envelhecer, desenvolvida por professores de Enfermagem (com ou sem a participação dos estudantes dos CLE), de forma a conhecermos as temáticas que têm sido consideradas prioritárias e relevantes nesta área do conhecimento<sup>99</sup>.

Os resultados evidenciaram vinte e três respostas afirmativas, o que significa que 92% dos professores referiram já ter sido realizada e/ou estar em curso investigação na área do envelhecer.

Das vinte e três respostas, vinte (86,96%) fazem referência a temáticas e/ou estudos relevantes já realizados e dezanove (82,61%) fazem referência a temáticas e/ou estudos em curso na área do envelhecer.

A análise das respostas fez emergir três subcategorias, comuns à investigação realizada e à investigação em curso, que designámos de: (1) *o fenómeno de envelhecer*, que remeteu para os estudos centrados no fenómeno do envelhecimento; (2) *a pessoa ao envelhecer*, que remeteu para os estudos centrados na pessoa que experiencia a transição de envelhecer; e (3) *a intervenção da Enfermagem na pessoa ao envelhecer*, que remeteu para os estudos centrados na ação do enfermeiro.

Apresentamos no quadro seguinte, a categoria, subcategorias e unidades de contexto resultantes da análise realizada<sup>100</sup>.

---

<sup>99</sup> As temáticas, ao serem identificadas pelos professores, constituem-se, à partida, como referenciais no processo de aprender e ensinar o envelhecer.

Relembramos que esta questão teve como intuito a reflexão e a consolidação de alguns aspetos abordados ao longo da presente investigação respeitantes ao tema currículo de enfermagem na pessoa ao envelhecer. Assim, na presente análise daremos relevo às temáticas identificadas, sendo importante referir que alguns dos estudos evidenciados pelos professores, serão evocados no decorrer do trabalho, orientando a nossa reflexão.

Tomámos esta opção metodológica por dois motivos essenciais: (1) Em alguns casos apenas foram descritas as temáticas centrais, não sendo possível a identificação dos estudos de investigação (2) Em outros casos, a análise dos temas dos estudos identificados, não permitiram a sua categorização exclusiva, na medida em que reuniam diferentes variáveis.

Tendo em consideração estas ideias, na presente análise, o leitor poderá conhecer as temáticas mais investigadas e compreender a sua pertinência no processo de aprender e ensinar o envelhecer, podendo, através da leitura deste trabalho, constatar que a investigação nacional realizada na área do envelhecer, em parte, descrita pelos professores, foi assumida pelas investigadoras como um referencial, revelando o conhecimento e o desenvolvimento de um grupo profissional.

<sup>100</sup> Importa referir que, no decorrer da presente investigação, o leitor encontrará estas subcategorias, assim como algumas unidades de contexto, como suporte a outras variáveis estudadas, nomeadamente os conteúdos sobre o envelhecer, o que nos parece conferir o cruzamento das variáveis, ajudando a uma síntese integradora que nos comprometemos a apresentar no final da análise.

Quadro 10- Investigação realizada e em curso na área do envelhecer

Categoria	Subcategorias	Unidades de Contexto
Investigação realizada e em curso na área do envelhecer	O Fenómeno de Envelhecer	Perspetiva Coletiva (económico-político-social)
	A pessoa ao envelhecer	Processos de Saúde
		Processos de Doença
		Processos de Transição
		Redes e Relações
	A intervenção da Enfermagem na pessoa ao envelhecer	Diagnosticar / avaliar
		Promover a saúde
		Prevenir complicações
		Intervir nos processos de saúde-doença
		Educar para o envelhecer
		Trabalhar em parceria e em equipa pluridisciplinar

## O Fenómeno de Envelhecer

A primeira subcategoria, *o fenómeno de envelhecer*, emergiu no discurso dos professores, numa perspetiva coletiva (económico-político-social). Esta perspetiva retrata as características económicas, políticas e sociais do envelhecer, inerentes à vida em sociedade e à profissão de Enfermagem.

### Perspetiva Coletiva (económico-político-social)

Segundo a perspetiva coletiva do fenómeno do envelhecimento, foram investigados temas como os valores, crenças e representações das pessoas idosas e enfermeiros relativamente ao envelhecer, estando atualmente em curso estudos sobre a temática das atitudes dos estudantes de enfermagem perante a velhice e na área da gerontologia social.

Quando estudamos valores, crenças e representações sobre o envelhecer, podemos fazê-lo através de distintos olhares: O olhar das pessoas que experienciam a transição de envelhecer ou o olhar de diferentes pessoas/grupos sobre a experiência da pessoa ao envelhecer.

Cada pessoa age de acordo com as suas crenças e valores, baseada na sua noção pessoal do bem, do mal e da justiça, possuindo simultaneamente um sistema de valores hierárquicos e ideológicos, na medida em que adota um conjunto de ideais e crenças próprias da sociedade onde se insere. Neste sentido, torna-se essencial conhecer e refletir sobre os valores e as crenças, assim como sobre as representações das pessoas ao envelhecer, dos estudantes de enfermagem e dos enfermeiros. Este conhecimento e reflexão promovem uma prestação de cuidados mais humana e personalizada, contribuindo para a promoção da saúde e dignidade de vida das pessoas idosas em sociedade (Carvalhais, 2006).

<i>Investigação Realizada</i>	<i>Investigação em Curso</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Valores e crenças (V).</i></li><li>- <i>Representações (XIII).</i></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Atitudes (XIII).</i></li><li>- <i>Gerontologia social (XIX)</i></li></ul>

## **A pessoa ao envelhecer**

Na subcategoria *A pessoa ao envelhecer*, identificámos como unidades de contexto: (1) *processos de saúde*; (2) *processos de doença*; (3) *processos de transição*; e (4) *redes e relações*.

### *Processos de Saúde*

No que se refere à *saúde* da pessoa ao envelhecer foram investigados temas sobre o envelhecimento ativo, a nutrição e a saúde mental, sendo a temática da qualidade de vida aquela que obteve uma maior expressão.

Relativamente aos estudos em curso, parece haver uma continuidade das temáticas qualidade de vida e envelhecimento ativo, tendo emergido uma nova temática, a da sexualidade.

O conceito de qualidade de vida assume múltiplas definições, de acordo com diferentes linhas de pensamento, contudo é consensual que a compreensão dos fatores promovedores de uma boa qualidade de vida das pessoas ao envelhecer se

torna essencial para o aperfeiçoamento e desenvolvimento de políticas preventivas e interventivas que conduzam a um envelhecer bem-sucedido (Nunes, 2011).

<i>Investigação Realizada</i>	<i>Investigação em Curso</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Qualidade de Vida (I; II; VI; VIII; XIII; XX).</i></li> <li>- <i>Envelhecimento Ativo (VI; VIII; XVII).</i></li> <li>- <i>Nutrição (XIII; XXI).</i></li> <li>- <i>Saúde Mental (XIII).</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Qualidade de Vida (V; VI; VIII; XX; XXI).</i></li> <li>- <i>Sexualidade (VII).</i></li> <li>- <i>Envelhecimento Ativo (VIII; XV; XVIII).</i></li> </ul>

### Processos de Doença

Os *processos de doença*, nomeadamente a gestão da doença crónica e as suas implicações, como a dependência, a confusão, a depressão, a adesão terapêutica e a institucionalização, entre outras, foram temáticas que também mereceram a atenção dos investigadores.

Foi evidente, nos achados, a relevância do fenómeno da dependência ao envelhecer e a institucionalização, sendo as unidades de registo mais frequentes, quer relativamente à investigação realizada quer relativamente à investigação em curso.

<i>Investigação Realizada</i>	<i>Investigação em Curso</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Institucionalização (I; V; VIII; XIII; XVII; XVIII; XIX; XX; XXI).</i></li> <li>- <i>Confusão (III).</i></li> <li>- <i>Dependência (III; V; VIII; XI; XIII; XX; XXI; XXIII).</i></li> <li>- <i>Adesão Terapêutica (VIII).</i></li> <li>- <i>Doença de Alzheimer (VIII).</i></li> <li>- <i>Doença crónica (VIII).</i></li> <li>- <i>Depressão (XIII).</i></li> <li>- <i>Dor crónica (XIII; XXI).</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Institucionalização (II; XX; XXI; XVII).</i></li> <li>- <i>Doença crónica (II).</i></li> <li>- <i>Dependência (VIII; XX).</i></li> <li>- <i>Dor crónica (XXI).</i></li> </ul>

### Processos de Transição

A experiência de envelhecer, considerada, por si só, como um processo de transição desenvolvimental, é uma experiência caracterizada por muitos outros processos de transição, conferindo-lhe complexidade e uma necessidade de intervenção multidimensional.

Como já referimos neste estudo, a experiência de envelhecer parece ser vivida de forma contínua e relativamente estável, até ao momento que um ou mais eventos disruptivos fazem emergir o sentimento de “ser velho”, havendo consciência da

mudança. Estes eventos disruptivos quebram a continuidade e a harmonia do processo tornando a pessoa mais vulnerável, sendo necessário a redefinição de novos papéis e funções.

São muitos os eventos disruptivos que podem surgir no envelhecer, nomeadamente a solidão, a violência e os acidentes, como as quedas. O estudo destes eventos é imprescindível para conhecermos as respostas das pessoas aos eventos, assim como as suas implicações.

<i>Investigação Realizada</i>	<i>Investigação em Curso</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Solidão (II; VIII; XIII; XVII; XX; XXI).</i></li> <li>- <i>Violência (XIII; XVII; XIX; XX; XXI).</i></li> <li>- <i>Quedas (XVII; XIX).</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Solidão (XVII; XX; XXI).</i></li> </ul>

É possível conhecer o significado atribuído pela pessoa às transições, identificando padrões de resposta, que sempre que possível, devem ser mensuráveis, permitindo avaliar o sentido da transição de uma forma mais objetiva (indicadores de processo)<sup>101</sup>.

O status funcional e a autonomia são dois exemplos de indicadores de processo. Embora alguns destes indicadores tenham já sido investigados, havendo à nossa disposição instrumentos de avaliação devidamente adequados e validados para a população portuguesa, esta constitui uma área rica, sobre a qual poderão ser desenvolvidos novos estudos, capazes de nos oferecer ferramentas úteis, simples e eficazes de avaliação.

<i>Investigação Realizada</i>	<i>Investigação em Curso</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Perceção (I; II; XIII).</i></li> <li>- <i>Funcionalidade (III; XVII).</i></li> <li>- <i>Autocuidado (VIII).</i></li> <li>- <i>Autonomia (XVII).</i></li> <li>- <i>Esperança (XX; XXI).</i></li> <li>- <i>Resiliência (XX; XXI).</i></li> <li>- <i>Sentido de vida (XX; XXI).</i></li> <li>- <i>Coping (XXI).</i></li> <li>- <i>Significados (XXIII).</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Autocuidado (II).</i></li> <li>- <i>Autonomia (VIII; XVII).</i></li> <li>- <i>Sofrimento (IX).</i></li> <li>- <i>Solicitude (IX).</i></li> <li>- <i>Esperança (XX; XXI).</i></li> <li>- <i>Resiliência (XX; XXI).</i></li> <li>- <i>Sentido de vida (XX; XXI).</i></li> <li>- <i>Coping (XXI).</i></li> </ul>

<sup>101</sup> Este tema foi abordado no capítulo III *Uma viagem pelas principais referências epistemológicas – A ancoragem na teoria das transições de Afaf Meleis.*

## Redes e Relações

As *redes e relações* constituem, atualmente, campos privilegiados de conhecimento, essencialmente no que se refere às temáticas dos cuidadores formais e informais e redes de apoio social.

“Na investigação relativa aos idosos temos que considerar o efeito das redes sociais na saúde e mortalidade mas também os efeitos no próprio bem-estar psicológico e satisfação de vida. Para a franja dos idosos com incapacidade, a existência de redes sociais de apoio tem ainda um papel fundamental (sobretudo instrumental) na manutenção dos idosos na comunidade, abrindo uma extensa área de investigação sobre o cuidado e os cuidadores de idosos” (Paúl, 2005 p. 278).

<i>Investigação Realizada</i>	<i>Investigação em Curso</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Redes de apoio social (II; XIII).</i></li><li>- <i>Cuidadores formais (VI; XIII).</i></li><li>- <i>Cuidadores informais (VI; VIII; XIII; XX; XXI).</i></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Cuidadores formais (VI).</i></li><li>- <i>Cuidadores informais (VI; VII; VIII; XIII; XX).</i></li></ul>

## **A intervenção da Enfermagem na pessoa ao envelhecer**

A intervenção da Enfermagem na pessoa ao envelhecer visa, essencialmente, facilitar os processos de transição inerentes ao envelhecimento.

Cabe ao enfermeiro promover (a saúde e o bem-estar), prevenir (a doença e o sofrimento), capacitar (para o autocuidado) e intervir (atendendo à experiência singular).

Após a primeira etapa, o diagnóstico de saúde, o enfermeiro estabelece metas e resultados esperados, escolhe as abordagens e os modelos mais adequados aos seus objetivos e avalia constantemente o processo, refletindo na e sobre a ação (Squire, 2004).

Dos achados, emergiram as seguintes unidades de contexto: (1) *diagnosticar / avaliar*; (2) *promover a saúde* (3); *prevenir complicações*; (4) *intervir nos processos de saúde-doença*; (5) *educar para o envelhecer*, e (6) *trabalhar em parceria e em equipa pluridisciplinar*.

### Diagnosticar / Avaliar

Dos achados, emergiu investigação relevante relacionada com o diagnóstico de saúde de pessoas, famílias, grupos e comunidades, dando-se relevo à avaliação da dor, funcionalidade e risco de úlceras de pressão.

<i>Investigação Realizada</i>	<i>Investigação em Curso</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar dor crónica (XIII).</li><li>- Diagnosticar a Saúde (XXIII).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar funcionalidade (X).</li><li>- Avaliar risco de úlceras de pressão (XXII).</li><li>- Diagnosticar a Saúde (XXIII).</li></ul>

### Promover a Saúde

A promoção da saúde ao envelhecer emergiu nos achados, quer na investigação já realizada quer na investigação em curso.

<i>Investigação Realizada</i>	<i>Investigação em Curso</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Promover a saúde (XIII).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Promover a saúde (X; XVIII).</li></ul>

### Prevenir Complicações

A prevenção de complicações incluiu estudos relacionados com a prevenção de acidentes e a prevenção da violência, dois eventos disruptivos que levam a vulnerabilidades e que acontecem, atualmente, frequentemente na vida das pessoas idosas, levando a implicações importantes na saúde e bem-estar.

<i>Investigação Realizada</i>	<i>Investigação em Curso</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Prevenir acidentes (XVII; XIX).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Prevenir acidentes (II).</li><li>- Prevenir a violência (XIV).</li></ul>

### Intervir nos processos de saúde-doença

A intervenção nos processos de saúde-doença incidiu em diferentes estudos relacionados com o cuidar de quem cuida e a promoção da comunicação e relações interpessoais; a qualidade e a continuidade dos cuidados de saúde e apoio social; o

cuidar em situações específicas, como o peri-operatório; reabilitar e ainda técnicas terapêuticas específicas como a reminiscência<sup>102</sup>.

<i>Investigação Realizada</i>	<i>Investigação em Curso</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a continuidade dos cuidados domiciliários (I).</li> <li>- Cuidar da família (III; VIII; XXII).</li> <li>- Promover a qualidade dos cuidados nos cuidados continuados (V).</li> <li>- Reabilitar (VIII; XIII; XVII).</li> <li>- Promover a reminiscência (XXI).</li> <li>- Promover a comunicação e as relações interpessoais (XXIII).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a continuidade dos cuidados domiciliários (I).</li> <li>- Cuidar em situação crítica (VII).</li> <li>- Cuidar no peri-operatório (VIII).</li> <li>- Reabilitar (VIII; XIII; XVII).</li> <li>- Promover a reminiscência (XXI).</li> <li>- Promover a comunicação e as relações interpessoais (XXIII).</li> </ul>

### Educar para o envelhecer

O enfermeiro é um agente educador nas suas diferentes áreas de atuação, sejam elas a prestação direta de cuidados ou a docência, tendo a responsabilidade e o dever de educar para o envelhecer.

Em nosso entender, as escolas superiores de saúde, nomeadamente as que lecionam Enfermagem, assumem um papel preponderante nesta tarefa, educando os estudantes de enfermagem (formação inicial); os enfermeiros (formação pós-graduada) e ainda as pessoas ao envelhecer e suas famílias, trabalhando em parceria com a comunidade.

Nos achados, identificámos estudos sobre a educação no envelhecer, centrados na pessoa e sua família, nos estudantes de enfermagem e na formação permanente do enfermeiro.

<i>Investigação Realizada</i>	<i>Investigação em Curso</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educar para o envelhecer: famílias (II).</li> <li>- Educar para o envelhecer: estudantes de enfermagem (IV).</li> <li>- Educar para o envelhecer: enfermeiros (III; XIV).</li> <li>- Educar para o envelhecer: pessoas idosas (XIII).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educar para o envelhecer: pessoas idosas (X; XIII).</li> <li>- Educar para o envelhecer: estudantes de enfermagem (XXIV).</li> <li>- Educar para o envelhecer: enfermeiros (XXIV).</li> </ul>

<sup>102</sup> A reminiscência pode ser utilizada enquanto estratégia terapêutica de trabalho com idosos. Consiste na recordação de experiências vividas sendo particularmente relevante ao envelhecer. Tem diferentes intuitos, podendo assumir como finalidade a promoção da saúde, a prevenção de complicações ou no tratamento de patologias, como são exemplo a depressão e as demências (Gonçalves, et al., 2008).

### Trabalhar em parceria e em equipa pluridisciplinar

Os achados revelaram o desenvolvimento de um estudo que teve como finalidade conhecer o impacto da atenção multidisciplinar à pessoa idosa portadora de doença crónica. Acreditamos que são necessários estudos nesta área, sedimentando as competências básicas dos diferentes profissionais de saúde no que se refere à promoção da saúde da pessoa ao envelhecer.

<i>Investigação Realizada</i>	<i>Investigação em Curso</i>
- <i>Atenção multidisciplinar (VIII).</i>	

#### **6.1.4. Conteúdos/áreas temáticas sobre o envelhecer**

<b>Questionário 4ª Questão</b>
<b>Refira cinco (5) conteúdos / áreas temáticas sobre o envelhecer descritos no currículo que considera essenciais.</b>

Com esta questão, procurámos conhecer os conteúdos considerados mais relevantes e prioritários no currículo dos CLE na área do envelhecer. A análise das respostas fez emergir quatro subcategorias, que designámos de: (1) *o fenómeno de envelhecer*; (2) *a pessoa ao envelhecer*; (3) *os referenciais no envelhecer* e (4) *a intervenção da Enfermagem na pessoa ao envelhecer*.

Apresentamos, no quadro seguinte, a categoria, as subcategorias e as unidades de contexto identificadas e analisadas.

Quadro 11- Conteúdos/ áreas temáticas sobre o envelhecer

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Contexto</b>
<b>Conteúdos/ áreas temáticas sobre o</b>	O fenómeno de envelhecer	Perspetiva individual (bio-psico-espiritual)
		Perspetiva coletiva (económico-político-social)
		Conceitos e significados

	A pessoa ao envelhecer	Processos de saúde
		Processos de doença
		Processos de transição
		Redes e relações
	Os Referenciais no envelhecer	Teoria das transições
		Teorias do envelhecimento
		Programas e projetos da DGS
	A intervenção da Enfermagem na pessoa ao envelhecer	Diagnosticar / avaliar
		Promover a saúde
		Prevenir complicações
		Intervir nos processos de saúde-doença
		Trabalhar em parceria e em equipa pluridisciplinar
		Atender a questões éticas e legais

Torna-se essencial que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, tenham disponíveis nos seus currículos de formação inicial, conteúdos sobre o envelhecer.

*Quais os conteúdos que são ou devem ser integrados no currículo sobre o envelhecer? E porquê?* São duas questões essenciais, para as quais pretendemos encontrar algumas respostas, através da seguinte análise.

### **O fenómeno de envelhecer**

A subcategoria *O fenómeno de envelhecer* foi analisada sob duas perspetivas: (1) *a perspetiva individual*, que retrata as características biológicas, psicológicas e espirituais do envelhecer e (2) *a perspetiva coletiva*, que retrata as características económicas, políticas e sociais.

### Perspetiva individual (bio-psico-espiritual)

O envelhecer é caracterizado, pelos professores, como um processo individual, vivenciado de forma particular por cada pessoa que o experimenta.

*“O envelhecimento (...) como um processo individual” (I; VI).*

*“Conceito de envelhecimento individual” (XI).*

Tendo por base esta ideia, são lecionados conceitos sobre o envelhecer e a velhice, realçando-se a perspetiva bio-psico-espiritual ou individual.

*“Conceitos no processo de envelhecimento e na etapa velhice” (XV).*

*“A velhice e o envelhecimento” (XIX).*

*“Conceitos de envelhecimento bio-psico-[social] e espiritual” (XX).*

*“Conceitos de envelhecimento” (XXI).*

*“Processo de envelhecimento” (XXII).*

Embora envelhecer seja uma experiência singular, caracteriza-se por alguns pontos comuns à generalidade das pessoas, como é o caso das alterações fisiológicas e psicológicas que lhe estão inerentes, algumas já referenciadas no enquadramento teórico deste estudo.

A leção de conteúdos sobre as alterações fisiológicas que decorrem do processo de envelhecer torna-se fundamental, na medida em que os estudantes devem ser capazes de distinguir as alterações normais das alterações decorrentes de um processo patológico, assim como compreender o impacto dessas alterações na doença e na resposta ao tratamento (Auerhahn, et al., 2010).

*“Processo de envelhecimento físico (...)” (XI).*

*“Transformações físicas (...)” (XXI).*

*“Processo de envelhecimento: Alterações do envelhecimento; funcionamento fisiológico (...)” (XXIII).*

O envelhecimento psicológico “depende (...) da passagem do tempo, mas sobretudo, do esforço pessoal contínuo na busca do autoconhecimento e do sentido da vida” (...) o autoconhecimento, o estudo da estrutura e dinâmica do psiquismo e a superação dos conflitos do quotidiano são indispensáveis para que se possa atingir a independência psíquica, condição indispensável para a sabedoria” (Moraes, et al., 2010 p. 70).

Os estudantes devem ser capazes de compreender que o envelhecer psíquico representa a conquista da sabedoria e a compreensão do sentido da vida, não esperando por parte da pessoa idosa um declínio cognitivo, mas sim uma necessidade

de adaptação a diferentes estímulos ambientais, que lhe permita adquirir uma funcionalidade comparável à de pessoas mais jovens (idem, 2010).

*“Processo de **envelhecimento** (...) **psicológico** (...)” (XI).*

*“A **pessoa idosa, o comportamento e o processo psicológico**” (XII).*

*“**Transformações** (...) **psicológicas**” (XXI).*

*“Processo de envelhecimento: Alterações do envelhecimento; (...) **funcionamento psicológico**” (XXIII).*

*“**Aspetos psicológicos do envelhecimento**: Identidade, personalidade, afetividade, intimidade, memória, sexualidade, luto, viuvez” (XVI).*

Ainda na perspetiva individual, é dado relevo aos aspetos evolutivos do envelhecer e às mudanças/ alterações inerentes a este processo na saúde e bem-estar da pessoa, nomeadamente, as implicações nos autocuidados. Os estudantes devem ser capazes, para além de identificarem as alterações normais decorrentes do envelhecer, de compreender o envolvimento das mesmas nas atividades de vida diárias.

*“**Aspetos evolutivos** do envelhecimento e **mudanças associadas** ao envelhecimento normal” (III).*

*“**Alterações inerentes** ao processo de envelhecimento, consequências nos autocuidados” (III).*

*“**Alterações** do processo de envelhecimento ao nível de todos os sistemas” (XIV).*

### *Perspetiva coletiva (económico-político-social)*

O processo de envelhecer é caracterizado, pelos professores, não só como um processo individual, mas também como um processo coletivo, com implicações importantes ao nível da economia, da política e das sociedades.

*“O envelhecimento (...) como um processo coletivo (I; VI).*

*“**Biografia do envelhecimento humano**” (X).*

Porque as pessoas idosas de ontem, não têm as mesmas necessidades das pessoas idosas de hoje e das pessoas idosas de amanhã, torna-se essencial que os estudantes conheçam e compreendam as características demográficas atuais e projeções relativamente a esta população em mudança, por forma a cuidarem de forma segura, efetiva e particular das pessoas ao envelhecer (Auerhahn, et al., 2010).

A demografia e epidemiologia do envelhecer, em Portugal e no mundo, no que respeita ao seu crescimento e heterogeneidade, foram consideradas como conteúdos relevantes no processo de aprender e ensinar.

*“Transição epidemiológica e o fenómeno do envelhecimento e da longevidade” (I).*

*“O envelhecimento da população (aspetos sociodemográficos)” (IV).*

*“Demografia e epidemiologia do envelhecimento em Portugal” (VIII).*

*“Conceito de envelhecimento demográfico – implicações do envelhecimento demográfico” (XI).*

*“Perspetiva demográfica do envelhecimento” (XIV).*

*“Implicações demográficas (...) do envelhecimento e do aumento da longevidade” (XV).*

*“Demografia do envelhecimento, implicações para a enfermagem” (XXIII).*

De acordo com estas ideias abordam-se conteúdos na área da sociologia do envelhecimento, no âmbito da saúde, mas também da doença, levando os estudantes a refletirem sobre os funcionamentos e as transformações sociais.

*“Sociologia do envelhecimento” (V).*

*“Aspetos sociológicos dos cuidados na velhice, doentes crónicos e terminais” (VII).*

*“Processo de envelhecimento (...) social” (XI).*

*“Implicações (...) sociais (...) do envelhecimento e do aumento da longevidade” (XV).*

*“Envelhecimento populacional – implicações nas comunidades” (XVIII).*

*“Conceitos de envelhecimento [bio-psico] social [e espiritual]” (XX).*

*“Transformações sociais” (XXI).*

*“Processo de envelhecimento: Alterações do envelhecimento; funcionamento social” (XXIII).*

Dentro das questões sociais, os mitos e os estereótipos, também foram referidos como conteúdos relevantes a lecionar.

Os mitos e os estereótipos relacionados com as pessoas idosas e o envelhecer, devem ser identificados, discutidos (especialmente em relação ao seu impacto nos cuidados de saúde) e mais importante, refutados (Auerhahn, et al., 2010).

*“Mitos e estereótipos sobre a velhice” (IV).*

*“Aspetos sociológicos do envelhecimento: socialização/processos de marginalização (idadismo)” (XVI).*

*“Mitos e estereótipos acerca do envelhecimento e o seu impacto na prática de cuidados à pessoa idosa” (XIV).*

Para além dos funcionamentos e transformações sociais, relevam-se igualmente as respostas sociais e as implicações de políticas de saúde face ao envelhecer das populações.

*“Implicações (...) económicas e políticas do envelhecimento e do aumento da longevidade” (XV).*

*“Respostas sociais face ao envelhecimento da população portuguesa” (XVII).*

*“Políticas de saúde e sociais da pessoa idosa” (XIX).*

Espera-se que os estudantes sejam capazes de identificar e analisar essas respostas sociais, nomeadamente as do seu país e as implicações das políticas de saúde no envelhecer das populações, compreendendo que é primordial uma ação integrada e complementar, antevendo a existência de diversos instrumentos no domínio da saúde e no domínio social, o desenvolvimento de profissionais especializados na área, com conhecimentos e competências adequadas, a adaptação dos serviços de saúde e de proteção social e a otimização de diferentes instrumentos facultados pelo Estado e pela sociedade. O conhecimento dos pontos fortes e oportunidades, assim como dos pontos fracos e ameaças dos sistemas de saúde e de proteção social devem igualmente ser entendidos e analisados (Soares, et al., 2011).

## **A pessoa ao envelhecer**

A subcategoria *A pessoa ao envelhecer* abarcou cinco unidades de contexto, que passamos a citar: (1) *conceitos e significados*; (2) *processos de saúde*; (3) *processos de doença*; (4) *processos de transição*; e (5) *redes e relações*.

### *Conceitos e significados*

Aprender e ensinar o envelhecer determina a clarificação de conceitos e seus significados. Os estudantes de enfermagem devem ser capazes de definir o envelhecer sob diferentes perspetivas assim como definir e compreender as especificidades inerentes à pessoa ao envelhecer<sup>103</sup>.

Pensamos ser essa a razão que levou alguns dos nossos participantes a selecionarem os seguintes conteúdos.

*“A pessoa idosa: perspetivas para o futuro” (XV).*

*“O idoso” (XXIII).*

Se a um primeiro olhar nos podem parecer conteúdos algo gerais, também compreendemos que é relevante a sua explicitação, na medida em que como referimos anteriormente neste trabalho, têm sido assumidos diferentes conceitos sobre

---

<sup>103</sup> Conceito defendido e aprofundado pelas investigadoras nesta tese.

a pessoa ao envelhecer que necessitam de ser discutidos e explicitados. Defendemos que a explicitação não poderá passar apenas pela definição do conceito de idoso, pessoa idosa, velho ou geronte, mas sobretudo pela vivência da pessoa que experiencia a transição de envelhecer, levando a uma discussão mais profunda acerca desta temática.

### Processos de Saúde

A saúde da pessoa ao envelhecer é influenciada por uma variedade de fatores biopsicossociais, sendo fundamental uma abordagem positiva em relação aos cuidados de saúde, que deverão atender à promoção da saúde, ao reconhecimento da vulnerabilidade e à prevenção da doença.

Os professores valoram, transmitindo aos seus estudantes, a ideia de que envelhecer pode e deve ser acompanhado de saúde, focando e explicitando os conceitos de autonomia<sup>104</sup> e independência<sup>105</sup>, entre outros.

**“Saúde e envelhecimento”** (III; VI).

**“Envelhecer com saúde, autonomia e independência”** (XVII).

**“Saúde psicossocial do idoso”** (XXIII).

**“Saúde do adulto e do geronte: fatores que afetam o processo saúde/doença”** (XIII).

A saúde da pessoa ao envelhecer tem sido alvo de uma crescente preocupação política e social a nível mundial e tem sido associada, essencialmente após a publicação do documento *Active Ageing: A Policy Framework* (World Health Organization, 2002) ao conceito *Envelhecimento Ativo*<sup>106</sup>.

Assim, é natural que o conceito *Envelhecimento Ativo* seja um conteúdo considerado relevante na aprendizagem dos estudantes de Enfermagem.

**“Envelhecimento ativo”** (V; VIII; XVIII).

**“Envelhecimento ativo e educação ao longo da vida”** (XVII).

**“Envelhecimento bem-sucedido e ativo”** (XXI).

---

<sup>104</sup> A capacidade percebida para controlar, lidar e tomar decisões pessoais como se vive no dia-a-dia, de acordo com as próprias regras e preferências (World Health Organization, 2002).

<sup>105</sup> A capacidade de executar funções relacionadas com a vida diária, ou seja, a capacidade de viver de forma independente na comunidade sem ajuda ou com uma pequena ajuda dos outros (idem, 2002).

<sup>106</sup> Este documento apresenta-se como um roteiro para o desenvolvimento de políticas multissetoriais promotoras de um envelhecimento ativo, com o intuito de melhorar a saúde e a participação da população, garantindo que as pessoas mais velhas têm a segurança e a proteção adequadas e o cuidado quando de assistência necessitam (ibidem, 2002).

Um outro conceito que tem sido intimamente relacionado com a saúde da pessoa ao envelhecer é o conceito *Qualidade de Vida*, definido pela WHO como a percepção individual que cada pessoa tem da sua posição na vida no contexto dos sistemas culturais e de valores nos quais ela vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações<sup>107</sup>.

**“Saúde e qualidade de vida” (XIX).**

**“Qualidade de vida da pessoa idosa” (XX).**

De seguida, passaremos a abordar dois domínios da saúde mais específicos e que foram referenciados pelos professores: (1) *a nutrição* e (3) *a sexualidade*<sup>108</sup>.

As pessoas idosas estão cada vez mais ativas, autossuficientes e saudáveis. “Estilos de vida positivos na promoção da saúde têm um importante papel na manutenção da alta qualidade de vida e maior independência para as gerações mais velhas”. Promover a saúde fisiológica das pessoas, inclui, entre outros aspetos, ajudá-las a entender a importância de uma boa *nutrição* (Roach, 2003 p. 90).

**“Envelhecimento e alimentação” (VII).**

Ao envelhecermos ocorrem alterações que devem ser tidas em conta na alimentação, como é o caso das alterações do paladar, do cheiro, da sensação de sede e do funcionamento do aparelho digestivo. Para além de conhecimentos gerais sobre nutrição, espera-se que os estudantes sejam capazes de compreender as suas especificidades no envelhecer. A higiene oral é outro conteúdo relevante e em estreita associação ao anterior.

Atender à saúde psicossocial é, igualmente, um aspeto fundamental, devendo-se dar ênfase a diferentes áreas neste sentido. A *sexualidade* foi uma das áreas que surgiu no discurso dos professores.

A *sexualidade* é uma componente importante da vida das pessoas ao envelhecer e abrange mais do que a capacidade física para a relação sexual. É um sentimento de atratividade e deseabilidade pelo outro e, para a maioria das pessoas, uma parte da sua identidade física e emocional (idem, 2003).

**“Sexualidade do idoso” (VI).**

Os mitos e os preconceitos sobre a pessoa ao envelhecer e o processo de envelhecer são inúmeros, principalmente quando abordamos temas como os *afetos*, o

---

<sup>107</sup> É um conceito amplo, determinado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relações com o ambiente (World Health Organization, 1997).

<sup>108</sup> Importa referir o cruzamento entre a investigação e os conteúdos lecionados.

*amor e a sexualidade*. Por este motivo, é importante que estas temáticas sejam abordadas de forma natural e científica nos cursos de formação inicial em Enfermagem, explicitando-se que a sexualidade no envelhecer não é um mito e que apesar de ocorrerem algumas alterações, nomeadamente fisiológicas, que podem condicionar a relação sexual, sendo necessárias algumas adaptações, a sexualidade vai para além da relação sexual em si e é significativa para se envelhecer com saúde.

### Processos de Doença

Como já foi referido anteriormente, envelhecer não significa ser doente, contudo há uma maior predisposição à dependência e doença à medida que se envelhece, sendo importante distinguir as alterações normais do envelhecer das alterações que decorrem de uma ou mais patologias.

*“Envelhecimento, processo de doença (...)” (I).*

*“(...) Doença e envelhecimento” (III).*

*“Dependência” (XVIII).*

Quando abordamos o tema *doença no envelhecer*, torna-se importante reconhecer as condições quase exclusivas das pessoas idosas, assim como condições que alteram as suas apresentações em pessoas idosas. Para além destes aspetos temos as síndromes geriátricas, relacionadas com défices funcionais, na medida em que as pessoas idosas apresentam-se com condições que geralmente têm mais de uma causa e envolvem vários sistemas do corpo, contribuindo para a incapacidade funcional (Auerhahn, 2010).

*“Co morbilidades no idoso” (VI).*

*“A síndrome geriátrica” (VIII).*

*“Patologia especial do idoso” (XII).*

*“Síndrome de fragilidade do idoso/envelhecimento bem-sucedido” (XVI).*

Por vezes, estes episódios de doença aguda e/ou crónica, levam a internamentos com implicações a diferentes níveis, sendo necessário repensar também o regresso a casa, quando tal é possível.

*“Hospitalização: do acolhimento ao regresso a casa” (IX).*

*“Impacto da doença e hospitalização na pessoa idosa” (XI).*

*“A pessoa (...) na gestão da vida em situação de envelhecimento, em internamento” (IX).*

A doença crónica, nomeadamente as co morbilidades e a consequente polimedicação são aspetos que têm merecido alguma atenção por parte dos diferentes profissionais de saúde, sendo importante que os estudantes de Enfermagem compreendam o fenómeno, de forma a poderem intervir adequadamente. Em nosso entender, as UCs de Farmacologia e Patologia, entre outras, em ligação com as UCs de Enfermagem, constituem uma mais-valia.

*“A pessoa idosa com alterações crónicas de saúde: polimedicação” (III).*

O fim de vida, em casa ou numa instituição, foi um tema associado ao envelhecer, tendo surgido também nos nossos achados.

*“O morrer” (XII).*

### Processos de Transição

À semelhança dos achados anteriores, foram identificadas duas temáticas sobre os processos de transição: (1) *eventos disruptivos*; e (2) *padrões de resposta*.

Relativamente aos eventos disruptivos, importa referir que envelhecer determina um maior risco de vulnerabilidade (biológica, socioeconómica e psicossocial) devido ao declínio biológico típico da senescência associado a processos socioculturais. Em maior ou menor escala, aspetos individuais, coletivos, contextuais e históricos das experiências de desenvolvimento e envelhecimento podem gerar doença e dificuldades no acesso aos recursos de proteção disponíveis na sociedade (Rodrigues, et al., 2012).

De acordo com o referido, vários são os fatores que podem levar a uma maior vulnerabilidade da pessoa ao envelhecer, sendo a diminuição ou a falta de segurança, um deles.

Quebras na segurança da pessoa podem implicar repercussões graves ao nível da sua saúde. Embora a segurança não se circunscreva à ausência de abuso e maus tratos, este foi o conteúdo que sobressaiu no discurso dos professores.

*“Maus tratos à pessoa idosa” (VI).*

O abuso de pessoas idosas está a aumentar exponencialmente por toda a Europa. Este abuso pode envolver a componente física, psicológica, emocional e verbal, financeira ou outra forma de maus tratos. Tem implicações físicas e mentais ao nível da saúde, diminuindo a qualidade de vida da pessoa e pode ser uma fonte de sofrimento e de dor. Por existir pouca informação sobre o assunto, sendo a que existe

transmitida, essencialmente, pelos cuidadores das pessoas idosas, torna-se importante obter dados sobre a extensão e a natureza do abuso de pessoas idosas, examinando os efeitos do abuso sobre a saúde e a qualidade de vida das pessoas (Abuse of elderly in europe , 2010).

Relativamente aos padrões de resposta, identificámos a *funcionalidade*, um domínio da saúde importante na pessoa ao envelhecer.

As necessidades dos cuidados nas pessoas ao envelhecer carecem ser avaliadas com base nas capacidades remanescentes com o intuito de responder às suas necessidades em contexto. “A funcionalidade<sup>109</sup> e a incapacidade<sup>110</sup> de uma pessoa são concebidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde e os fatores contextuais”<sup>111</sup> (Lopes, et al., 2013 p. 3).

Segundo a evidência “A funcionalidade dos idosos está mantida até cerca dos 75 anos, em percentagens elevadas. A partir dessa idade, verifica-se decréscimo progressivo com percentagens crescentes a desenvolverem dificuldades que requerem ajudas terapêuticas”. A literacia assim como as dificuldades financeiras podem constituir obstáculos à funcionalidade e, conseqüentemente, às condições de saúde das pessoas ao envelhecer (idem, 2013 p. 8).

“**A funcionalidade dos idosos**” (X).

“**Funcionalidade e bem-estar**” (XVIII).

Foram igualmente referidos pelos professores conteúdos relacionados com a adaptação a novas situações e estratégias de coping levadas a cabo pela pessoa tendo em vista uma transição saudável.

“**Adaptação a nova situação, perda e luto, numa perspetiva de continuidade de cuidado**” (IX).

“**Estratégias de coping no idoso**” (XX).

---

<sup>109</sup> Termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação (World Health Organization, 2004)

<sup>110</sup> Termo que inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação (idem, 2004).

<sup>111</sup> O perfil de funcionalidade é caracterizado por meio da *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (CIF) que proporciona uma linguagem uniformizada e uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados com a mesma. Os domínios da CIF são descritos com base na perspetiva do *corpo*, da *pessoa* e da *sociedade* em dois aspetos essenciais: (1) *Funções e estruturas do corpo* e (2) *Atividades e participação* (ibidem, 2004).

## Redes e Relações

A singularidade individual é valorada quando se avaliam as dimensões biológica, psicológica e espiritual, mas também as dimensões familiar e social (Moraes, et al., 2010).

Se cada pessoa é um ser de e em relação, não faz sentido referirmo-nos a uma pessoa sem nos referirmos às suas redes e relações. Cuidar da pessoa, implica necessariamente cuidar dos que lhe são próximos.

Ao longo da vida e principalmente ao envelhecer, talvez devido a uma maior vulnerabilidade da pessoa ao sofrimento e à doença, as relações e as redes de apoio informais, como a família, os amigos e os vizinhos e as relações e as redes de apoio formais, como as instituições sociais e de saúde, tornam-se cruciais (Soares, et al., 2014). Para além de cruciais, estas redes e relações têm particularidades nesta etapa de desenvolvimento do ser humano que importa conhecer e compreender para saber cuidar.

Os professores referiram como conteúdos relevantes a lecionar sobre as redes e relações informais, a estrutura, os papéis e as dinâmicas da família da pessoa ao envelhecer.

*“Famílias idosas, alterações e tarefas” (II).*

*“O idoso e a família” (XIX).*

*“(…) O papel da família” (XXIV).*

A nível teórico, um dos papéis centrais da família é a prestação de cuidados à pessoa idosa, papel este que envolve, na atualidade, um enorme desafio, em parte devido a uma rede de parentesco menos extensa e com menor possibilidade de partilha de responsabilidades pelos seus membros (Araújo, 2010). A problemática dos cuidadores informais associada aos processos de saúde-doença foi relevada pelos nossos participantes.

*“A (...) família na gestão da vida em situação de envelhecimento, em internamento” (IX).*

*“Problemática dos cuidadores informais de idosos dependentes. Stress do cuidador (...)” (XI).*

*“Família e idosos – cuidadores informais” (XVIII).*

Salientamos, nesta investigação, que as pessoas ao envelhecer, são em muitos contextos, recetoras de cuidados, cuidados estes, prestados maioritariamente pela família, amigos e vizinhos, mas também se constituem, em alguns casos, como cuidadoras, na medida em que assumem o papel de pais e avós de forma ativa, ajudando nas tarefas diárias e economicamente as suas famílias e protegem e cuidam

de pessoas amigas e vizinhas, de faixas etárias semelhantes e que por diversas razões precisam de apoio.

É, em nosso entender, fundamental transmitir esta realidade aos estudantes de Enfermagem, no sentido de olharem para a pessoa ao envelhecer como alguém que pode e é, em muitas situações, o pilar da família, amigos e vizinhos e que também por esse motivo, dada a sua maior vulnerabilidade, pode vivenciar situações de angústia, sofrimento e até mesmo de doença.

Segundo Martins (2005) e de acordo com diversos autores “o apoio social não deve ser simplesmente uma construção teórica, mas antes um processo dinâmico e complexo, que envolve transações entre os indivíduos e as suas redes sociais, no sentido de satisfazer necessidades sociais, promovendo e completando os recursos pessoais que possuem, para enfrentarem as novas exigências e atingirem novos objetivos” (Martins, 2005 p. 129).

Apesar de ser desejável que a família seja a principal prestadora de cuidados da pessoa ao envelhecer, torna-se essencial uma resposta adequada por parte da comunidade. Assim, os estudantes devem conhecer as respostas das comunidades, com o intuito de encaminharem eficazmente as pessoas, dando-lhes as ferramentas necessárias, para que as mesmas possam, sempre que possível, tomar as decisões no que se refere ao apoio social que podem usufruir, estando em suas casas ou institucionalizadas.

*“Respostas da comunidade (o idoso no domicílio e o idoso institucionalizado)” (IV).*

*“Redes de suporte social ao idoso” (XX, XXI).*

*“Os recursos comunitários (...)” (XXIV).*

É neste sentido que a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados<sup>112</sup> (RNCCI) surge como um importante conteúdo a ser lecionado.

*“Rede de cuidados continuados integrados” (V).*

*“Cuidados continuados integrados numa sociedade envelhecida/redes formais e informais de apoio no domicílio” (XVI).*

*“A visitação domiciliária e os cuidados continuados” (XXIV).*

De acordo com o exposto, importa referir que “A rede de suporte social de cada um e principalmente a existência de relações significativas (confidentes) deve corresponder a um investimento afetivo e solidário e constitui seguramente um capital

---

<sup>112</sup> Corresponde a um modelo organizacional criado pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, sendo constituída por inúmeras instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social, promovendo a continuidade dos cuidados de forma integrada a pessoas com dependência e perda de autonomia, tendo como finalidade a recuperação global da pessoa (Ministério da Saúde, 2010).

decisivo ao longo da vida e também durante o envelhecimento” (Paúl, 2005 p. 284) não podendo ser descurada por docentes e estudantes de Enfermagem, na temática do envelhecer.

## **Os Referenciais no envelhecer**

A subcategoria *Referenciais no envelhecer* abarcou três unidades de contexto: (1) a teoria das transições; (2) as teorias do envelhecimento; e (3) os programas e projetos da DGS.

Aprender e ensinar o envelhecer pressupõe a utilização de um conjunto de referenciais que sustentam os valores, princípios, teorias/modelos e exemplos partilhados por um grupo. Deste modo, é fundamental que os estudantes compreendam os pilares sobre os quais são suportados e transmitidos os conhecimentos e sobre os quais devem desenvolver as suas competências.

### A Teoria das Transições

Os professores referiram-se ao envelhecer como uma transição de desenvolvimento, suportando-se na Teoria das Transições, dando relevo às respostas humanas decorrentes dos processos de transição, essencialmente de saúde-doença.

*“O envelhecimento como **transição desenvolvimental**” (VIII).*

*“As **respostas humanas** aos **processos de transição: saúde-doença**” (IX).*

### As Teorias do Envelhecimento

Através da análise dos achados identificámos, também, como referenciais utilizados, as teorias do envelhecimento, nomeadamente as teorias do envelhecimento biológico e psicossocial.

Os estudantes, através destas teorias, compreendem os fenómenos que estão na base de determinadas alterações, reconhecendo o normal do patológico, valorando os sintomas e cuidando/encaminhando adequadamente as pessoas ao envelhecer.

*“**Teorias do envelhecimento** (teorias gerais do envelhecimento biológico e teorias do envelhecimento psicossocial)” (IV).*

“Enfermagem geriátrica: **Teorias do envelhecimento**; alterações decorrentes do envelhecimento” (V).

“**Determinantes** no processo de envelhecimento” (X).

“**Teorias do envelhecimento**” (XV; XX).

“**Teorias do envelhecimento/O processo de envelhecimento: conceitos**” (XVI).

“Processo de envelhecimento: **tipos de envelhecimento**” (XXI).

### Os Programas e Projetos da DGS

Os paradigmas de uma comunidade constam nos seus manuais e conferências. Ao estudá-los e ao pô-los em prática, os seus membros aprendem o seu ofício (Kuhn, 2009).

Foram identificados como conteúdos a lecionar, a apresentação e discussão dos programas e projetos desenvolvidos/financiados pela DGS, como é exemplo o *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*, um manual de referência nesta área do conhecimento.

“**Projetos e Programas** preconizados pela **DGS** dirigidos aos idosos” (II).

“**O programa nacional para a saúde das pessoas idosas**” (XVII).

Pesquisando no site oficial da DGS são visíveis alguns programas e projetos no âmbito do envelhecimento ativo, nomeadamente o *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas* (MS/DGS) - Circular normativa nº 13/DGS/DGCG de 02/07/2004<sup>113</sup>; o alargamento do *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral para as pessoas idosas* (DGS) e ainda alguns projetos, como *Cidades Amigas das Pessoas Idosas - acordo de cooperação DGS/CML*; o Projeto *Vencer o Tempo nas Sete Cidades*; e o Projeto *Integra Ajuda na Cidade Amiga*.

Estes programas/projetos, assim como outros, devem estar acessíveis e fazer parte integrante dos currículos dos CLE na área do envelhecer, na medida em que se torna fundamental que os estudantes conheçam os programas e projetos mais relevantes desenvolvidos e em curso, em Portugal e no mundo, tomando consciência dos valores neles integrados, contribuindo assim para a promoção da qualidade de vida e bem-estar das pessoas ao envelhecer.

---

<sup>113</sup> Visa a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, promovendo o seu contexto natural e requerendo uma ação multidisciplinar dos serviços de saúde, estritamente articulados com a Rede de Cuidados Continuados (Direção-Geral da Saúde, 2004).

## A Intervenção da Enfermagem na pessoa ao envelhecer

A subcategoria *A Intervenção da Enfermagem na pessoa ao envelhecer* abarcou cinco unidades de contexto, que passamos a citar: (1) *diagnosticar / avaliar*; (2) *promover a saúde*; (3) *prevenir complicações*; (4) *intervir nos processos de saúde-doença*; (5) *trabalhar em parceria e em equipa pluridisciplinar* e (5) *atender a questões éticas e legais*.

### Diagnosticar / Avaliar

“O diagnóstico de Enfermagem constitui a etapa que precede e favorece a intervenção adequada do enfermeiro. A identificação correta do diagnóstico é fundamental para que as intervenções sejam eficazes” (Caldeira, et al., 2012 p. 1441).

A avaliação, por sua vez, é transversal ao processo de enfermagem, sendo através dela que novos resultados esperados e intervenções são delineados.

Dos achados, surgiram dados relacionados com o diagnóstico de saúde e a avaliação dos fatores determinantes da saúde da pessoa ao envelhecer.

*“Contacto e acompanhamento de clientes (adulto e/ou geronte) no domicílio ou em instituições de saúde ou sociais para **identificação de necessidades de saúde, respostas e recursos**” (XIII).*

*“Os enfermeiros e **avaliação de fatores que influenciam a saúde do adulto e do geronte**” (XIII).*

A avaliação gerontológica e geriátrica, nomeadamente no que se refere à avaliação física, nutricional, das atividades de vida diária, mental e psicoafectiva, assim como a avaliação multidimensional foram aspetos abordados pelos professores.

*“**Avaliação multidimensional**” (II; V; XV).*

*“**Avaliação geriátrica/gerontológica**” (VIII).*

*“**Avaliação geriátrica global**: avaliação física, avaliação nutricional, avaliação das atividades de vida diária, avaliação mental e psicoafectiva” (XVI).*

*“**Avaliação geriátrica**: avaliação geral, avaliação funcional e instrumentos de avaliação” (XXIII).*

Neste contexto, os professores evidenciaram a importância do conhecimento e da aplicação de instrumentos de avaliação gerontológicos e geriátricos.

*“**Instrumentos de avaliação**” (II).*

*“**Conceitos de: autocuidado, autonomia, capacidade funcional, qualidade de vida e dependência, instrumentos de avaliação** (...) nesta área” (XI).*

## Promover a Saúde

Promover significa impulsionar, colocar em evidência, aumentar, reforçar. Os achados foram reveladores de que promover a saúde da pessoa ao envelhecer é fundamental.

A promoção da saúde pode ser definida como a combinação de educação e de suporte ambiental para ações e condições de vida conducentes à saúde, através de decisões e ações individuais e comunitárias. O seu principal objetivo é capacitar a pessoa a obter um maior controlo sobre os determinantes da sua própria saúde (Auerhahn, et al., 2010).

*“Desafios colocados ao enfermeiro numa sociedade envelhecida – **preparar para o envelhecimento ativo**” (I).*

*“**Promoção do autocuidado** ao idoso e/ou família cuidadora” (II).*

*“Promoção de **ambientes e atitudes capacitadores** para um envelhecimento ativo e saudável” (II).*

*“A **promoção da saúde** no idoso e realização das atividades de vida” (IV).*

*“**Promoção da saúde** da pessoa idosa” (XVII; XXI; XXII).*

*“**Promoção de estilos de vida saudáveis** no idoso” (XXIV).*

## Prevenir complicações

Na procura da excelência do exercício profissional, para além de promover a saúde, o enfermeiro previne complicações para a saúde das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2001), sendo fundamental a lecionação de conteúdos relacionados com os cuidados de prevenção dirigidos às pessoas idosas, como é exemplo a prevenção da dependência e do declínio cognitivo.

*“**Cuidados de prevenção** dirigidos à pessoa idosa” (XVII).*

*“A pessoa idosa e a manutenção da identidade, da autonomia e a **prevenção da deterioração da sua personalidade**” (XII).*

Como descrito anteriormente, a segurança da pessoa ao envelhecer é crucial para a sua saúde e bem-estar, sendo de esperar que o enfermeiro desenvolva intervenções eficazes no sentido da sua promoção e na prevenção de acidentes. “Os acidentes, intencionais e não intencionais, são a quarta causa de morte mais comum na Europa, constituindo um grave problema de saúde pública, com grande impacto nos sistemas de saúde e de proteção social mas, também, com implicações relevantes na vida, pessoal e familiar das vítimas. Hoje, existem estratégias preventivas que provaram ser eficazes na redução do número e do impacto dos acidentes, tornando-

os, por isso, em grande parte evitáveis” (Direção-Geral da Saúde, 2010 p. 1). A prevenção de quedas e outros acidentes foram conteúdos que emergiram no discurso dos professores.

*“Prevenção de quedas e outros acidentes na pessoa idosa” (XXI; XXII).*

### Intervir nos processos de saúde-doença

O enfermeiro intervém, na saúde e na doença, promovendo o bem-estar da pessoa, capacitando-a para o autocuidado e ajudando-a na adaptação aos problemas.

Relativamente ao agir do enfermeiro diversas foram as unidades de registo identificadas, umas abordando o cuidar da pessoa ao envelhecer, numa perspetiva mais geral, como podemos comprovar pelos seguintes excertos, outras referindo-se a aspetos mais específicos dos cuidados que optámos por apresentar de acordo com os eixos: (1) pessoa/família; (2) saúde/doença.

*“Cuidar do idoso” (VII).*

*“O processo de envelhecimento – intervenções de enfermagem utilizando a cipe” (IX).*

*“Os cuidados de enfermagem à pessoa idosa” (XII).*

*“Intervenção do enfermeiro face às alterações provocadas pelo envelhecimento” (XXI).*

Relativamente ao eixo pessoa / família, concluímos que os conteúdos sobre a intervenção da enfermagem incidiram essencialmente na promoção de relações, redes e de apoio de saúde e social:

*“Apoio social às pessoas idosas e construção dos cuidados” (I).*

*“Promoção do autocuidado à família cuidadora” (II).*

*“Prestação de cuidados de saúde e acesso aos diferentes serviços disponíveis para a pessoa idosa” (III).*

*“(…) Como cuidar de quem cuida” (XI).*

Relativamente ao eixo saúde/doença, evidenciamos os seguintes excertos:

Na saúde, relacionados essencialmente com a promoção de um envelhecer ativo, com relevo para questões como a espiritualidade, a humanidade e as terapias complementares nos cuidados à pessoa ao envelhecer.

*“As intervenções de enfermagem para promover o envelhecimento ativo” (VIII).*

*“Cuidados gerontológicos (...)” (X).*

*“Espiritualidade (...) do cliente adulto e geronte – habilidades para o cuidado espiritual” (XIII).*

*“Cuidados de enfermagem básicos ao idoso saudável (...)” (XIII).*

*“Cuidados de enfermagem gerontológicos – uma abordagem na base da **humanidade**” (XIV).*

*“As **terapias complementares** nos cuidados à pessoa idosa” (XIV).*

*“Cuidados de saúde à pessoa idosa” (XIX).*

*“Saúde do adulto e do idoso – Programas e intervenções de enfermagem” (XXIV).*

Na doença, relacionados essencialmente com as patologias específicas ou particulares da pessoa ao envelhecer, com relevo para questões como a reabilitação e os cuidados paliativos.

*“Enfermagem geriátrica: Intervenções de Enfermagem” (V).*

*“Cuidados paliativos” (VII).*

*“(...) Cuidados (...) geriátricos e gerontopsiquiátricos” (X).*

*“Cuidados de enfermagem básicos ao idoso (...) doente” (XIII).*

*“Cuidados de saúde em situação de doenças específicas a pessoas idosas” (XXII).*

*“Reabilitação geriátrica” (XXIII).*

### Trabalhar em parceria e em equipa pluridisciplinar

O trabalho de parceria e em equipa foi referenciado pelos professores como um conteúdo importante a lecionar no que diz respeito à intervenção da Enfermagem. “Parceria é a partilha de ideias, conhecimentos e capacidades com os outros” intimamente relacionada com o conceito de empowerment (Squire, 2004 p. 204).

A parceria, com vista à promoção da saúde ao envelhecer, deve envolver a pessoa, família, grupos e comunidades, assim como as outras profissões da saúde, como a medicina, a fisioterapia, a nutrição, a psicologia, a terapia da fala, a terapia ocupacional, a farmacologia, entre outras, esperando-se que todos estes profissionais sustentem o seu exercício numa base comum de conhecimentos e competências sobre a pessoa e o processo de envelhecer, dando lugar a uma intervenção pluridisciplinar eficaz, capaz de responder às necessidades complexas e multidimensionais da pessoa ao envelhecer.

*“Trabalho de parceria e em equipa na saúde do idoso” (XXIV).*

### Atender a questões éticas e legais

Segundo o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), não tem sido estimulada uma cultura de valorização da ancianidade, sendo a pessoa idosa, na maioria das vezes, associada à fragilidade, debilidade e doença, o que se traduz na ideia de improdutividade.

A agravar esta situação estão os casos conhecidos de abandono e de isolamento, assim como a crise económica que implicou défices orçamentais graves na vida de muitas pessoas e suas famílias. Para inverter esta perceção negativa e uma mudança cultural, torna-se necessária uma reflexão ética e humanista, que identifique os desafios e os princípios éticos orientadores da atuação do estado, das comunidades, das famílias e dos prestadores de cuidados, prevenindo e eliminando a ameaça de conflito e de rutura intergeracional (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 2014).

Os professores centraram os conteúdos relativamente às questões éticas e legais, nos direitos das pessoas e legislação, dando particular relevo aos aspetos éticos inerentes ao final da vida humana.

*“Envelhecimento, processo de doença (...) e legislação” (I).*

*“Aspetos éticos do final da vida humana” (VII).*

*“Direitos dos idosos” (XXI).*

#### **6.1.5. Competências/Resultados esperados sobre o envelhecer**

##### **Questionário 5ª Questão**

**Refira cinco (5) competências / resultados esperados sobre o envelhecer descritos no currículo que considera essenciais.**

Com esta questão, procurámos conhecer as competências/resultados esperados mais relevantes a serem desenvolvidos pelos estudantes na área do envelhecer.

Dos achados, podemos concluir que 92% dos CLE em estudo (23 em 25 possíveis) têm competências/resultados esperados sobre o envelhecer descritos no currículo<sup>114</sup>.

Torna-se importante uma pequena nota introdutória sobre *resultados esperados* e *competências*, com o intuito de suportarmos a nossa análise e achados.

O currículo é assumido, atualmente, como um quadro dinâmico, que guia processos de aprender e ensinar em direção à qualidade. Uma abordagem curricular centrada em resultados de aprendizagem valoriza o estudante e promove uma aprendizagem ativa e um ensino inclusivo (European Centre for the Development of Vocational Training, 2010).

Os resultados de aprendizagem opõem-se ao paradigma tradicional, afiliando-se a um paradigma emergente, centrado nas experiências e nas necessidades dos estudantes, contribuindo para uma maior motivação, autonomia, flexibilidade, abrangência e inclusão (idem, 2010).

Estes “são uma certificação que atesta aquilo que um estudante sabe, compreende e é capaz de fazer no final de um processo de aprendizagem”, caracterizando-se por um conjunto de conhecimentos<sup>115</sup>, aptidões<sup>116</sup> e competências<sup>117</sup> (Centro Europeu para o Desenvolvimento de Formação Profissional, 2011 p. 1).

Tendo em consideração que a profissão de Enfermagem assume um perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE) e que pela sua certificação se assegura que o enfermeiro atua eficazmente, atendendo às necessidades das pessoas em diferentes contextos, o termo competência assume uma particular relevância na presente análise.

Assim, definimos competência como um processo e um resultado<sup>118</sup>. Um agir responsável, reconhecido pelos outros, que implica combinações complexas entre os seus diferentes elementos, mobilizados em momentos e situações particulares (Boterf, 2008).

Dos achados, relativamente aos resultados esperados sobre o envelhecer descritos no currículo, emergiram duas subcategorias: (1) *competências* (perfil de

---

<sup>114</sup> Para os dois CLE sem competências descritas no currículo, foram apontadas as seguintes razões: (1) “Como não há UC independente não estão traçadas competências” (2) “O programa das UCs do próximo ano curricular relativas à Enfermagem Geriátrica estão em desenvolvimento”.

<sup>115</sup> “O resultado da assimilação de informação através da aprendizagem. Os conhecimentos constituem o acervo de factos, princípios, teorias e práticas relacionadas com uma área de trabalho ou estudo” (Centro Europeu para o Desenvolvimento de Formação Profissional, 2011 p. 3).

<sup>116</sup> “A capacidade de aplicar conhecimentos e utilizar recursos adquiridos para concluir tarefas e solucionar problemas” (idem, 2011 p.3).

<sup>117</sup> “A capacidade de comprovar o conhecimento, as aptidões e as capacidades pessoais, sociais e/ou metodológicas, em situações profissionais ou em contextos de estudo e para efeitos de desenvolvimento profissional e pessoal” (ibidem, 2001 p.3).

<sup>118</sup> Ambas as definições são válidas, dependendo do ponto de vista em que nos colocamos (Boterf, 2005).

competências dos enfermeiros de cuidados gerais da OE<sup>119</sup>); e (2) *elementos integradores de competência*.

Apresentamos, na tabela seguinte, a categoria, as subcategorias e as unidades de contexto identificadas e analisadas.

Quadro 12- Resultados esperados sobre o envelhecer descritos no currículo

Categoria	Subcategorias	Unidades de Contexto
Resultados esperados sobre o envelhecer descritos no currículo	Competências  Perfil de Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais (OE)	Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade
		Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico.
		Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados
		Contribui para a promoção da saúde
		Utiliza o Processo de Enfermagem
		Estabelece comunicação e relações interpessoais eficazes
		Promove um ambiente seguro
		Promove cuidados de saúde interprofissionais
		Contribui para a valorização profissional
		Contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem
	Elementos Integradores de Competência	Os saberes
		As habilidades e capacidades
		As aptidões e qualidades pessoais

<sup>119</sup> Todas as unidades de registo foram integradas nas unidades de contexto referentes às competências dos enfermeiros de cuidados gerais da OE, o que vem reforçar a relevância do perfil, constituindo-se como uma referência no processo de aprender e ensinar o envelhecer em Enfermagem.

## Perfil de Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais (OE)

Os domínios<sup>120</sup> do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais são: (1) *a responsabilidade profissional, ética e legal*; (2) *a prestação e gestão dos cuidados* e (3) *o desenvolvimento profissional*.

Relativamente ao ***Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal***, identificámos, nos discursos dos professores, as duas competências integradoras do presente domínio: (1) *Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade*; e (2) *Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico*, constituindo-se as mesmas como unidades de contexto<sup>121</sup>.

### *Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade*

A competência *Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade*<sup>122</sup>, foi uma das competências referidas como relevante a ser desenvolvida pelos estudantes de Enfermagem na área do envelhecer.

***“Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade” (VIII).***

***“Desenvolve uma prática profissional ao idoso com responsabilidade” (XII).***

No discurso dos professores, emergiu o critério de competência<sup>123</sup> *“Reconhecendo os limites do papel do enfermeiro e da sua competência”* (2) (Ordem dos Enfermeiros, 2003 p. 11).

***“Identifica o âmbito de atuação de enfermagem no caso da pessoa idosa afetada” (VII).***

***“Reconhece o papel do enfermeiro na prestação dos cuidados à pessoa idosa” (XV).***

---

<sup>120</sup> “Uma esfera de ação compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados” (Ordem dos Enfermeiros, 2003 p. 8)

<sup>121</sup> Na apresentação de cada competência faremos referência à sua norma ou descritivo “A competência em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho” (idem, 2003 p.8).

<sup>122</sup> “Demonstra um exercício seguro, responsável e profissional, com consciência do seu âmbito de intervenção. A competência assenta num corpo de conhecimento e na avaliação sistémica das melhores práticas, permitindo uma tomada de decisão fundamentada” (Ordem dos Enfermeiros, 2003 p. 11).

<sup>123</sup> “Os elementos que devem ser entendidos como evidência do desempenho profissional competente” (idem, 2003 p.8).

Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico

A competência *Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico*<sup>124</sup> foi tida em conta pelos professores, na medida em que as unidades de registo identificadas espelham alguns dos critérios da presente competência.

“Exerce de acordo com o código deontológico” (5); “Atua na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no Código Deontológico” (7); “Respeita o direito dos clientes ao acesso à informação (8); “Garante a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional” (9); “Respeita o direito do cliente à privacidade” (10); Respeita o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de Enfermagem e de saúde” (11); “Reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados” (14); “Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos” (15); “Presta cuidados culturalmente sensíveis” (16) (Ordem dos Enfermeiros, 2003 pp. 12-13).

“Compreende e **avalia o ser humano como unidade holística** ao longo da vida” (X).

“**Reconhece a importância** da realização de voluntariado no apoio aos idosos” (X).

“ [Demonstra] capacidade para **desenvolver cuidados de forma holística, tolerante, sensível e sem juízos de valor, assegurando** que os **direitos, as crenças e os desejos** dos diferentes indivíduos e grupos não fiquem comprometidos” (XI).

“**Atende a pessoa idosa, família, grupo, na sua individualidade e “circunstância”, respeitando a sua cultura e os princípios éticos legais**” (XII).

“**Revela sensibilidade** para as **questões do envelhecimento**” (XIV).

“**Desenvolve a capacidade de prestação de cuidados individualizados** às pessoas idosas” (XVIII).

Relativamente ao **Domínio da Prestação e Gestão dos Cuidados**, identificámos seis, das sete competências integradoras do domínio<sup>125</sup>, constituindo-se as mesmas como unidades de contexto: (1) *Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados*; (2) *Contribui para a promoção da saúde*; (3) *Utiliza o processo de Enfermagem*; (4) *Estabelece uma comunicação e relações interpessoais*

<sup>124</sup> “Demonstra uma prática assente na Deontologia profissional e nos referenciais legais; analisa e interpreta em situação específica de prestação de cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2003 p. 12),

<sup>125</sup> A única competência ausente foi a competência Delega e supervisiona tarefas. “O enfermeiro avalia a necessidade e o tipo de cuidados a prestar ao cliente, e na priorização dos mesmos, assume a delegação de tarefas e a respetiva supervisão a pessoal funcionalmente dependente de si, mantendo total responsabilidade pelos cuidados prestados” (idem, 2003 p.21).

eficazes; (5) *Promove um ambiente seguro*; (6) *Promove cuidados de saúde interprofissionais*.

#### *Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados*

Os achados revelaram a presença da competência *Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados*<sup>126</sup>.

*“Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados à pessoa idosa” (VIII).*

*“Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados” (XVII).*

As unidades de registo identificadas espelham alguns dos critérios da presente competência.

“Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de enfermagem” (20) (Ordem dos Enfermeiros, 2003 p. 14).

*“Integra os procedimentos de enfermagem nas intervenções dirigidas à pessoa idosa” (VII).*

*“(…) Aplica [os conhecimentos] às ações cuidativas” (XVI).*

*“Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de enfermagem” (XVII; XXIV).*

“Aplica o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas” (23) (idem, 2003 p.14).

*“Aplica o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas” (XII; XVII).*

“Ajuíza e toma decisões fundamentadas, qualquer que seja o contexto de prestação de cuidados” (24); “Fornece a fundamentação para os cuidados de Enfermagem prestados” (25) (ibidem, 2003 p.14).

*“Fundamenta com conhecimento científico, o planeamento de enfermagem para a prestação de cuidados ao idoso” (VII).*

*“Fundamenta cientificamente a fragilidade/vulnerabilidade da pessoa idosa, em qualquer contexto” (XIV).*

*“Revela conhecimentos para fundamentar a especificidade dos cuidados à pessoa idosa” (XIV).*

*“Toma decisões” (XVI).*

*“Fornece fundamentação para os cuidados de enfermagem prestados” (XVII).*

---

<sup>126</sup> “O enfermeiro age de forma fundamentada, mobilizando e aplicando os conhecimentos e técnicas adequadas, procurando realizar as melhores práticas assentes em resultados de investigação e outras evidências” (Ordem dos Enfermeiros, 2003 pp. 13-14).

### Contribui para a promoção da saúde

A competência *Contribui para a promoção da saúde*<sup>127</sup> esteve presente no discurso dos professores.

*“Contribui para a promoção da saúde da pessoa idosa” (VIII).*

*“Promove cuidados de saúde à pessoa idosa” (XXII).*

As suas unidades de registo espelham alguns dos critérios da competência.

*“Vê o indivíduo, família e a comunidade numa perspetiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes de saúde” (34) (Ordem dos Enfermeiros, 2003 p. 15)*

*“Vê o indivíduo, família e a comunidade numa perspetiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes de saúde” (XXIV).*

*“Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação” (35) (idem, 2003 p.15).*

*“Desenvolve atividades no âmbito da promoção da saúde dos idosos estudados” (IV).*

*“Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção e educação para a saúde” (36) (ibidem, 2003 pp. 15-16).*

*“Promove a saúde e a reabilitação na pessoa idosa, mobilizando os recursos da comunidade” (III).*

*“Atua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adotarem estilos de vida saudáveis” (37) (Ordem dos Enfermeiros, 2003 p. 16).*

*“Promove o envelhecimento ativo” (XIV).*

*“ [Demonstra] capacidade para educar, facilitar, dar suporte e encorajar a saúde, bem-estar e conforto das populações, comunidade, grupos e indivíduos cujas vidas são afetadas pela doença, sofrimento, incapacidade ou morte” (XI).*

*“ [Demonstra] capacidade de promoção da saúde e o envelhecimento ativo” (XVIII).*

*“ [Demonstra] capacidade de educação dos cuidadores informais” (XVIII).*

*“ Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis ótimos de saúde e reabilitação” (38) (idem, p.16).*

---

<sup>127</sup> “O enfermeiro mobiliza os seus conhecimentos técnico-científicos na definição de diagnósticos de situação, no estabelecimento de planos de ação atendendo às políticas de saúde e sociais, bem como os recursos disponíveis no contexto em que está inserido. O enfermeiro no âmbito da educação para a saúde, dota os cidadãos de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas ao seu projeto de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2003 p. 15).

“ [Demonstra] capacidade de **informar, educar e supervisionar** doentes/cuidadores e suas famílias (**utilizando habilidades** de enfermagem, **intervenções/atividades** para providenciar melhores cuidados) ” (XI).

“ Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades” (42) (Ordem dos Enfermeiros, 2003 p. 16).

“**Demonstra técnicas** próprias da profissão de enfermagem, **que visam a promoção, manutenção e recuperação** das funções vitais do idoso, bem como da **promoção e proteção da saúde**” (XV).

### Utiliza o Processo de Enfermagem

A competência *Utiliza o Processo de Enfermagem*<sup>128</sup> foi valorada pelos professores, na medida em que as unidades de registo identificadas espelham alguns dos critérios da presente competência.

“Efetua, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a conceção dos cuidados de Enfermagem” (44) e “Analisa, interpreta e documenta os dados com exatidão (45) (Ordem dos Enfermeiros, 2003 p. 17).

“**Demonstra conhecimentos, aptidões e atitudes** no processo de **conceção de cuidados de enfermagem** (...) (I).

“**Desenvolve competências para a identificação de problemas** de enfermagem do idoso e sua família (utiliza a entrevista, observação, exame físico, instrumento de avaliação e outros) ” (II).

“**Identifica problemas de saúde** na pessoa idosa/família ou pessoa significativa/comunidade” (III).

“**Identifica os elementos necessários** para uma **avaliação multidimensional** da saúde da pessoa idosa” (XV).

“ (...) **Identifica problemas** de saúde (...) adequados ao adulto, idoso e família, utilizando a CIPE” (IX).

“Formula um plano de cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores” (46); “Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores” (49); “Identifica resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e/ou revistos, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores” (50); “Implementa os cuidados de Enfermagem planeados para atingir os resultados esperados” (53); “Avalia e documenta a evolução,

---

<sup>128</sup> “O enfermeiro diagnostica e prioriza os problemas, procurando recolher e analisar os dados mais relevantes que lhe permitem estabelecer objetivos e um plano de cuidados fundamentado no e para o qual assume a parceria efetiva do cliente/cuidadores. Cria momentos de avaliação em todo o processo e procede às respetivas alterações sempre que considera necessário, visando a qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2003 pp. 16-17).

no sentido dos resultados esperados” (58); “Utiliza os dados da avaliação para alterar o planeamento dos cuidados” (60) (Ordem dos Enfermeiros, 2003 pp. 17-18).

“*Demonstra conhecimentos, aptidões e atitudes (...) no **desenvolvimento de intervenções terapêuticas***” (I).

“*Desenvolve competências para o **planeamento, execução e avaliação** das atividades/cuidados de **enfermagem** prestados ao idoso e sua família, no âmbito dos cinco níveis de prevenção em saúde: prevenção primordial, prevenção primária, prevenção secundária, prevenção terciária e prevenção quaternária (**hierarquiza prioridades, desenvolve e utiliza estratégias de intervenção** adequadas, **avalia** o processo)” (II).*

“***Planeia e organiza a prestação de cuidados** em diferentes contextos face às necessidades do utente ao longo do envelhecimento e aos condicionalismos existentes” (V).*

“***Planeia cuidados de enfermagem** de acordo com os valores próprios da pessoa idosa, potenciando a autonomia e a independência” (VI).*

“***Planeia as intervenções de enfermagem** autónomas e em interdependência, de acordo com as respostas humanas do idoso para evitar, resolver ou diminuir os problemas reais ou potenciais decorrentes de patologias” (VII).*

“***Avalia a eficácia do planeamento** dos cuidados para a resolução dos problemas reais ou potenciais da pessoa idosa cuidada” (VII).*

“*Demonstra capacidades para **prestação de cuidados globais de enfermagem** ao indivíduo idoso” (X).*

“*[Demonstra] (...) **intervenções de enfermagem** adequadas ao adulto, idoso e família, utilizando a CIPE” (IX).*

“***Desenvolve práticas** cujo objetivo seja **obter resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem** geriátrica e gerontológica” (XVI).*

“***Avalia processos***” (XVI).

### *Estabelece comunicação e relações interpessoais eficazes*

A competência *Estabelece comunicação e relações interpessoais eficazes*<sup>129</sup>, também emergiu no discurso dos professores.

“***Estabelece comunicação e relações interpessoais eficazes com a pessoa idosa e família***” (XII).

“*[Estabelece] **comunicação** [eficaz]*” (XVI).

As unidades de registo evidenciam alguns dos critérios da competência.

---

<sup>129</sup> O enfermeiro estabelece relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais (Ordem dos Enfermeiros, 2003 p. 18).

“Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais (61) (Ordem dos Enfermeiros, 2003 pp. 18-19).

*“Desenvolve a sua prática relacional com a pessoa a envelhecer” (XX).*

“Comunica com consistência informação relevante, correta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e eletrónica, no respeito pela sua área de competência (62) e “Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara” (63) (idem, 2003 p.19).

*“Demonstra saber comunicar com vários intervenientes no cuidar da pessoa idosa” (III).*

*“Demonstra capacidade para incentivar os doentes e os seus cuidadores a exprimir as suas preocupações e inquietações e para responder-lhes de forma adequada (emocional, social, psicológica, espiritual e fisicamente) ” (XI).*

### Promove um ambiente seguro

Os achados espelham a relevância da competência *Promove um ambiente seguro*<sup>130</sup>.

*“Contribui para a promoção de um ambiente seguro para a pessoa idosa” (VIII).*

As unidades de registos integram alguns dos critérios da presente competência.

“Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco” (68) e “Utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais” (69) (Ordem dos Enfermeiros, 2003 p. 20).

*“Identifica fatores intrínsecos e extrínsecos de tipo físico, ambiental, sociocultural, psicológicos ou político-económicos” (IV).*

*“Reconhece e identifica as alterações físicas e psicossociais que decorrem do envelhecimento” (V).*

*“ [Demonstra] capacidade de reconhecer e interpretar sinais de mudança na saúde/doença, sofrimento ou incapacidade (avaliação/diagnóstico) ” (XI).*

*“Reconhece as alterações do processo de envelhecimento” (XIV).*

*“Justifica situações de risco subjacentes à pessoa idosa” (XXII).*

---

<sup>130</sup> “O enfermeiro focaliza a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente, procurando conhecer com acuidade o seu campo de ação, utilizando estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco” (Ordem dos Enfermeiros, 2003 p. 19).

### Promove cuidados de saúde interprofissionais

A competência *Promove cuidados de saúde interprofissionais*<sup>131</sup> emergiu no discurso dos professores.

**“Trabalha em equipa” (XVI).**

Foram identificadas unidades de registo que integraram alguns dos critérios da presente competência.

“Aplica o conhecimento sobre práticas de trabalho interprofissional eficazes (73); Estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa (74); Contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração (75) e “Valoriza os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social” (76) (Ordem dos Enfermeiros, 2003 pp. 20-21).

**“Desenvolve estratégias de intervenção em equipa interdisciplinar” (XVIII).**

**“Valoriza os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social” (XXIV).**

Relativamente ao **Domínio do Desenvolvimento Profissional**, identificámos duas, das três competências integradoras do domínio<sup>132</sup>, constituindo-se as mesmas como unidades de contexto: (1) *Contribui para a valorização profissional* e (2) *Contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem*.

### Contribui para a valorização profissional

A Competência *Contribui para a valorização profissional*<sup>133</sup> foi identificada pelos professores, como podemos constatar através das unidades de registo.

“Promove e mantém a imagem profissional da Enfermagem (83); Defende o direito de participar no desenvolvimento das políticas de saúde e no planeamento dos programas (84); Contribui para o desenvolvimento da prática de Enfermagem (85);

<sup>131</sup> “O enfermeiro assume o seu papel de interlocutor privilegiado da equipa pluriprofissional estando no centro dos cuidados com o cliente/cuidadores, com estratégias de articulação assentes numa comunicação eficaz e que permitem a elaboração e execução de planos de cuidados nos quais participa de forma contínua e sistemática” (Ordem dos Enfermeiros, 2003 p. 20).

<sup>132</sup> A competência Desenvolve processos de formação contínua não emergiu nos achados “O enfermeiro adota uma atitude reflexiva sobre as suas práticas, identificando áreas de maior necessidade de formação, procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas” (idem, 2003 p. 23).

<sup>133</sup> “O enfermeiro assume o seu papel imprescindível nos cuidados de saúde aos cidadãos, criando e dando visibilidade ao seu espaço no trabalho pluriprofissional, assumindo a liderança dos processos sempre que for o profissional melhor colocado para tal” (ibidem, 2003 p.22).

Assume responsabilidades de liderança quando for relevante para a prática de cuidados de Enfermagem e dos cuidados de saúde” (88) (Ordem dos Enfermeiros, 2003 p. 22).

*“Procura, face às diversidades induzidas pelo envelhecimento, novas soluções para os problemas e toma iniciativa na sua resolução” (V).*

“Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da Enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de qualidade dos cuidados” (86) (idem, 2003 p.22).

*“Desenvolve competências na prestação de cuidados ao adulto e idoso nos diferentes níveis de prevenção centrados na família utilizando a metodologia científica” (XII).*

*“[Desenvolve] competências científicas” (XVI).*

“Atua como um modelo efetivo” (87) (ibidem, p.22).

*“Atua como um recurso para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte” (XVII).*

### Contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

A competência *Contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem*<sup>134</sup> emergiu uma única vez no discurso dos professores.

*“Contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa idosa” (VIII).*

## **Elementos Integradores da Competência**

Nesta investigação, relativamente ao conceito *competência*, para além da afiliação ao perfil de competências da OE, já analisado, ressalvamos dois autores de referência: (1) Guy Le Boterf<sup>135</sup> e (2) Maria Arminda Costa<sup>136</sup>.

---

<sup>134</sup> “O enfermeiro participa em programas de melhoria da qualidade, atuando simultaneamente como promotor e executor dos processos, mobilizando e divulgando continuamente novos conhecimentos sobre boas práticas” (Ordem dos Enfermeiros, 2003 p. 23).

<sup>135</sup> Perito reconhecido internacionalmente na área das competências.

<sup>136</sup> Enfermeira e professora reformada, autora da Dissertação de Doutoramento “Cuidar Idosos – Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros”, da qual resultou o modelo integrador da dinâmica da construção de competências dos enfermeiros em cuidados aos idosos”.

Boterf defende que a competência envolve três eixos fundamentais: (1) a *pessoa* (biografia e socialização); (2) *as situações de formação* (formação profissional); e (3) *as situações profissionais* (contexto profissional). Defende ainda que para se ser competente é fundamental saber agir, querer agir e poder agir (Boterf, 2000).

Costa, no âmbito da Enfermagem e no seu modelo de análise da construção de competências dos enfermeiros em cuidados aos idosos, refere que o agir integrador em cuidados geriátricos (ação, relação e ser) envolve quatro contextos: (1) o *contexto do sujeito* (trajetória biográfica com idosos, processo de socialização e formação profissional); (2) o *contexto do utilizador* (trajetória biográfica do doente e da doença, sistema de disposições para os cuidados e para os enfermeiros); (3) o *contexto da profissão* (modelos profissionais de cuidados geriátricos, significados dos cuidados, sistemas de formação); e (4) o *contexto da ação* (modelo organizacional, estratégias de ação locais, processos de negociação) (Costa, 2006).

As ideias destes autores são importantes na reflexão acerca do desenvolvimento das competências dos estudantes de Enfermagem que, como pessoas, são o produto da sua história e das suas relações. Detêm traços e características pessoais e desenvolvem conhecimentos, habilidades e capacidades através de experiências de aprendizagem, que uma vez combinados e mobilizados na ação, desenrolada num contexto, se traduzem em competências.

Dos achados sobressaíram unidades de registo, que embora não tenham sido identificadas como competências, tendo em conta a definição assumida, integram elementos da mesma. A subcategoria que designámos de *elementos integradores da competência* envolve três unidades de contexto: (1) *os saberes*; (2) *as habilidades e capacidades*; e (3) *as aptidões e qualidades pessoais*<sup>137</sup>.

### Os saberes

Ser competente no cuidado centrado na pessoa ao envelhecer implica ser detentor de um corpo de saberes na respetiva área, adquiridos e desenvolvidos através da experiência de aprender.

Os saberes podem ser: (1) teóricos (usados para compreender um fenómeno, um objeto, uma situação, uma organização, um processo); (2) contextuais (sobre o

---

<sup>137</sup> Boterf traz à discussão os recursos integradores dos profissionais que uma vez combinados e mobilizados na ação constituem a competência: Os conhecimentos "*Les savoirs*"; As habilidades e capacidades "*Les savoirs-faire*"; e as aptidões e qualidades pessoais "*Les savoirs être*".

contexto onde o profissional atua); e (3) procedimentais (os que ditam regras e modos de agir, explicando “como fazer”) (Boterf, 2000).

Dos achados, emergiram saberes *teóricos* e *contextuais*.

Os saberes teóricos são necessários para explicar anomalias e para orientar as decisões de uma intervenção, contudo não se encontram relacionados com o contexto onde são aplicados, sendo mais gerais (idem, 2000). Conhecer e compreender conceitos, princípios e teorias, neste caso sobre o envelhecer, são saberes teóricos, imprescindíveis à compreensão do cuidado centrado na pessoa ao envelhecer e orientadores da ação dos estudantes de Enfermagem.

Os professores referiram um conjunto de saberes teóricos, que consideraram inerentes à competência e que apresentamos nos excertos seguintes. Estes saberes focaram, sobretudo, o fenómeno de envelhecer, envolvendo conceitos como a senescência, as teorias e os tipos de envelhecimento.

*“Conhece o processo de senescência e as alterações produzidas ao idoso” (II).*

*“Conhece diferentes teorias sobre o envelhecimento” (III).*

*“Adquire conhecimentos relativos aos diferentes tipos de envelhecimento” (XII).*

*“Conhece as teorias e modelos de envelhecimento e dos processos de transferência” (XVI).*

*“Conhece os princípios dos cuidados às pessoas adultas e idosas” (XXIV).*

Para além de conhecer, é referido pelos professores a relevância de compreender. Esta ideia vai ao encontro do que nos diz Boterf, quando afirma que não basta “Saber que” (Knowing-that) (savoir que), sendo essencial “saber como” (Knowing how) (savoir comment) (Boterf, 2000). Assim, ao estudante de Enfermagem, exige-se-lhe que conheça o fenómeno de envelhecer, os tipos e teorias do envelhecimento e que simultaneamente compreenda estes conceitos e processos, assim como as suas repercussões na vida da pessoa ao envelhecer.

*“Compreende as modificações e implicações sociais, psicológicas e fisiológicas inerentes ao processo de envelhecimento” (III).*

*“(…) Compreende a problemática da doença crónica” (IX).*

*“Compreende as alterações dos processos bio-psico-sociais, culturais e espirituais do indivíduo adulto e geronte” (XIII).*

*“Compreende os estados de dependência/independência ao nível das necessidades humanas básicas (XIII).*

*“Desenvolve capacidade de compreensão sobre o fenómeno do envelhecimento humano” (XVIII).*

**“Compreende o processo de envelhecimento nas diferentes vertentes e as suas repercussões” (XIX).**

**“Compreende o conceito de envelhecimento” (XX).**

**“Compreende o processo de envelhecimento” (XXII).**

Ao contrário dos saberes teóricos, mais gerais e abstratos, os saberes contextuais incidem sobre o contexto onde se desenvolve o agir integrador.

A competência desenvolve-se sempre num contexto, tornando-se essenciais os saberes sobre esse contexto. Alguns exemplos de saberes contextuais são os conhecimentos relacionados com a cultura social e organizacional, regras e tipos de gestão, características dos produtos/serviços e as características dos clientes, entre outros (Boterf, 2000).

Dos achados, identificámos:

- Saberes sobre a experiência da pessoa ao envelhecer, nomeadamente as suas necessidades e as suas respostas adaptativas aos processos de transição particulares desta fase da vida humana.

**“Compreende as respostas humanas aos processos de vida, transição para o processo de envelhecimento” (I).**

**“Compreende as respostas humanas aos problemas de saúde da pessoa idosa e família, face ao processo de doença e hospitalização” (I).**

**“Compreende o modo como as pessoas/grupos de idosos desenvolvem as suas atividades de vida” (IV).**

**“Compreende a resposta adaptativa da pessoa adulta e idosa ao processo de saúde/doença aos diferentes contextos de vida” (XIII).**

**“Compreende a resposta adaptativa da pessoa adulta e idosa ao processo saúde/doença em contextos peri operatório” (XIII).**

**“Conhece as necessidades da pessoa idosa no contexto dos cuidados” (XIX).**

- Saberes sobre o contexto de cuidados, como o modelo e a dinâmica da prestação de cuidados e o trabalho multidisciplinar no cuidado à pessoa ao envelhecer.

**“(…) Compreende as dinâmicas da prestação de cuidados à pessoa adulta, idosa e família nos diferentes níveis de prevenção (IX) ”.**

**“Compreende/domina a técnica de cuidados de longa duração e cuidados à pessoa idosa em processo de fim de vida” (XV).**

*“Compreende a importância do trabalho de uma equipa multidisciplinar no apoio e cuidados ao idoso” (X).*

- Saberes sobre os referenciais no envelhecer, nomeadamente as políticas de saúde e sociais, assim como os programas e projetos orientadores nesta área do conhecimento (DGS).

*“Conhece as políticas de saúde e sociais relativas ao envelhecimento” (II).*

*“Conhece os programas e projetos preconizados pela DGS dirigidos ao idoso, nos diferentes contextos (unidade funcional, comunidade ou domicílio)” (II).*

*“Conhece os programas de saúde relacionados com a pessoa idosa” (XXII).*

- Saberes sobre a intervenção da Enfermagem na pessoa ao envelhecer.

*“Compreende o processo de **conceção de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família** que vivenciam um processo de transição” (I).*

*“Conhecimentos (...) no âmbito da **promoção e educação para a saúde**” (IX).*

*“Conhece os **focos, diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem** mais comuns à pessoa idosa” (XII).*

*“Desenvolve **conhecimento científico, técnico, estético e ético para cuidar o adulto e geronte, em situação de défice de saúde, aos três níveis de prevenção**” (XIII).*

*“Desenvolve **saberes nos cuidados a ter com a pessoa no seu processo de envelhecimento**” (XX).*

### As habilidades e as capacidades

As habilidades e as capacidades, equivalentes ao saber fazer, podem ser decompostas em: (1) saber fazer formalizado (abordagens, ferramentas, métodos que são colocados em prática pelo profissional); (2) saber fazer empírico (o saber fazer que nasce da ação); e (3) saber fazer cognitivo (operações intelectuais necessárias à formulação, análise e resolução de problemas, à conceção e realização de projetos, à tomada de decisão, à criação ou à invenção) (Boterf, 2000).

Dos achados, emergiram o saber fazer formalizado e o saber fazer cognitivo<sup>138</sup>.

---

<sup>138</sup> Os saberes fazer empíricos compreendem a aprendizagem que decorre da experiência prática. É o saber que nasce do agir, próprio do profissional que vivencia uma experiência. Na Enfermagem, é designado como o saber que nasce da experiência da enfermeira, capaz de antecipar, por exemplo, uma complicação, através da sua inteligência prática. São saberes dificilmente exprimíveis ou formuláveis, limitados a uma gama de situações particulares, não podendo ser generalizáveis (Boterf, 2000).

O saber formalizado, também designado por saber fazer procedimental, envolve habilidades e capacidades como ler ou elaborar um plano de formação ou conduzir uma reunião<sup>139</sup>.

O desenvolvimento de habilidades e capacidades decorre da experiência vivida do estudante, experiência pessoal (história de vida) e, essencialmente, da experiência formativa (contextos formativos resultantes da formação inicial em Enfermagem).

Considerando que uma habilidade é um modo de ação e/ou uma técnica para lidar com situações e problemas, considerámos as habilidades que o estudante deve apresentar no âmbito da promoção e educação para a saúde, como por exemplo a organização e condução de uma sessão de educação para a saúde.

*“Organiza sessões educativas em Saúde, de forma a comunicar oralmente, através da escrita ou com recurso a tecnologias de informação de forma a tornar-se compreendido pelos utentes” (V).*

*“(…) Habilidades no âmbito da **promoção e educação para a saúde**” (IX).*

O saber fazer cognitivo ou as capacidades cognitivas são implementadas na forma de operações intelectuais, sendo que essas capacidades podem consistir na realização de ações de interiorização relativamente simples, como enumerar, comparar e descrever ou na realização de operações mais complexas, como a generalização indutiva, a generalização construtiva e o raciocínio analógico (Boterf, 2000).

Os professores referiram-se a capacidades cognitivas simples, como descrever as características gerais do envelhecimento:

*“Descreve as características gerais do envelhecimento” (VI)*

E capacidades cognitivas um pouco mais elaboradas como analisar<sup>140</sup> e refletir<sup>141</sup>:

*“Analisa o papel da família enquanto prestadora dos cuidados de saúde à pessoa idosa” (I).*

*“Equaciona como os idosos interagem na família” (IV).*

*“Equaciona como os idosos estão integrados e interagem em grupo e em comunidade” (IV).*

---

<sup>139</sup> O saber procedimental envolve os saberes que permitem desenvolver as habilidades e capacidades descritas. Neste caso seriam os saberes inerentes à elaboração de um plano de formação ou os saberes inerentes à condução de uma reunião.

<sup>140</sup> Segundo a Taxonomia de Bloom, analisar corresponde à terceira dimensão do processo cognitivo: Do mais simples (remember) para o mais elaborado (create), passando pelas dimensões understand, apply, analyse, evaluate (Heer, 2012).

<sup>141</sup> Refletir, entendido geralmente como sinónimo de deliberar, meditar, diferente do significado de reflexividade apresentado por Guy Le Boterf.

*“Analisa, interpreta e sintetiza documentos e legislação relacionados com os cuidados de saúde e com a enfermagem de saúde do idoso” (V).*

*“ (...) Analisa as repercussões bio fisiológicas, psicológicas, sociológicas, culturais e ambientais do processo de envelhecimento humano” (VI).*

*“Analisa e discute os conceitos centrais e integrados das teorias do envelhecimento (conceitos, postulados, definições teóricas e operacional, sistemas de ligações) (XVI).*

*“Analisa as políticas de saúde, sociais e de cuidados à pessoa idosa em Portugal” (XIX).*

*“Analisa o processo de saúde/doença e a sua influência na pessoa adulta e idosa, na família e na comunidade” (XXI).*

*“Reflete sobre a problemática do idoso no contexto atual” (XIX).*

*“Reflete sobre a importância da promoção de um envelhecimento ativo” (XIX).*

*“Reflete sobre os programas e estratégias de saúde para estas pessoas” (XXIV).*

### As aptidões ou qualidades pessoais

As aptidões ou qualidades pessoais são recursos difíceis de exprimir ou descrever, mas que são muito relevantes no desenvolvimento de competências. A confiança em si, o espírito criativo, de iniciativa, são exemplos de aptidões e qualidades pessoais definidas por Boterf (2000). Nos achados, identificámos alguns destes recursos, nomeadamente o espírito crítico, criativo e reflexivo, qualidades pessoais, que podem e devem ser trabalhadas nos contextos formativos.

*“ (...) Pensamento crítico e criativo para analisar os problemas de saúde e as respostas de ajustamento humano do idoso” (XVI).*

*“ (...) Capacidades crítico-reflexivas (...) (IX).*

### **6.1.6. Mudanças curriculares na área do envelhecer**

#### **Questionário 6ª Questão**

#### **Ocorreram mudanças curriculares no último ano na área do envelhecer?**

*Se sim, refira as suas mudanças e a sua fundamentação. Pode referir-se a mudanças referentes aos conteúdos, atividades e/ou metodologias, mesmo que não sejam visíveis no plano de estudos e/ou em outros documentos de referência.*

Com esta questão, procurámos conhecer as mudanças curriculares recentes na área do envelhecer. Como referimos anteriormente, torna-se importante sabermos que mudanças ocorreram, quando, como e porquê.

A mudança leva a novas oportunidades e aprendizagens. Faz-nos sentir vivos e conscientes, ajudando a compreendermo-nos melhor como agentes capazes de escolha (Hussey, 2002). A mudança obriga ainda a uma reflexão e discussão sobre os problemas sociais e educacionais, abrindo caminho a novos conhecimentos e soluções.

Dos vinte e cinco professores, dezasseis (64%) referiram não terem ocorrido mudanças curriculares na área do envelhecer no decorrer do último ano e nove (36%) referiram mudanças nesta área do conhecimento.

A análise das respostas fez emergir duas subcategorias, que designámos de: (1) *conceção formal da mudança*; e (2) *conceção informal da mudança*.

Apresentamos, no quadro seguinte, a categoria, as subcategorias e as unidades de contexto identificadas e analisadas.

Quadro 13- Mudanças curriculares na área do envelhecer

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Contexto</b>
<b>Mudanças curriculares na área do envelhecer</b>	Conceção Formal da Mudança	Planos de estudo
		Conteúdos
		Metodologias e estratégias
	Conceção Informal da Mudança	Desenvolvimento dos docentes
		Adequação a um novo grupo de estudantes

### **Conceção Formal da Mudança**

As mudanças formais na estrutura e gestão curricular na área do envelhecer, envolvem, como em qualquer outra área, necessariamente uma discussão interna, entre os diferentes atores do desenvolvimento curricular e uma discussão externa com consequente avaliação. Estas mudanças são publicadas e transmitidas à sociedade em decreto-lei, no que se refere aos planos de estudo e, à partida, em manuais de referência, no que se refere aos conteúdos, metodologias e estratégias, envolvendo

diferentes tempos de reflexão e momentos de partilha, consoante a natureza mais ou menos profunda das mesmas.

A subcategoria *conceção formal da mudança* integra, assim, as seguintes unidades de contexto: (1) *mudanças ao nível dos planos de estudo*; (2) *mudanças ao nível dos conteúdos*; e (3) *mudanças ao nível das metodologias e estratégias*.

### Mudanças ao nível dos planos de estudo

As mudanças ao nível dos planos de estudo incidiram essencialmente na introdução de UCs direcionadas para o envelhecer de natureza teórica e a introdução de UCs direcionadas para o envelhecer de natureza prática.

Como já referimos nesta investigação, investir o currículo de UCs direcionadas para o envelhecer permite aos estudantes uma maior consciência acerca do envelhecer e o desenvolvimento de uma base de conhecimento e competências específicas nesta área do conhecimento.

A introdução de UCs direcionadas para o envelhecer (de carácter obrigatório e/ou opcional) decorreu de reflexões internas e de recomendações externas, nomeadamente da A3ES.

*“Implementação de um novo plano de estudos (...) onde é visível (...) a introdução de unidades curriculares optativas na área da gerontologia, independentemente dos conteúdos abordados na enfermagem comunitária e na enfermagem médico-cirúrgica” (II).*

*“Ocorrência de um estágio com 7 ECTS em exclusivo em unidades de geriatria/gerontologia” (II).*

*“Foi mudada toda a estrutura curricular e introduzida uma disciplina específica sobre o envelhecer – decorreu de exigência da A3ES” (XI).*

*“Oferecemos UCs optativas cuja população alvo é a pessoa idosa “Saúde Mental e envelhecimento” “Família e Idoso” “Enfermagem Gerontogeriatrica” (XVIII).*

*“Foi também criada uma unidade curricular de ensino clínico “cuidar em cuidados continuados/gerontologia” (VI).*

*“ (...) Em curso revisão do plano de estudos do CLE a integrar o ensino clínico aos idosos (coerência com as necessidades de saúde da população e recomendação da A3ES) ” (XIX).*

### Mudanças ao nível dos conteúdos

As mudanças relacionadas com os conteúdos têm, habitualmente, uma menor visibilidade em comparação com as mudanças ao nível das UCs, na medida em que não exigem uma atualização dos planos de estudo (decreto-lei). É, no entanto,

recomendável que estas mudanças sejam autorizadas pelo conselho técnico científico de cada instituição, obedecendo, naturalmente, a uma avaliação interna e discussão por pares.

As mudanças de conteúdos centraram-se essencialmente numa maior ênfase nas questões ligadas ao envelhecer, uma vez mais numa perspectiva salutogénica, suportando os anteriores achados e com incidência em áreas específicas como a segurança e a sexualidade nas pessoas ao envelhecer, entre outras, como a domótica e a robótica.

*“ (...) É visível o maior ênfase nas questões ligadas ao envelhecimento” (II).*

*“Foram introduzidas temáticas no programa, nomeadamente: **maus tratos à pessoa idosa e sexualidade no idoso**” (VI).*

*“Colocou-se um **ênfase maior nos processos promotores do envelhecimento ativo**” (XIII).*

*“Percebendo a sociedade tecnocrática em que vivemos foram **integrados** no âmbito dos currícula conteúdos relativos à domótica e robótica e ainda sobre **gestão dos serviços de apoio a idosos**, situação decorrente do exponencial aumento da institucionalização dos mesmos” (XVI).*

*“Maior **destaque nos cuidados de saúde ao idoso**, no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica (assenta na evidência do envelhecimento da população, na grande incidência de doenças crónicas nas pessoas idosas, que conjugando as limitações das patologias e o seu declínio funcional, têm grande representatividade nestas áreas dos serviços hospitalares)” (XIX).*

### Mudanças ao nível das metodologias e estratégias

As mudanças relacionadas com as metodologias e estratégias podem ser de diferente natureza. Constituem-se como mudanças formais, recomendando-se que sejam integradas em manuais de referência do conhecimento dos diferentes atores do desenvolvimento curricular, mas, em determinados momentos e contextos, se as mudanças não forem profundas, constituem-se como mudanças mais informais.

Os professores referiram, nos seus discursos, mudanças relacionadas com as metodologias e estratégias desenvolvidas como as experiências de campo, promotoras de um envelhecer ativo, a criação de espaços de análise partilhada com diferentes intervenientes e não apenas entre professores e estudantes, a realização de um trabalho de projeto promotor do desenvolvimento de competências específicas na área do envelhecer e a continuidade e aperfeiçoamento de metodologias e o cruzamento entre elas, tendo sido uma vez mais evidenciada a aprendizagem baseada em problemas e as sessões de educação para a saúde.

**“Estimulou-se o desenvolvimento de experiências em campo pelos alunos, promotoras do envelhecimento ativo” (XIII).**

**“Criaram-se espaços de análise partilhada entre formandos, docentes e outros intervenientes no processo ensino aprendizagem dessas experiências” (XIII).**

**“Foi facultada a oportunidade dos formandos realizarem trabalho de projeto promotor do desenvolvimento de competências específicas para a Intervenção de enfermagem com as pessoas idosas integradas na comunidade” (XIII).**

**“No último ano ocorreu uma mudança ao nível da continuidade de atividades e metodologias relacionadas com os conteúdos sobre envelhecimento. Assim, o trabalho realizado em PBL, sobre estilos de vida saudáveis no envelhecer, serviu de base para sessões de educação para a saúde sobre a mesma temática e que foram realizadas pelos grupos em instituições para idosos na UC de Enf. III – Saúde Pública e Educação para a Saúde. Por outro lado os testemunhos dos idosos na atividade “Ouvindo os idosos” foram um contributo que integrou o próprio PBL em Enf. II” (XXIV).**

## **Conceção Informal da Mudança**

As mudanças curriculares que designámos de informais são as que decorrem em contexto de sala de aula ou de ensino clínico, fruto da sensibilidade, experiência e reflexividade dos professores e em parceria com os diferentes atores curriculares.

São menos visíveis, pelo menos publicamente, mas isso não significa que não tenham nascido de reflexões e discussões entre o grupo. Tendem, em nossa opinião, a ser esquecidas se não forem reveladas e por esse motivo ocupam um lugar de destaque nesta investigação.

A subcategoria *conceção informal da mudança* integra, assim, as seguintes unidades de contexto: (1) *o desenvolvimento dos docentes*; e (2) *a adequação a um novo grupo de estudantes*.

### *Desenvolvimento dos docentes*

A mudança determina um conjunto de competências dos professores de Enfermagem, nomeadamente nos domínios da investigação, ensino e formação científica, esperando-se novas formas de conceber e praticar a docência, a assunção de novos papéis docentes e uma reorganização curricular constante. Aos professores é-lhes requerido que se desenvolvam nos diversos contextos onde intervêm, revelando uma atitude investigativa, reflexiva e crítica, envolvendo-se na resolução de problemas pedagógicos e promovendo a responsabilidade e participação dos

diferentes atores curriculares, nomeadamente os estudantes, tendo em vista um processo de aprender e ensinar baseado na evidência e adequado às necessidades de todos (Mestrinho, 2011).

Segundo os participantes inquiridos, o investimento dos professores nesta área do conhecimento em Enfermagem tem-se repercutido em novas formas de conceber e praticar a docência no envelhecer.

**“Docentes terem aperfeiçoado os respetivos conhecimentos e competências relativos ao envelhecimento, repercutiu-se no maior enfase imprimido na formação acerca do envelhecimento ativo bem-sucedido” (XIII).**

#### Adequação a um novo grupo de estudantes

Esta unidade de contexto – *A adequação a um novo grupo de estudantes*, é reveladora de um ensino centrado no cuidar, onde o foco da ação docente é a aprendizagem dos estudantes, a compreensão das suas necessidades e a procura de capacidades para lhes responder adequadamente (idem, 2011).

**“Adaptação às características do novo grupo de estudantes” (XV).**

Isto significa que o currículo é dinâmico, flexível e multidimensional e que em todos os anos letivos, semestres, dias e momentos pedagógicos, o professor se depara com novos desafios, que o levam a mudar conceções e práticas, por menores que elas sejam. Relembramos que apenas nove professores referiram que ocorreram mudanças curriculares no último ano letivo. Atendendo à nossa ideia de currículo, questionamos: *Será mesmo assim?*

#### **6.1.7. Os valores na área do envelhecer**

##### **Questionário 7ª Questão**

**Refira os valores que suportam o currículo na área do envelhecer.**

Com esta questão, procurámos conhecer os valores enraizados no currículo dos CLE na área do envelhecer.

Os valores são figuras do desejável e remetem-nos para o mundo de uma crença ideal, envolvendo aspirações e representações. Indicam o meio possível de

uma travessia e os seus limites, tecendo o horizonte de uma cultura e representando referências essenciais à comunicação (Resweber, 2002).

Os valores são entidades ideais com que justificamos e motivamos as nossas ações. Guiados pelos valores, escolhemos e tomamos decisões (Henriques, et al., 2013).

Tendo estes factos em consideração, podemos afirmar que ao conhecermos os valores que suportam o currículo na área do envelhecer, conhecemos o que é valorizado e tido como ideal, aquilo que é preservado e protegido pelo grupo, orientando o seu agir. Neste sentido, propusemo-nos descrever e analisar o que, efetivamente, os professores inquiridos, identificam como valor.

Dos achados, emergiram diferentes valores, referidos por vinte e um professores, o que correspondeu a 84% das respostas possíveis<sup>142</sup>.

A análise das respostas suportou-se nos principais eixos e/ou dimensões referenciados por autores que estudaram os valores<sup>143</sup>. Assim, apresentamos como subcategorias: (1) *os valores éticos e deontológicos*; (2) *os valores sociais, políticos e culturais*; e (3) *os valores educacionais e científicos*.

Expomos, na tabela seguinte, a categoria, as subcategorias e as unidades de contexto identificadas e analisadas.

Quadro 14- Valores que suportam o currículo na área do envelhecer

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Contexto</b>
<b>Valores que suportam o currículo na área do envelhecer</b>	Valores Éticos e Deontológicos (CDE)	Valores Universais <sup>144</sup>
		Valores humanos <sup>145</sup>
	Valores Sociais, Políticos e Culturais	Solidariedade Intergeracional
		Valoração social da pessoa ao envelhecer
		Cidadania

<sup>142</sup> Embora se tenha constituído como uma questão de carácter obrigatório, não foram contabilizadas quatro respostas: Um professor referiu-se ao valor de créditos da UC direcionada para o envelhecer, caracterizando o valor como “unidade de trabalho”; dois professores referiram “não aplicável” e um professor não respondeu ao solicitado, referindo-se aos conteúdos estarem dispersos no CLE.

<sup>143</sup> O livro “A Filosofia dos Valores” de Jean-Paul Resweber, convoca diferentes autores que estudaram a noção de valor, como Scheler e Hessen. No decorrer das suas páginas é frequente a categorização/classificação dos valores, nas dimensões: religiosa, política, científica, ética, cultural e estética, entre outras.

<sup>144</sup> A observar na relação profissional.

<sup>145</sup> Que o enfermeiro observa e pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra.

		Cuidados Culturalmente Competentes
	Valores Educacionais e Científicos	Conhecer
		Agir

### **Valores Éticos e Deontológicos** (Código Deontológico do Enfermeiro)

A deontologia visa disciplinar uma atividade profissional, estabelecendo regras direcionadas para a vivência profissional. A ética encerra em si a ideia do valor pelo qual se age, fundamental do ponto de vista interno (concepção própria) e externo (relação social e com o coletivo) (Nunes, 2008).

#### *Valores éticos e deontológicos (IX)*

“Todos os códigos (...) ditam normas que prescrevem deveres, estabelecem regras que devem ser obedecidas”, tendo, em comum, uma origem, autores e fundamento ético. “A sua gênese, na organização social e política, tem um sentido próprio. E fundamentalmente, delimitam, configuram” (idem, 2008 p. 33).

Para refletirmos acerca dos valores éticos e deontológicos, utilizámos como referencial o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE).

O CDE enuncia um conjunto de princípios, valores e deveres assentes no respeito pelos direitos humanos, orientando as intervenções de enfermagem “realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (Ordem dos Enfermeiros, 2009 p. 1).

Enfermeiro e pessoa cliente possuem valores que devem ser respeitados e assumidos, guiando a experiência de cuidar e de ser cuidado. Centrar-nos-emos, nos *valores universais* (a observar na relação profissional) e nos *valores humanos* (pelos quais o indivíduo e os grupos em que este se integra se regem), constituindo as nossas unidades de contexto.

#### Valores Universais

No CDE estão espelhados os valores universais a observar na relação profissional, sendo eles: (a) a igualdade; (b) a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; (c) a verdade e a justiça; (d) o altruísmo e a solidariedade; (e) a competência e o aperfeiçoamento profissional.

De acordo com Nunes, que organizou os valores em torno de eixos ligeiramente diversos, temos: (1) os valores inerentes ao papel assumido perante a sociedade (a liberdade responsável; a verdade e a justiça); (2) os valores centrados no outro (a igualdade; o altruísmo e a solidariedade); e (3) os valores virados para o exercício da profissão (a competência e o exercício profissional) (Nunes, 2008). Será sobre estes eixos que desenvolveremos a nossa análise.

Relativamente aos valores inerentes ao papel assumido perante a sociedade, identificámos o valor *Justiça*.

*Justiça (XII; XVI; XXIV).*

“O processo de busca pela justiça decorre numa sequência: (1) inicia-se pela aspiração a viver bem em instituições justas, sendo que o justo assume-se como o bom relativo ao outro; (2) é ratificado pela regra da justiça, formal e imparcial, passando o justo a identificar-se com o legal; (3) exerce-se no juízo em situação, decisão singular em clima de conflito e incerteza, permeada pela convicção e em que o justo se identifica com equitativo” (Nunes, 2006 p. 35).

Relativamente aos valores centrados no outro, os professores identificaram o valor universal da *igualdade*, assim como os valores do *altruísmo* e da *solidariedade*.

Segundo o Artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos do Homem, “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos” (Assembleia Geral, 1978 p.489), contudo tal não significa que a liberdade e a igualdade sejam dados adquiridos, sendo primordial, principalmente quando está presente uma ou mais vulnerabilidades, como no caso da maioria das pessoas com mais de 65 anos, proclamar o igual valor e dignidade da pessoa humana (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 2014).

*Igualdade (XXIV).*

O exercício da profissão de Enfermagem integra os valores *Altruísmo* e *Solidariedade* na medida em que os cuidados são centrados no outro e para o seu bem (Martins, 2004). Estes valores, de acordo com os achados, suportam o currículo na área do envelhecer.

*Altruísmo (XV) e Solidariedade (II; XV; XXIV).*

Relativamente aos valores virados para o exercício da profissão, identificámos nos achados, a *competência*, conceito já abordado no decorrer desta investigação, lembrando que a mesma resulta de um saber agir, querer agir e poder agir.

*Competência (II).*

Os professores referiram ainda as respostas às necessidades, a qualidade e o enquadramento concetual da OE para a definição dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem<sup>146</sup> como valores, em nosso entender, relacionados com os valores universais competência e aperfeiçoamento profissional.

*Enquadramento concetual recomendado pela Ordem dos Enfermeiros para a definição dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (VII).*

*Respostas às necessidades (XVIII).*

*Respostas adequadas ao nível dos cuidados de enfermagem geriátricos (XIX).*

*Qualidade (XXIV).*

Abordados os valores universais descritos no CDE, importa referir a Dignidade Humana, um princípio<sup>147</sup> e um valor ao constituir-se como critério das decisões (Nunes, 2008). A ela está inerente o valor próprio de cada ser humano, detentor de uma identidade única, esperando-se que o mesmo seja alvo de um cuidar holístico.

*Dignidade (I; XI; XIV; XV).*

*Identidade (I).*

*“ (...) Ser único com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (VII).*

*“ Valor do próprio indivíduo, enquanto entidade única” (X).*

*Holismo (XI).*

“E porque a dignidade diz respeito ao ser humano, nela se ancoram a autonomia, o respeito pelas escolhas de cada um, a tolerância ativa face às diferenças, o respeito pelas opiniões e convicções pessoais” (idem, 2008 p. 37).

*Autonomia (I; II; VI; XI; XII; XIV; XV).*

*Respeito (I; II; XI; XII; XIV; XV; XXIV).*

*Tolerância (II).*

A confiança, a beneficência, a dedicação, a solicitude e o amor foram, igualmente, identificados pelos professores, como valores que suportam o currículo na área do envelhecer.

---

<sup>146</sup> Este enquadramento concetual constitui a base de trabalho, da qual emergem, enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

<sup>147</sup> O princípio remete-nos para o início, para a ausência de algo anterior, o começo de algo que se sucede. É gerador da norma, formulado pelas pessoas tendo em vista uma vida boa para todos, fundamenta a ação, fornece critérios, conduz aos fins (Nunes, 2008).

*Confiança (I).*

*Beneficência (XII).*

*Dedicação (XV).*

*Amor (XV).*

*Solicitude (XVI).*

Tal como o respeito, princípio orientador, também a responsabilidade “inerente ao papel assumido perante a sociedade” (Ordem dos Enfermeiros, 2009 p. 1) emergiu no discurso dos professores.

*Responsabilidade (II; XV; XVI; XXIV).*

A privacidade e o sigilo também foram destacados, atendendo a que em muitos casos a autonomia da pessoa idosa está em risco.

O sigilo é um dever do enfermeiro “obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão” (artigo 85º) (idem, 2009 p. 3).

*Sigilo (II).*

A privacidade insere-se no dever do respeito pela intimidade (artigo 86º) “respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família”; salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” (ibidem, 2009 p.3).

*Privacidade (II; XIV).*

### Valores Humanos

No artigo 81º, referente aos valores humanos, o CDE afirma que o enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem as pessoas e os grupos em que este se integra.

Nos achados, os professores referiram-se aos valores humanos, próprios de cada pessoa e aos quais o enfermeiro deve estar atento.

*Valores próprios da pessoa idosa (VI).*

*Um ser social com valores, crenças e desejos de natureza individual (VII).*

*Valores humanos (XIII).*

*Humanismo (XIII).*

*Pessoa humana (XVIII).*

*Valores inerentes ao cuidar da pessoa na perspectiva de uma filosofia humanista (XX).*

*Valores humanistas (XXI).*

De acordo com o referido, o enfermeiro assume o dever de “cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” (Ordem dos Enfermeiros, 2009 p. 2).

*A não discriminação (XXIV).*

Assume ainda o dever, entre outros, de “salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida” (idem, 2009 p.2).

Decompondo este dever, integramos as seguintes unidades de registo identificadas:

(1) Salvaguardar os direitos da pessoa idosa...

*Vontades e desejos (X).*

*Pessoa idosa sujeito de direitos e deveres (XVIII).*

(2) Promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado...

*Independência (VI).*

*Participação ativa do sujeito que envelhece (XVIII).*

(3) Com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida;

*Envelhecimento ativo (V; XVIII).*

*Saúde (VIII).*

*Envelhecimento e qualidade de vida (XVIII).*

*Qualidade de vida (XIX).*

## Valores Sociais, Políticos e Culturais

Segundo Martins “a sociedade contemporânea, tida como sociedade de consumo, rege-se por valores materiais o que implica ter como principal objetivo a rentabilização da produção em que se privilegiam apenas os indivíduos ativos. Em consequência, tudo isto exerce efeitos negativos sobre os cidadãos, criando situações “stressantes”, geradoras de doenças e que de algum modo poderão diminuir a capacidade produtiva da pessoa mais fragilizada” (Martins, 2006 p. 126).

Educar os estudantes de Enfermagem para os valores inerentes ao exercício profissional é uma responsabilidade das instituições de ensino e dos professores, não apenas no que diz respeito aos valores éticos e deontológicos, mas também relativamente aos valores sociais, políticos e culturais, inerentes a um tempo histórico particular.

Segundo Capucha (2014), “ (...) existem muitas pessoas em fases diversas do último tramo da vida, que partilham atributos que se foram diversificando e a respeito das quais mudaram as representações sociais, os valores, os estereótipos, as políticas, as práticas relacionais e os contextos de vida” (Capucha, 2014 p. 114).

O envelhecer das populações e as suas implicações, como a reforma; o aumento da dependência e da doença crónica; a solidão e o isolamento e a pobreza, assim como outros problemas sociais que por vezes se fazem sentir, determinam uma mudança de valores sociais e políticos como a solidariedade, a corresponsabilidade e a interdisciplinaridade (Capucha, 2014); (Martins, 2006).

Passamos, de seguida, a descrever e a analisar os valores sociais, políticos e culturais identificados pelos professores inquiridos, através das unidades de contexto: (1) *solidariedade intergeracional*; (2) *valoração social da pessoa ao envelhecer*; (3) *cidadania*; e (4) *cuidados culturalmente competentes*.

### Solidariedade Intergeracional

O tema da Solidariedade Intergeracional, identificado como um valor pelos professores e já abordado neste estudo, parece ser fundamental no processo de aprender e ensinar o envelhecer em Enfermagem.

*Porque será tão importante a Solidariedade Intergeracional?* “Porque dando e recebendo apoio somos mais pessoas” e porque “uma sociedade para todas as idades é criada na interação entre pessoas com diferentes biografias e talentos” (Governo de Portugal, 2012 pp. 11-16).

*Valorização colaborativa intergeracional (V).*

Ainda no tema da solidariedade intergeracional, podemos incluir as redes estabelecidas da pessoa ao envelhecer com a família, a comunidade e a sociedade.

*Envolvimento familiar, social e comunitário (X).*

*Reconhecimento da importância do suporte afetivo, pedagógico e social da família para a qualidade de vida do idoso (XVII).*

### Valoração social da pessoa ao envelhecer

Nos achados, constatámos uma vez mais a importância da valoração da pessoa ao envelhecer, aqui na perspectiva social, política e cultural, sendo fundamental a reflexão acerca das representações, mitos e preconceitos já abordados. Valorar a pessoa ao envelhecer nesta perspectiva “ (...) implica assumir que os idosos têm utilidade social, económica, qualificacional e cultural” (Capucha, 2014 p. 127).

*Visão integrativa de valorização do idoso na sociedade (V).*

*“A pessoa idosa é um membro útil da sociedade” (VIII).*

### Cidadania

“A cidadania ativa pressupõe que pessoas e organizações (...) assumam a responsabilidade de desenvolver a sociedade, através de ações como a participação pública e política, o associativismo, o voluntariado e a filantropia”. A cidadania é compreendida na tripa aceção de: direitos civis, participação política e direitos sociais (Direção-Geral da Saúde, 2012 p. 2).

A cidadania, no sentido da pessoa ser responsável pela sua própria vida, assumindo um papel interventivo na sociedade, foi referida pelos professores como um valor que suporta o currículo na área do envelhecer.

*“Poder conduzir a sua própria vida no que concerne às suas vontades e desejos” (X).*

No que respeita à saúde “o reforço do poder e da responsabilidade do cidadão em contribuir para a melhoria da saúde individual e coletiva, reforça-se através da promoção de uma dinâmica contínua de desenvolvimento que integre a produção e partilha de informação e conhecimento (literacia em saúde), numa cultura de pro-atividade, compromisso e autocontrolo do cidadão (capacitação/participação ativa),

para a máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (empowerment) ” (idem, 2012 p. 4).

### Cuidados Culturalmente Competentes

Os cuidados de Enfermagem culturalmente competentes são essenciais à satisfação das pessoas, famílias e grupos, determinando ganhos em saúde. Um enfermeiro competente a este nível é um enfermeiro que valoriza a diversidade e é perito em conhecimento sobre os pontos fortes da cultura (Vilelas, et al., 2012).

“Temos o direito a ser iguais sempre que a diferença nos inferioriza; temos o direito a ser diferentes sempre que a igualdade nos descarateriza” (Santos, 1999)<sup>a)</sup>.

Relativamente aos cuidados culturalmente competentes, os professores inquiridos referenciaram os cuidados culturais de Leininger e a multiculturalidade.

*Premissas dos cuidados culturais de Leininger (VII).*

*Multiculturalidade (XI).*

### **Valores Educacionais e Científicos**

“O discurso mergulha-nos numa comunidade linguística de valores comumente partilhados”, sendo importante referir que, nos discursos analisados, o valor assume a noção de “ideal e de fim”, situando-se a “montante e a jusante da linguagem” (Resweber, 2002 pp. 51-105).

Os professores consideram que é importante desenvolver um apropriado corpo de conhecimentos, habilidades e atitudes, integrados num agir profissional, motivo pelo qual, emergiram duas unidades de contexto, que passamos a descrever e a analisar: (1) *conhecer*, e (2) *agir*.

### Conhecer

Retomando o paradigma educacional em que nos afiliamos, importa realçar, que os professores inquiridos consideraram o conhecimento científico (corpo de conhecimento) como um valor, realçando a relevância da compreensão e da reflexão para o agir profissional do enfermeiro.

*Corpo de conhecimento (VIII).*

*Reflexão sobre o ciclo vital da família e seus pontos de transição críticos como a base para o estudo das famílias (XVII).*

*Compreensão da diversidade de abordagens associadas à questão do envelhecimento na sociedade portuguesa (XVII).*

### *Agir*

Focando-nos nesta última noção, a de fim, importa lembrar que é “sobre o campo da relação, que o valor se transforma em função” (idem, 2002 p. 105).

Para além dos conhecimentos, os professores identificaram a necessidade de desenvolvimento de habilidades e atitudes nos cuidados centrados na pessoa ao envelhecer.

*“ (...) Habilidades e atitudes (...) ” (VIII).*

Num dos discursos, foi notória a relevância dada ao estudante de enfermagem na sua relação com a pessoa ao envelhecer, evidenciando o encandeamento que é necessário no processo de cuidados: “*Que o estudante ao refletir e interagir com o idoso saiba:*

*Observar para poder compreender (IV).*

*Sintetizar para interiorizar (IV).*

*Questionar sem ajuizar (IV).*

*Respeitar para ser respeitado (IV).*

*Escutar para poder analisar (IV).*

*Validar para aprender (IV).*

Concluimos que os cuidados de enfermagem centrados na pessoa ao envelhecer têm como ideal e fim, diferentes valores, repartidos segundo eixos, entre eles, éticos e deontológicos; sociais, políticos e culturais e educacionais e científicos. Relativamente aos eixos, Resweber menciona “ (...) cada um destes se define, distinguindo-se e interpondo os valores específicos dos outros eixos. Assim, os valores estéticos não excluem os valores científicos, políticos ou religiosos, mas quando erigidos em pólo dominante, permitem aos outros redefinirem-se e redistribuírem-se sobre uma nova escala” (Resweber, 2002 p. 38).

### 6.1.8. Os documentos de referência no envelhecer

#### Questionário 8ª Questão

**Os documentos são reveladores de significados e práticas. Identifique o(s) documento(s), no âmbito do curso que representa, que espelha(m) informações sobre o currículo na área do envelhecer.**

*Caso os documentos estejam disponíveis online coloque o link. Caso não estejam disponíveis solicitamos o seu envio para o correio eletrônico da investigadora. Em ambos os casos será realizada análise documental.*

Com esta questão, procurámos conhecer os documentos reveladores de significados e práticas curriculares na área do envelhecer. Tendo em conta a nossa finalidade, solicitámos aos professores a identificação de documentos no âmbito do seu curso que espelhassem informações sobre o currículo nesta área do conhecimento.

“O uso de documentos em pesquisa deve ser apreciado e valorizado. A riqueza de informações que deles podemos extrair e resgatar justifica o seu uso em várias áreas das Ciências Humanas e Sociais porque possibilita ampliar o entendimento de objetivos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural” (Sá-Silva, et al., 2009 p. 2).

Apesar de considerarmos importante a identificação de documentos de referência e a sua análise, tal como sucedeu na primeira etapa, em que tivemos dificuldades em identificar documentos escritos sobre o currículo na formação inicial em Enfermagem na pessoa ao envelhecer (e que nos fez seguir, em parte, este caminho) também nesta fase nos deparamos com algumas dificuldades.

Dos achados, podemos concluir que:

- 1) Onze Professores (44%) identificaram os documentos, que segundo as suas perspetivas, espelhavam informações importantes sobre o fenómeno em estudo<sup>148</sup>;
- 2) Sete Professores (28%) referiram o envio posterior de documentos não acessíveis e identificados por si como importantes de serem analisados pelas investigadoras<sup>149</sup>;

<sup>148</sup> Em alguns casos identificaram o link, tal como solicitado pelas investigadoras, principalmente na referência a documentos legislativos e artigos científicos eletrónicos.

<sup>149</sup> Dos sete professores, dois identificaram igualmente documentos acessíveis. Apenas quatro efetivaram o envio dos documentos inacessíveis.

- 3) Nove Professores (36%) não identificaram qualquer documento ou referiram o seu envio posterior por correio eletrónico<sup>150</sup>.

Os resultados evidenciam uma elevada percentagem de não respostas. Podemos indagar das razões para tal, uma eventual resistência.

Apontamos, de acordo com a nossa reflexão, algumas possibilidades:

- (1) Tempo despendido para a resposta à questão (links e identificação completa do documento);
- (2) A necessidade de uma ação reflexiva por parte do professor;
- (3) A não identificação, por parte do professor, de documentos pertinentes de serem analisados<sup>151</sup>.

Como referimos, foi nosso intuito conhecer os documentos utilizados/realizados no âmbito dos CLE (alguns inacessíveis) que se constituíssem numa referência para os professores e para o processo de aprender e ensinar a Enfermagem na pessoa ao envelhecer. Referimos também que o facto da seleção dos documentos ser realizada pelos participantes e não pelas investigadoras, era, em nosso entender revelador de criatividade e desafio. Depois de analisados os resultados, mantemos e reforçamos a nossa ideia, sendo importante referir que os mesmos foram reveladores de novos dados, assim como de novas questões e inquietações, inerentes ao processo de investigação.

A análise dos documentos identificados e enviados pelos professores fez emergir três subcategorias: (1) *documentos formais*; (2) *obras científicas*; e (3) *documentos produzidos e utilizados no CLE*.

Apresentamos, no quadro seguinte, a categoria, as subcategorias e as unidades de contexto identificadas e analisadas.

---

<sup>150</sup> Tendo a presente questão caráter obrigatório, o reenvio dos questionários preenchidos pelos professores via *online* exigia a sua resposta, contudo, por dois motivos essenciais, 36% das respostas não foram contabilizadas. O primeiro motivo prendeu-se pela impossibilidade, através das respostas dadas, de identificar os documentos em causa; o segundo motivo prendeu-se pela não resposta direta à questão.

<sup>151</sup> Apesar de nenhuma resposta nos apontar para este sentido.

Quadro 15- Documentos que espelham informações sobre o currículo na área do envelhecer

Categoria	Subcategorias	Unidades de Contexto
Documentos que espelham informações sobre o currículo na área do envelhecer	Documentos Formais	Organização Mundial de Saúde (WHO)
		Direção-Geral da Saúde (DGS)
		Legislativos
	Obras Científicas	Livros
		Artigos
		Teses
	Documentos produzidos e utilizados no CLE	Fichas de Unidades Curriculares
		Projetos

Esta categorização, tendo em consideração a natureza dos documentos, permitiu criar uma linha de orientação e proceder à análise dos documentos, atendendo a algumas das suas particularidades, como: (1) o seu contexto histórico; (2) o (s) autor (res); (3) a autenticidade e a confiabilidade do texto; e (4) os conceitos chave e a lógica interna do texto (Sá-Silva, et al., 2009), sendo que em relação a este último aspeto, considerámos adequado focarmo-nos apenas em novos achados, evitando, assim, redundâncias.

### Documentos Formais

Nos documentos formais, integrámos todas as publicações produzidas por organizações internacionais no âmbito da saúde, como a WHO; organizações, associações e institutos nacionais no âmbito da saúde ou relacionadas com a saúde, como a DGS e ainda documentos legislativos.

#### Organização Mundial da Saúde

A WHO é a autoridade de direção e coordenação para a Saúde dentro do sistema das Nações Unidas. É responsável por assumir a liderança em assuntos

relacionados com a saúde mundial (entre os quais o envelhecer<sup>152</sup>), orientando a agenda da investigação em saúde, estabelecendo normas, articulando opções de políticas baseadas na evidência, prestando apoio técnico aos países e monitorizando as tendências de saúde mundiais (World Health Organization, 2015).

Os professores inquiridos referiram a importância de diversos documentos da WHO direcionados para o envelhecer, sendo que em alguns casos, especificaram os documentos mais relevantes.

*“Men ageing and health. Achieving health across the life span (...)” 2001 (IX).*

*“Active Ageing – A policy framework (...)” 2002 (IX).*

*“Towards Age-friendly primary health care (...)” 2004 (IX).*

*“Documentos diversos da OMS que espelham distintas áreas e que focam o envelhecimento ou os idosos” (XVIII).*

Para além dos documentos mencionados, a WHO coloca à disposição um conjunto de outros documentos<sup>153</sup>, mais atuais, que abordam diferentes temáticas sobre o envelhecer e que se constituem como referências mundiais, contextualizando histórica, social, económica e culturalmente a pessoa ao envelhecer e as suas necessidades e vulnerabilidades.

### Direção-Geral da Saúde

A DGS tem a missão de estudar e apoiar a definição, desenvolvimento e execução de uma política global de saúde, orientando, coordenando e fiscalizando atividades de promoção da saúde, prevenção da doença, prestação de cuidados de saúde e apoio técnico à cooperação internacional (George, 2005). Assim sendo, a DGS não tem ficado alheia às mudanças sociodemográficas que se têm vindo a sentir nos últimos tempos, apresentando um conjunto de programas e projetos na área do envelhecer, alguns já abordados neste trabalho.

Os professores inquiridos referiram-se apenas a três documentos, o Plano Nacional de Saúde (PNS), o Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas (PNSPI) e o Documento *Envelhecer com Sabedoria*. Acreditamos que se torna

---

<sup>152</sup> Ageing – Health Topics.

<sup>153</sup> São exemplos: *Demystifying the myths of ageing (2008)*; *Healthy ageing profiles. Guidance for producing local health profiles for older people (2008)*; *City leadership for health. Summary evaluation of phase IV of the WHO European Healthy Cities Network (2008)*; *Global Age – friendly cities: A Guide (2007)*; *European report on preventing elder maltreatment (2011)* entre outros.

pertinente a atualização de alguns documentos, nomeadamente o PNSPI 2004-2010, um documento que se constitui como referência, mesmo após cinco anos do término do período da sua abrangência.

*“Plano nacional para a saúde das pessoas idosas (...)” 2004 (IX; XVIII).*

*“Plano Nacional de Saúde 2012” (XVIII).*

*“Envelhecer com Sabedoria: Alimente-se melhor para manter a sua saúde e independência” (IX).*

### Legislativos

Embora tenha sido apresentado aos professores inquiridos o desenho da investigação, sendo do seu conhecimento que a primeira etapa consistiu na análise documental dos decretos-leis dos planos de estudo dos CLE portugueses, um dos professores inquiridos, referiu-se ao documento legislativo do plano de estudos do seu curso, pelo que foi considerado na nossa análise.

*Decreto-Lei referente ao Plano de estudos do CLE da Escola X (XV).*

### **Obras Científicas**

As obras científicas emergiram através da referenciação de livros, artigos científicos e teses (de mestrado e doutoramento).

### Livros

Os livros referenciados são, sobretudo, manuais que abordam diferentes temáticas relacionadas com o envelhecer, de autores nacionais e estrangeiros, da área da Enfermagem, mas também de outras áreas, como a Psicologia. As suas publicações medeiam o período de 1985 a 2007, o que vem realçar novamente a ideia, de que, embora menos recentes, muitos manuais de gerontologia e geriatria, continuam a constituir referência para os professores de Enfermagem.

Berger, Loïuse; Mailloux-Poirier, Danielle (1994) ***Pessoas Idosas: Uma abordagem global*** (IX).

Costa, Maria Arminda Mendes [et al] (1999) ***O idoso: problemas e realidades*** (IX).

Fernandes, Ana Alexandre (1997) ***Velhice e sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal*** (IX).

Gomes, Frederico Alberto de Azevedo; Ferreira, Paulo César Afonso (1985) **Manual de geriatria e gerontologia** (IX).

Llamazares, M<sup>a</sup> Ángeles Morales (2002) **La vejez** In *La educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud* (IX).

Roach, Sally S (2003) **Introdução à Enfermagem Gerontológica** (IX).

Squire, Anne (2004) **Saúde e Bem-Estar para pessoas idosas: Fundamentos Básicos para a prática** (IX).

Zimerman, Guite L. (2000) **Velhice: Aspetos biopsicossociais** (IX).

Charazac, Pierre (2004) **Introdução aos cuidados gerontopsiquiátricos** (X).

Costa, Maria Arminda Mendes (2002) **Cuidar Idosos** (X).

Fonseca, António Manuel (2004) **Desenvolvimento humano e envelhecimento** (X).

Fonseca, António Manuel (2006) **O envelhecimento: Abordagem Psicológica** (X).

Fonseca, António Manuel; Paul. Constança (2006) **Envelhecer em Portugal** (X).

Fontaine, Roger (2000) **Psicologia do Envelhecimento** (X).

Sousa, Liliana (2004) **Envelhecer em Família: Cuidados Familiares na Velhice** (X).

Osório, Agustin Requejo; Pinto, Fernando Cabral (2007) **As pessoas idosas: Contexto social e intervenção educativa** (X).

Filho, Eurico T. de Carvalho; Netto, Matheus Papaleo (2005) **Geriatria Fundamentos Clínica e Terapêutica** (X).

Reichel, W. [et al] (2001) **Assistência ao idoso: Aspetos clínicos do envelhecimento** (X).

Conquanto estes livros nos possam dar pistas importantes sobre os principais documentos de referência, importa referir que foram referenciados apenas por dois dos professores inquiridos e, talvez por esse motivo, não tenha emergido na análise, a referência a outras obras, mais atuais, sobre esta área de conhecimento, nomeadamente ao nível da Investigação em Enfermagem<sup>154</sup>.

### Artigos

Os artigos científicos referenciados são, sobretudo, artigos que abordam temáticas específicas sobre o envelhecer. Salientamos algumas dessas temáticas, como a restrição física da mobilidade e as quedas. Os seus autores, nacionais e estrangeiros, são da área da Enfermagem, mas também de outras áreas, sendo

---

<sup>154</sup> Como é o caso de livros resultantes de Teses de Doutoramento em Enfermagem portuguesas.

importante referir que as publicações<sup>155</sup> são relativamente recentes, mediando o período de 2002 a 2012.

Faria, Onório [et al] (2012) ***A restrição física da mobilidade – estudo sobre os aspetos ligados à sua utilização com fins terapêuticos (III)***.

Neves, Hugo [et al] (2011) ***Tradução e adaptação cultural da escala de confusão de NEECHAM (III)***

Beck, Amanda Pacheco [et al] (2011) ***Fatores associados às quedas entre idosos praticantes de atividades físicas (IX)***.

Casado, José Manuel Ribera (2009) ***Origem das doenças que afetam o idoso, hoje: Comportamento, estilos de vida, dieta, maior esperança de vida (IX)***.

Coutinho, Evandro da Silva Freire; Silva, Sidney Dutra (2002) ***Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos (IX)***.

Gonçalves, Daniela [et al] (2006) ***Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas (IX)***.

Moreira, Maria Eugénia (2005) ***Conhecer o processo de envelhecimento para cuidar (IX)***.

Espada, Carla Andrade; Pereira, Maria Manuela Narciso (2012) ***Falls in elderly people living in the community: The health policies and strategies of prevention (XIX)***.

Goes, Maria [et al] (2009) ***Educação e fatores de risco na institucionalização do idoso: Um estudo no distrito de Beja*** In Educação para a Saúde no Séc. XXI – Teorias, modelos e práticas (XIX)

## Teses

As teses identificadas pelos professores inquiridos, fruto da investigação realizada, nomeadamente na Enfermagem, foram duas, uma ao nível da formação de mestrado e outra ao nível da formação de doutoramento, abarcando temas específicos, como a confusão e o seu subdiagnóstico e a família de uma pessoa idosa dependente. Estas teses constituem referência para um professor inquirido, pelo que, mais uma vez, não podemos generalizar para a nossa amostra. Temos atualmente um número já considerável de teses de mestrado e doutoramento em Enfermagem que abordam temáticas específicas centradas na pessoa ao envelhecer, devendo, em nosso entender, constituir-se como referências, sendo alvo de reflexão por parte de professores e estudantes de enfermagem.

Silva, Rosa Carla Gomes (2008) ***Confusão: A dimensão do subdiagnóstico***<sup>156</sup> (III).

Araújo, Isabel Maria Batista de (2010) ***Cuidar da família com um idoso dependente: Formação em Enfermagem***<sup>157</sup> (III).

<sup>155</sup> Em revistas como: Servir; Referência; Texto & Contexto; Psicologia: saúde & doenças; Journal of nursing UFPE online.

<sup>156</sup> Tese de Mestrado em Enfermagem.

## Documentos produzidos e utilizados no CLE

Os documentos produzidos e utilizados no CLE disseram respeito: às (1) fichas das unidades curriculares direcionadas para o envelhecer e aos (2) projetos desenvolvidos sobre a temática em estudo.

### Fichas das Unidades Curriculares

As fichas das UCs foram identificadas, por sete professores, como documentos de referência, que espelham informações sobre o currículo na área do envelhecer. Apresentamos as fichas mencionadas, descrevendo a designação das UCs envolvidas e destacadas.

*Ficha da UC Fundamentos de Enfermagem I (II).*

*Ficha da UC Enfermagem II – Enfermagem de Saúde do Jovem, Adulto e Idoso e Ficha da UC Ensino Promoção da Saúde no Jovem, Adulto e Idoso (IV).*

*Ficha da UC Enfermagem do Idoso e Ficha da UC Ensino Clínico I (necessidades e recursos – cuidados a idosos) (XI).*

*Ficha da UC Enfermagem III – Enfermagem do adulto e geronte I; Enfermagem III – Enfermagem do adulto e geronte II; Prática Clínica I – Prática de Cuidados na comunidade ao adulto e ao geronte; Prática Clínica I – Prática de Cuidados na comunidade ao adulto e ao geronte; (XIII).*

*Ficha da UC Enfermagem em Gerontologia (IXI).*

*Ficha da UC de Ciências sociais e do comportamento; Ficha da UC Fundamentos de Enfermagem II; Ficha da UC Enfermagem de Saúde Comunitária; Ficha da UC Ensino Clínico VI – Enfermagem de Saúde Comunitária; Ficha da UC Ensino Clínico II - Enfermagem ao adulto; Ficha da UC Ensino Clínico VI (comunitária) e Ficha da UC Ensino Clínico VIII (integração à vida profissional) (XXI).*

*Ficha da UC Enfermagem II – Adulto e idoso: Estilos de vida e conforto; Ficha de UC Ensino Clínico Enfermagem - Instrumentos básicos e comunicação; Ficha de UC Enfermagem IV – Adulto e Idoso: Processos de Saúde-Doença e Ficha de UC Ensino Clínico Enfermagem IV – Adulto e Idoso: Processos de Saúde-Doença (XXIV).*

Tendo em consideração que grande parte da informação constante nas fichas das UCs foi já analisada neste trabalho, nomeadamente, através da análise de outras questões do questionário <sup>158</sup>, considerámos relevante apresentar os achados adicionais, referindo também a corroboração ou não dos achados anteriores.

---

<sup>157</sup> Tese de Doutoramento em Enfermagem.

<sup>158</sup> Conteúdos, competências, estratégias, entre outras.

Sintetizando, podemos afirmar que a maioria das UCs abordam, de facto, conteúdos sobre o envelhecer, mas também integram outros conteúdos, o que vem consolidar os achados anteriores relativamente à especificidade destas UCs relativamente à temática em estudo.

Analisando os principais conteúdos apresentados, sobressai a questão das atividades de vida ou necessidades humanas básicas (comer, beber, manter ambiente seguro, etc...) e ainda uma relação estreita entre o envelhecer e o fenómeno de morrer, portanto, as questões relacionadas com a finitude da vida.

É possível identificar alguns referenciais utilizados, como é exemplo, o modelo ecológico de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner e autores que suportam o currículo na Enfermagem do envelhecer, como *Logan, Tierney e Roper*, entre outros.

A CIPE assume um papel presente na maioria das fichas apresentadas, dando a entender que é assumida como a classificação para a prática de Enfermagem privilegiada e utilizada nos CLE.

A metodologia e estratégias utilizadas também corroboram os achados anteriores, tendo sido identificadas estratégias de carácter prático e reflexivo, como a análise de textos, exercícios teórico práticos, visitas de estudo, entre outras. Em EC estas estratégias passam sobretudo por intervenções adequadas aos diagnósticos de saúde traçados, integrando-se, por vezes, em projetos para e com a comunidade.

A avaliação dos estudantes, aspeto ainda não mencionado e não abrangido pelas outras questões do questionário, integra, entre outras metodologias, a frequência, o trabalho escrito, a apresentação oral, o relatório, o diário e o estudo de caso, com relevo para a autoavaliação dos estudantes em contexto de EC.

A autoavaliação, assim como algumas das metodologias utilizadas, permitem afirmar que é evidente uma centralidade do estudante, atendendo não somente aos resultados de aprendizagem, mas também aos processos desenvolvidos no decorrer da aprendizagem. Apesar da avaliação da aprendizagem do estudante ser uma dimensão fundamental, ela não é a única, na medida que na avaliação curricular estão em causa “tanto a avaliação do professor e da escola, enquanto agentes fulcrais no processo de realização do currículo, como a avaliação do currículo implementado em função do prescrito, a nível macro” (Varela, 2013 p.77).

Avaliar determina atender à conceção de currículo, dinâmico, transversal e multidimensional, significando que “uma avaliação curricular só é credível quando se traduz na valoração e consideração de todos os aspetos inerentes ao complexo processo de conceção e realização do currículo” (idem, 2013 p.77).

Desta forma, concluímos que, comparando alguns dos principais achados, podemos afirmar que as respostas dos professores às questões dos questionários espelham, em grande parte, as informações presentes nestes documentos.

### Projetos

Foram identificados, por dois professores, três projetos de referência, nas áreas do desenvolvimento social e saúde, maus tratos e solidão, que passamos a citar.

*Coutinho, Paula [et al] (2011) Desenvolvimento social Envelhecimento e Saúde (V).*

*Marques, Ermelinda [et al] (2011) Maus tratos à pessoa idosa. Diagnóstico da situação no Concelho de Guarda (V).*

*Projeto Superar a Solidão (2009) – Universidade Católica Portuguesa do Porto (XXIII).*

Os projetos referidos demonstram, uma vez mais, a importância dos contributos da investigação realizada na educação em Enfermagem centrada na pessoa ao envelhecer.

#### **6.1.9. Principais reflexões sobre o envelhecer**

##### **Questionário 9ª Questão**

**Quais são as suas principais reflexões sobre o currículo de Enfermagem na área do envelhecer?**

*Neste espaço pode discursar sobre o que considera relevante acerca do tema e que eventualmente não teve oportunidade de partilhar no decorrer do questionário.*

Após a análise dos achados, concluímos que os professores consideraram relevante uma reflexão permanente sobre o desenvolvimento curricular na área do envelhecer, sendo importante referir que vinte e três, dos vinte e cinco professores (92%) discursaram acerca das suas principais reflexões.

Estas reflexões foram desenvolvidas em torno de duas grandes dimensões: “O agora” e “o depois” e por esse motivo, emergiram duas subcategorias de análise, que designámos de (1) *reflexão profissional – a situação atual*; (2) *reflexão profissional – perspetivando o futuro*.

O currículo de Enfermagem na pessoa ao envelhecer foi discursado, pelos professores, sob três diferentes perspectivas: (1) *perspetiva micro*, referente à própria instituição e CLE; (2) *perspetiva meso*, referente à ligação da instituição/CLE com a comunidade envolvente; e (3) *perspetiva macro*, referente ao contexto social e político, compondo as nossas unidades de contexto. Estas três perspectivas não são estáticas, encontrando-se em perfeita relação e complementaridade.

Apresentamos, no quadro seguinte, a categoria, as subcategorias e as unidades de contexto identificadas e analisadas.

Quadro 16- Reflexões sobre o currículo de Enfermagem na área do envelhecer

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Contexto</b>
<b>Reflexões sobre o currículo de enfermagem na área do envelhecer</b>	Reflexão Profissional: A situação atual	Perspetiva Micro
		Perspetiva Meso
		Perspetiva Macro
	Reflexão Profissional: Perspetivando o futuro	Perspetiva Micro
		Perspetiva Meso
		Perspetiva Macro

### **Reflexão Profissional: A situação atual**

O professor é o protagonista do desenvolvimento curricular, dependendo os resultados obtidos do seu empenho. Espera-se que o mesmo seja capaz de assumir um papel prático e de reflexão, valorizando criticamente o trabalho que desenvolve e atendendo às necessidades dos estudantes. Exige-se-lhe que reúna as capacidades de um profissional amplo, constituindo-se como o principal construtor, arquiteto e investigador do currículo (Pacheco, 2001).

Por esse motivo, procurámos conhecer as principais reflexões dos professores sobre o currículo de Enfermagem na área do envelhecer, tornando-se importante os seus discursos sobre o tema.

Atendendo que “o currículo, enquanto processo contínuo de decisão, é uma construção que ocorre em diversos contextos a que correspondem diferentes fases e etapas de concretização e que se situam, entre as perspectivas macro e

microcurricular” (idem, 2001 p.68), apresentamos um esquema que envolve estas perspectivas e sobre as quais iremos incidir a nossa análise.

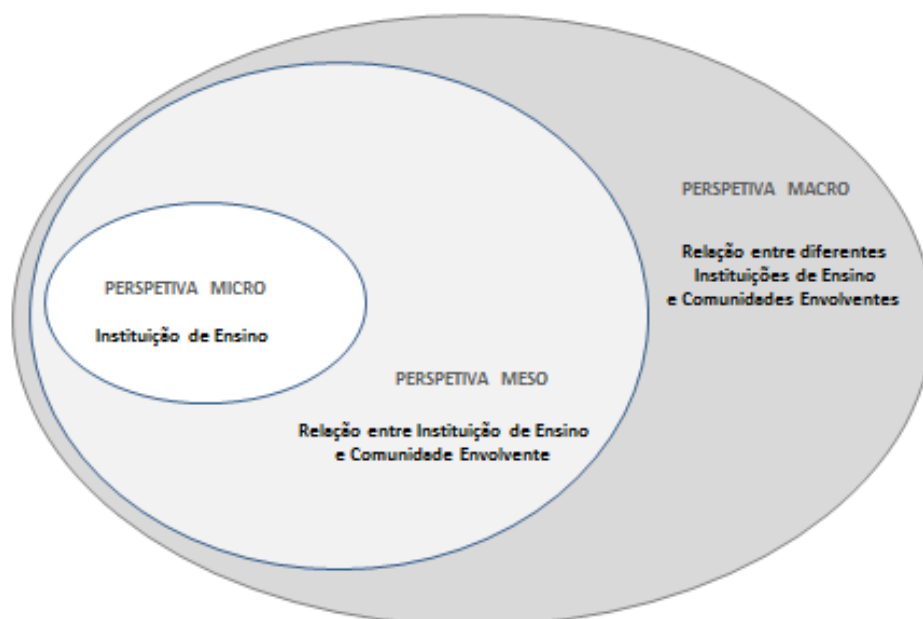


Fig. 5 – Análise dos referenciais na formação inicial em Enfermagem na perspectiva Macro, Meso e Micro.

### Perspetiva Micro

A perspetiva micro foi revelada pelos professores, quando discursaram sobre o projeto curricular e didático dos CLE que representam, circunscrito ao espaço escolar.

Nos discursos emergiram respostas a questões como:

*O que se ensina?*

Uma formação holística, centrada na pessoa, que experiencia processos de saúde-doença e que carece de intervenções de enfermagem adequadas e promotoras de um envelhecer ativo e bem-sucedido.

*“O 1º ciclo de estudos em enfermagem conferente do grau de licenciado em Enfermagem, habilita os licenciados para a obtenção do título de enfermeiro. Assim, a formação é essencialmente holística, focalizada na pessoa, grupos e comunidade, habilitando aqueles que a concluem para prestar cuidados de enfermagem na situação de saúde ou doença, de forma autónoma ou interdependente” (XIII).*

*“ O curso perspetiva a intervenção do enfermeiro ao longo do ciclo de vida contemplando o envelhecer. Aborda diferentes dimensões e fatores determinantes do envelhecimento ativo e bem-*

*sucedido e são também analisados os principais focos de intervenção do enfermeiro junto da pessoa que sofre processos de doença (XIII).*

Atende-se aos processos de transição, que podem gerar uma maior vulnerabilidade da pessoa ao envelhecer, como a perda de redes familiares e sociais, a dependência, entre outros.

*“Procuramos refletir sobre os aspetos significativos e preocupantes para os idosos como a solidão, o sentido de perda dos contactos familiares e sociais, a carência de recursos económicos ou de suporte social, a perda de autonomia (condicionante da sua incapacidade e dependência)” (XII).*

*Quando e como se ensina?*

São ensinados conteúdos sobre o envelhecer, permitindo-se simultaneamente o desenvolvimento de competências nesta área do conhecimento.

*“ (...) Além dos conteúdos expressos no currículo, esta instituição tem permitido o desenvolvimento de competências aos estudantes dirigidas para o envelhecimento” (V).*

Os conteúdos são ministrados de uma forma transversal, como constatado anteriormente nesta investigação.

*“São ministrados conteúdos desta área no 1º ano, no 3º ano e no 4º ano e, de uma forma transversal noutros anos nomeadamente na Enfermagem médico-cirúrgica (2º ano)” (VI).*

São explicitadas formas de fazer aprender que não têm sido, no entender dos professores, as mais adequadas, merecendo reflexão e planeamento futuro.

*“A abordagem inicial desta etapa de vida é feita no 2º ano, 1º semestre, sendo que o estudante avalia os idosos numa perspetiva de desenvolvimento de promoção de saúde; no semestre seguinte inicia-se a abordagem da pessoa doente (independentemente da etapa da vida): Penso que as especificidades do idoso ficam um pouco “perdidas” pelo estudante, face à importância e estatuto que facilmente atribuem à doença e à experiência da execução dos procedimentos que iniciam nesta fase” (IV).*

*“É um currículo muito pobre com poucas horas distribuídas para esta temática e sem terem uma realidade prática no trabalho com idosos a não ser nos idosos doentes em contexto CSD. Tentamos colmatar esta falha com a monografia de fim de curso abordando estas temáticas. Encontramo-nos neste momento a rever o plano de estudos” (XX).*

*Porque se ensina?*

Porque estamos cada vez mais velhos e porque estamos perante uma área relevante e emergente, que merece atenção e investimento constantes.

*“Considero esta área relevante e emergente nos currículos do curso de enfermagem, o que se tem vindo a melhorar e a enriquecer na nossa instituição (VI).*

### Perspetiva Meso

A perspetiva Meso emergiu nos discursos dos professores quando estes relembrouam a importância dos encontros intergeracionais, já abordados anteriormente nesta investigação, que compreendem uma metodologia atual, onde a escola abre as suas portas à comunidade, promovendo a partilha de saberes e experiências, levando a uma visão mais positiva sobre o envelhecer e a uma desmitificação de mitos e estereótipos. Nestes encontros, na escola ou na comunidade, os estudantes realizam sessões de educação para a saúde, de acordo com as necessidades sentidas pelas pessoas, famílias, grupos e comunidade, desenvolvendo competências e promovendo o conhecimento e a capacitação de quem assiste e participa nas sessões.

*“ Aqui realço o facto de se desenvolverem **atividades de aproximação aos idosos à Escola e aos estudantes**, induzindo a **partilha de saberes intergeracionais** que por um lado, desmistifiquem alguns conceitos sociais sobre os idosos e o envelhecimento, por outro, valorizam o seu papel ativo na sociedade em que se encontram” (V).*

*“ Nesta linha de interação, tem-se trabalhado na **adequação de programas educacionais direcionados, em função das necessidades** ao longo do processo de envelhecimento e dos mecanismos de apoio exigidos. EPS aos idosos” (V).*

### Perspetiva Macro

O currículo corresponde a um instrumento com significado social e político, envolvendo intenções e estratégias determinadas por critérios ideológicos e pelas necessidades reconhecidas como socialmente válidas (Pacheco, 2001). Refletir sobre questões curriculares, implica necessariamente atender a conceitos como a sociedade, a cultura e a ideologia.

Neste sentido, a perspetiva macro espelha a relação entre diferentes instituições e suas comunidades envolventes, inseridas num contexto histórico, social, cultural, económico e político que exerce influência no pensamento e na ação dos diferentes atores do desenvolvimento curricular.

Os discursos apontaram para a influência do sistema de saúde e organizações, assim como os valores sociais dominantes no agir dos enfermeiros.

*“**Nos atuais contextos de trabalho, os enfermeiros** não são influenciados exclusivamente pelas suas representações de enfermagem, uma vez que **dependem** também, **do sistema de saúde e da sua organização**, que por sua vez são **influenciados pelos valores sociais dominantes e consequentemente pelas representações sociais das pessoas a quem prestam cuidados**” (I).*

*“ (...) As práticas de cuidados de enfermagem vão, também, desenvolver-se em função das orientações político-administrativas em que se enquadram as organizações de saúde e de enfermagem, bem como o papel a desempenhar nas resoluções das necessidades sociais” (I).*

Dentro das influências a que os enfermeiros estão sujeitos no seu dia-a-dia, englobamos os mitos e estereótipos sobre a pessoa e o processo de envelhecer, sendo imperativo uma reflexão aprofundada sobre esta problemática.

*“A necessidade de refletir sobre a estereotipia existente sobre o envelhecimento” (XIV).*

Esta reflexão passa essencialmente pela atenção, proteção e cumprimento dos direitos das pessoas idosas.

*“Alertar para a importância do cumprimento da Resolução 46/91 – Aprovada na assembleia geral das nações unidas 16-12-1991 que assenta nos seguintes direitos: Independência, participação, assistência, autorrealização e dignidade” (XVII).*

## **Reflexão Profissional: Perspetivando o futuro**

Possuímos uma história individual e coletiva que nos caracteriza enquanto pessoas, comprometendo-nos connosco e com os outros. O desejo de ir mais além, leva-nos a refletir sobre os valores, princípios, ideais e quando percebemos que o nosso agir não se coaduna com aquilo em que acreditamos, sentimos a necessidade de mudar.

Mudar implica olhar para o passado, pensar o presente e perspetivar o futuro, procurando formas para que seja melhor.

Fazendo uma analogia para o tema currículo, acreditamos que o professor, fator de ideologização do currículo, enquanto ser pensante e atuante, reflete um conjunto de decisões culturais, políticas e económicas, através das quais molda o currículo no momento da sua concretização (Pacheco, 2001). As decisões que implementa são posteriormente avaliadas, por si e pelos outros atores do currículo e levam, à partida, a mudanças constantes, no sentido do desenvolvimento.

### Perspetiva Micro

O projeto curricular e didático foi pensado em termos futuros pelos professores e atendendo às questões colocadas anteriormente, novas respostas foram reveladas.

*O que se perspetiva ensinar?*

Perspetiva-se uma formação com uma abordagem central na promoção da saúde e prevenção da doença, onde o autocuidado assume particular relevância e onde o envelhecer deve ser pensado na sua dimensão longitudinal, desenvolvimental e multidimensional.

“O que considero relevante nesta UC, passa pela tomada de consciência que os docentes e os estudantes de enfermagem têm de **direcionar** o seu estudo na área da **prevenção e promoção da saúde e no autocuidado**” (III).

“No 1º ciclo o **Envelhecer deve ser perspetivado na sua dimensão longitudinal e desenvolvimental, ao longo do curso de vida**, considerando a imprescindibilidade de se **promover a saúde** e o **envelhecimento ativo** desde as etapas mais precoces, **sem contudo descuidar a importância do ajustamento dos cuidados de enfermagem às necessidades e níveis de autonomia/dependência dos clientes**” (XIII).

“Sublinha-se a **relevância de um desenvolvimento curricular que permita uma compreensão sobre o envelhecimento humano como um processo complexo, com repercussões a vários níveis da vida da pessoa e comunidade envolvente. Impõem-se um nível de conhecimento que no campo da prestação de cuidados de enfermagem, permita fazer face às necessidades específicas de cada indivíduo, promovendo a sua qualidade de vida, com respeito pela sua autonomia na tomada de decisões e possibilidade de participação ativa na sociedade a que pertence**” (XIX).

Um currículo alicerçado em valores humanistas e em modelos de Enfermagem capazes de sustentar o desenvolvimento curricular.

“**Valores humanistas devem estar expressos no currículo**, trabalhando-se com os formandos para que os integrem e veiculem no desempenho. As **perspetivas positivas relacionadas com o envelhecer** (nomeadamente a de envelhecimento ativo e bem-sucedido) bem como um **quadro conceitual e modelos de enfermagem**, devem **enformar a conceção do currículo**, imbuindo e sustentando do ponto de vista teórico conceitual, o processo de desenvolvimento curricular (XIII).

Uma formação centralizada no ciclo de vida e nas particularidades de cada etapa, atendendo aos processos de saúde e doença, mas com foco primordial na saúde da pessoa ao envelhecer.

“**Os enfermeiros** devem estar conscientes que **constituem uma fonte de suporte** para os idosos, contribuindo para uma re-significação do seu “eu”. Devem **enfatizar o conceito da intervenção centrada na pessoa, desenvolvendo o empoderamento**, assim, é necessário que o **currículo** de enfermagem se oriente para **modelos formativos orientados para a promoção, prevenção e reabilitação** e não para a doença” (IX).

“O CLE deve **focar com naturalidade a situação da pessoa no ciclo de vida** revelando as **particularidades de cada etapa** e propondo **fundamentos para a intervenção**. Deve atender ao **envelhecimento “normal” e patológico** tendo em **atenção as distintas facetas** (biológica, psicológica e social)” (XVIII).

*“Deve **reforçar que a pessoa idosa é um elemento ativo na sociedade** capaz de otimizar a sua saúde, a sua participação e a sua segurança no sentido de obter a qualidade de vida possível. Os “velhos são parceiros; pessoas capazes de tomarem nas suas mãos as rédeas do seu destino e devem ser considerados assim” (XVIII).*

*“Continua **relevante os cuidados que são prestados no âmbito da geriatria** (a maior longevidade também conduz à inevitável panóplia de patologias que podem ser associadas ao envelhecimento) mas torna-se **imperatório o acompanhamento da pessoa no seu processo de envelhecimento de forma a promover-lhes a continuação de projetos e objetivos concretizáveis (...)**” (XV).*

Uma formação atual, que atende à evidência científica, acompanhando os avanços e conhecimentos emergentes.

*“Temos que **pensar na pessoa idosa de amanhã**. É mais exigente, com maior capacitação, não só a nível da literacia em geral, como também na área da saúde. Essa evolução tem que ser acompanhada pelos profissionais de saúde” (XV).*

*Quando e como se perspectiva ensinar?*

Perspetiva-se o desenvolvimento da aquisição de competências específicas no envelhecer.

*“**Importa** ao longo da formação inicial, **promover o desenvolvimento**, no estudante, **das competências gerais para os cuidados de enfermagem ao idoso**” (VII).*

Algumas estratégias, poderão passar pela programação e implementação de UCs específicas na área do envelhecer, levando a uma maior especificidade e valorização desta área de conhecimento.

*“Está também **programado um ensino clínico no 4º ano**” (VI).*

*“**O plano de estudo deveria integrar uma UC de Enfermagem Gerontológica e Geriátrica**” (XXI).*

*“No nosso plano curricular, a abordagem à pessoa idosa é efetuada de forma transversal em diferentes UCs, ao longo do curso, no entanto, **estamos neste momento a analisar o plano de estudos no sentido de desenvolver um módulo estruturado sobre a avaliação e intervenção de enfermagem à pessoa idosa**” (XXII).*

*“Dada a evolução das características da população portuguesa, **estamos a prever uma reforma curricular do plano de estudos**, de modo a **incluir uma unidade curricular teórica e um ensino clínico na área do envelhecer**, já a partir do próximo ano letivo” (XXIII).*

Uma maior explicitação e visibilidade, quer nos conteúdos, quer nos resultados esperados sobre o envelhecer.

*“Penso que **o curriculum do CLE deveria ter mais explícito**, ser dada **mais visibilidade**, quer nos **conteúdos quer nos resultados esperados às questões do envelhecimento**” (XXIV).*

A implementação de medidas concretas promotoras de saúde.

*“O enfermeiro, enquanto profissional de saúde numa equipa multidisciplinar, deve tomar consciência do seu papel e que a **promoção da saúde do idoso vai para além dos cuidados no tocante às patologias**. Caberá a cada um a sensibilização para uma **abordagem holística** de forma a alcançar uma **visão mais ampliada do cuidado** ao idoso. A partir desta visão cabe aos profissionais de saúde o procurar **alcançar a melhoria dos cuidados e refletir o quanto é preciso ainda avançar na melhoria da qualidade de vida, com ações concretas de promoção de atividades** que, ao longo da vida, sejam capazes de introduzir hábitos saudáveis de vida” (X).*

*Porque se perspetiva ensinar?*

Porque se torna cada vez mais relevante a necessidade de propiciar, na formação inicial, os referenciais de conhecimento e a aquisição de competências promotoras do cuidar em Enfermagem na pessoa ao envelhecer, na medida em que a Educação em Enfermagem, deve atender às necessidades e problemas de saúde de uma população envelhecida.

*“ (...) A equipa percebe com intensidade crescente, a **necessidade e importância de serem aprofundados conhecimentos e desenvolvidas competências e perícias técnico profissionais, para uma abordagem e resposta integrais às necessidades e problemas de saúde identificados na população, na qual a percentagem de pessoas que envelhecem e vivem até idades mais avançadas tem aumentado**” (XIII).*

### Perspetiva Meso

Perspetiva-se uma ligação reforçada da instituição de ensino com a comunidade envolvente, fortalecendo a participação dos cidadãos, que devem constituir-se como atores do desenvolvimento curricular.

*“A **participação dos cidadãos e da sociedade** nas alterações a propor devem ser reais” (XIII).*

### Perspetiva Macro

Perspetiva-se a consideração dos aspetos macroestruturais e culturais, que incluem as atitudes e os conhecimentos sobre o processo de envelhecer e que orientam pensamentos e práticas.

*“**Refletir na formação** de profissionais de enfermagem **para dar resposta às necessidades** de saúde, sociais, físicas e afetivas das pessoas idosas **deveria ter em consideração aspetos macroestruturais e culturais**, onde se incluem as atitudes e os conhecimentos sobre o processo de envelhecimento” (VIII).*

Numa perspetiva macro, os professores consideram fundamental a implementação da especialidade de Enfermagem *Saúde do Idoso*<sup>159</sup>, com a finalidade de promover o desenvolvimento de competências específicas nesta área do conhecimento, na medida em que a individualização das especialidades em Enfermagem, nomeadamente a especialidade *Saúde do Idoso* visa “a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde, em geral, e de enfermagem, em particular (...) acompanhando o desenvolvimento da disciplina e da profissão de enfermagem no contexto de pós-modernidade”. A individualização da presente especialidade tem como intuito “promover uma clínica de enfermagem baseada na evidência, onde a pessoa enquanto alvo de intervenção necessita de cuidado diferenciado”, pela sua singularidade (etapa de desenvolvimento que amplia a singularidade individual), pela complexidade das respostas humanas às situações de saúde/doença (específicas desta etapa do ciclo de vida) e pela complexidade dos grupos onde se insere (familiar e comunitário) (Ordem dos Enfermeiros, 2010 p. 2)

*“ (...) Esta ferramenta [especialização] seria fundamental para dotar os enfermeiros de competências e estratégias dirigidas a uma fase do ciclo vital estigmatizada e que sofre de “ghetização” (XVI).*

Investigar em Enfermagem implica uma pesquisa sistemática, promovedora de novos conhecimentos, benéficos para as pessoas, famílias e comunidades, na medida em que os seus achados ajudam a responder a questões e a resolver problemas, melhorando os resultados em saúde (International Council of Nurses, 2009)<sup>b)</sup>.

Os professores discursaram acerca da relevância da investigação na área do envelhecer, considerando que se constitui numa área prioritária de investimento, face ao contexto social, económico, político e cultural em que vivemos.

*“Esta é uma **área prioritária** face ao atual contexto sociocultural e âmbito do cuidar em enfermagem. Cabe à comunidade académica **preparar o estudante para os diferentes contextos da prática** dos cuidados, assumindo-se esta **área da pessoa ao envelhecer**, como **fundamental no processo de ensino-aprendizagem** de cada estudante” (VII).*

*“ (...) Os enfermeiros são, a par de outros um recurso. Somos de opinião que **os enfermeiros devem desenvolver metodologias de intervenção específicas e ser um recurso específico para os mais velhos**. Nesse sentido **devem especializar o seu trabalho com as pessoas idosas**. Os CLE em área especializada **devem desenvolver mais a investigação e a intervenção**” (XVIII).*

---

<sup>159</sup> Eixo estruturante: A pessoa numa etapa do ciclo de vida. Eixo organizador “dirigida aos processos de saúde do Idoso a vivenciar processos de saúde/doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2010 p. 5).

Neste sentido, foi abordado pelos professores a relevância de se refletir sobre a investigação realizada, implementando, sempre que possível os seus resultados, tendo em vista uma melhoria contínua.

*“Faz sentido refletir nas recomendações apresentadas por alguns investigadores na área quanto à formação do profissional que vai cuidar de pessoas idosas, nomeadamente, estes profissionais deveriam conhecer a diversidade e a heterogeneidade do processo de envelhecimento; estar envolvidos em pesquisas e conhecer os avanços tecnológicos na área; reconhecer, tanto na teoria como na prática, a importância da ação interdisciplinar; contribuir para a implementação de programas de educação para o envelhecimento; assumir os desafios da área na promoção da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida da pessoa idosa e devem promover junto à sociedade, por meio da ação educativa, mudanças de atitudes sobre o envelhecimento” (VIII).*

No futuro, tudo isto só fará sentido se houver lugar a uma melhor preparação dos serviços de saúde e de apoio social às pessoas ao envelhecer.

*“ (...) Os serviços de saúde deverão estar preparados para conhecer e conduzir situações ampliadas do processo saúde-doença em ações que incluem a compreensão e a avaliação da história de vida de cada indivíduo” (X).*

### *Sinopse*

Na segunda fase do estudo, caracterizada por um questionário dirigido aos professores responsáveis pela coordenação dos CLE portugueses, estudámos diferentes variáveis e obtivemos como principais achados:

- I. A grande maioria dos CLE integra no currículo UCs e conteúdos direcionados para o envelhecer, tendo competências definidas para esta área do conhecimento. Cerca de metade contempla a participação ativa dos estudantes no desenvolvimento curricular e a maioria estabelece redes e parcerias a nível da comunidade local, sendo que estas parcerias diminuem ao nível nacional e essencialmente ao nível internacional.
- II. A caracterização do processo de aprender e ensinar o envelhecer teve por base: (1) conceções docentes; (2) práticas docentes; e (3) perceções docentes. As conceções apontaram para um paradigma educacional emergente e uma perspetiva positiva sobre o envelhecer; as práticas apontaram para a gestão da estrutura e organização curricular (relevância das UCs e transversalidade dos conteúdos ao longo do CLE) e para as metodologias e estratégias de aprender e ensinar (ativas e reflexivas, apelando à participação dos estudantes nos projetos de investigação); as perceções apontaram esta área do conhecimento

como um desafio e simultaneamente uma dificuldade, em parte, pela não experiência pessoal dos estudantes da vivência do processo de envelhecer.

- III. A investigação realizada e em curso na área do envelhecer tem integrado diferentes focos relacionados com: (1) o fenómeno de envelhecer; (2) a pessoa ao envelhecer; e (3) a intervenção da Enfermagem centrada na pessoa ao envelhecer. O fenómeno de envelhecer tem sido estudado numa perspetiva coletiva (económico-político-social) essencialmente no que se refere a valores, crenças e representações sobre o envelhecer; a pessoa ao envelhecer tem sido estudada na perspetiva das experiências relacionadas com os processos de saúde, os processos de doença, os processos de transição e as redes e relações; a intervenção da Enfermagem centrada na pessoa ao envelhecer tem tido como principais focos o diagnóstico e a avaliação, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, a intervenção nos processos de saúde-doença, a educação para o envelhecer e o trabalho em parceria e em equipa pluridisciplinar. No entanto, consideramos importante ressaltar que a investigação identificada, não tem tido, em nosso entender, uma expressão significativa nos dois últimos focos identificados. Na área da educação em Enfermagem, não tem havido ênfase na temática do desenvolvimento curricular nesta área do conhecimento, por sua vez, na área da pluridisciplinaridade, os achados revelaram o desenvolvimento de apenas um estudo que teve como finalidade conhecer o impacto da atenção multidisciplinar à pessoa idosa portadora de doença crónica. Ressaltamos a ideia de que são necessários estudos nestas duas áreas, sedimentando os referenciais de conhecimento e as competências específicas dos enfermeiros, assim como os referenciais de conhecimento e as competências comuns aos diferentes profissionais de saúde, atendendo a uma perspetiva pluridisciplinar.
- IV. Categorizámos os conteúdos identificados pelos professores nos seguintes focos: (1) o fenómeno de envelhecer; (2) a pessoa ao envelhecer; (3) os referenciais de conhecimento no envelhecer; e (4) a intervenção da Enfermagem centrada na pessoa ao envelhecer. O fenómeno de envelhecer integrou, para além da perspetiva coletiva, a perspetiva individual (bio-psico-espiritual); a pessoa ao envelhecer integrou, para além das unidades de contexto referidas no tópico anterior, a unidade de contexto *conceitos e significados*, levando-nos a pensar que a aprendizagem deve ser orientada do mais simples para o mais complexo; os referenciais de conhecimento no envelhecer surgiram, pela voz dos professores, quando os mesmos mencionaram as teorias, os programas e os projetos orientadores das práticas

(sem constructos concetuais, teóricos sobre o envelhecer, não é possível atender à integralidade da pessoa ao envelhecer); a intervenção de Enfermagem centrada na pessoa ao envelhecer abarcou uma nova unidade de contexto, que definimos *atender a questões éticas e legais*, sendo, na nossa opinião, uma área carente de investigação e pouco aprofundada nos conteúdos que são lecionados. Importa realçar a paridade entre estas subcategorias e as subcategorias do tópico anterior (a investigação) dando a entender que os conteúdos lecionados parecem advir e estar relacionados com a investigação.

- V. As competências identificadas integraram o perfil de competências da Ordem dos Enfermeiros, constituindo um referencial nesta área do conhecimento. Foram categorizadas nos três domínios (esferas de ação compreendendo um conjunto de competências), dez competências, que constituíram as nossas unidades de contexto<sup>160</sup>, tendo sido ainda identificados alguns dos seus critérios (elementos entendidos como evidência do desempenho). Identificámos, igualmente, elementos integradores das competências (saberes, habilidades e capacidades e aptidões e qualidades pessoais). Concluímos que a definição de competências parece ser fundamental nesta área do conhecimento, residindo, no entanto, algumas diferenças nos referenciais propostos pelos professores, o que nos levantou algumas questões, nomeadamente, *que referencial seguir?* Sabendo nós que a competência exigida não é a competência real e que como nos diz Guy Le Boterf, os referenciais de competências são pontos de referência, considerados como objetivos em função dos quais se organizam os processos de aprendizagem (Boterf, 2005), questionamos: *Como atingir o equilíbrio entre dois extremos antagónicos, quando num dos extremos temos um referencial mais geral, simples, mas difícil de aplicar e traduzir em procedimentos claros e num outro extremo um referencial mais específico, mas também mais longo, complexo, fragmentado, aproximando a competência do saber fazer?* Retomaremos esta inquietação na análise da terceira e última fase da colheita de dados – A entrevista.
- VI. As mudanças curriculares ocorridas no último ano foram categorizadas segundo duas perspetivas: (1) a conceção formal da mudança (planos de estudo, conteúdos e metodologias) e a conceção informal da mudança (desenvolvimento de docentes e adequação a um novo grupo de estudantes). Concluímos que há uma tendência para valorar a mudança formal, sendo mais

---

<sup>160</sup> Não identificámos as competências: (1) Delega e supervisiona tarefas; e (2) Desenvolve processos de formação contínua.

difícil a explicitação da mudança informal. Acreditamos que a transformação do conhecimento tácito em conhecimento explícito trará contributos muito relevantes ao desenvolvimento curricular nesta área do conhecimento.

- VII. Os valores que suportam o currículo na área do envelhecer foram categorizados em: (1) valores éticos e deontológicos; (2) valores sociais, políticos e culturais; e (3) valores educacionais e científicos. Na reflexão acerca dos valores éticos e deontológicos, utilizámos como referencial o CDE e refletimos sobre diferentes valores (universais e humanos), dos quais destacamos a liberdade, a verdade, a justiça, a solidariedade, a competência, a dignidade da pessoa humana, entre outros; a reflexão centrada nos valores sociais, políticos e culturais fez emergir temas como a solidariedade intergeracional e a cidadania, em detrimento dos valores ditos materiais, inerentes a uma sociedade de consumo, que rentabiliza a produção e que privilegia as pessoas profissionalmente ativas; a reflexão sobre os valores educacionais e científicos fez-nos mergulhar na valoração do conhecer e do agir integrado e integrador. Os valores que suportam o currículo na área do envelhecer foram, deste modo, repartidos segundo eixos, que se agregam, comunicam entre si e que se redefinem e redistribuem continuamente.
- VIII. Os documentos que, segundo os professores, espelham informações sobre o currículo na área do envelhecer, foram categorizados segundo a sua natureza documental: (1) documentos formais; (2) obras científicas; e (3) documentos produzidos e utilizados no CLE. Nesta etapa, tal como na primeira, deparámo-nos com algumas dificuldades, tendo ocorrido uma percentagem elevada de não respostas, contudo, foi possível perspetivar os principais documentos que orientam o agir dos professores de enfermagem inquiridos, entre os quais livros, teses, artigos científicos e fichas de UCs. A análise dos documentos, veio essencialmente corroborar os achados encontrados até então.
- IX. 92% dos professores consideraram relevante realizar uma reflexão sobre o currículo de Enfermagem na área do envelhecer. As reflexões foram categorizadas em: (1) reflexão profissional – a situação atual; e (2) reflexão profissional – perspetivando o futuro. Ambas as categorias foram analisadas nas perspetivas micro (espaço escolar); meso (espaço escolar e envolvente); e macro (espaço social), sendo importante referir que as reflexões se centraram sobretudo nas perspetivas micro e macro, com escassez evidente, na perspetiva meso. A reflexão profissional centrada na situação atual, veio, sobretudo, suportar os achados anteriores, pelo que focar-nos-emos, na presente sinopse, nos principais achados em termos futuros. Relativamente à

perspetiva micro, procurámos responder às três questões apresentadas: *O que se perspectiva ensinar?* Uma educação promotora da saúde ao envelhecer, integradora das dimensões longitudinal, desenvolvimental e multidimensional, suportada por valores humanistas e atenta aos resultados da evidência científica. *Quando e como se perspectiva ensinar?* Uma educação do envelhecer transversal ao longo do CLE, com ênfase no desenvolvimento de competências específicas na Enfermagem do envelhecer, passando, em parte, pela criação de UCs também específicas, capazes de dar uma maior visibilidade aos conteúdos e resultados esperados nesta área do conhecimento. Relativamente à perspetiva meso foi dada relevância à manutenção e ao reforço da ligação entre as instituições de ensino e a sua comunidade envolvente, incluindo as instituições de saúde e de apoio social. Relativamente à perspetiva macro, a análise centrou-se essencialmente na consideração, a nível curricular, dos aspetos macroestruturais e culturais, como são exemplo as representações, mitos e estereótipos sobre o envelhecer.

## CAPITULO VII

### O TERCEIRO NÍVEL DE ANÁLISE: AS ENTREVISTAS

*“ A linguagem é a exteriorização graças à qual uma impressão é transcendida e se torna uma expressão ou, por outras palavras, a transformação do psíquico em noético. A exteriorização e a comunicabilidade são uma só e mesma coisa, porque nada mais são do que a elevação de uma parte da nossa vida ao logos do discurso”.*

(Ricoeur, 2013 p. 34).

#### 7.1. Analisando os discursos

Os achados, neste subcapítulo, serão apresentados, tendo por base os discursos proferidos pelos peritos no decorrer das entrevistas.

As entrevistas, constituídas por uma questão aberta, deram lugar a discursos de extrema riqueza ideológica, sendo importante lembrar que os seus verbatins foram alvo de ACD.

Entrevistámos, no total, cinco peritos<sup>161</sup>.

Os peritos do estudo são, na sua maioria, enfermeiros e professores de enfermagem, existindo um médico geriátrico; todos são doutorados, com publicações e experiência profissional na área em estudo.

A cascata de peritos ficou constituída por quatro níveis, sendo relevante explicitar que contactámos os dois peritos referenciados pelo primeiro entrevistado, traçando-se duas cascatas em paralelo. A partir do segundo nível, mantivemos a solicitação de dois peritos ao participante entrevistado, mas contactámos apenas o primeiro perito referenciado, ficando o segundo registado para o caso de não ser possível a obtenção do consentimento por parte do primeiro. No segundo nível, um dos peritos referenciou o seu antecessor, encerrando uma das cascatas, acontecendo o mesmo na outra cascata, no quarto nível.

---

<sup>161</sup> Atendendo a que o contexto nacional é relativamente pequeno e dada a grande probabilidade dos peritos poderem ser identificados com base em algumas das suas características pessoais e profissionais, optámos por apresentar apenas alguns dados gerais para efeitos de caracterização da amostra.

Assim, após a quinta entrevista, demos por encerrada a colheita de dados.

Tendo em consideração que a ACD não exige a utilização de guias rígidos, devendo as técnicas utilizadas servir as questões e os objetivos de cada projeto de investigação<sup>162</sup>, optámos por seguir o Modelo de ACD de Norman Fairclough, recorrendo às suas principais ideias e técnicas de análise.

Apresentamos, de seguida, as três dimensões constantes do modelo tridimensional do discurso: (1) *análise textual*; (2) *análise da prática discursiva*; e (3) *análise da prática social*.

### **7.1.1. Análise textual**

Segundo Norman Fairclough, a análise textual envolve: (1) as propriedades analíticas dos textos ligadas à função interpessoal da linguagem e aos significados interpessoais, como o controle interacional, a modalidade, a polidez e o *ethos*, e (2) os aspetos ligados à função ideacional e aos significados ideacionais, como os conectivos e argumentação, a transitividade e tema, o significado de palavras, a criação de palavras e a metáfora (Fairclough, 2001)<sup>b)</sup>.

Atendendo às raízes comuns entre a análise textual e a análise da prática discursiva (já enunciadas) optámos por explicar, na presente dimensão, os elementos (1) vocabulário; (2) gramática; (3) coesão e (4) estrutura textual<sup>163</sup>.

O **vocabulário** trata essencialmente das palavras individuais e relativamente a ele, considerámos relevante abordar o significado, a criação de palavras e a metáfora.

Elegemos determinadas palavras para expressar um ou mais significados e atribuímos um ou mais significados a determinadas palavras. A escolha de certas palavras em detrimento de outras como, por exemplo, quando conferimos significado (s) por meio de uma metáfora, pode ser reveladora de questões ideológicas e hegemónicas.

Considerámos pertinente ilustrar, a partir dos primeiros excertos das entrevistas, o significado atribuído pelos peritos à questão de partida<sup>164</sup>. Os peritos iniciaram os seus discursos com uma nota introdutória, integrando nela alguns

---

<sup>162</sup> “O carácter dinâmico do modelo isenta a necessidade de implementação de um modelo rígido de análise, uma vez que poderia comprometer a característica analítica do mesmo. Porém, se não surgissem diretrizes de análise, poder-se-ia inculir uma faceta apenas teórica, fugindo dessa forma à essência da ACD” (Xavier, 2013 p. 73).

<sup>163</sup> Nesta explanação identificamos os aspetos mais importantes relativamente a cada um dos elementos.

<sup>164</sup> “Qual a sua perspetiva sobre os elementos que organizam a formação inicial em Enfermagem na pessoa ao envelhecer? Quais considera serem, qual o seu entendimento sobre o que se privilegia ou o que se deveria atender na formação de enfermagem centrada na pessoa ao envelhecer?”

conceitos relacionados com a pessoa ao envelhecer (*pessoa idosa, idoso, gerontologia, geriatria, velhos e envelhecimento*) e relacionados com as práticas de Enfermagem (*ensino, competências no cuidar, necessidades em saúde, formação, transmissão de conhecimentos e mudança de atitudes*).

Independentemente do foco de atenção inicial (*a história do ensino, as respostas dos cuidados ou a organização curricular de uma formação específica*), todos os peritos discursaram acerca de quatro grandes dimensões: (1) *a pessoa ao envelhecer*, (2) *o cuidar profissional da Enfermagem do envelhecer*, (3) *o aprender e ensinar a Enfermagem do envelhecer*, e (4) *os contextos de aprender e de cuidar no envelhecer*, correspondendo às nossas dimensões de análise, explanadas com maior profundidade na *análise da prática discursiva* e na *análise da prática social*<sup>165</sup>.

*“Bom... pausa... se calhar vale a pena (...) antes de entrar na questão propriamente dita... ah... duas ou três palavras um bocadinho sobre... aquilo que me parece ser um bocado... a **perspetiva histórica** do que tem sido o **ensino sobre os cuidados aos idosos** ou os **cuidados da pessoa a envelhecer**, aqui a distinção entre o conceito de **geriatria** e **gerontologia** é importante, não é?”* (EI:11-14).

*“Portanto, elementos necessários e importantes para... ah... contribuir para que os alunos desenvolvam **competências no cuidar da pessoa idosa**... Eu acho que é... ah... importante desenvolver... o raciocínio com os alunos... à volta das **necessidades... em saúde**... para a pessoa à medida que ela vai envelhecendo, no caso aqui, **os mais velhos** (...)”* (EII:04-07).

*“Muito bem...pausa...vou tentar sistematizar... pausa... de facto esse é um tema que me tem preocupado nos últimos tempos... ah... como é que... como é que poderemos equacionar... ah... uma **resposta de cuidados adequados**... ah... à **pessoa idosa**... e... inclusivamente já tenho uma série de ideias escritas sobre o assunto (...)”* (EIII:04-07).

*“Falando em termos da... da **formação** e centrando um pouco no quê que se faz em termos mais... de **organização curricular** (...) evoluímos de uma situação que tínhamos enfermagem médico-cirúrgica ao adulto e ao idoso [designação pronunciada lentamente] (...) para uma separação, em que temos uma enfermagem de saúde do adulto e uma enfermagem de saúde do idoso, independentemente, do que eu acho, se foi melhor ou se foi pior ou se não mudou nada e se só mudaram os nomes! (...)”* (EIV:04-09).

*“Ok, pronto, ah... a primeira coisa... eu penso que há uma variedade enorme, uma mescla, digamos, ah... nas **formações de enfermagem**, por quanto eu ache que apesar de tudo, a enfermagem, é talvez aquela formação onde existe uma maior uniformidade ou pelo menos, mais áreas de consenso. No entanto, não tenho já a certeza, isso será o seu estudo que revelará com certeza [realça], não tenho já a certeza se... os modelos teóricos que são transmitidos se traduzem, depois, numa **transmissão** de*

---

<sup>165</sup> Importa salientar, previamente à apresentação e análise dos excertos, que as entrevistas foram numeradas de 1 a 5, de forma aleatória, não correspondendo a sua numeração à fase temporal em que decorreram. Todos os excertos foram identificados relativamente à entrevista (EI, EII, EIII, EIV e EV) e às linhas correspondentes de cada entrevista (ex:04-10). As palavras sublinhadas referem-se às palavras que foram pronunciadas com maior ênfase/destaque, ao passo que as palavras a negrito tiveram como intuito destacar as palavras principais que levaram à análise realizada.

**conhecimentos** para uma **mudança de atitudes** face aquilo que é o tradicional das práticas de enfermagem, no que respeita ao **envelhecimento** (...)” (EV:04-10).

Todos os peritos fizeram uso da metáfora para conferir significado a diferentes tópicos. Apresentamos de seguida, o uso da metáfora por um dos peritos (EIII), correspondente à dimensão *os contextos de aprender e de cuidar no envelhecer*, quando se refere ao que é necessário “mexer” ao nível do sistema de saúde, para que a resposta às pessoas idosas seja mais efetiva. O perito considera que as políticas de saúde são verticais, que os serviços não estão organizados de forma adequada (gerais, burocráticos, isolados e centrados na doença aguda) e que os profissionais, no geral, não atendem às diferentes dimensões da saúde, considerando prioritário a prestação de cuidados diretos. Sem o uso da metáfora, a ênfase dada ao tópico seria certamente diferente. Reparemos nas metáforas empregadas e que dão consistência ao discurso proferido.

“ (...) E portanto não há nenhum apelo a uma estratégia... mais local que... leve ao diálogo... que leve ao diálogo entre... as diversas **forças vivas** (...) e os profissionais... por sua vez, os profissionais de saúde... uhm... [sacode as mãos uma na outra] **vão lavando daí as suas mãos**, porque os profissionais de saúde têm entendido desde sempre que a sua principal função é a prestação de cuidados diretos e o resto... passam bem sobre isso... (...)” (EIII:90-99).

“ (...) Estão [os serviços] ... preparados para situações agudas que... evoluem de uma determinada forma, forma essa que é... portanto, a situação aguda ocorre e espera-se que melhore e que **saia pelo seu pé** ou então que **saia na horizontal**, mas que saia rapidamente e cada vez mais rapidamente (...)” (EIII: 140-143).

“ (...) Os sistemas de informação não são interoperáveis e como não são interoperáveis, **não falam uns com os outros**, não comunicam uns com os outros e portanto, não é possível passar a informação, por essa via que está no hospital para os cuidados de saúde primários e vice-versa, e portanto, são completamente **surdos uns aos outros**, portanto, temos aí um problema complicado... pausa... (...)” (EIII:159-163).

“ (...) Porque no serviço de saúde, o... o utente entende aquilo como um espaço que não é seu e onde à partida se sente **esmagado** por todas as hierarquias a começar pela do porteiro (...)” (EIII:214-215).

A **gramática** trata essencialmente das palavras combinadas em orações e frases e relativamente a ela, considerámos relevante abordar a modalidade, a transitividade e o tema.

A modalidade<sup>166</sup> pode ser associada a aspetos como os verbos modais, os advérbios, os adjetivos ou o tempo verbal. Nos discursos analisados, identificámos

---

<sup>166</sup> Corresponde a uma dimensão da gramática e ponto de inserção entre a função ideacional e interpessoal da linguagem (Fairclough, 2001)<sup>b</sup>.

diferentes graus de comprometimento, consoante os tópicos discursivos. Apresentamos de seguida dois excertos do discurso proferido por um dos peritos (EII).

O primeiro excerto diz respeito à dimensão *a pessoa ao envelhecer*. Neste excerto identificámos, por exemplo, a utilização do verbo modal “dever”, assim como o advérbio modal “necessariamente”, revelando um grau de comprometimento categórico do perito em relação ao tópico (menos categórico quando o perito refere “na medida do possível”). A modalidade é, no entanto, subjetiva, uma vez que o perito revela a sua perspetiva, que é parcial, não pretendendo torná-la universal. Apresenta ainda uma alta afinidade com a pessoa com quem está a conversar (investigadora) colocando questões para as quais não pretende uma resposta, mas que são reveladoras de solidariedade.

*“ (...) Quem é esta pessoa de quem nós cuidamos? Tem **necessariamente, na minha perspetiva, de ser um agente ativo neste processo, portanto, na medida do possível...ah... desde que tenha condições, deve ser sempre alguém que tem uma opinião, que tem uma tomada de decisão, mesmo que ela me pareça, do ponto de vista de saúde, errada, não é?** (...) ”* (EII:36-39).

O segundo excerto diz respeito à dimensão *os contextos de aprender e de cuidar no envelhecer*. Neste excerto, o perito mantém a modalidade subjetiva que o caracteriza, dando a entender que aquela é a sua perspetiva e não necessariamente a perspetiva de outros. Utiliza a metáfora “matamos” para significar que os professores limitam, muitas vezes, o potencial dos estudantes, acrescentando após a metáfora “um pouco”, uma espécie de indeterminação, tal como “um bocadinho” que diminui o grau de comprometimento.

*“ (...) **Eu acho** que eles... ah... deveriam... têm espaço para esse papel... mas eu **não sei** se nós próprios, os formadores, temos muita consciência, eu acho que também passa **um bocadinho** pelo nosso trabalho, embora alguns estudantes sejam espontaneamente líderes, espontaneamente... e essa é uma coisa extraordinária! Mas nós, muitas vezes, matamos **um pouco** este potencial dos alunos, porque lhes damos muito trabalho, porque temos horários, currículos super cheios, super ocupados (...) ”* (EII:166-171).

Torna-se relevante trazer novamente à discussão, a título de comparação, os excertos já apresentados da terceira entrevista (EIII), acerca dos sistemas de saúde, onde o perito utiliza, em muitos momentos, uma modalidade mais objetiva, permitindo que a sua perspetiva, uma perspetiva parcial, possa ser universalizada.

Relativamente à transitividade, importa salientar que são utilizados nos discursos orações transitivas e intransitivas<sup>167</sup>. De acordo com a análise realizada, nas

---

<sup>167</sup> Com maior expressão das orações transitivas (sujeito-verbo-objeto).

orações passivas<sup>168</sup>, a omissão do sujeito não parece ser motivada pela tentativa de ofuscar a sua identidade, mas sim por a mesma ser evidente ou facilmente subentendida. Aliás, em alguns casos, os peritos sentem a necessidade de tornar explícito o sujeito em causa. Vejamos o excerto seguinte:

“ (...) Quer isto dizer que, por exemplo, se na área da pediatria (...) digamos que a disponibilidade, a paciência, a abertura, a... a capacidade de encarar uma pessoa mais velha como merecedora da mesma atenção, da mesma paciência, do mesmo tipo de cuidados e do mesmo grau de acesso aos cuidados, não sei se está enraizada na enfermagem, por via da formação, o suficiente para que **eles** possam ser motores, **eles, enfermeiros** [esclarece], de mudança de atitudes... pausa (...) ” (EV:21-27).

No decorrer dos textos analisados, podemos verificar uma sequência de temas interligados e comuns aos diferentes discursos, sendo relevador de ideologias. Constatámos, por exemplo, que o tema – *multidisciplinariedade* foi abordado pela maioria dos peritos.

“ (...) Obviamente que uma matriz dessas, no meu entender, tem que concluir... aquilo que qualquer matriz na formação em saúde deve concluir. **Não há ninguém que tenha competência só por si para resolver os problemas de saúde das pessoas**... pausa... *tem competências, que complementarmente com outras, contribuem para ajudar a resolver os problemas das pessoas, para ajudar! Ou seja, em conjunto, elas ajudam a resolver os problemas das pessoas, mesmo assim, por vezes não resolvem nada, não é? (...)* ” (EIII:501-506).

A **coesão** trata da ligação entre as orações e as frases e relativamente a ela, considerámos relevante abordar os conectivos e argumentação<sup>169</sup>. Os discursos caracterizaram-se em dois padrões dominantes, a descrição (o que se passa) e a explicação (as razões para o que se passa)<sup>170</sup>. São ricos em linguagem profissional, no âmbito da saúde e da Enfermagem, mas também são igualmente portadores da “voz do povo”, acolhendo expressões comuns dos cidadãos<sup>171</sup>, não profissionais de saúde.

Nos discursos, identificámos relações funcionais coesivas entre as orações como a elaboração<sup>172</sup>, a extensão<sup>173</sup> e o realce<sup>174</sup> e marcadores coesivos como a

---

<sup>168</sup> Com menor expressão.

<sup>169</sup> Identifica o modo de argumentação e racionalidade, permitindo compreender como a voz e o ethos dos peritos são construídos no texto (Fairclough, 2001)<sup>b</sup>.

<sup>170</sup> Para além do que se passa e porque se passa (presente) podemos reconhecer, nos discursos analisados, o que se passou e porque se passou (passado) e o que se deveria passar e porquê que se deveria passar (futuro).

<sup>171</sup> Particularmente os cidadãos idosos.

<sup>172</sup> Quando uma oração elabora o sentido de uma outra, trazendo maior especificação ou descrição desta outra oração (idem, 2001).

<sup>173</sup> Quando uma oração acrescenta algo de novo a outra oração (ibidem, 2001).

<sup>174</sup> Quando uma oração realça o significado de outra, qualificando-a relativamente ao tempo, lugar, modo, causa ou condição (Fairclough, 2001)<sup>b</sup>.

referência<sup>175</sup>, a elipse<sup>176</sup>, a conjunção<sup>177</sup> e a coesão lexical<sup>178</sup>. Apresentamos dois excertos: o primeiro, onde é visível a relação funcional *extensão* e o segundo, onde é visível o marcador coesivo *referência*.

“ (...) A minha perspectiva de uma formação é formar os enfermeiros: **primeiro**, para que não tenham os receios e os monstros do envelhecer nas suas cabeças, que não lhes permitam ou que lhes toldem o seu raciocínio, no contato com os mais velhos e com as famílias dos mais velhos; **segundo**, que tenham, realmente, uma perspectiva positiva de empowerment e conheçam, de facto, para que servem os mais velhos numa sociedade... Porquê que vale a pena ficar vivo? **Terceiro**... que... ganhem competências (...) que são indispensáveis! (...) ” (EV:157-162).

“ (...) Pensamos que passamos um conceito de idoso que não passamos! Porque depois, aquilo que estávamos a comentar acerca do que **os alunos escreviam como respostas nos testes e no exame**, estamos em época de exame [recorda] e o idoso que transparecia na imagem que os alunos escreviam nos testes, era aquele idoso velhinho, sem capacidade para nada, com pouca capacidade para decidir e começámos a questionar. A gente deve estar a passar esta imagem! É verdade, que esta é a **imagem social**, que ainda perdura e eles vivem numa sociedade, mas das duas uma, ou a gente está a reforçar esta imagem ou então temos que arranjar novas estratégias para desconstruir um pouco esta imagem! (...) ” (EIV:40-47).

A **estrutura textual** trata das propriedades organizacionais dos textos e relativamente a ela considerámos importante abordar o controle interacional<sup>179</sup>.

As entrevistas abertas permitiram aos peritos o controle da tomada de turno, do conteúdo e da duração dos tópicos discursivos. Os relatos foram relativamente longos, não se prendendo num tópico único, mas percorrendo uma série de tópicos interligados. Durante o discurso proferido pelos peritos, houve lugar a frequentes manifestações de atenção por parte da investigadora, através de expressões como (*uhm...uhm; sim; pois; muito interessante*). Colocámos algumas questões para além da questão de partida, que foram diferentes de entrevista para entrevista, mas sempre relacionadas com os tópicos relatados pelo perito, atendendo ao momento da sua formulação (após as pausas ou a evidência de padrões de entoação final) e questionámos, antes do término de cada entrevista, se o perito pretendia acrescentar algo mais ao seu discurso.

A sequência dos turnos foi, desta forma, organizada de maneira colaborativa.

---

<sup>175</sup> Quando o texto se refere a uma parte anterior ou antecipa uma parte adiante ou se refere a uma situação ou contexto mais amplo (Fairclough, 2001)<sup>b</sup>.

<sup>176</sup> Quando é eliminado material que é recuperado em outra parte do texto (idem, 2001).

<sup>177</sup> Coesão entre palavras e expressões conjuntivas (ibidem, 2001).

<sup>178</sup> Coesão, através da repetição, ligações (Fairclough, 2001)<sup>b</sup>.

<sup>179</sup> Relaciona-se com aspetos como a distribuição de turnos, seleção e mudança de tópicos, a introdução ou a conclusão das interações (idem, 2001).

### **7.1.2. Análise da prática discursiva**

A análise da prática discursiva trata da interpretação dos discursos e sobre ela referir-nos-emos aos processos de produção, distribuição e consumo textual. A *interdiscursividade* e a *intertextualidade manifesta* focalizam a produção do texto, as *cadeias intertextuais*, a distribuição do texto e a *coerência*, o seu consumo (Fairclough, 2001)<sup>b)</sup>.

Abordados os primeiros quatro itens relativos às propriedades formais dos textos (vocabulário, gramática, coesão e estrutura textual), trazemos agora à análise os três itens remanescentes: (1) a força; (2) a coerência; e (3) a intertextualidade.

A **força** dos enunciados reporta-se aos tipos de atos de fala, envolvendo a ação social. Pode revelar-se numa promessa, num pedido, numa questão ou ameaça, podendo ser direta ou indireta e assumir um potencial extensivo. Analisar a força significa ser capaz de fazer uma leitura da situação, atendendo ao contexto no qual o discurso emerge (idem, 2001). Neste caso, importa lembrar que todos os peritos são profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e que todos têm uma proximidade ao mundo académico (professores), motivo pelo qual a força nos parece ser mais evidente nos excertos relacionados com os principais problemas identificados e para os quais os peritos formulam questões e/ou contestam a ação social, essencialmente no âmbito da educação e dos cuidados de saúde.

A **coerência** de um texto está relacionada com o sentido que o mesmo tem, nas suas partes e no seu todo, sendo importante referir que uma leitura coerente (propriedade que eu coloco no texto) depende dos princípios interpretativos a que recorro. A análise da coesão e coerência permite afirmar que os discursos são (individualmente e coletivamente) coesos e coerentes, tendo sido possível identificar posições e resistências partilhadas pelos peritos relativamente à prática social em estudo. Gerámos interpretações baseadas na leitura dos discursos, em nosso entender coerentes, mas certamente diferentes de outras leituras possíveis, porque a presente leitura resulta das nossas experiências anteriores, que por sua vez nos permitem desenvolver suposições e conexões particulares entre os diferentes elementos intertextuais (ibidem, 2001).

A **intertextualidade** comporta a ideia de que qualquer texto, absorve e responde a textos passados, reformulando-os e transformando-os e simultaneamente

antecipa textos futuros, levando à mudança, contudo, uma mudança sempre limitada e restringida pela prática social e pelas relações de poder (Fairclough, 2001)<sup>b)</sup>.

Essa intertextualidade manifesta<sup>180</sup> ou constitutiva<sup>181</sup>, presente nos discursos emergentes, assim como a força e a coerência, podem ser demonstradas através de toda a análise, enriquecida com os excertos das entrevistas. Ainda assim, parece-nos importante mencionar que a referência explícita a outros textos é bastante notória quando se trata de identificar referenciais que estão na linha de pensamento dos peritos e que fundamentam e reforçam as suas posições<sup>182</sup>. Em diferentes momentos os peritos convocam discursos da área da comunicação social<sup>183</sup> e utilizam outros discursos, de outros contextos, nomeadamente o contexto educacional e o contexto da prestação de cuidados<sup>184</sup>. Vejamos os excertos seguintes.

*“ (...) Para isso tudo há referentes, portanto, sabemos claramente que existem orientações... ah... no que diz respeito às cidades amigas das pessoas idosas, existem orientações no que diz respeito às intervenções que é necessário fazer nas casas das pessoas nestas fases da vida para que elas sejam locais seguros e onde possam estar com autonomia... ah... e sabemos inclusivamente que existem recomendações políticas emanadas internacionalmente, quer pela organização mundial de saúde, quer pelo conselho europeu... ah... que... dão indicações muito claras sobre como é que uma política de saúde deve estar... ah, digamos assim, organizada (...) ” (EIII:60-67).*

*“ (...) Por exemplo, nesse último estudo que fiz, havia um enfermeiro que foi considerado o enfermeiro modelo pela equipa de enfermagem e que é a referência para os alunos, que passaram por aquele serviço, dizem “Ah... este é como o enfermeiro fulano tal” e achei engraçado que os enfermeiros sem se aperceberem diziam “Ah! Eu gosto muito de trabalhar com idosos, faço isto, faço aquilo, faço coisas muito boas, mas não sou como o fulano!” Portanto, o fulano era a bitola máxima do bom enfermeiro (...) ” (EIV:303-308).*

A análise, fruto dos discursos produzidos por peritos na área<sup>185</sup>, evocou as principais referências epistemológicas do estudo, entre as quais destacamos Thomas Kuhn e o seu conceito de Matriz Disciplinar.

Atendendo que cada elemento da Matriz Disciplinar funciona em interligação com os demais, formando o todo, questionámos os peritos quanto aos elementos que organizam ou se perspectiva que organizem a formação inicial em Enfermagem na pessoa ao envelhecer.

---

<sup>180</sup> Quando um texto inclui explicitamente outros (Fairclough, 2001)<sup>b)</sup>.

<sup>181</sup> Quando a presença de outros textos não é explícita, podendo ser subentendida, por exemplo pela utilização de vocabulário ou gramática específico (idem, 2001).

<sup>182</sup> São exemplos as guidelines internacionais e europeias no âmbito da saúde e do envelhecer emanadas por organizações como a WHO ou o Conselho Europeu e trabalhos de investigação de outros autores e dos próprios peritos.

<sup>183</sup> Reportando-se a notícias sobre os cuidados de saúde ou sobre as pessoas idosas.

<sup>184</sup> Reportando-se a diferentes tons discursivos e procurando serem fiéis aos discursos dos atores originais.

<sup>185</sup> Anteriormente caracterizados.

Estes discursos, produzidos no âmbito da presente tese de doutoramento, foram reproduzidos e transformados, sendo o seu produto registado e distribuído pela comunidade científica<sup>186</sup>, esperando-se que o seu consumo (individual e coletivo) traga contributos ao desenvolvimento desta área do conhecimento.

Os elementos identificados, desde os valores até aos exemplos concretos de resolução de problemas, foram integrados em quatro dimensões: (1) *a pessoa ao envelhecer*, (2) *o cuidar profissional da Enfermagem do envelhecer*, (3) *o aprender e ensinar a Enfermagem do envelhecer*, e (4) *os contextos de aprender e de cuidar no envelhecer*, sendo que as três primeiras dimensões são retratadas essencialmente na análise da prática discursiva e a quarta dimensão na análise da prática social e que se relacionam e edificam numa proposta de matriz referencial, apresentada no capítulo seguinte.

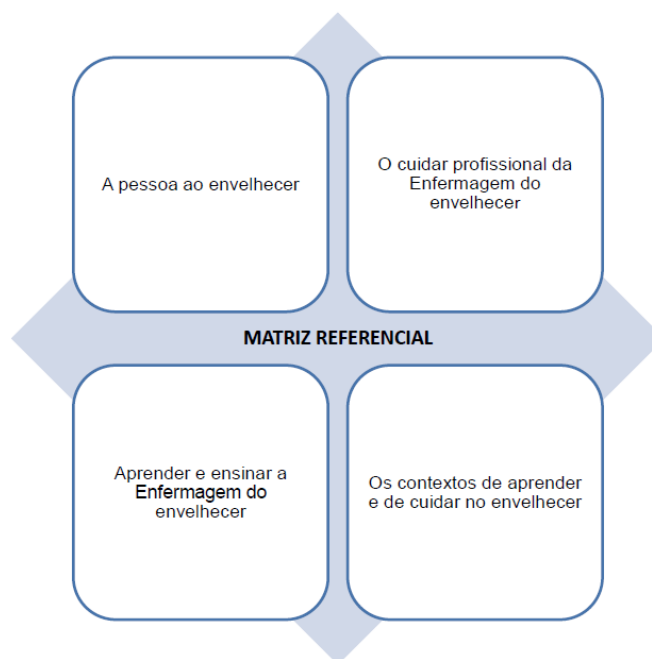


Figura 6 – As quatro dimensões resultantes da análise crítica de discurso.

<sup>186</sup> Através do presente trabalho e publicações/comunicações que dele derivam, levando a reproduções e transformações constantes.

## A pessoa ao envelhecer

A pessoa idosa, a pessoa mais velha ou a pessoa maior, entre outros conceitos utilizados<sup>187</sup>, é no entender dos peritos, uma pessoa única, aliás, como todas as outras, mas considerando a sua grande experiência de vida, uma pessoa também mais complexa e diferenciada, envolta por uma história e por um contexto que a edificam.

A parametrização do envelhecer é nos discursos analisados, uma vez mais questionada<sup>188</sup>, corroborando os achados anteriores e fortalecendo o conceito que pretendemos fazer emergir – *a pessoa ao envelhecer*.

Analisamos, de seguida, os tópicos discursivos que integram a presente dimensão: (1) *a especificidade do envelhecer*, (2) *a singularidade e a complexidade da pessoa ao envelhecer*, e (3) *a valoração (positiva) do envelhecer*.

### A especificidade do envelhecer

No entender dos peritos, o envelhecer tem características muito próprias que fazem com que uma pessoa idosa ou muito idosa não seja uma pessoa adulta com mais uns anos. Da mesma forma que não podemos comparar as necessidades de uma criança com as de um adolescente ou as de um adulto, reconhecendo que o seu desenvolvimento e as suas necessidades são diferentes, o mesmo se deveria passar quando o foco é a pessoa ao envelhecer.

“ (...) O mais velho **não é o adulto que caducou**, portanto, o mais velho é uma pessoa, que **tem todas as características de uma pessoa que já atingiu a maturidade**, mas que precisa de que eu entenda como é que ela percebe a realidade e que chegue àquela pessoa a informação que eu necessito de passar para ela (...) ” (EII:66-69).

“ (...) O envelhecimento tem **caraterísticas muito próprias...ah... e tendo caraterísticas muito próprias**, provavelmente exigirá cuidados adequados a essas caraterísticas. Costumo fazer o paralelismo com aquilo que se passa ou que se passou... ah... há uns anos atrás com o outro extremo da vida, portanto, durante muitos anos e isso não é do seu tempo, mas durante muitos anos, as urgências tiveram organizadas de tal forma que as criancinhas eram atendidas no mesmo local que os adultos...ah...

---

<sup>187</sup> “ (...) Eu acho que o nome aqui é o menos importante, o menos importante, eu acho que o nome aqui é... o que ele não pode ser é atributo de uma menos valia para ninguém (...) ” (EII:227-228).

<sup>188</sup> “ (...) Quem é esse indivíduo velho? O velho aqui é um artefacto, quer dizer, nuns países digo que é aos 60 anos noutros países digo aos 65 e quando eu penso que tenho 65 anos e que posso viver mais 30, é metade, mais de metade da minha vida e eu penso... O que é essa história de ser velho, não é? E quando a gente liga a televisão e vê pessoas com 104 anos, 105 anos que falam, que estão bem... O que é essa história do velho? Também posso ter indivíduos aos 40 mais embotados de que os outros, não é? Há aqui... um trabalho que tem de ser feito à volta do que é esta pessoa. Não é fácil de definir... (EII:218-224).

mesmo já havendo especialistas em pediatria...ah... e passado... uhm... enfim... o tempo considerado necessário, entendeu-se que essa não era a forma adequada e, portanto, passou a haver um local próprio para as atender e especialistas para os atenderem. Digamos que, não preconizando exatamente um paralelismo total com isto... ah... entendo que, efetivamente, tem de ser introduzido um conjunto enorme de alterações decorrentes do facto, que neste momento está provado empiricamente, que o envelhecimento tem **caraterísticas muito próprias** (...)" (EIII:08-19).

### A singularidade e a complexidade da pessoa ao envelhecer

A pessoa ao envelhecer é singular e complexa, como todas as outras, contudo, esta pessoa, mais madura e com uma grande experiência de vida, tem capacidades e/ou discapacidades, funcionalidades e/ou disfuncionalidades peculiares e necessidades, também elas, muito especiais, que ampliam a sua diferença.

" (...) Estes atores idosos são pessoas que têm... ah... **capacidades** ou **discapacidades**, têm **funcionalidades** ou **disfuncionalidades**, por outro lado, são atores que têm uma **longa experiência** atrás de si (...)" (EI:68-70).

" (...) Se há **alguém complexo** a nível dos cuidados são mesmo os idosos, por um lado, porque são pessoas com uma **grande experiência de vida**, esta grande experiência de vida faz com que ao nível das **necessidades**, elas sejam **muito diferenciadas** (...)" (EI:99-102).

Não existem duas pessoas iguais em todo o mundo, sejam elas crianças, jovens, adultas ou idosas, mas à medida que o tempo passa e que nos desenvolvemos, tornamo-nos cada vez mais diferentes, porque também a nossa história genética, familiar, cultural, educacional... é diferente.

" (...) Sempre numa perspetiva de que... nós nos continuamos a desenvolver ao longo do ciclo de vida... não acabou na adolescência, não acabou no início da adultez, portanto, a perspetiva tem que ser esta e depois desmistificar também que nós, efetivamente, à medida que envelhecemos, **somos cada vez mais diferentes uns dos outros**, mesmo que se tenha nascido no mesmo ano cronológico ou mesmo que se tenha tido um contexto social muito próximo, **a maneira como envelhecemos é diferente, é distinta, portanto, é personalizada**. De certa maneira, quase que se pode dizer, que eu assumo que as crianças de uma determinada idade possam ter comportamentos e desenvolvimento muito igual, a mesma coisa não poderei dizer de pessoas mais velhas com a mesma idade, porque o percurso de vida marcou estas pessoas (...)" (EII:13-22).

Se cada percurso é único, marcando cada pessoa de forma distinta e se a forma de viver e encarar a vida, também se torna diferente, à medida que envelhecemos<sup>189</sup>, é ainda mais difícil, para não dizer impossível, colocarmo-nos verdadeiramente no lugar da pessoa que experiencia a transição de envelhecer.

---

<sup>189</sup> Como nos referencia um dos peritos.

“ (...) E começamos a **viver as experiências e a finitude da vida**... dos processos, etc. e a ter sobre ela, um olhar que me parece... também **diferente**... (...) ” (EI:344-345).

“ (...) Sabemos o que é a criança e somos capazes de perspetivar... o que que uma criança estará a sentir... em determinada situação...; um jovem...; mas achamos que somos capazes de pensar **o que é que o idoso está a sentir** e não somos, porque **só vamos saber quando chegarmos lá!** (...) ” (EIV:183-185).

### A valoração (positiva) do envelhecer

Os peritos valoram uma perspetiva positiva sobre o envelhecer, defendendo o paradigma do envelhecimento ativo. Consideram que o foco deve ser na saúde e nas potencialidades de cada pessoa, contudo, não colocando de lado por completo a presença de doença e as suas implicações. Reconhecem, que mesmo doente, a pessoa ao envelhecer pode ser autónoma, independente e capaz de responder às adversidades que vão surgindo no decorrer da sua vida.

“ (...) Normalmente focamo-nos na doença, olhamos para a pessoa velha como uma pessoa doente, mas numa perspetiva até de **envelhecimento ativo**, que não põe de lado por completo a presença da doença, mas ensina a pessoa... ah... devemos nós perspetivar isso nos alunos para que a gente mobilize as pessoas para elas desenvolverem comportamentos que sejam promotores do seu envelhecimento e que saibam... ah... lidar com as intercorrências (...) ” (EII:07-11).

“ (...) **Ser idoso não significa ser necessariamente doente**, nem tem que se tomar um saco de comprimidos! (...) ” (EIV:129-130).

“ (...) Daquilo que é um **idoso saudável**, um idoso **independente**, que quer ser autónomo, que tem **capacidade de aprender**, que aprende e que não quer que mandem nele e que tem que ter respostas adequadas (...) ” (EIV:154-156).

“ (...) É ver a pessoa naquela perspetiva de a pessoa com a doença, mas todas as **potencialidades** que tem para... ah... continuar a viver” (...) ” (EV:167-168).

“ (...) Os determinantes do envelhecimento, nomeadamente do **envelhecimento ativo**, que é um paradigma que eu defendo muito, muito mais do que só um envelhecimento saudável, porque o envelhecimento ativo é saúde, participação, segurança, solidariedade entre gerações, sentir-me bem no meu meio e respeitar e...e ser saudável não chega! (...) ” (EV:286-291).

É referido, pelos peritos, o conceito de identidade da pessoa ao envelhecer e a sua mais-valia para a sociedade. Seleccionámos dois excertos, por serem particularmente ricos e por descreverem, fundamentando, a utilidade e o serviço prestado pelos mais velhos.

“ (...) **Falta reconhecer** um papel importante que a sociedade não reconhece **que é trabalho não remunerado**, que é cuidar dos netos, de fazer... pagar... dar uma volta pelo filho, dar uma volta pela

*filha, pagar uma conta, ir aqui ou acolá, saber disto ou aqueloutro. Que é trabalho, que é trabalho! Porque se eu tivesse que pedir a alguém para fazer isso, que não fosse um familiar, isso era pago e que não é, na verdade, reconhecido e que nós precisamos, todos nós precisamos de quase que fazer perceber àquela pessoa, que isso é uma coisa importante e portanto, isto devia, eu acho que é uma área que deve ser trabalhada com os alunos (...)” (EII:120-126).*

*“(…) Em quê que vale a pena envelhecer, porque só envelhece quem está vivo muito tempo (quem morre precocemente não chega lá!), portanto, **a longevidade é um produto positivo** (...); quais são **os contributos dos mais velhos** para a sociedade e porquê que vale a pena investir no nosso envelhecimento e ver o envelhecimento com **aspectos positivos**, pois são os grandes contributos para a **economia social**, são indivíduos que estão a colaborar na sociedade e que mesmo ninguém lhes dando valor e com diminutas reformas, **suportam as famílias** a montante e jusante e **ainda se suportam a si próprios**; dão **o contributo do seu saber** mesmo sem pedir nada em troca e não sendo reconhecidos em lado nenhum; em todo o mundo **dão milhões de horas de proteção aos mais novos**, de outra forma muitos pais jovens não conseguiriam trabalhar, porque são os mais velhos que vão buscar os miúdos à escola, que os trazem e etc. etc.; **andam nos transportes onde os mais jovens já não andam**, porque já só andam de carro; **conseguem manter as economias locais**, porque deslocam-se em épocas (chamadas as épocas baixas) onde vão pagar menos, mas se não fossem eles (...) não havia nem turismo, nem termalismo em Portugal (...); são **consumidores**, reconhecidos e tudo mais e portanto, há uma série de produtos, até comerciais e tudo isso, que vivem já na esfera dos mais velhos. Esse contributo não está quantificado nem reconhecido no PIB! (...)” (EV:134-153).*

## **O cuidar profissional da Enfermagem do envelhecer**

Tendo em consideração os tópicos discursivos enunciados, parecem estar reunidas as condições que nos permitem afirmar que seria exetável que os cuidados de saúde e nomeadamente os cuidados de Enfermagem, centrados na pessoa ao envelhecer, se constituíssem também como complexos e distintos, atendendo à sua integralidade<sup>190</sup>.

É sob este pano de fundo, a integralidade da pessoa ao envelhecer e um cuidado integrado, integrador e co construído<sup>191</sup>, que nos propomos analisar os seguintes tópicos discursivos: (1) *a pessoa enfermeiro*; (2) *a constância e a multidisciplinaridade do cuidado*; e (3) *uma ética para a anciania*.

<sup>190</sup> “ (...) Porque **esta integralidade é muito importante**... é muito importante no sentido em que, por vezes, nós olhamos para um idoso, mesmo um idoso que está só, que já não tem família (...), mas **o cuidado de enfermagem acontece sempre num contexto** e este contexto tem que **ser do conhecimento do profissional**, ele tem que **trabalhar sobre ele para poder prestar este cuidado integral**, se não, o cuidado vai ser parcelar e como parcelar que é, não será tão bem sucedido, não é? (...)” (EI: 382-387).

<sup>191</sup> Suportadas em autoras como Arminda Costa e Patrícia Pontífice.

## A pessoa Enfermeiro

A pessoa Enfermeiro que centra o seu cuidado na pessoa ao envelhecer, deve possuir, na perspectiva dos peritos, um conjunto de traços e qualidades pessoais peculiares, a começar o gosto e interesse de trabalhar com pessoas mais velhas, sendo capaz de vestir “uma roupa diferente” da pessoa enfermeiro que cuida, por exemplo, de uma criança.

“ (...) **São muito poucos aqueles que... que dizem abertamente “Eu gosto de estudar, **eu gosto de trabalhar com as pessoas mais velhas**”, está a ver? E esta falta de “Eu gosto” terá levado a que estas áreas tivessem mais confinadas a... a populações que trabalham na área da formação mais jovens, na área dos cuidados a mesma coisa, não é? (...) ” (EI:72-76).**

“ (...) É assim... eu acho que... um elemento que eu vejo aqui como importante em relação a uma matriz para a enfermagem é... **Que enfermeiro é este?** No fundo...que enfermeiro é este, que vai intervir nesta área?... Somos... podemos trabalhar em várias áreas, mas acho que tem que haver aqui qualquer coisa... ah... diferente, na abordagem, na maneira como eu me posiciono para abordar a pessoa, que tem alguma idade, da mesma maneira que se eu for para a pediatria, para cuidar de crianças, **eu visto... uma roupa diferente**, desenvolvo um perfil diferente. Provavelmente, tenho alguma apetência para fazer coisas que eu com os mais velhos não tenho, portanto, eu acho que é diferente. (...) ” (EI:210-216).

Se pensarmos numa peça de roupa como algo que colocamos ou retiramos de acordo com o que valoramos (a sua cor, o seu conforto e/ou a ocasião), reconhecemos que em diferentes encontros vestimos diferentes peças de roupa, assumindo discursos e comportamentos também diferentes, sem deixar de ser quem somos.

A mesma coisa parece acontecer no cuidado de Enfermagem. O enfermeiro age de forma integrada e integradora, desenvolvendo um cuidado co construído, em conformidade com os contextos nos quais habita, refletindo e utilizando recursos internos e externos, que lhe permitem agir de forma singular a cada nova experiência, a cada novo encontro.

Retomando a metáfora “visto uma roupa diferente”, acrescentaríamos “visto uma roupa adequada”, isto é, uma roupa capaz de servir a pessoa e o seu projeto de saúde ao envelhecer.

Para que o enfermeiro seja capaz de selecionar e vestir a roupa adequada, é fundamental que seja detentor de um conjunto de conhecimentos relevantes e atuais, de natureza técnica, mas sobretudo de natureza relacional, suportados por referenciais que valoram a especificidade do envelhecer e o lugar da pessoa idosa no seu contexto natural e socialmente integrada.

“ (...) Neste momento está provado empiricamente, que o envelhecimento tem características muito próprias, tendo características muito próprias... pausa... daí decorre que os profissionais de saúde têm que ter **competências para, primeiro, serem capazes de compreender essas diferenças, essas características, portanto, serem capazes de as avaliar, portanto, fazer uma avaliação clínica decente e consequentemente depois de planearem e de prestarem cuidados tendo em consideração essa... essa especificidade...** e portanto, quer dizer que... os profissionais de saúde, na generalidade e neste caso em particular os enfermeiros, têm que desenvolver essas competências... **aos vários níveis de formação, portanto, a começar pela licenciatura, portanto, se... é claro que neste momento... que um enfermeiro generalista... tem que ter competências... digamos que, gerais sobre cuidados às crianças, também deveria ter competências gerais sobre cuidados aos idosos (...)** ” (EIII:18-27).

“ (...) O que é que eu, como enfermeiro, **tenho de saber para ser uma mais-valia no contributo da qualidade de vida e bem-estar que aquela pessoa tem direito e que eu tenho a obrigação de dar o meu contributo, de acordo com a minha área profissional (...)** numa perspetiva sempre da qualidade de vida e bem-estar para essas pessoas e para a manutenção dessas pessoas, integradas no seu contexto social e familiar, na sua participação social. Passar a imagem que **o lugar do idoso é no seu contexto natural e socialmente integrado, onde ele sempre viveu e como é que eu posso ser uma mais-valia para tornar isso possível (...)** ” (EIV:453-463).

Se a ideia subjacente é levar os serviços ao encontro das pessoas e não as pessoas ao encontro dos serviços, espera-se que a pessoa enfermeiro seja capaz de atuar eficientemente fora dos palcos habituais, na medida em que a maioria das pessoas idosas se encontra na comunidade<sup>192</sup>.

“ (...) Como é que nós mantemos estas pessoas no seu habitat natural, que é a sua casa... com saúde obviamente! Não é? Isto atribui... ah... uma responsabilidade muito grande em termos de competências a todos os profissionais... que estão nos cuidados de saúde primários, principalmente, não só, mas principalmente a estes... ah... atribui-lhes uma responsabilidade muito grande por uma razão muito simples... **para que as pessoas possam estar em suas casas mais saudáveis... ah... precisam que os profissionais de saúde ganhem competências para trabalhar fora dos espaços habituais, ou seja, para trabalharem efetivamente na comunidade, portanto, para saírem do conforto das quatro paredes e para fazerem das casas das pessoas, locais de prestação de cuidados, portanto, é levar os cuidados até às pessoas e não as pessoas até aos cuidados, portanto, fazer com que, primeiro se atue de acordo com o princípio da precaução que é, vamos promover e prevenir... na casa das pessoas (...)** portanto, isto de ir a casa das pessoas e em loco ver, com que dificuldades é que as pessoas se deparam e como é que nós as podemos ajudar **naquele contexto e não noutra qualquer ou qualquer outro ideal**, a melhorarem a sua situação de saúde, aproveitando o melhor possível, aquilo que eles têm, não é? Então isso sim... poderá fazer a grande diferença e isto **são competências novas e não são competências para especialistas (...)** ” (EIII:185-206).

---

<sup>192</sup> “ (...) Temos em Portugal **2 milhões de pessoas idosas** de 65 e mais anos, dessas 2 milhões, **só 4% é que estão internadas em lar (...)** ” (EV:100-101).

As competências da pessoa enfermeiro, de acordo com o anteriormente exposto, não se resumem, naturalmente, ao domínio da prestação de cuidados diretos, muito antes pelo contrário. Atravessam outros domínios, entre os quais o social, o político e o cultural, na medida em que a saúde é multifatorial, particularmente a saúde de quem experiencia a transição de envelhecer.

“ (...) Depois a questão coloca-se, portanto, eu já disse que têm de ser competências de natureza clínica, com certeza, mas **as competências de natureza clínica tal como eu as compreendo não são só competências de prestação de cuidados diretos**, portanto, o cuidado direto no sentido mais ... restrito do termo ... porque eu não entendo assim os cuidados de saúde (...) ” (EIII:39-43).

“ (...) Em qualquer situação de saúde e conseqüentemente também nos idosos, devemos ter em consideração os **determinantes de saúde**, quer dizer que **a saúde** de uma pessoa não depende exclusivamente de relações... diretas e... e... unidirecionais entre determinado tipo de variáveis, **depende**, isso sim, **de um conjunto de fatores muito diversificados** que vai **do micro ao macro ou ao contrário**, portanto... da... desde... enfim... do nosso pressuposto genético à política de saúde ou ao contrário e portanto, quer dizer que qualquer profissional que se prepare para trabalhar com... na área da saúde e para prestar cuidados a qualquer pessoa em qualquer momento do ciclo de vida e conseqüentemente aos idosos, tem que ter em **consideração estes diversos níveis de atuação**, portanto, não se pode preparar só para ser um bom prestador de cuidados diretos, tem que compreender que a saúde das pessoas depende de muitos outros fatores e portanto, **tem que ser capaz de atuar a estes diferentes níveis** (...) ” (EIII:44-54).

Tendo em consideração que o cuidado de Enfermagem é contínuo, não se cingindo ao aqui e ao agora, é fundamental que a pessoa enfermeiro seja competente a trabalhar em equipa, atendendo à constância e multidisciplinaridade, dois elementos que integram o cuidado e que explanaremos, mais aprofundadamente, no tópico discursivo seguinte.

“ (...) Para além disso, ainda uma outra dimensão, que é, digamos que é uma questão... uma **competência transversal** e que está subjacente a tudo isto... não é... não é crível... que a este nível de... prestação de cuidados de saúde... bem como em qualquer outro, mas neste então é gritante, que qualquer profissional de saúde atue sozinho... isso não existe... em saúde isso não existe... **existe uma atuação sempre em equipa** e... e... eu sou um defensor disso e claramente não vejo outra forma de o fazer, mas isso quer dizer que os profissionais têm que saber trabalhar em equipa e portanto, quer dizer que também aí é necessário atuar para **desenvolver competências de trabalho em equipa** (...) ” (EIII:67-74).

### A constância e a multidisciplinaridade do cuidado

O cuidado de Enfermagem tem constância no tempo e no espaço. Mesmo nas situações de carácter urgente/emergente onde se levanta o maior valor – a *vida*, há ou deveria haver sempre, a preocupação da continuidade dos cuidados.

Cuidamos a pensar no presente, sem descurar o futuro, sendo que essa continuidade dos cuidados se torna relevante em qualquer etapa da vida da pessoa humana, mas sobretudo na transição de envelhecer, onde habitualmente coabitam diferentes transições de diferentes naturezas.

*“ (...) Se não há, um espírito de **continuidade** de cuidados (...) Se não há a compreensão **da situação** de cada um e se a enfermagem do envelhecimento, aborda o envelhecimento, os velhos, como um todo igual, no imaginário, o produto de investimento é desastroso, em termos do que é depois, **os produtos de benefício que as pessoas têm na continuidade da sua vida** (...) ” (EV:49-54).*

O cuidado profissional de Enfermagem atende à continuidade da vida da pessoa, neste caso, da pessoa que experiencia a transição de envelhecer. O cuidado não deixa de existir quando o enfermeiro termina o seu turno no hospital ou quando a pessoa tem alta para a sua casa. O cuidado tem, necessariamente, que persistir, embora tenhamos consciência de que existem muitas barreiras, sobretudo ideológicas e hegemónicas à sua constância<sup>193</sup>.

A evidência sugere que as políticas e regras organizacionais, a falta de educação e preparação na área e ambientes inapropriados constituem barreiras fundamentais no cuidar centrado na pessoa ao envelhecer (Rejeh, et al., 2011).

A responsabilidade dos profissionais passa, igualmente, pela valoração de um outro elemento inerente ao cuidado, a multidisciplinaridade, onde são engrenadas informações e ações complementares que se articulam e se materializam numa intervenção mais global e por isso mais enriquecedora e benéfica.

*“ (...) Também sinto necessidade de que a gente perspetive esta... esta questão da enfermagem aos mais velhos...ah... sempre numa **perspetiva multidisciplinar**. Quer dizer, ou seja, eu não sou a única pessoa a intervir com os mais velhos e não posso pensar que sou o melhor! Às vezes, posso ser o que estou melhor posicionado, às vezes sou o que estou pior posicionado, mas devo, na medida do possível, entender-me em equipa, se houver essa condição ou perspetivar um pouco qual é **a minha intervenção**... ah... **dentro de uma intervenção mais global** porque, eventualmente, o... a pessoa pode precisar mais de uma intervenção de um fisioterapeuta, pode precisar mais de uma intervenção de um médico, pode precisar mais de uma intervenção do terapeuta de outra área ou... de outros campos e eu tenho que pensar que eu tenho de **engrenar** aqui uma informação que não pode ser contraditória, mas*

---

<sup>193</sup> Falaremos sobre elas com maior profundidade na análise da prática social.

ao mesmo tempo enriquecedora e benéfica para a pessoa. Portanto, eu acho que isso tem que ser um aspeto que nós devíamos explorar (...)” (EII:77-87).

O cuidado centrado na pessoa ao envelhecer é quase sempre de natureza multidisciplinar, pela singularidade e pela complexidade inerente. A Enfermagem produzirá um leque de respostas tanto mais eficaz e abrangente quanto mais partilhar o seu conhecimento e desenvolver projetos, nomeadamente de investigação<sup>194</sup>, em conjunto com outras disciplinas.

Investigar em Enfermagem visa melhorar a saúde, o cuidado e a qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades, através de instrumentos, que retratam questões relevantes para a educação e práxis clínica e que são fundamentais ao desenvolvimento do conhecimento e participação ativa da Enfermagem em contextos cada vez mais diversificados, complexos e de investigação interdisciplinar (Powers, et al., 2006).

“ (...) A área dos cuidados aos idosos é uma área em que dificilmente uma profissão vinga sozinha! Quando eu digo vinga sozinha, é porque o... **o cuidado ao idoso é um cuidado quase sempre de natureza multiprofissional** (...) a maior parte das vezes, os problemas destas pessoas não vão poder ser resolvidos só pelo enfermeiro nem só pelo médico (...) Eu considero que a área dos cuidados aos idosos é das áreas em que a enfermagem vai vingar como área do conhecimento, como área de... de desenvolvimento do seu conhecimento, se ela **partilhar** esse **conhecimento** com os outros e ao mesmo tempo se ela **desenvolver processos em conjunto** com outros investigadores. A mim, isto parece-me essencial... pela **complexidade dos cuidados** aos mais velhos, por exemplo as questões da... da relação com os idosos, as questões de... de eles estarem integrados em famílias estruturadas ou não estruturadas, a questão da solidão dos idosos, etc., são problemas de uma complexidade tão grande que nós não podemos... ah... vivê-los sem os partilhar, mesmo ao nível da **construção do conhecimento**... ah... porque... é evidente que se nós trabalharmos, por exemplo, com a área da psicologia, com a área da sociologia, com a área da assistência social, etc., nós temos um **leque muito maior de respostas**, mais **abrangente** e é interessante, por exemplo, se seguirmos um bocadinho a história de alguns congressos, que inicialmente eram só para médicos ou só para enfermeiros, etc., cada vez mais eles começam a ter um leque de participantes... ah... na sua própria organização, o que denota o interesse deste... deste desenvolvimento diferenciado, que me parece muito interessante, que certamente irá dar frutos, não é? (...) Eu entendo, que podemos estar numa fase de desenvolvimento do conhecimento em que também ainda temos caminho a fazer sozinhos, mas por outro lado também, este caminho a fazer sozinhos pode ser segmentado e transversalizado com outros profissionais que podem ser interessantes, por outro lado também, a inserção destas investigações em unidades de investigação relacionadas com a pessoa idosa, a mim... ou relacionadas com outras áreas do conhecimento, portanto, que sejam partilhadas, mas que tenham no **centro das preocupações a pessoa idosa**, a mim parece-me importante, acho que seria fundamental, mesmo, está a ver? Ao... ao... como é que hei de dizer... não é estigmatizarmos, mas ao segmentarmos o conhecimento a uma área muito restrita... uma dimensão muito restrita do desenvolvimento profissional, nós estamos... ou dos cuidados que se prestam, está a

---

<sup>194</sup> Cujo foco de atenção é a pessoa ao envelhecer.

ver? No fundo, nós estamos a segmentar ainda mais uma área de conhecimento que de si mesma já tem tido dificuldade em... em implantar-se no terreno (...)” (E1:171-216).

### Uma ética para a anciania

Na presente dimensão, abordámos os tópicos discursivos: (1) *a pessoa enfermeiro* e (2) *a constância e a multidisciplinaridade do cuidado*. Ainda integrado no cuidar profissional da Enfermagem do envelhecer, torna-se relevante centrarmo-nos num tópico explanado pelos peritos e que designámos *uma ética para a anciania*<sup>195</sup>.

Os princípios éticos e os direitos humanos assumem particular importância no envelhecer, essencialmente pela maior vulnerabilidade das pessoas que experienciam essa transição e trespassam, naturalmente, o campo da Enfermagem<sup>196</sup>.

Podemos identificar sete princípios e imperativos éticos “relacionados com a situação da pessoa ao envelhecer, num processo em que se patenteiam modificações da relação da pessoa com o tempo, com o mundo, consigo mesma e a sua narrativa” (...) “ (1) respeito pela dignidade humana, independentemente da fase de vida em que cada um se encontra; (2) reconhecimento da singularidade da situação da pessoa ao envelhecer; (3) liberdade de decisão da própria pessoa, que se materializa no respeito pela autonomia; (4) reconhecimento e proteção das vulnerabilidades das pessoas idosas; (5) exigência ética e responsabilidade social no acompanhamento das pessoas idosas; (6) não discriminação pela idade; e (7) a orientação para as condições do bem integral e da qualidade de vida” (Nunes, et al., 2015).

Será, suportadas por estes princípios e imperativos éticos, que analisaremos os discursos proferidos pelos peritos.

O **respeito pela dignidade humana** significa que cada pessoa tem igual dignidade, independentemente da fase de vida em que se encontra e que essa dignidade é respeitada. Respeitamos a dignidade humana quando, por exemplo, reconhecemos a especificidade e a complexidade da experiência de envelhecer, quando garantimos a igualdade de direitos entre gerações e quando assumimos que

---

<sup>195</sup> Influenciadas pelo parecer do CNECV sobre a vulnerabilidade das pessoas idosas, em especial das que residem em instituições e por um texto da nossa autoria (Lucília Nunes e Andreia Ferreri Cerqueira) intitulado *Ética nos cuidados à pessoa idosa. Para uma ética da ancianidade*. Este texto é capítulo de uma obra coletiva, no prelo.

<sup>196</sup> Importa referir que os princípios éticos agora apresentados e explanados em maior profundidade no texto referenciado, não são tratados, exclusivamente, no presente tópico discursivo, sendo transversais a toda a análise. No entanto, pela sua enorme relevância, mereceram um lugar de destaque. Este foi o momento escolhido para a sua sistematização.

os critérios da nossa decisão, seja ela qual for, não se restringem à “leitura estrita de dois algarismos ou três”.

“ (...) ***Eu não acho que os idosos precisem de abordagens e estratégias diferentes dos outros grupos etários. Eles precisam é ter direito a ter as mesmas abordagens (...) com as suas especificidades!*** Eu falo com uma criança, não falo da mesma maneira ou não devo falar da mesma maneira que falo com um idoso (...) nem com as crianças todas da mesma maneira, portanto, eu acho que com os idosos tem de ser o mesmo, a abordagem do idoso... depois de conhecer o que é que caracteriza o desenvolvimento normal, biológico, afetivo, psicológico que nós temos, o que é que caracteriza um idoso, um idoso abstrato, neste caso, depois vamos ver, vamos atender, abordar e cuidar desta pessoa, que por acaso, tem mais idade, de acordo com as características dela, da mesma maneira que cuidamos de qualquer outro! Às vezes, ficam a olhar para mim quando eu digo “Os idosos não precisam de estratégias específicas nem diferentes, eles precisam é de estratégias iguais aos outros todos!”. Porque a única diferença é que quando os outros não têm, acham mal e os próprios normalmente até reagem e quando é o idoso ninguém acha mal, toda a gente se acha no direito de decidir, de fazer e está tudo bem! (...) ” (EIV:351-364).

“ (...) Entre o mais velho e o mais novo, quem escolho?” ***Escolho pelo bilhete de identidade ou escolho por critérios que ultrapassam a leitura estrita de dois algarismos ou três?*** E isso é a diferença entre colocar os mais velhos como pessoas de pleno direito ou colocar os mais velhos como aqueles a quem a gente presta aqueles cuidados de comiseração (...) ultrapassando, logo aí, a dignidade com que as pessoas devem ser vistas, observadas e tratadas (...) ” (EV:82-87).

“ (...) Quando uma pessoa... ah... indica um internamento num lar, tem que perceber que a pessoa é despojada de tudo. Quando a pessoa diz “Ah está sempre a implicar que quer aquela cadeira e quando outros se sentam naquela cadeira” [emprega um tom de voz agudo] ... Têm que perceber porquê! Porque ***as pessoas não têm mais esfera de poder*** e isso tem que ser negociado. Não é uma coisa que se tira e que se ponha na pessoa e nós não podemos, como profissionais de saúde, mandar nas pessoas, fazer delas autómatos, submissos... e isso é a operacionalização de um outro princípio (...) que é o do ***respeito pela dignidade*** e se estes princípios não estiveram na base da nossa atuação (...) Eu penso que nenhum ato profissional, médico ou de enfermagem, tem... ah... resultados (...) em termos de ganhos de saúde... pausa... se não lhes pusermos todas as competências, que a maior parte das vezes nós desprezamos (...) ” (EV:190-204).

O **reconhecimento da singularidade** da situação da pessoa ao envelhecer significa que cada pessoa é única e que a sua unicidade é, por isso, reconhecida e valorada. Reconhecemos a singularidade quando, por exemplo, nos preocupamos com a pessoa e o seu entorno (a sua família, a sua cultura, as suas vontades, os seus receios...), tendo consciência que não há duas pessoas iguais “em parte nenhuma do mundo” e que a diferença se acentua na anciania.

“ (...) Se há coisa que é diferente, são duas pessoas de 72 anos. ***Não há duas pessoas de 72 anos iguais, em parte nenhuma do mundo!*** Porquê? Porque têm ***genes diferentes***, porque têm ***famílias diferentes***, porque têm ***educações diferentes***, porque nasceram em ***países diferentes***, porque têm

*ecossistemas sociodemográfico geográficos diferentes, porque têm... são culturalmente diferentes, porque têm... ah... recursos disponíveis diferentes... pausa (...) ” (EV: 230-234).*

A **liberdade de decisão** da própria pessoa, que se materializa no **respeito pela autonomia** significa que somos competentes quando avaliamos a capacidade da pessoa decidir sobre Si, dando-lhe o poder de decidir quando é capaz e protegendo-a dos perigos quando não é capaz de tomar a seu cargo o rumo da sua saúde e bem-estar.

*“ (...) **As capacidades, a tomada de decisão** dos idosos, a **valorização** e o **respeito** pela tomada de decisão e trabalhamos muito, eu trabalho muito isso com os alunos, infelizmente, a partir, muitas vezes, de situações que eles vêm pela negativa. É o não respeitar a decisão... pausa... lembro-me da última situação que trabalhei com eles que foi... respeitaram a decisão do idoso, muito bem, até ao dia em que ele resolveu ter uma decisão diferente dos profissionais e então aí chamou-se o filho para tomar a decisão (o idoso estava perfeitamente consciente e orientado mas a dizer que não queria fazer uma cirurgia) e depois o facto é que, claro que, para nós, profissionais de saúde, fazer o empolamento, porque os profissionais de saúde têm essa tendência, do que é que acontece se não fizerem aquilo que nós queremos, claro que o filho, como bom filho que é, vai dizer que sim. Que... que assina (o consentimento informado). Primeiro, trabalhar as questões da legalidade, éticas..., a pessoa está orientada, consciente e orientada, ninguém a pode obrigar a fazer o que não quer, não é o filho que vai resolver, mas infelizmente, eu acho que isto é quase norma... este funcionamento e falar com uma, ou dizer, sem sequer saber a decisão do idoso “Nós vamos falar com o seu filho” e eu às vezes pergunto (...) “Porque é que vai falar com o filho, a senhora não fala? E respondem “Ah! Fala, mas...”. E eu digo “Mas não! Então pergunte à senhora o que ela quer!” Mas claro que isto depois não é fácil, não é? (...) ” (EIV:100-115).*

O excerto seguinte relata a experiência particular de alguém<sup>197</sup> que sente o seu familiar, mãe ou pai que envelhece, numa situação de menos-valia, onde não lhe é permitida ou promovida a capacidade para decidir sobre Si.

*“ (...) **As questões éticas... ah... devem ser trabalhadas** e eu acho que elas já são ah... porque... no dia-a-dia, qualquer um de nós que vai a uma consulta com um familiar nosso, o nosso pai ou a nossa mãe, vai a uma consulta médica, a maior parte das vezes o médico não fala para o nosso pai ou a nossa mãe, fala para nós e isto é revelador de que, efetivamente, a pessoa está ali numa situação de menos-valia, às vezes a pessoa quer que seja assim, mas ela tem que decidir se deve ser assim ou não, em primeira mão ela é a interessada na... na sua saúde, portanto, isto também é uma ideia que eu tenho, que eu gostava que os alunos trabalhassem (...) ” (EII:105-111).*

O **reconhecimento e proteção das vulnerabilidades** das pessoas idosas significa atender às transições experienciadas pela pessoa ao envelhecer e que, na maioria das vezes, têm implicações negativas na sua saúde, levando a situações de sofrimento e doença. Reconhecemos e protegemos as pessoas, acreditando e valorizando-as, não minimizando os seus receios ou os seus pedidos de ajuda,

---

<sup>197</sup> Que poderia ser qualquer um de nós, cidadão.

defendendo-as de todos os fatores que podem, de alguma forma, condicionar a sua saúde e qualidade de vida.

*“ (...) E depois tem uma coisa que eu acho que é uma das questões que trabalhamos com os alunos (...) nós, **não os defendemos** e... ah... eles quando dizem que lhes aconteceu determinada coisa, dizemos “Está confuso!” E portanto, **ninguém valoriza o que eles dizem** e isto é uma coisa muito grave! (...) ”* (EIV:364-368).

Perante tudo isto, cada um de nós, tem **exigência ética e responsabilidade social no acompanhamento das pessoas idosas**. Somos responsáveis no acompanhamento das pessoas idosas como cidadãos e temos uma responsabilidade acrescida como profissionais de saúde, devendo assumir uma participação ativa no planeamento e na aplicação de políticas de saúde, criando respostas adequadas às pessoas que não podem ser baseadas simplesmente no critério *idade*, mas em muitos outros critérios, atendendo à integralidade de quem envelhece.

*“ (...) A sociedade devia criar, uma vez que a gente tem famílias diferentes, também **os serviços** para estes apoios **deviam ser um pouco diferentes** e isto, não se compadece aqui com um sistema que é das nove às cinco da tarde, porque à noite, a pessoa precisa desse apoio, portanto, eu penso que os alunos deviam estar um pouco sensibilizados para estas... para estas áreas (EII:142-146).*

*“ (...) Quais são as razões de ordem de saúde, sociais, sociológicas, biomédico sociais e ambientais, que fazem com que se criem respostas só para idosos?”... Pausa... Pelo bilhete de identidade?... Até hoje, ninguém me conseguiu... Que haja respostas que tenham, maioritariamente, idosos com dependência é uma coisa! (...) Eu pergunto: **Qual é a razão científica e técnica para instituir uma resposta por bilhete de identidade?** (...) ”* (EV:260-264).

A **não discriminação pela idade** significa que olhamos o envelhecer para além da simples parametrização da idade, não reduzindo a pessoa aos anos que tem, acolhendo-a na sua biografia e na sua história.

*“ (...) Eu já fiz mais na vida do que aquilo que está escrito no meu bilhete de identidade! (...) ”* (EV:285-286).

A **orientação para as condições do bem integral e da qualidade de vida** corresponde ao último princípio ético que sistematizamos e significa que o nosso agir é centrado no bem do outro, na sua qualidade de vida. Orientamos o nosso agir para as condições do bem integral e da qualidade de vida, quando, por exemplo, identificamos e trabalhamos sobre todas as potencialidades que o Outro ainda tem, procurando desenvolver a sua autonomia e otimizando os recursos internos e externos disponíveis.

*“ (...) **É ver a pessoa naquela perspetiva de a pessoa com a doença, mas todas as potencialidades que tem para... ah... continuar a viver. Nós temos pessoas amputadas e pessoas que... que só pintam***

com a boca e são, às vezes, mais autónomas do que são outras pessoas que têm tudo e que não sabem falar a não ser da sua diabetes, da sua... precisamente, porque o nosso modelo é um modelo demasiadamente redutor da pessoa e regula à organicidade e... e a pessoa não tem só um órgão! Por isso é que eu digo a integridade... **pôr em prática os princípios da não maleficência, do respeito** pelos direitos humanos, do respeito pela intimidade, pela privacidade, pela integridade, é saber que a pessoa não é só o seu fígado, não é só a sua artrose, não é só a sua insuficiência renal e isso... na minha opinião, está longe de ser um core business da formação das pessoas (...)” (EV:167-175).

## **Aprender e ensinar a Enfermagem do envelhecer**

As entrevistas realizadas tiveram por base o discurso dos peritos relativamente aos elementos que organizam ou se perspectiva que organizem a formação inicial em Enfermagem na pessoa ao envelhecer, sendo possível identificar tópicos discursivos integrados em diferentes dimensões.

Abordadas as dimensões (1) *a pessoa ao envelhecer* e (2) *o cuidado profissional da Enfermagem do envelhecer*, torna-se agora pertinente abordarmos a terceira dimensão: (3) *aprender e ensinar a Enfermagem do envelhecer*. Nesta dimensão pretendemos explanar os diferentes tópicos discursivos que concorrem a uma educação humanista, reflexiva e atual, capaz de fornecer as ferramentas adequadas à pessoa, estudante de enfermagem, futuro enfermeiro de cuidados gerais.

É sobre estes aspetos, que concorrem a esta educação capaz, que nos propomos analisar os seguintes tópicos discursivos: (1) *a história - do ensinar ao aprender o envelhecer*; e (2) *o desenho e desenvolvimento curricular*.

### *A história - Do ensinar ao aprender o envelhecer*

Neste tópico discursivo pretendemos reviver e analisar a história dos cuidados à pessoa idosa (da gerontologia e da geriatria), nomeadamente no ensino de Enfermagem. A história é assumida como um tema importante na análise, na medida em que edifica a realidade que hoje se nos apresenta.

Passamos a descrever e a analisar alguns marcos importantes dessa história.

A Enfermagem do envelhecer parece ter aglomerado, ao longo do tempo, as áreas da gerontologia e geriatria, numa área mais genérica designada, muitas vezes, de “cuidados aos idosos”, ao contrário do que aconteceu em outras áreas disciplinares como a medicina.

“ (...) A perspectiva histórica do que tem sido o ensino sobre os cuidados aos idosos ou os cuidados da pessoa a envelhecer, aqui a **distinção entre o conceito de geriatria e gerontologia** é importante, não é? Gerontologia, geriatria, pois... ah... de facto, penso que a distinção entre estes dois conceitos, **nunca teve um grande impacto na enfermagem**, teve um grande impacto noutras áreas do conhecimento, não é? De facto, na área da enfermagem nunca teve um grande impacto, na medida em que nos... fixamos sempre numa entidade genérica chamada cuidados aos idosos e nestes cuidados aos idosos, tanto imbuímos a perspectiva sobre a pessoa idosa... ah... com fragilidades ou já doente ou a pessoa idosa no seu processo de envelhecimento e... aqui, alguns estudos, apontam até, questionam a própria ideia sobre “O que é isto de ser pessoa idosa?”. A questão dos 65 anos, dos 60, nos países não desenvolvidos, etc., portanto, eu penso que esta primeira reflexão é importante e na minha perspectiva, de facto... ah... estes... esta distinção nunca foi feita, distintamente, por exemplo, àquilo que acontece na medicina, não é? Em que, de facto, a... a distinção é feita com... com algum relevo e a nível dos processos de investigação também tem...ah... **efeitos bastante determinados, diferenciados**, conforme se trate de gerontologia ou de geriatria... de facto, na enfermagem isso nunca aconteceu, porque **a questão dos cuidados aos idosos aglomerou isto (...)** ” (E1:12-27).

O pouco impacto que a distinção entre estes dois conceitos teve na Enfermagem contribuiu, em parte, para uma história algo “turbulenta” e “vagarosa”, com menos adesões, quando comparada com outras áreas do conhecimento.

“ (...) A área dos cuidados aos idosos teve uma **história** um bocadinho **turbulenta**, mais turbulenta que outras áreas e estou a pensar, por exemplo, na área da pediatria ou na área da saúde materna, foram áreas que singraram com... a nível do conhecimento, singraram com... com um interesse e uma... quase que uma devoção profissional e um empenho de determinadas pessoas muito grande. De facto, a área dos cuidados aos idosos teve... uma **evolução** mais... mais... **vagarosa**, por um lado, por outro lado teve uma... uma evolução também com **menos adesões** até ao tempo da atualidade, em que de facto isto começa a tornar-se diferente (...) ” (E1:31-37).

Os peritos apontam alguns fatores nesta dificuldade em “ganhar terreno”, metáfora utilizada.

“ (...) Nesta minha perspectiva, se calhar, alguns **fatores entrarão em linha de conta** neste... **neste ganhar terreno**. Por um lado... se calhar pode discordar de mim, mas da minha experiência, que foi longa, em relação aos cuidados aos idosos e também como investigadora dos cuidados aos idosos, eu fui assistindo progressivamente a que **a área dos cuidados aos idosos**, era entregue aos professores das escolas, concretamente, **era entregue aos professores mais novos**, isto é, ela **não era uma área apetecível para os professores mais experientes**... ah... e portanto, e porquê, também? Porque os professores mais experientes eram da área da médico-cirúrgica, que estava essencialmente centrada nas questões do adulto e não tanto nas questões do envelhecimento, está a ver? E portanto, ah... centrados que estavam nas questões do adulto, nas questões do intensivismo etc., portanto, todas áreas que proliferaram um bocadinho como cogumelos dentro da médico-cirúrgica, a área dos idosos foi uma área que teve sempre mais dificuldade e portanto, eu penso que um dos motivos foi, às vezes, alguma **ligeireza na própria atribuição** do... estou a falar de há bastantes anos atrás [realça], da **atribuição do trabalho docente**... ah... o ensino dos cuidados aos idosos e isto porquê? Na minha perspectiva? Por um lado, porque a questão dos cuidados aos idosos foi entendida... não tanto, não que a população idosa era

uma população específica com necessidades específicas e a precisar que se constrísse um conhecimento que globalmente desse resposta às necessidades destas pessoas, mas porque a... a questão dos cuidados aos idosos **transformou-se numa área de conhecimento mais de natureza... técnica**, está a ver? E quando digo técnica é porque realmente a... a questão do... do cuidado ao idoso, em termos técnicos, tem algumas diferenciações, em termos de forma de abordagem, em termos, por exemplo, do efeito da medicação etc. e portanto... ah... também **a própria evolução do conhecimento médico fez com que a enfermagem ficasse um bocadinho atrelada a estas mudanças** e portanto... ah... esta... esta questão, a meu ver, colocou algumas dificuldades em relação à evolução da área do conhecimento dos cuidados aos idosos (...)” (E1:42-64).

O facto de esta área não ser “apetecível” sendo entregue aos professores mais jovens e inexperientes e ter acompanhado sobretudo a diferenciação técnica, influenciada pela classe profissional médica e não tanto o desenvolvimento da componente relacional, fez com que o ensino dos cuidados aos mais velhos fosse considerado básico e/ou elementar, podendo ser realizado por qualquer pessoa, docente de enfermagem.

“ (...) Isso também fez com que a nível da formação, na área da... da construção académica nos núcleos do conhecimento... ah... por vezes, se entendesse que... ah... o ensinar **os cuidados aos mais velhos servia qualquer um**, na medida em que, o que interessava era saber sobre cuidados e portanto e **sabendo sobre cuidados, estaria apto para ensinar os cuidados aos mais velhos**, feito um pequeno estudo sobre as tais questões mais de natureza técnica e a questão resolvia-se por aí (...)” (E1:85-88).

“ (...) Sim... sim, aliás, repare, não é sem motivo que, eu achei muita graça, porque pude visitar há pouco tempo o hospital [nome do hospital], uma unidade e foi o primeiro serviço onde eu fiz o meu primeiro estágio de... de medicina e... e era considerado **um estágio chamado a elementar** e esta **a elementar** era para aprendermos a fazer cuidados de higiene, a lavar a cabeça, a pentear os cabelos... Quem eram os utilizadores? Os idosos. Bom, ainda não vão longe os tempos, aliás, ainda se encontra na prática de muitas escolas que... **as unidades com doentes mais idosos... ah... são utilizadas, fundamentalmente, para a aprendizagem desta formação básica**... ah... quando eu digo básica é daquilo que são o B A Bá do...do iniciar o processo de construção do conhecimento em enfermagem... ah... conhecimento a nível das práticas, não é? E isto, de facto, eu acho que levantou muitas dificuldades à área dos cuidados aos idosos e levantou muitas dificuldades, sobretudo, a meu ver, porque... ah... **se há alguém complexo a nível dos cuidados são mesmo os idosos** (...)” (E1:90-100).

Embora seja feita referência ao passado “estou a falar de há bastantes anos atrás” percebemos, no discurso, que algumas destas dificuldades persistem ainda nos dias de hoje “ainda não vai longe os tempos, aliás, ainda se encontra na prática de muitas escolas”, prevalecendo ainda dúvidas sobre a valoração da área do envelhecer no currículo de Enfermagem.

“ (...) Não tenho a certeza, mas **tenho dúvidas** e... algumas... algumas... algumas ansiedades, para dizer assim... que... pausa... **que a formação** que é dada à enfermagem sobre o envelhecimento, **consiga como resultado que, os profissionais de enfermagem tenham** pelo envelhecimento ou **pelas**

**peessoas mais velhas, o mesmo tipo de atenção e skills (competências) que são necessárias para outros grupos etários (...)** ” (EV:17-21).

“ (...) **Não tenho a certeza que... a formação consiga induzir...** pausa... **práticas que correspondam, inteiramente, às necessidades de mudança de mentalidades e atitudes que são necessárias, no âmbito da saúde e, nomeadamente, da enfermagem, para que as pessoas idosas não se sintam, sempre ou muitas vezes, excluídas de um procedimento inclusivo que, naturalmente, não pode ser igual para todos os outros grupos etários, porque há dificuldades, deficiências e dependências que acontecem nos mais velhos** que, em regra, não acontecem nos outros e portanto, essa é uma das questões. Portanto, para mim, **a formação** neste momento, toda ela, **deveria ter uma preocupação de produto, que não passa exclusivamente pela aquisição de conhecimentos, mas que passa pela aquisição de competências na área relacional e na área da dignidade, do respeito, da privacidade, da intimidade, da integridade, etc. e dos direitos humanos que ah... deveria fazer constituir, digamos, o core business do pessoal de saúde e neste caso, como líderes defensores e... ah... promotores de uma mentalidade ah... positiva face ao envelhecimento e portanto, entendo que a formação dos profissionais de saúde e... e para o contato com os mais velhos, precisa de uma **fortíssima componente da área relacional e ah... e de provocação de mudança face aos modelos mentais negativos face ao envelhecimento (...)** ” (EV:28-41).**

Os peritos reconhecem que formamos “de um modo muito restrito para a “clínica que é feita em serviços de saúde” e muito menos “para atuar lá fora, na comunidade”, atendendo a todos os determinantes de saúde.

“ (...) Se me perguntarem qual é a grande pecha, qual é o grande problema, **a grande dificuldade, que nas escolas nós temos neste momento, o primeiro é... nós formamos desde um modo muito restrito para a clínica que é feita em serviços de saúde, numa relação dual, formamos muito menos, muito pouco, para atuar lá fora, na comunidade, em casa das pessoas e atuar, tendo em consideração estes níveis todos, portanto, desde o micro ao nível macro político, portanto, atuar a esses níveis todos e atuar, considerando a pessoa e os seus determinantes, portanto, que é, digamos, uma **visão muito mais vasta, muito mais aliciante também (...)** ” (EIII:227-233).**

Parece ter ocorrido alguma mudança, mas na prática, essa mudança ainda não foi capaz de dar resposta às necessidades peculiares da pessoa ao envelhecer. Afigura-se uma “nova roupagem”, mas continua a não ser, provavelmente, a mais apropriada. Parece, no entender dos peritos, que o foco se mantém na dependência, faltando explorar a experiência singular de quem envelhece.

“ (...) **Os alunos seguem uma cartilha, por exemplo em relação às necessidades, não é? Que a pessoa idosa pode ter e que estejam afetadas e essa cartilha... essa cartilha... surge com uma nova roupagem, mas que acaba por não dar resposta, em termos globais, àquilo que, de facto, as pessoas idosas vivem e sentem (...)** ” (EI:238-241).

“ (...) Claro que, neste momento até penso que **os currícula preparam para as áreas de maior dependência, porque a pessoa com AVC, tem um conjunto de dependências, a pessoa com um traumatismo vertebro medular ou com uma insuficiência renal e a gente vai adequando um pouco essa**

intervenção, mas na mesma, falta... **falta explorar** um pouco **a maneira como pensa**, como **age**, aquela, **aquela pessoa em concreto** que eu tenho pela frente e que é mais velha (...)” (EII:71-76).

### O Desenho e Desenvolvimento Curricular

Numa fase ainda inicial desta investigação, questionámo-nos sobre um desenho curricular produtor de mudança social. As questões relacionadas com o *quê*<sup>198</sup>, o *como*<sup>199</sup>, o *quando*<sup>200</sup>, o *porquê*<sup>201</sup> e o *para quê*<sup>202</sup> guiaram, em parte, o caminho percorrido, sendo que os passos trilhados permitiram chegar a conclusões, que foram sendo fortificadas ao longo das etapas da investigação.

Para aprender o envelhecer, a pessoa estudante de Enfermagem, necessita de adquirir, ao longo do seu percurso formativo, um conjunto de referenciais de conhecimento e um conjunto de competências que a tornem capaz de responder adequadamente às necessidades da pessoa ao envelhecer.

Ao longo da presente investigação abordámos os principais referenciais e resultados esperados, nomeadamente as competências a serem desenvolvidas nesta área do conhecimento. Os discursos que emergiram da análise das entrevistas fortificam os achados anteriores, explorando alguns dos elementos já citados e que convocamos à análise.

Da análise dos discursos, parece manter-se a ideia de que a especificidade do envelhecer torna relevante a existência de UCs direcionadas para esta área do conhecimento, dado que se essa especificidade não for visível sobre a forma disciplinar, acresce o risco de não ser valorada<sup>203</sup>, contudo, importa deixar claro que a existência de UCs direcionadas para o envelhecer, não se pode constituir como motor de uma maior compartimentalização do conhecimento, sendo que os referenciais adotados na área da Enfermagem do envelhecer devem ter constância ao longo de todo o curso, quer através de outras UCs (em estreita relação)<sup>204</sup>, quer através de

---

<sup>198</sup> O que fazer aprender? Que conteúdos? Que experiências? Que conceções?

<sup>199</sup> Como fazer aprender? Que metodologias? Que estratégias? Que planeamento? Que ações?

<sup>200</sup> Em que momentos no decorrer do curso? Que ligações entre as UCs e os anos letivos?

<sup>201</sup> Com que fundamentação?

<sup>202</sup> Com que finalidade?

<sup>203</sup> Por quem aprende e por quem ensina.

<sup>204</sup> “ (...) Nós introduzimos no currículo três **unidades curriculares**, nos três anos, nos três primeiros anos de curso, **sobre técnicas de comunicação e desenvolvimento pessoal**, porque também achamos que para comunicar é preciso ter algum desenvolvimento e para trabalhar com idosos é preciso ter desenvolvimento, maturidade e... penso que são, unidades curriculares muito dinâmicas, com pessoas que gostam imenso da área, dão sempre tudo o que é... o que se faz de melhor! Sabem, investem, mudam, portanto, acho que terá sido também uma introdução muito importante para a maneira como os

metodologias dinâmicas e criativas<sup>205</sup> capazes de favorecer, entre outros aspetos, a intergeracionalidade.

“ (...) Há correntes de pensamento que dizem que **se as coisas não existem sobre a forma disciplinar**, provavelmente **elas acontecem e os estudantes nem se apercebem que elas aconteceram**, ou seja, não lhes é dada a importância de uma disciplina, então aquilo parece que passou e nem se aperceberam que passou, **mas isso obrigar-nos-ia a ter disciplinas de tudo** e mais alguma coisa, pela importância que elas têm em tudo isto, é impossível... **isso é totalmente impossível**... de modo que... ah... eventualmente **temos também aí que ter formas criativas** e as formas criativas **têm de colmatar algumas das lacunas que a sociedade gera neste momento**. É mais ou menos ponto assente de que... a...a sociedade, atualmente, dificulta a **intergeracionalidade**, portanto, o convívio intergeracional, neste momento, está muito mais limitado do que antigamente. O quê que isto significa para os jovens que nós recebemos a quem vamos dar formação? Provavelmente nunca conviveram com um idoso... pausa... pronto... e portanto, esta é a primeira dificuldade (...) ” (EIII:446-454).

As transformações demográficas e socioculturais têm levado a uma maior distância entre as gerações mais vulneráveis, sendo fundamental um novo olhar, mais direcionado para “as dinâmicas colaborativas típicas da aprendizagem intergeracional, caracterizadas pela reciprocidade e bidirecionalidade das trocas simbólicas” (Petrella, et al., 2012 p. 133).

A primeira dificuldade reside na falta de convívio intergeracional. Sabemos que muitos jovens nunca conviveram com uma pessoa idosa, o que amplia o seu afastamento relativamente às questões relacionadas com o envelhecer.

---

alunos se relacionam com qualquer pessoa a quem prestam cuidados e também com os idosos (...) ” (EIV:91-97).

<sup>205</sup> “ (...) Uma das coisas que eu faço com os alunos, é **mostrar fotografias**, por exemplo, da minha avó, quando eu tinha a idade deles e pedir para eles compararem com a sua avó, não tem nada a ver! A minha avó era uma pessoa com óculos de fundo de garrafa, vestida de preto (apesar de não ser viúva) ... e os avós deles, andam aí a trabalhar de mini saia e saem à noite ao fim de semana (...) ” (EIV:63-66).

“ (...) Eu, às vezes, até trabalho questões das **notícias** que saem (...) “Um idoso de 65 anos em contramão” (...) É verdade que já houve alguns em contramão, mas também já houve muita gente nova! (...) Se não foi um idoso,... foi um indivíduo. Isso **está intrínseco na nossa pele** e penso que devemos usar estratégias para o arrancar, precisamente por isso é que eu digo que é o contexto, o que fazemos, mais que os conteúdos que abordamos, para tentar tirar isso da pele! Está mesmo entranhado na pele mais profunda e a gente tem de trabalhar para usar estratégias para fazer sair, sair, vir à superfície da pele e acho que essas **dinâmicas ativas de testemunhos dos idosos**, de observação dos contextos, porque, às vezes, eu vejo que os alunos ficam admirados “Ah professora, eu nunca pensei que eles vissem isso dessa maneira, eu até achei que era uma coisa boa e afinal é uma coisa má! Realmente, a gente tem que pensar, tem que perguntar, porque, às vezes, o que a gente pensa não é bom para eles” (...) ” (EIV:333-345).

“ (...) Eu gosto, eu sou adepta dos **seminários** com... com modelos, com profissionais, depende da temática, mas **com as pessoas que viveram, que têm alguma coisa para dizer** sobre aquilo que quero abordar, porque... por um lado, são extremamente ricos em termos dos tais conteúdos que, emergem e que nós nem sequer nos lembramos deles e eles vão surgindo a partir daí e por outro lado, relativamente aos alunos... até aqueles alunos que, raramente, aparecem nas aulas, quando é seminário, está tudo cá! (...) É muito rico, porque alguns até partilham experiências pessoais ou familiares que têm, relativamente ao tema, que nós nem sabíamos nem que nunca iríamos saber, se não usássemos esse tipo de estratégia (...) vamos **trabalhar é com gente que vive as coisas** (...) ” (EIV:192-203).

É fundamental que o currículo seja desenhado no sentido de promover essa experiência, facilitando a apreensão dos instrumentos conceituais que permitem produzir mudança.

*“ (...) Eles têm que ter **experiência do contacto** com estas pessoas e eventualmente, **construirmos conhecimento com eles, a partir de experiências concretas** de contactos que eles façam... e **aproveitar esse ensejo para ir introduzindo** os tais ditos **conteúdos mais formais**, porque os conteúdos formais têm que lá estar, portanto, nós só vemos aquilo que estamos preparados para ver! Não tenhamos ilusões! Portanto, **se eu não tiver os constructos conceituais, teóricos, que me permitem ver as coisas, eu não vejo nada!** Não é pelo simples facto de eu conviver com idosos que passo a compreender o processo de envelhecimento e concomitantemente as necessidades de cuidados que eles têm, não! **Eu preciso de ter esse contacto, mas ao mesmo tempo ir adquirindo os instrumentos conceituais que me permitem ir mais além**, mas eventualmente numa lógica um pouco diferente, que é, vamos lá aqui estudar todos os tratados de gerontologia e geriatria e agora vão lá para fora, se calhar... tem que haver aqui uma mistura, em que vamos... fazendo aqui uma dança, entre o contacto com os idosos, porquê? Também porque a dimensão da prestação de cuidados depende **em absoluto** de um instrumento essencial que é o instrumento de comunicação relação... pausa... certo? E portanto, por essa ordem de ideias, este instrumento de comunicação relação, nesse caso em concreto, exige a... um esforço, eu diria, um esforço de empatia muito maior, pela distância que existe entre gerações e pela não convivência, então **nada melhor que aproximá-los e pô-los em diálogo** e depois, à medida que isso vai seguindo, vamos introduzindo então os tais instrumentos conceituais e ao mesmo tempo eles vão ganhando os instrumentos comunicacionais e relacionais, que depois lhes permitem construir o cuidado, porque **o cuidado é co construído**, como sabe, portanto e só assim é que a coisa, eventualmente, poderá ganhar aqui... agora, isto tudo não se faz nos formatos tradicionais, **isto tudo faz-se com criatividade e com diálogos diferentes**, não é? Perguntar-me-á “Isto é fácil com os estudantes da formação inicial?” É mais... tem outros desafios, eu não diria que é mais difícil, tem outros desafios (...) ” (EIII:467-488).*

No fundo, essa experiência tem que ser interligada, a par e passo, com os referenciais de conhecimento já estruturados e partilhados pelo grupo, sendo ainda expectável, na medida em que estamos perante uma área com um enorme potencial de exploração, produzir conhecimento novo a partir dessas experiências, integrando todos os seus atores (estudantes, professores, pessoas idosas, profissionais de saúde...). Se o cuidado de Enfermagem é integrado, integrador e co construído, também o deve ser a educação.

Parece ser também do entendimento dos peritos que o processo de aprender deverá ser ascendente, considerando a complexidade inerente ao cuidado de Enfermagem centrado na pessoa ao envelhecer, nomeadamente no que se refere aos aspetos comunicacional e relacional.

*“ (...) Os nossos estudantes, eu acho que, atualmente, eles são uns verdadeiros heróis! E quando eu digo uns verdadeiros heróis é porque, eles são confrontados com tanta complexidade... jovens de 20 anos que*

a maior parte das vezes, por exemplo, nunca viram ninguém morrer e são confrontados, numa unidade de medicina, com um processo de luto, uma morte de um idoso e das duas uma ou eles constroem uma entidade um bocado negativa e morreu, morreu e não ligaram nada, está a ver? Ou de facto, por exemplo, o processo de acompanhamento da pessoa em processo de morte é um processo de abandono! Porque **eles não estão preparados para o viver**, porque também ... ah... muitas vezes, os bancos da escola não lhes deram formação nesta área e não foram capazes de os ajudar a crescer em relação a isto, não foram capazes por aqueles fatores que também falámos no princípio, está a ver? Portanto, eu penso que a matriz, além de transversal, precisa também de ser um crescendo sobre aquilo que são as dificuldades dos idosos, por exemplo, será... **será mais fácil**... ah... **fazer perceber um estudante de enfermagem, as necessidades de uma pessoa idosa**, por exemplo em relação à... à eliminação urinária ou à eliminação geral do que fazer compreender a... a um estudante de enfermagem e porquê que eu digo que é mais fácil? Porque é mais objetivo, está a ver? Ao passo que **é muito mais complicado**, por exemplo, **o aspeto relacional, o aspeto dos critérios para ter alta, nas definições de quem vai ter direito ou não vai ter a processo de acompanhamento de enfermagem em casa, de cuidados domiciliários**... está a ver?" (EI:298-314).

Inerente a esta complexidade tem-se questionado se é benéfico que estas aprendizagens sejam desenvolvidas num estadio ainda inicial do curso<sup>206</sup>.

É necessário, na nossa perspetiva, mais investigação nesta área, nomeadamente ao nível da comparação de diferentes desenhos curriculares. Assumimos, de acordo com as orientações atuais, que as aprendizagens podem efetivamente ser iniciadas num estadio inicial, desde que salvaguardando a complexidade inerente e o seu desenvolvimento ao longo do curso, de forma integrada integradora e co construída.

" (...) E é isso, eu **vou dando exemplos**, exemplos que eles vão encontrando também. Eu nem sequer preciso de estar num ensino clínico de idoso, portanto, **é transversal**, eu sempre que estou a trabalhar... a orientar alunos que estão em ensino clínico, seja ele qual for, sempre que vem a propósito das experiências que eles estão a relatar, do processo, lá porque o ensino clínico é de outra coisa qualquer, se tiver ali, se trespassar ali alguma coisa relacionada com idosos, quer seja nos serviços de medicina, cirurgia ou nos domicílios, abordamos estas questões e trabalhamos muito essas questões (...) transversal ao curso (...) " (EIV:140-147).

" (...) **A partir** do que vemos... é que **ir construindo, ir trabalhando os conteúdos** que, estão previamente previstos, mas depois irem surgindo a partir daí e sempre deixando espaço para incidir mais numas coisas e menos noutras, até nas tais que podem emergir (...) que a gente nem se lembra delas e de repente, elas emergem... não estar fechado, ser uma coisa aberta e que nos permita ir sempre **reconstruindo, à medida que essas interações**... ah... **se vão fazendo** (...) " (EIV:186-191).

---

<sup>206</sup> " (...) **É complexo cuidar de idosos** e não é no primeiro ano que se vai começar a cuidar de idosos, aliás (...) o enfermeiro para ir para os serviços de idosos já tem que ter um desenvolvimento, segundo a Benner, pelo menos no nível de competente, idealmente já de nível quatro (...) " (EIV:21-25).

Esta educação integradora, integrada e co construída que temos vindo a referir, só faz sentido se a escola abrir as portas à comunidade, estabelecendo redes locais, regionais, nacionais e internacionais, sempre em diálogo profundo e em verdadeira parceria com diferentes atores e instituições.

*“ (...) Uma escola como eu a entendo era **uma escola em diálogo muito profundo** com os serviços de saúde, portanto, **em verdadeira parceria com os serviços de saúde** (...) ” (EIII:260-262).*

O diálogo deve ser desenvolvido através de projetos de extensão à comunidade e de projetos de investigação e intervenção, adequados às necessidades das pessoas, também eles com constância, porque aquilo que por vezes acontece é a rutura de alguns projetos, por razão de dependerem em exclusivo da presença dos estudantes nos contextos, levando ao enfraquecimento dos laços de confiança e das redes de parceria, substanciais ao desenvolvimento desta área do conhecimento.

*“ (...) São esses tais **projetos de extensão à comunidade**, em que podemos fazê-los em diálogo com os serviços ou inseridos nos serviços, quer sejam hospitalares, quer sejam de cuidados de saúde primários e por essa via irmos tentando mudar as coisas e portanto, se forem projetos de extensão à comunidade que... **que tenham alguma perenidade**, que não sejam ocorrências fortuitas ao ritmo da presença dos alunos, estão lá uns alunos que têm um projeto, os alunos vêm-se embora e o projeto morre, não! Tenham perenidade, tenham permanência no tempo, se tiverem permanência no tempo, quer dizer que, de alguma forma este diálogo, esta plataforma de diálogo que eu estou a falar, tem mais possibilidade de permanecer e de se criarem os tais **laços de confiança** que é necessário haver **para que as coisas fluam** (...) ” (EIII:288-296).*

*“ (...) Se a escola, a escola e os seus projetos, tiverem nessa lógica das **estratégias locais de saúde** quer isso dizer que a **escola é um recurso daquela região** a todos os níveis para poder, para contribuir para a **resolução dos problemas de saúde** e aí já não é só com os **projetos de intervenção** é também por exemplo com a **investigação**. Se eu fizer investigação na minha região que ajude a diagnosticar o estado de saúde das populações, esse é um contributo que eu estou a dar a uma possível estratégia local de saúde para que a resposta seja mais dirigida, mais adequada àquelas necessidades, portanto, a escola, nesta visão, será um dos parceiros fundamentais numa estratégia local de saúde... pausa... portanto e logo, no mínimo, tem de estar em **diálogo assumidíssimo**, claro, com a administração regional de saúde, com as câmaras municipais (...) **com as forças vivas**... com as forças vivas... em diálogo (...) ” (EIII:317-326).*

Tendo em consideração o exposto, é compreensível que os peritos sejam defensores de uma formação de empowerment, pluridisciplinar, global e integradora de todos os determinantes de um envelhecer ativo e saudável. Uma formação capaz de desenvolver profissionais preparados para atuar em diferentes contextos, particularmente no comunitário, lidando eficazmente com o envelhecimento dos outros e consequentemente com o seu próprio envelhecimento.

“ (...) Sou apologista de uma **formação de empowerment**, empowerment a todo o nível, a pessoa, a família, a sua circunstância e a comunidade (...) ” (EV:76-77).

“ (...) O paradigma que eu defendo é que o envelhecimento deve ter, na formação, a área do envelhecimento e neste caso da enfermagem e de todas as áreas, ah... **inclusão de todas as visões sobre os diversos determinantes... do envelhecimento ativo e saudável** e se tiverem, digamos, este conjunto de... de pensamento global integrado, pluridisciplinar e global, não é? Na sua época, porque o envelhecimento de hoje não é igual ao envelhecimento de ontem! E portanto, se tiver estas componentes, será um ensino adequado àquilo que é o envelhecimento no século XXI e as necessidades das pessoas, de outra maneira não! E os múltiplos determinantes da saúde e os múltiplos determinantes do envelhecimento são, desde as condições socioeconômicas, até à educação, a família, o relógio biológico e tudo isso que... são... a visão... ah... abrangente do que é a pessoa humana. **Eu aí acredito que o ensino possa ser produtor de profissionais capacitados para lidar com o envelhecimento dos outros**, porque... com o seu próprio... será um dia. Mas esses, também estarão mais capacitados para lidar com o seu, porque se não aceitarem o seu próprio envelhecimento, nunca poderão cuidar bem do envelhecimento dos outros (...) ” (EV:291-303).

Os peritos valoram a especificidade do envelhecer, reportando-se à relevância de conteúdos específicos nesta área do conhecimento, parecendo igualmente claro a importância de dotar os estudantes com um conjunto de competências que lhes permitam prestar cuidados (críticos, reflexivos e criativos) às pessoas idosas.

“ (...) Portanto, eu acho que isto era um elemento também que me pareceu importante (...) mas afinal **que conteúdos é que podem ser, na verdade, específicos?** Ah... e os conteúdos... já há na literatura... alguma informação que nos permite perceber o processo de envelhecimento e do ponto de vista fisiológico ou do ponto de vista psicológico o que é que vai acontecendo, portanto, isso poderiam ser elementos agregadores (...) ” (EII:239-244).

“ (...) Temos que nos preocupar, cada vez mais, em **dotar os profissionais de saúde, com competências não da última tecnologia**, da mais importante, **mas com competências que permitam lidar com a que existe hoje, mas que amanhã vai mudar** com certeza e **que a pessoa não sinta que perdeu o pé mal chegou lá fora**, portanto, eu não me interessa que um profissional de saúde, um generalista, saia daqui a saber trabalhar com a última seringa infusora, interessa-me é que ele perceba o que é uma seringa infusora, como é que aquilo funciona e independentemente de ela ter este formato neste momento e amanhã ter um completamente diferente, ele perceber a lógica daquilo e adaptar-se à diferença de botões muito rapidamente e às pequenas diferenças que eles vão introduzindo todos os dias, muito rapidamente, não é? (...) ” (EIII:387-395).

Neste conjunto alargado de competências, têm sido destacadas as competências de natureza comunicacional e relacional, suportadas por referenciais na área da ética e deontologia profissional.

“ (...) Eu penso que isto, reforça aquilo que eu acredito e defendo, **a grande dimensão da enfermagem, é a dimensão relacional, na qual todas as outras ancoram** e portanto, esta é transversal e é através dessa que eu desenvolvo as outras competências. Se essa é a base, tem que ser a excelência! As outras também! Mas temos que trabalhar muito essa, porque essa é **a dimensão dos cuidados de**

*enfermagem, na minha perspectiva, mais difícil de ensinar, desenvolver, de interiorizar e de trabalhar (...)*” (EIV:481-486).

Apresentamos, de seguida, um excerto que revela a valoração de quatro elementos essenciais na relação com a pessoa ao envelhecer: (1) o procurar colocar-se no seu lugar; (2) o respeito pela sua vontade e decisão; (3) a adoção de uma abordagem psicorelacional e espiritual; e (4) o atender ao seu entorno.

“ (...) Por um lado, a mim parece-me que... **ao nível do desenvolvimento da formação, o trabalhar com os estudantes o cuidado muito numa perspectiva da alteridade** (...) um segundo elemento (...) é que antes de... de... o cuidado ser cuidado, o outro já era pessoa... pausa... e portanto, a sua perspectiva sobre o modo de ser cuidado e como gosta de ser cuidado e como quer ser cuidado (...). Um terceiro aspeto que... que eu acho também muito importante e que me parece que, às vezes, é assim um bocadinho mais... mais esquecido (...) é que... naquela perspectiva de que já falei sobre o cuidado numa dimensão bastante de natureza técnica, de facto, há... no cuidado, também, uma perspectiva de acompanhamento ou de **abordagem mais psicorelacional**, se quiser também, mais de **natureza espiritual**, que nos cuidados aos mais velhos é... é... deve ser um elemento fulcral ou um elemento de charneira a ser tido em conta no desenvolvimento do processo de cuidados, quer ao nível do conhecimento de quem presta cuidados, quer ao nível do desenvolvimento e acompanhamento da pessoa que está a ser alvo de cuidados, está a ver? (...) Uma quarta, que... (...) é a questão do... **do cuidado que tem em conta o idoso e o seu entorno**. Às vezes, a pessoa idosa, como já é idosa é vista como ela e a ela só! E... isto não é verdade (...)” (EI: 348-374).

### **7.1.3. Análise da prática social**

A análise da prática social, terceira dimensão da teoria tridimensional de Norman Fairclough, integra dois aspetos fundamentais: (1) a ideologia; e (2) a hegemonia<sup>207</sup>.

A **ideologia** corresponde a significações da realidade, construídas em várias dimensões das formas/sentidos das práticas discursivas, contribuindo para a produção, reprodução e transformação das relações de dominação.

A maioria das vezes, não temos consciência das dimensões ideológicas da nossa prática, mesmo quando essa prática é de resistência, tornando-se relevante uma tomada de consciência crítica dos processos ideológicos no discurso. Somos ainda capazes de agir criativamente, realizando as nossas próprias conexões entre as diversas práticas e ideologias a que estamos expostos (Fairclough, 2001)<sup>b</sup>.

<sup>207</sup> No seu livro *Discurso e Mudança Social*, o autor escreve como mote introdutório a esta dimensão “discutirei o conceito de discurso em relação à ideologia e ao poder e situarei o discurso em uma conceção de poder como hegemonia e em uma conceção da evolução das relações de poder como luta hegemónica” (Fairclough, 2001 p. 116)<sup>b</sup>.

A **hegemonia** é liderança e dominação nos ramos económico, político, cultural e ideológico de uma sociedade. É “o poder sobre a sociedade como um todo de uma das classes economicamente definidas como fundamentais em aliança com outras forças sociais”. É “a construção de alianças e a integração muito mais do que simplesmente a dominação de classes subalternas, mediante concessões ou meios ideológicos para ganhar seu consentimento”. É “um foco de constante luta sobre pontos de maior instabilidade entre classes e blocos para construir, manter ou romper alianças e relações de dominação/subordinação, que assume formas económicas, políticas e ideológicas” (idem, 2001 p.122).

Atendendo a que o problema social se insere nas questões relacionadas com o envelhecer e as suas implicações na educação e profissão de Enfermagem e que a prática social em foco corresponde ao contexto da formação inicial em Enfermagem, centraremos agora a análise na dimensão contextual, explanada anteriormente nas duas primeiras dimensões do discurso<sup>208</sup>, mas agora, essencialmente relacionada com as questões ideológicas e hegemónicas, aspirando à mudança, na medida em que a resolução dos dilemas apresentados, têm em vista, através da inovação e da criatividade, uma mudança na prática discursiva e social<sup>209</sup> (ibidem, 2001).

### **Os contextos de aprender e de cuidar no envelhecer**

Os contextos de aprender e de cuidar no envelhecer são povoados por diferentes atores em relação: a pessoa que recebe os cuidados – *a pessoa ao envelhecer*; a pessoa que aprende o cuidado – *o estudante*; a pessoa que cuida – *o enfermeiro*; a pessoa que apoia a aprendizagem – *o professor de enfermagem*, entre outros.

Como seres humanos, somos seres de redes e relações, connosco, com os outros e com o mundo que nos rodeia.

“Em todas as dimensões do ser humano (...) o eu implica um tu (...) um reconhecimento, uma capacidade de me encontrar com os outros” (...) “As convenções criadas e tecidas pelo tempo, guardadas pela memória e transmitidas de geração em geração, vão tecendo os fios das relações sociais” (Henriques, et al., 2013 pp. 211-227).

---

<sup>208</sup> A análise textual e a análise da prática discursiva.

<sup>209</sup> Finalidade da análise crítica de discurso.

Os contextos não podem ser descurados, dado que influenciam fortemente a forma de ser, pensar e agir. Podemos lembrar, por exemplo, os contextos que envolvem a pessoa recetora dos cuidados. A pessoa ao envelhecer tem uma história e um contexto pessoal, familiar e social que a constroem, sendo fundamental atender a todas as dimensões que a compõem<sup>210</sup>.

O mesmo acontece com os outros atores, amplamente influenciados por contextos particulares, dos quais destacamos, provenientes do discurso, os contextos institucionais e os contextos sociodemográficos e políticos, que se cruzam e se nutrem.

Analisamos, de seguida, os tópicos discursivos que integram a dimensão os contextos de aprender e de cuidar no envelhecer: (1) *os contextos institucionais*; e (2) *os contextos sociodemográficos e políticos*.

### Os contextos institucionais

Os contextos institucionais reuniram, essencialmente, o contexto de prestação de cuidados (instituições de saúde hospitalares e comunitárias) e o contexto escola (instituições de ensino).

Será sobre estes dois contextos que centraremos a nossa atenção, especialmente no que se refere às questões de natureza ideológica e hegemónica.

O contexto de prestação de cuidados foi associado à constância do cuidado, já abordada em tópico discursivo anterior, na medida em que essa constância foi colocada em causa pelos peritos, que identificaram inúmeras barreiras à resolução deste problema, relacionadas sobretudo com a organização dos serviços de prestação de cuidados (não adequada às necessidades das pessoas mais velhas) e com a sua complexidade, tornando, na maioria das vezes, os cuidados inacessíveis, principalmente aos mais vulneráveis.

“ (...) Há uma outra dimensão que tem a ver com os **sistemas de organização**... ah... os sistemas organizacionais, portanto, ou seja, basicamente é **como é que os serviços se organizam**, os serviços no geral, **os serviços de prestação de cuidados no geral**, se organizam para prestar cuidados aos idosos e **de facto não organizam**, porque aquilo que... o modo como eles têm estado a organizar e aí, efetivamente, tem havido alguma mudança... é para prestar cuidados a doenças, portanto, são criadas

---

<sup>210</sup> “ (...) Às vezes, a pessoa idosa, como já é idosa é vista como ela e a ela só! E... isto não é verdade, a pessoa idosa tem um **background**, tem uma **história**, mas tem um **contexto em que o cuidado acontece** e este contexto em que o cuidado acontece é a... a sua família, os seus filhos, a falta deles, está a ver? Os problemas familiares, **toda a dimensão sociológica** que a pessoa tem na sua vida, etc. que deve ser tido em conta também neste... nesta forma de abordagem ao processo de cuidados (...) ” (EI: 373-378).

*linhas verdes coronárias, linhas verdes do AVC, etc...etc... se bem que algumas destas situações ocorram essencialmente em idosos, mas a maioria dos idosos não tem AVC e portanto todos os outros idosos que não tendo AVC ou não tendo outra qualquer destas situações, que já têm uma linha especial e que vão ao hospital, são atendidos, são atendidos nos serviços normais, gerais, onde qualquer outro é atendido (...)*” (EIII:116-125).

*“ (...) Depois temos um outro problema que tem a ver com a complexidade dos sistemas de... de saúde que nós construímos. **Os sistemas de saúde são tão complexos**, tão complexos, tão complexos que é quase preciso um manual de instrução para qualquer cidadão ser capaz de... de se servir... do sistema sem se perder, portanto e esse é um problema muito grave! É um problema muito grave! Porque qualquer cidadão normal, não tem conhecimento suficiente para saber... pausa... ao fim ao cabo para utilizar com racionalidade os serviços que existem e como não tem conhecimentos suficientes para o... o utilizar com racionalidade, utiliza sem racionalidade... o que quer dizer que, torna mais caro... ah... todo o sistema, exatamente porque o utiliza sem racionalidade... vai mais vezes do que aquelas que seriam necessárias, vai ao sítio onde não devia ir... provavelmente faz do banco de urgência a porta de entrada quando a porta de entrada deveria ser a... a unidade de saúde familiar ou as UCSPs e tudo isto depois tem consequências (...)*” (EIII:163-173).

Nos excertos anteriores e nos que se seguem, podemos observar alguma resistência por parte dos entrevistados relativamente à prática social relacionada com os cuidados de saúde e nomeadamente de Enfermagem, no que à constância dos cuidados diz respeito. O excerto seguinte é particularmente rico em aspetos gramaticais reveladores de uma modalidade objetiva, motivo pelo qual considerámos pertinente trazê-lo à análise. Vejam-se os verbos modais “poder” e “dever” e o vocabulário aplicado a um cuidado centrado em intervenções isoladas e descontextualizadas.

*“ (...) Portanto, os profissionais de saúde, repito, **não podem** preocupar-se só em prestar o seu **cuidadozinho**, não! Cada vez que um idoso sai do hospital e vai para os cuidados continuados ou vai para a sua casa e regressa, portanto, aos cuidados de saúde primários, **devia haver a preocupação da continuidade de cuidados** e não há! (...)*” (EIII:156-159).

A resistência partilhada pelos peritos leva-os a sair, por vezes, da “voz profissional”, para a “voz do povo”, trazendo à análise vivências pessoais, que ilustram a responsabilidade dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, perante o sofrimento vivenciado pelas pessoas e seus familiares no decorrer de transições complexas, como a doença crónica e a passagem à dependência.

*“ (...) A gente vai envelhecendo (nem sempre depende de nós a maneira como envelhecemos) e muitas vezes aparece a doença, aparece a dificuldade, aparece a dependência... ah... O que eu acho que também aqui é importante, é formar os cuidadores (...) mas o **papel com os cuidadores não pode** ser apenas de formação, porque se eu estou em casa e se tenho um familiar dependente e que a algália saiu ou que a sonda nasogástrica saiu ou ele está com febre e é sábado à noite! Como é que eu faço? Portanto... esta perspetiva também tinha que ser...ah... pensada. **Até onde é que vai a minha***

**responsabilidade?** *Se tenho ou não tenho alguma responsabilidade ou se posso montar... na rede de cuidados, algum serviço que ajude as pessoas a terem esta... esta resposta (...) **Eu como cuidadora** (durante muito tempo, durante muitos anos, já enfermeira) imaginava algumas das situações com que me confrontei. Se eu não fosse enfermeira, como é que eu resolvia aquilo, não é? Como é que eu resolvia? (...)*” (EII:127-138).

A resistência partilhada leva os peritos a discursar sobre a mudança, procurando soluções aos problemas identificados.

*“ (...) Uma outra questão... que tem a ver com a prestação de cuidados, portanto, que está inserida nesta visão mais ampla de atuar a vários níveis... portanto, tem a ver com... **que dimensões é necessário mexer... no sistema de saúde, para que a resposta seja mais adequada** aos idosos, portanto, e aí podemos percorrer todo o sistema, de alto a baixo, ou ao contrário e ver que há imensas dimensões onde é preciso atuar (...) ”* (EIII:78-82).

Os serviços necessitam de assumir finalidades e respostas diferentes das atuais, indo ao encontro das pessoas, no seu contexto natural, suportados sempre por uma visão positiva do envelhecer e constituídos por equipas e recursos pluridisciplinares, capazes de responder à singularidade e à complexidade do envelhecer.

*“ (...) Prioridade! **Modelo de serviços na comunidade e manutenção das pessoas** o mais possível **no seu meio**, portanto, não é os serviços organizarem-se para as pessoas irem todas para lá, não está a imaginar internar 2 milhões de pessoas! (...) ”* (EV:347-349).

*“ (...) Tem que ter **serviços pluridisciplinares**, não podem ser lares de idosos. Têm que ser **centros promotores de autonomia**. Veja o mind set. Imagine que em vez de se lhe chamar lares de idosos lhes chamava centros promotores de autonomia! Podia até lá fazer step, podia abrir as portas à comunidade e vender serviços (...) ”* (EV:366-369).

*“ (...) **Eu gostava que as instituições abrissem as portas**, fossem outra coisa, fossem vistas como um recurso positivo! Centros pluridisciplinares de recursos! (...) ”* (EV:384-386).

Aliado aos problemas já referenciados, acresce um outro, que corresponde ao elevado grau de iliteracia em saúde da população, aumentando os desafios da pessoa se orientar dentro do sistema e exigindo novas competências e novas figuras no sistema de saúde.

Os enfermeiros ocupam um lugar privilegiado nas equipas pluridisciplinares, constituindo uma mais-valia no acompanhamento das pessoas ao envelhecer.

A mudança poderá residir na formação de enfermeiros – gestores de caso – que apoiam a pessoa nesse percurso, ajudando-a a encontrar a melhor resposta para a sua situação. Se bem que este papel possa ser já do âmbito de uma especialização,

nada impede que seja trabalhado (numa vertente mais elementar) no âmbito da formação inicial em Enfermagem.

*“ (...) Tudo isto depois tem (...) uma causa, mais profunda, que é o **elevado grau de iliteracia em saúde** da nossa população e onde é necessário investir muito... pausa... mas esta dificuldade de qualquer pessoa se orientar, dentro de um sistema de saúde... **exige competências novas nos profissionais de saúde** e eventualmente **figuras novas no sistema de saúde**... e se forem criados gestores de caso ou figuras desta natureza (...) portanto, isto são novas competências, eventualmente novas especializações, não necessariamente só dos enfermeiros, mas sem dúvida dos enfermeiros (...) ”* (EIII:173-183).

Como vimos, são inúmeros os desafios colocados aos contextos institucionais e conseqüentemente aos seus atores, cabendo aos enfermeiros a introdução de níveis de diálogo e interação diferentes dos anteriores. A constante evolução ao nível das tecnologias de informação e comunicação determinam, igualmente, “novas plataformas de relacionamento” promotoras de empowerment no Outro.

*“ (...) A questão das **tecnologias da informação e comunicação**, que, neste momento ainda estão... ainda estão pouco presentes no nosso dia-a-dia, contrariamente àquilo que se possa imaginar, estão muito pouco presentes... o que é... de facto... estranho e é estranho e os profissionais de saúde usam argumentos, eles mesmos bastante estranhos, dizem que, por exemplo, que os idosos têm uma enorme iliteracia no que diz respeito ao uso de tecnologias de informação, o certo é que grande parte dos idosos usa telemóvel... pausa... se usam telemóvel... não são... não têm iliteracia total, certo? E portanto, quer dizer que provavelmente através do telemóvel, é possível **introduzir níveis de diálogo e de interação completamente diferentes** daqueles que tínhamos até aqui, já para não falar... em muitas outras dimensões, só que aqui levanta-se um problema também novo... que é... quanto mais essas tecnologias democratizarem o acesso à informação e quanto mais estimularem a autogestão, mais os profissionais de saúde se sentem atingidos no seu conceito, no seu autoconceito tradicional de detentores únicos do saber e tanto mais exigem deles **novas plataformas de relacionamento** (...) ”* (EIII:508-520).

O contexto escola (instituições de ensino) foi igualmente foco da atenção dos peritos, que entendem que apesar de estarmos a caminhar rumo a um novo paradigma, ainda não conseguimos alcançar a mudança desejada, ou seja, ainda não somos, de uma forma geral, capazes, por meio da educação, de introduzir uma “cidadania especial” ou uma “sensibilidade especial” no sentido dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, serem atores interventivos e proativos de mudança social.

*“ (...) Dentro das escolas temos muito que trabalhar para dar esta volta e por último temos que trabalhar também para introduzir essa tal... essa tal **cidadania especial**, se quiser, essa tal **sensibilidade especial** que os profissionais de saúde devem ter para serem **interventores, proativos** no sistema, não é? E não simples executantes clínicos... ah... restritos, limitados, porque isso não é ser profissional de saúde, é um profissional de saúde de vistas curtas, muito curtas mesmo! [sorri] (...) ”* (EIII:307-312).

“ (...) Considero que a formação deveria ter uma fortíssima aposta na **mobilização dos profissionais de saúde para serem agentes de mudança social** (...) ” (EV:396-397).

Mais uma vez, podemos observar alguma resistência por parte dos entrevistados relativamente à prática social, agora relacionada com a educação (o poder das instituições de ensino e da classe profissional docente) e que no entender dos peritos, constituem barreiras a uma educação humanista, crítica e emancipadora.

O excerto seguinte, em parte já apresentado e analisado em relação aos aspetos formais do texto, é revelador de como o potencial dos estudantes pode ser oprimido pela dominação dos professores e por um desenho curricular rígido e pouco sensível à participação ativa dos estudantes.

“ (...) Eles têm no exercício normal do seu papel de estudante do ensino superior ... têm já... **lugares onde podem exercer esse poder**. Estão nas **associações de estudantes**, eles estão nos **órgãos das escolas** (...) Eu acho que eles... ah... deveriam... têm espaço para esse papel... mas eu não sei se nós próprios, os formadores, temos muita consciência, eu acho que também passa um bocadinho pelo nosso trabalho, embora alguns estudantes sejam espontaneamente líderes, espontaneamente... e essa é uma coisa extraordinária, mas nós, muitas vezes, **matamos um pouco este potencial dos alunos** (...) a nossa **forma de organização curricular**, de uma maneira geral também **não é facilitadora** deste... deste papel, mas que eu acho que é importante, porque nós nunca vamos ter voz... ah... em determinadas... de maneira a influenciar políticas nacionais e internacionais se nós não tivermos este papel (...) ” (EII:163-166).

Os professores de enfermagem são, igualmente, influenciados pelas diretrizes institucionais no que ao desenvolvimento curricular diz respeito, nem sempre em harmonia com os seus valores. No excerto seguinte é visível este conflito de valores e simultaneamente a necessidade de resistir à subordinação de grupos dominantes. Repare-se na presença de elementos autoritários no discurso “não é como me vão mandar fazer... é como eu acho” e simultaneamente na presença de elementos democráticos “É preciso que haja alguma proximidade em termos de abordagem generalizada” revelando que esta resistência é sempre contida e delimitada por questões ideológicas e hegemónicas.

“ (...) E cheguei a uma altura (eu fazia parte do grupo) e cheguei a uma altura que disse “Olha, não quero saber! Podem pôr até “Enfermagem Médico-Cirúrgica”, a pessoa com a doença. Eu não quero saber!” [emprega um outro tom de voz, revelador de descontentamento] “Eu quero saber é como é que eu vou fazer isso **e como eu vou fazer isso não é como me vão mandar fazer... é como eu acho, independentemente**... pausa... Não discuto mais! Ponham lá o nome que quiserem, nessa coisa, que quando ela chegar cá... Até podem dar o currículo igual, o conteúdo igual, que depois o que muda são as estratégias!” Eu posso ter uma coisa muito humanista, mas se eu usar métodos expositivos, chegar aqui e despejar e vou-me embora, não muda nada! O que a gente tem que mudar são as cabeças, não serve de nada mudar programas, sem mudar cabeças! O programa pode ajudar, mas os programas não mudam cabeças... “Dêem-me lá o currículo, que **eu não vou mudar a minha maneira de pensar**”. Eu... eu...

não sou sozinha, felizmente, também uma pessoa sozinha não muda nada! Acho que uma pessoa sozinha não! Até porque para os alunos pode ser extremamente conflituoso em termos de criar dificuldades acrescidas. Uma pessoa, num contexto, se aparece com coisas muito diferentes e com uma perspetiva muito diferente e que não está integrada num todo, nas idades dos nossos jovens, dos nossos alunos, acaba, se calhar, por ser mais *nocivo* do que propriamente benéfico... **É preciso que... que haja alguma proximidade em termos da abordagem mais generalizada**, o que não quer dizer que depois cada um de nós não possa ter a sua individualidade (...)” (EIV:251-267).

Ainda relacionado com o tema da luta hegemónica, o próximo excerto, aborda a questão da liberdade de ensino e da importância do professor preparar o estudante para o desafio, para a mudança. Nele é defendido que o professor pode fazer o que quiser desde que atinja o desenvolvimento das competências, realçando uma vez mais que a forma de pensar e agir são determinadas por relações de liderança e dominação, contudo, a transformação dessas relações mediante a luta hegemónica, torna o processo, passo a passo, mais natural, estabelecendo, como nos diz Norman Fairclough, novas hegemonias na esfera do discurso.

“ (...) A liberdade de ensino diz que eu... **eu sou responsável por aquilo que faço, primeiro, mas posso fazer o que eu quiser, desde que atinja o desenvolvimento das competências** etc... etc... etc... desde que eu atinga esse objetivo, ninguém pode pôr em causa se eu resolver em vez de estar na sala de aula, levá-los a andar pela cidade a fazer qualquer coisa (...). Ninguém... ninguém, em circunstância nenhuma, pode limitar que isto aconteça, desde que se cumpram, aquilo que é essencial, que é, **eles estão aqui para desenvolver um determinado perfil de competências, que estão claramente definidos, nos quais nós podemos mexer, obviamente, e devemos, até para responder a esta mudança contínua** (...)” (EIII:412-419).

A estes problemas, os peritos acrescentam outro, que reside na falta de medidas concertadas entre instituições e dentro das próprias instituições. Fica a ideia de que as nossas não ações também são decisões, com impacto significativo na mudança ou na não mudança da “quadratura social e política”. A investigação parece ser um bom exemplo de como a comunicação não tem sido eficaz, continuando-se a desenvolver estudos interessantes, mas que na sua maioria são isolados e sem repercussões importantes ao nível da prática dos cuidados.

“ (...) Mesmo nas instituições, em relação aos mais velhos, não há medidas, não há medidas concertadas, não há medidas concertadas... não sei... o que acontece na maioria das instituições, mas a...a Universidade [designação] tem psicologia, tem isto, tem aquilo, tem aqueleoutro, tem educação física, tem psicomotricidade... nós trabalhamos, mas cada um vai trabalhando um pouco a sua área, portanto, isto de certa maneira revela **a não concertação de uma estratégia institucional**, portanto, que seria ... até podia ser uma mais-valia para a formação dos enfermeiros ou dos profissionais sem ser enfermeiros nesta área e até... e até talvez o criar, na arena de trabalho, um espaço em que a gente todos perceba que nós **somos complementares** mas não somos antagonistas uns dos outros, não devia ser assim, portanto, acho que isto devia ser nesta perspetiva e portanto, isto devia ser uma coisa mais desenvolvida

por toda a gente... (...) nós temos que mobilizar os estudantes para que eles percebam e adiram a esta ideia de que **nós somos parte... ah... da arena...** e que... quando nós não agimos, nós **temos responsabilidade naquela não ação** e portanto, eu posso tomar uma decisão e eu sou responsável por ela, uma decisão mais clara, mas a minha não... não adesão também é uma decisão (...) efetivamente nós somos profissionais, temos uma capacidade de avaliar... pausa... diagnosticar, tomar decisões, avaliar e responder por um papel específico nesta quadratura social e política (...) ” (EII:149-167).

“ (...) Continuamos a fazer as nossas formações, **cada um em seu canto** e... e... **não formações conjuntas como eventualmente seria exigido**, principalmente em algumas dimensões (...) ” (EIII:77-78).

“ (...) O que me preocupa neste grande número de estudos, em relação aos idosos... ah... é um bocadinho **a falta de impacto destes mesmos estudos depois nas sequências do processo de cuidados**, na medida em que... os estudos realizam-se, são sobre temáticas interessantes, muitas vezes temáticas bem objetivas e pertinentes relativamente ao processo de envelhecimento, mas depois acabamos por lhe perder o rasto ah... em relação ao... ao finalizar o processo académico, está a ver? E isto a meu ver, é algo que precisa ser mudado, mudado no sentido em que **precisamos de ter equipas dentro das áreas da prestação de cuidados**, que estão relacionadas com estes processos de investigação e portanto e nestes processos de investigação, elas deem continuidade, a nível da construção das suas práticas, porque de outra maneira, nós vamos perdendo terreno, na medida em que, continuamos a considerar o cuidar como, o cuidado ao idoso neste caso, como uma parte essencial do cuidado de enfermagem, dirigido para um ente específico, para uma pessoa específica e em situação de dificuldade também específica, mas, por outro lado perdemos-lhe o rasto, na medida em que os achados da investigação, depois, esgotam-se no próprio processo académico e isto, a meu ver, é um fator que me... que causa algumas dificuldades e que na atualidade, de facto, **penso que não está a ter**, provavelmente, **o impacto que seria interessante que tivesse... ah... na medida em que há poucas equipas de investigação... ah... relacionadas com a área dos idosos, há investigadores isolados, está a ver? E isto, se calhar não é... não é bom para o conhecimento na área da geriatria. Tínhamos que ter investigadores... ah... dentro das áreas da prestação de cuidados, da área da formação, etc. mas em equipas de investigação (...)** ” (EI:149-167).

### Os contextos sociodemográficos e políticos

Pensar os contextos de aprender e de cuidar no envelhecer, significa assumir um olhar abrangente, trespassando as relações institucionais ou loco regionais. Significa atender o envelhecer como um processo com implicações sociais, demográficas e políticas, entre outras, que carecem ser analisadas.

Neste enquadramento, é compreensível que as “novas” conceções sobre o envelhecer, determinem uma maior atenção relativamente à intervenção que se espera da sociedade, no sentido do seu tributo no desenvolvimento de uma vida boa e justa para as pessoas à medida que envelhecem.

Nos próximos anos, decorrerá um aumento do número de pessoas idosas e conseqüentemente de doenças crónicas, sendo importante referir que 60% das

peças idosas terão de gerir uma ou mais condições crónicas. Estas peças, designadas também por boomers (filhos do fenómeno “baby boom”<sup>211</sup>), diferentes das gerações anteriores (racial e etnicamente mais diferenciadas, com maiores níveis de escolarização e literacia em saúde, mais participativas nos seus projetos de saúde e com expectativas mais elevadas no que concerne à inovação e personalização dos programas de saúde) determinam uma mudança no sistema de saúde atual e futuro, sendo basilar o desenvolvimento de uma força de trabalho<sup>212</sup> e uma sensibilidade às diferenças culturais, assim como o seu impacto na saúde, exigindo uma filosofia de cuidados centrada na pessoa, flexível e individualizada (Auerhahn, 2010); (Institute of Medicine of the national academies, 2008).

Do ponto de vista demográfico, descrevemos o envelhecer no nosso país e no mundo, suportadas em referenciais como a WHO, entre outros e recuperamos, neste momento, através dos discursos proferidos nas entrevistas, algumas das ideias apontadas, nomeadamente o impacto de uma população envelhecida (no caso de Portugal 20% da população) e a necessidade de respostas efetivas ao nível da saúde, da educação e da Enfermagem, diante dessa especificidade.

*“ (...) A evidência do... do **impacto desta grande massa populacional idosa** impõem-se na sociedade atual e portanto, eu penso que a enfermagem não podia escapar a esta problemática de maneira nenhuma (...) ” (EI:143-144).*

*“ (...) Digamos que o grande pano de fundo é **ter em consideração a especificidade do envelhecimento** e preparar os profissionais para essa especificidade. Nesta especificidade... temos que **considerar também a dimensão demográfica**, não estamos a falar de uma especificidade de 5% da população, **estamos a falar de uma especificidade de 20% da população**, sendo que em algumas regiões é mais (...) e portanto, quer dizer que... estamos a falar de um grosso volume populacional que carece de técnicos devidamente preparados para lhes responder (...) ” (EIII:34-39).*

Esta realidade social vem despertar um conjunto de desafios, loco regionais e simultaneamente globais, indissociáveis e em estreita relação.

Relativamente a estes desafios, entendemos, de acordo com o objeto em estudo, valorar as políticas de saúde e educacionais no campo do envelhecimento. Mas falar acerca de políticas de saúde ou educacionais, leva-nos necessariamente a refletir sobre os discursos atuais do envelhecer nos campos da saúde e da educação, que têm procurado contrariar as representações negativas sobre o fenómeno, enraizadas e tantas vezes acolhidas como incontestáveis.

---

<sup>211</sup> Que em 2011 começaram a atingir a faixa etária dos 65 anos.

<sup>212</sup> Health Care Workforce, constituída por todos os que estão envolvidos no cuidado à pessoa, como profissionais de saúde, cuidadores informais (habitualmente a família e/ou os amigos) e as próprias pessoas.

“ (...) **Ninguém nasce a gostar dos mais velhos numa sociedade atual!** Estamos a falar da sociedade portuguesa, há outras que provavelmente poderão não ser exatamente assim, mas tenho dúvidas que, em todo o mundo, neste momento, não seja assim, parece que é assim (...) ” (EV:91-93).

Se na maioria das sociedades atuais, não há uma predisposição para gostar dos mais velhos, torna-se fundamental incutir uma valoração da anciana, através de discursos ricos em novas ideologias, que indiquem ruturas com o modelo biomédico e promovam o desenvolvimento do modelo do cuidar.

“ (...) **O mind set, ou está virado para as deficiências e para o negativo do envelhecimento ou está virado para o positivo** e portanto, se eu tiver uma empresa e disser assim “O que eu preciso é daquelas pessoas e daquelas famílias todas a colaborar comigo, porque isso vai fazer com que eu tenha uma rentabilidade muito maior e que as pessoas tenham muito mais satisfação” [tom de voz assertivo], diferente do que é “Os hospitais estão cheios de idosos!... Estão a abarrotar de idosos!” [tom de voz negativista] (...) Se eu tenho, neste momento, uma maior longevidade e um maior envelhecimento populacional (...) Eu vou ter mais idosos... é uma realidade... não vale a pena rejeitar, eles não têm culpa de estar vivos... Um dia serei eu a não querer que me apressem a morte! E portanto, em traços gerais, (...) este é um modelo ao contrário, não é um modelo... biomédico, se quiser, é um modelo, de facto, biopsicossocial e ambiental (...) ” (EV:217-230).

“ (...) **Precisamos de garantir que os mais jovens de hoje (...) tenham o direito de ser mais velhos amanhã e não tenham medo disso, aceitem isso como uma coisa natural**, estar vivo, mas não tenham medo da decapitude, porque isso vai acontecer em alguma proporção, mas é uma proporção mínima e nós vemos todos os mais velhos e o envelhecimento por esse binóculo e está errado do ponto de vista técnico e está errado do ponto de vista científico e está errado do ponto de vista social e está errado do ponto de vista sociológico (...) ” (EV:372-378).

Apesar do esforço que tem sido feito neste sentido, a verdade é que as políticas de saúde, no que a esta temática diz respeito, ainda não alcançaram o impacto desejado, na medida em que o seu cariz vertical, centralizado e não concertado cria barreiras à resolução de muitos problemas relacionados com o envelhecimento. Dito de outra forma, em Portugal, é emanada legislação geral para as pessoas “cumprirem”, não havendo ou subsistindo de forma precária, estratégias loco regionais harmonizadas que levem a um diálogo profícuo na adoção de respostas adequadas.

“ (...) Nós, neste momento, temos essencialmente **políticas verticais, centralizadas**, portanto, há um organismo técnico central que [hesitação], há um organismo legislador que emana legislação geral e **as pessoas cá em baixo vão cumprindo** e depois há um organismo técnico central que é a Direção-Geral da Saúde e que vai fazendo diretivas... programas, diretivas verticais para toda a gente cumprir e ponto final! E portanto **não há nenhum apelo a uma estratégia... mais local** que... leve ao diálogo... **que leve ao diálogo** entre... as diversas forças vivas que são necessárias para resolver este tipo de problemas (...) ” (EIII:86-91).

Perante uma crise socioeconómica, que tende a persistir, espera-se que a Enfermagem, assim como outras profissões de cariz social, se posicionem quanto a esta matéria, assumindo a voz dos mais vulneráveis quando estes forem incapazes de decidir sobre o curso da sua saúde. Essa voz só se fará ouvir se os profissionais forem agentes de intervenção social e política.

“ (...) A enfermagem hoje, tem... começa a ter uma perspetiva também de **cariz social**, porque ah... as dificuldades económicas, as situações de crise, etc. fazem com que... as profissões designadas... relacionadas com a **solidariedade humana**, que é o caso da enfermagem, etc. vêm muito ao de cima em relação às **populações mais frágeis** (...)” (EI:145-148).

“ (...) Acho que também é importante, os enfermeiros terem, os estudantes começarem a perceber um **papel político** que eles devem desenvolver...ah... noutras áreas também, mas aqui em particular, no fundo uma voz em função dos mais velhos, não para falarem por eles, porque os que puderem vão falar, mas para os mobilizarem para que a sociedade... reconheça que aquelas pessoas continuam a ser elementos importantes (...) e nessa perspetiva, eu acho que **os estudantes devem ser sensibilizados para mobilizarem as pessoas e para eles serem a voz daqueles que têm, na verdade, dificuldade e isto são competências diferentes daquelas que a gente habitualmente desenvolve** (...) **temos** muito **pouca capacidade de intervenção**... ah... **política**, não é no sentido dos partidos, mas no sentido da intervenção política junto dos grupos da comunidade, junto do nosso grupo de trabalho (...), junto da nossa região, portanto, eu acho que os estudantes, também devem ter esta perspetiva em relação aos mais velhos (...)” (EII:146-149).

Neste sentido, é essencial que a formação aposte no desenvolvimento de competências, incluindo as de natureza social e política, adotando no currículo, espaços de discussão acerca das linhas de orientação e recomendações internacionais, nacionais e loco regionais de proteção aos mais velhos e incutindo nos estudantes o desenvolvimento de intervenções ajustadas ao seu papel.

A globalização e a identidade estão interligadas. Falar destes dois conceitos implica refletir acerca das estruturas mundiais hegemónicas nos seus variados contextos (histórico, político, cultural e económico). “As escolas e o currículo fazem parte destas estruturas de homogeneização pela especificidade das suas funções de educação e formação” constituindo-se como espaços discursivos e de construção de identidades (Pacheco, et al., 2007 p. 372).

Somos responsáveis e contribuímos para o equilíbrio de todo o sistema, sendo que a nossa intervenção loco regional terá repercussões na intervenção global e consequentemente na saúde e qualidade de vida das pessoas ao envelhecer.

“ (...) Portanto, eu também me parece... ah... dentro daquela perspetiva de que nós **somos um elo... dentro de um sistema** e... e... como elo num sistema ...ah... nós **contribuímos para o equilíbrio ou desequilíbrio desse sistema** ou facilitamos o equilíbrio, não... não podemos apenas pensar numa forma loco regional... mas também perceber o que se está a passar...ah... no resto do país... no resto do

*mundo, em relação a políticas para a... para as pessoas mais velhas, porque na verdade isto não é um problema de Portugal, nós temos o problema, o interior de Portugal tem-no mais acentuado mas não é um problema de Portugal! E portanto, ah... se os cidadãos vão ser estes na...na Europa e no mundo ou no dito mundo civilizado, então nós temos de ter uma forma diferente de olhar para as pessoas com estas idades, não é? Portanto, penso que é também importante... qualquer trabalho que a gente enquanto docentes venha a desenvolver na área curricular, não perder de vista...ah... **as políticas internacionais**, a organização mundial de saúde, a ONU, são duas estruturas que eventualmente podem estar no topo da... da definição de políticas internacionais e por outro lado, também tentarmos transformar, será o lugar dos estados, **transformar aquelas orientações estratégicas de orientação política em programas que devem ser operacionalizados** e operacionalizados por quem? Pelos particulares, pelos estudantes, pelos enfermeiros, pelos profissionais ou pelas próprias comunidades... ah... onde as pessoas se inserem e nessa perspetiva também me parece que a abordagem das problemáticas, no concreto, nunca devem estar longe nem afastadas, daquilo que são medidas... ah... de ponta... do país e do mundo (...) a **visão internacional** é uma visão muito importante, para além de que nós devemos, na medida do possível, enquanto escolas também, **tentarmo-nos agregar a outras instituições**, quer no ensino superior, quer na área da educação, quer noutras áreas onde nós podemos **criar... ah... pontes... mais fortes, laços mais fortes**, para poder **dar continuidade** àquelas...àquelas **políticas** (...)” (EII:257-282).*

O envelhecer e as suas implicações demográficas, sociais e políticas, entre outras que temos vindo a falar, demanda o desenvolvimento de políticas educacionais promotoras de práticas educativas de qualidade, que valorem a singularidade humana em todas as fases da vida.

No que respeita às diretrizes curriculares relacionadas com as profissões da área da saúde e da área social, tem sido visível um investimento na valoração do envelhecer, existindo algumas orientações no sentido de integrar conteúdos gerontológicos e geriátricos nos cursos de formação inicial, não se tratando meramente de uma questão pedagógica, mas sobretudo de intervenções políticas e institucionais que pretendem contribuir para a formação de profissionais competentes.

Tem-se igualmente discursado e investigado acerca da temática das competências dos profissionais da área da saúde e da área social que cuidam de pessoas idosas<sup>213</sup>, sendo importante referir que as diretrizes curriculares na área das competências trazem, naturalmente, implicações ao nível da aprendizagem e das práticas profissionais.

A competência, para além de se traduzir na resolução de problemas práticos, em que o saber é mobilizado na ação, apresenta muitos significados e usos curriculares, reunindo uma pluralidade de discursos no quadro de determinados

---

<sup>213</sup> Um dos exemplos deste investimento é o European Later Life Active Network (ELLAN), um projeto europeu financiado pelo Lifelong Learning Programme, que integra vinte e oito parceiros de vinte e seis diferentes países europeus e cuja finalidade é o desenvolvimento de um quadro referencial de competências europeu comum a todos os profissionais que trabalham com pessoas idosas.

processos de educação e formação, nomeadamente teóricos, organizacionais, curriculares e pedagógicos (Pacheco, 2011).

Segundo os peritos, a noção de competência é um “terreno movediço” e ao qual temos que estar muito atentos, porque há ainda pouco conhecimento sobre esta temática.

“ (...) Tenho algumas preocupações (...) com a questão do centrar nas competências, porque **há muito pouco conhecimento sobre as competências** e é um terreno (...) e é um terreno e são areias muito movediças. **Eu tenho muito medo** em relação à enfermagem, que... que de facto, possamos peliçar a área das competências e... e... não desenvolver, **não continuar a desenvolver assim um conhecimento assertivo em relação à tal necessidade de uma matriz para a formação dos cuidados aos idosos (...)** ” (EI:413-418).

Se por um lado e no que se refere ao envelhecer, as competências precisam de ser “transversalizadas por várias profissões”, simultaneamente, o perfil de competências dos enfermeiros não pode “resvalar para terrenos tão vagos” que acabem por não oferecer uma resposta efetiva e centrada na experiência da pessoa que envelhece, desacreditando e desvalorizando, uma vez mais esta área do conhecimento.

“ (...) A questão essencial é... não fazer... **não deixar resvalar** a questão do... do perfil de competências, a construir pelos enfermeiros, **para terrenos tão vagos que acabam por não ser resposta a coisa nenhuma!** Isto é, eles **vão ser territórios de conhecimento, mas se calhar territórios de conhecimento mais afastados da prática**, o que de facto, não sei se é o melhor caminho... pausa... e não sei se será por aí que nós seremos capazes de dar as respostas mais efetivas e afetivamente mais significativas para os nossos idosos também (...) ” (EI:426-431).

O professor de Enfermagem constitui-se, assim, como um verdadeiro agente de mudança discursiva e social, na medida em que reflete sobre as ideologias dominantes e simultaneamente procura espaços de rutura, que permitem criar novas formas de pensar, acolher e cuidar no envelhecer.

(...) Nós, também **somos fruto da sociedade** onde estamos e portanto, mas enquanto professores, que estamos a preparar gente, também temos a obrigação e se fazemos formação, de utilizar estratégias, para ir melhorando, para ir introduzindo todas essas questões, na minha perspetiva, **preparar o mais humanisticamente possível os nossos alunos para cuidarem de toda a gente, nos contextos onde eles estejam (...)** ” (EIV:217-221).

“ (...) O professor por natureza, independentemente dos desenhos curriculares, **o professor tem de ser criativo**, ah? E ser, eu diria que, **a pessoa mais atenta possível a tudo o que se passa** à sua volta, a estas mudanças todas, a estes... a... **a tudo o que se adivinha que vai acontecer** e estar a preparar as pessoas para isso e não para aquilo que vão encontrar ali no serviço do lado. Tem também de responder a isso? Tem! Mas ele responde de forma muito mais adequada, muito mais criativa a isso, quanto mais tiver uma **mente aberta** e uma **mente capaz de lidar com a diferença, com a mudança, com o**

*desafio, com a insegurança, com a incerteza, que é aquilo com que nós lidamos todos os dias (...)* ” (EIII:420-427).

## Sinopse

A terceira fase do estudo consistiu na elaboração de um guião de entrevista constituído por uma questão aberta sobre os *elementos que organizam ou se perspectiva que organizem a formação inicial em Enfermagem na pessoa ao envelhecer*. A entrevista foi realizada a cinco peritos na área do envelhecer, dando lugar a discursos de extrema riqueza ideológica que foram alvo de ACD.

Adotámos o modelo tridimensional do discurso de Norman Fairclough, analisando o discurso como texto, como prática discursiva e como prática social. Na análise textual, explanámos os elementos *vocabulário, gramática, coesão e estrutura textual*; na análise da prática discursiva os elementos *força, coerência e intertextualidade* e na análise da prática social os elementos *ideologia e hegemonia*.

Os discursos integraram quatro dimensões: (1) *a pessoa ao envelhecer*, (2) *o cuidar profissional da Enfermagem do envelhecer*, (3) *o aprender e ensinar a Enfermagem do envelhecer*, e (4) *os contextos de aprender e de cuidar no envelhecer*, sendo as três primeiras dimensões retratadas essencialmente na análise da prática discursiva e a quarta dimensão na análise da prática social. Cada uma das dimensões integrou diferentes tópicos discursivos, que passamos a sistematizar.

- I. A pessoa ao envelhecer: A presente dimensão integrou três tópicos discursivos: (1) *a especificidade do envelhecer* – o envelhecer tem características muito próprias, indicando que a pessoa idosa não é, somente, uma pessoa adulta com mais uns anos; (2) *a singularidade e a complexidade da pessoa ao envelhecer* – a pessoa ao envelhecer é singular, complexa, com necessidades especiais que ampliam a sua diferença; e (3) *a valoração (positiva) do envelhecer* – valoramos uma perspectiva positiva do envelhecer, defendemos o paradigma do envelhecimento ativo e atendemos às potencialidades da pessoa, acreditando que a mesma constitui uma mais-valia para a sociedade.
- II. O cuidar profissional da Enfermagem do envelhecer: A presente dimensão integrou três tópicos discursivos: (1) *a pessoa enfermeiro* – ser com traços e qualidades peculiares, detentor de um conjunto de referenciais de conhecimento e competências, sobretudo de natureza relacional, que o permitem agir de forma integrada e integradora, desenvolvendo um cuidado co-construído em conformidade com os contextos nos quais habita; (2) a

*constância e a multidisciplinaridade do cuidado* – atendemos a um cuidado com constância no tempo e no espaço e de natureza multidisciplinar, sendo fundamental desafiar as barreiras ideológicas e hegemónicas que se lhes opõem; e (3) *uma ética para a anciania* – identificamos sete princípios e imperativos éticos inerentes ao cuidado centrado na pessoa ao envelhecer: respeito pela dignidade humana, independentemente da fase de vida em que cada um se encontra; reconhecimento da singularidade da situação da pessoa ao envelhecer; liberdade de decisão da própria pessoa, que se materializa no respeito pela autonomia; reconhecimento e proteção das vulnerabilidades das pessoas idosas; exigência ética e responsabilidade social no acompanhamento das pessoas idosas; não discriminação pela idade; e a orientação para as condições do bem integral e da qualidade de vida.

- III. O aprender e ensinar a Enfermagem do envelhecer: A presente dimensão integrou dois tópicos discursivos: (1) *a história - do ensinar ao aprender o envelhecer* – a história edifica a realidade que hoje se nos apresenta, sendo importante refletir sobre o pouco impacto da distinção entre os conceitos de gerontologia e geriatria na Enfermagem e o desenvolvimento pouco harmonioso do ensino dos cuidados aos mais velhos, desafios colocados na atualidade, onde o currículo parece ainda focar-se maioritariamente na dependência, faltando explorar a experiência singular de quem envelhece; e (2) *o desenho e desenvolvimento curricular* – a especificidade do envelhecer reflete-se na presença de UCs direcionadas para esta área do conhecimento, nas metodologias dinâmicas e criativas capazes de favorecer, entre outros aspetos, a intergeracionalidade e na experiência interligada a par e passo com os referenciais de conhecimento, partilhados e com constância ao longo da formação inicial. Valoramos uma aprendizagem ascendente, assente numa perspetiva pluridisciplinar, global e integradora de todos os determinantes de um envelhecer ativo e saudável.
- IV. Os contextos de aprender e de cuidar no envelhecer: A presente dimensão integrou dois tópicos discursivos: (1) *os contextos institucionais* (o contexto de prestação de cuidados e o contexto escola) – ricos em ideologias e hegemónias, geradores, em parte, de barreiras à resolução do problema. Perspetivamos soluções no que concerne à acessibilidade dos cuidados aos mais vulneráveis (maior organização e menor complexidade), às respostas e finalidades esperadas (foco no contexto natural, numa visão positiva e pluridisciplinar), esperando-se dos diferentes atores, diferentes níveis de diálogo e novas plataformas de relacionamento. Perspetivamos igualmente

soluções promotoras de uma educação humanista, crítica e emancipadora (necessidade de resistir à subordinação de professores/instituições e de desenhos curriculares rígidos e incentivo à luta pela participação ativa dos estudantes no desenvolvimento curricular); e (2) os *contextos sociodemográficos e políticos* - atendemos o envelhecer como um processo com implicações sociais, demográficas e políticas, que determinam uma maior atenção face à intervenção da sociedade, que experiencia, atualmente, um conjunto de desafios loco regionais e globais, como são exemplo as políticas de saúde e educacionais no envelhecer. Perante a crise socioeconómica atual, torna-se imperativo que os enfermeiros sejam agentes de intervenção social e política, protegendo os mais vulneráveis. É essencial o desenvolvimento de práticas educativas de qualidade, que valorem a singularidade humana em todas as fases da vida, sendo o professor de Enfermagem um dos principais agentes de mudança discursiva e social.

## CAPITULO VIII

### A PROPOSTA DE UMA MATRIZ REFERENCIAL

“ (...) Deve ser uma matriz transversalizada por áreas de conhecimento (...) além de transversal, precisa também de ser um crescendo (...) o importante é ajudar a criar (...) fatores... que sejam polarizadores do desenvolvimento do conhecimento desta área (...) por outro lado também, encontrar...ah... áreas que ao nível da investigação do envelhecimento... ah... façam emergir na prática ou façam emergir para a prática de enfermagem, evidências (...) É (...) importante que... que este lastro de fundo seja bem sustentado (...) ”.

(EI:230-337)

Neste capítulo, que agora apresentamos e no qual explanamos a proposta de uma *Matriz*<sup>214</sup> *Referencial*<sup>215</sup>, importa relembrar a finalidade da presente investigação: *A construção*<sup>216</sup> e *sistematização*<sup>217</sup> de uma *Matriz Referencial para a Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer*.

As três fases do estudo, distintas mas complementares, permitiram responder às questões colocadas, tendo os seus achados sido sedimentados, através de cada uma das fases sucessoras e integrados na proposta final da *Matriz Referencial*.

Retomemos as questões:

- (1) *Que currículo nos cursos nacionais de formação pré-graduada de Enfermagem na pessoa ao envelhecer?*
- (2) *Como se processa e perspetiva o desenvolvimento curricular no sentido de propiciar os referenciais de conhecimento e a aquisição de competências promotoras do cuidar em Enfermagem na pessoa ao envelhecer?*

E os objetivos correspondentes:

---

<sup>214</sup> Algo que dá origem, o lugar onde alguma coisa se gera (fonte) (Dicionário Editora da Língua Portuguesa, 2014).

<sup>215</sup> Algo que constitui ou serve de referência, integrando uma série de características que podem ser tomadas como modelo e/ou referência (idem, 2014).

<sup>216</sup> Propusemo-nos a estruturar, dispor as partes constituintes, traçar uma figura (ibidem, 2014).

<sup>217</sup> Sendo importante colocar em sistema, reduzir, ordenar segundo critérios, tornando operacional um conjunto de princípios ou ideias solidamente relacionadas entre si (Dicionário Editora da Língua Portuguesa, 2014).

- (1) *Analisar o currículo nos cursos nacionais de formação pré-graduada de Enfermagem na pessoa ao envelhecer.*
- (2) *Sistematizar como se processa e perspectiva o desenvolvimento curricular no sentido de propiciar os referenciais de conhecimento e a aquisição de competências promotoras do cuidar em Enfermagem na pessoa ao envelhecer.*

Olhando para as questões e objetivos, é possível extrair deles duas importantes dimensões:

A primeira, o desejo de tornar explícito um conhecimento tácito acerca do currículo de Enfermagem na pessoa ao envelhecer, dando a conhecer diferentes elementos compartilhados e valorizados por um grupo. Entender esses elementos significa aceder a um referencial comum, sendo possível, através deste entendimento, o desenvolvimento de tópicos de discussão e a consequente consolidação de um conhecimento.

A segunda, o perspetivar *o depois*, na medida em que ambicionamos, para além da análise da fotografia do real<sup>218</sup>, ir mais além, conhecendo, pelas vozes de atores do desenvolvimento curricular<sup>219</sup> e peritos na área em estudo, evidências, experiências e referenciais, capazes de fazer emergir a análise crítica de um problema, identificando os obstáculos à sua resolução e a necessidade de uma mudança social.

Como já referimos, Thomas Kuhn constituiu-se numa forte referência epistemológica na construção desta proposta, sobretudo pelo conceito que introduziu na ciência, o conceito Matriz Disciplinar. O referencial que construímos obedeceu a algumas das ideias apontadas pelo autor e nele, procurámos ligar as partes de um todo, organizar essas partes e encaixá-las como se de um puzzle se tratasse.

Vejamos a figura seguinte, que representa a ligação das partes no todo. Todo esse que é necessariamente dinâmico, transversal, ascendente e multidimensional, na medida em que resulta da conjugação de diferentes elementos, de diferentes naturezas e dimensões, que se sustentam, permitindo o desenvolvimento curricular nesta área do conhecimento.

---

<sup>218</sup> Esta fotografia será sempre a perspetiva dos seus atores, inserida numa história e num contexto particular.

<sup>219</sup> Professores de Enfermagem responsáveis pela coordenação dos CLE.

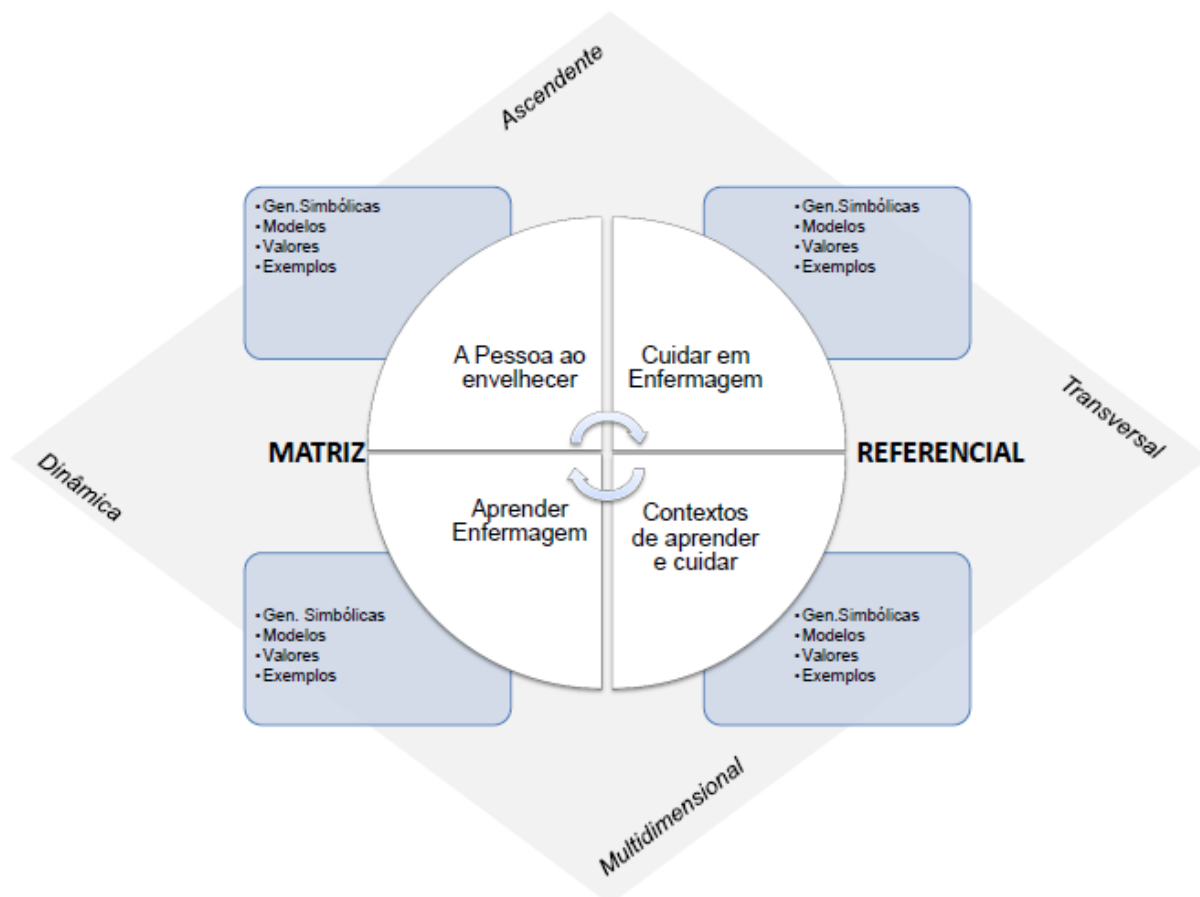


Fig. 7 – Elementos configuradores da Matriz Referencial.

Construir e sistematizar uma Matriz Referencial para a Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer pressupõe, em nosso entender, que as questões relacionadas com a aprendizagem e o ensino da Enfermagem do envelhecer não podem ser analisadas de forma isolada, sem atendermos a uma configuração da pessoa que recebe os cuidados, o cuidado profissional que se ambiciona nesta área de conhecimento e os contextos onde a aprendizagem e o cuidado acontecem.

Assim, considerámos pertinente reunir as principais generalizações simbólicas e modelos que emergiram da análise e que integram as dimensões: (1) *a pessoa ao envelhecer*; (2) *cuidar em Enfermagem*; (3) *aprender Enfermagem*; e (4) *contextos de aprender e de cuidar*.

Reunidos esses elementos, apresentamos os valores que consideramos fundamentais, determinantes do comportamento do grupo e que contribuem para o sentimento de comunidade, descrevendo de seguida os exemplos, aqui considerados

como possíveis soluções para os problemas identificados, na *educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer*.

Quadro 17 – Sistematização dos principais elementos configuradores da Matriz Referencial.

<b>A PESSOA AO ENVELHECER</b>	
<b>Generalizações Simbólicas</b>	<b>Modelos</b>
<p>O mundo está a envelhecer o que determina respostas diferentes das atuais.</p> <p>Em Portugal vivemos mais tempo mas doentes, assistindo-se a desigualdades acentuadas no que se refere à saúde.</p> <p>O envelhecer assume diferentes significados para diferentes pessoas [a pessoa, a história e o contexto].</p> <p>Ser social e intencional, dotado de valores, crenças e desejos, com necessidades específicas, complexas e multifatoriais, que o tornam único, digno e indivisível.</p> <p>Ser envolto em transições, que lhe conferem uma maior vulnerabilidade [doença e sofrimento].</p> <p>Ser dinâmico, capaz e vital para a sociedade, transmitindo conhecimentos e experiências para as próximas gerações.</p>	<p>Parametrização da idade – a WHO define idoso como uma pessoa com mais de 65 anos<sup>220</sup>. A idade é um critério pouco preciso, mas amplamente utilizado.</p> <p>A demografia e as suas implicações [sociais, económicas, políticas, educacionais e na saúde...]. WHO  EU  MS  INE  Crisp [et al].</p> <p>As representações sociais determinam a forma de pensar e de agir, com implicações nas relações de dominação e nas práticas discursivas.</p> <p>A saúde como uma conjugação de fatores [determinantes de saúde].</p> <p>Teoria das Transições de Meleis [envelhecer – processo de ganhos e perdas ao longo do tempo].</p> <p>Envelhecimento Ativo – valoração [positiva] do envelhecer.</p>

<b>CUIDAR EM ENFERMAGEM</b>	
<b>Generalizações Simbólicas</b>	<b>Modelos</b>
<p>A pessoa enfermeiro – ser com traços e qualidades peculiares, detentor de um conjunto de referenciais de conhecimento e competências, sobretudo de natureza relacional, que o permitem agir de forma integrada e integradora, desenvolvendo um cuidado co construído em conformidade com os contextos nos quais habita.</p> <p>O Enfermeiro assume formas específicas de conhecer a pessoa e o processo de envelhecer</p>	<p>Contextos do agir integrador de Costa: (1) o contexto do sujeito; (2) o contexto do utilizador; (3) o contexto da profissão; e (4) o contexto da ação.</p> <p>Padrões Fundamentais do Conhecimento de Enfermagem de Carper, caracterizadores da</p>

<sup>220</sup> No caso dos países desenvolvidos.

<p>[conhecimento empírico, estético, pessoal, ético e sociopolítico].</p> <p>O enfermeiro promove [a saúde e o bem-estar], previne [a doença e o sofrimento], capacita [para o autocuidado] e intervém [atendendo à experiência singular], adotando uma perspectiva multidimensional, promotora de saúde ao envelhecer.</p> <p>O cuidar profissional do Enfermeiro visa facilitar o processo de envelhecer [transição de desenvolvimento] envolto em outras transições [saúde-doença]. Prevenir transições não saudáveis e suportar indicadores de transições saudáveis.</p> <p>O cuidado de Enfermagem centrado na pessoa ao envelhecer tem constância no tempo e no espaço, assumindo uma natureza multidisciplinar.</p> <p>É impreterível desenvolver uma ética para a anciania – atendendo a princípios e imperativos éticos inerentes ao cuidado centrado na pessoa ao envelhecer.</p>	<p>estrutura única da Disciplina de Enfermagem.</p> <p>Modelo Humanista, centrado na pessoa, na subjetividade e na perspectiva multidimensional; Rutura com o modelo biomédico e afiliação ao modelo do cuidar.</p> <p>Teoria das Transições de Meleis [cuidado centrado na complexidade e multidimensionalidade transicional].</p> <p>A constância e a multidisciplinariedade no cuidado - Sistema de Saúde; Força de trabalho [barreiras ideológicas e hegemónicas]</p> <p>O respeito pela dignidade humana; reconhecimento da singularidade; liberdade de decisão da própria pessoa; reconhecimento e proteção das vulnerabilidades; exigência ética e responsabilidade social no acompanhamento das pessoas; não discriminação pela idade; e a orientação para as condições do bem integral e da qualidade de vida, de Nunes [et al], CNECV.</p>
---	--

<b>APRENDER ENFERMAGEM</b>	
<b>Generalizações Simbólicas</b>	<b>Modelos</b>
<p>A Educação é um processo de transformação pessoal e social. O Homem é um ser inacabado e inconformado em constante relação com o mundo.</p> <p>A Educação é centrada no aprender. Olhar a história leva a uma visão mais clara e integradora da identidade da profissão nos dias de hoje.</p> <p>As experiências dos estudantes constituem ponto de partida para discussão. Contempla-se a sua participação ativa no desenvolvimento curricular.</p> <p>O currículo é dinâmico, flexível e multidimensional. Processo de seleção, construção, gestão e formação reflexiva centrado na escola. A avaliação curricular traduz-se na valoração de todos os elementos do currículo.</p> <p>A formação inicial em Enfermagem tem como finalidade atender às necessidades das pessoas ao</p>	<p>A Educação e a Mudança - Pedagogia Crítica, de Freire.</p> <p>A história da Enfermagem – Do ensinar ao aprender. Os principais marcos históricos do ensino e da profissão, de Amendoeira, Nunes, Vieira.</p> <p>Educação que releva a compreensão, a reflexão, a liberdade e o desenvolvimento do estudante. Modelo Andragógico que valora as necessidades do estudante, a sua identidade e as experiências de vida.</p> <p>Teoria Crítica do Currículo – Ação e Reflexão. Currículo - Tudo o que se quer fazer aprender, de Roldão. Conceção informal da mudança curricular.</p> <p>Globalização [consenso entre especialistas; definição de áreas chave e elementos comuns na</p>

<p>longo de todo o ciclo vital, protegendo-as, essencialmente, no decorrer de transições conferentes de uma maior vulnerabilidade [envelhecer].</p>	<p>formação inicial de todos os enfermeiros – PB  DGES  ENQUA  A3ES] e Identidade curricular [o que é único, específico, atendendo aos contextos envolventes].</p>
<p>Foco nos resultados de aprendizagem [competências]. Os estudantes são produto da sua história e das suas relações. Detêm traços e características pessoais e desenvolvem conhecimentos, habilidades e capacidades através de experiências de aprendizagem, que uma vez combinados e mobilizados na ação, desenrolada num contexto, se traduzem em competências.</p>	<p>Educação que valora o estudante, uma aprendizagem ativa e um ensino inclusivo. A competência envolve três eixos: (1) a pessoa, (2) as situações de formação e (3) as situações profissionais, de Boterf.</p>
<p>Professor - decisor e gestor do processo curricular. Medeia a proposta e a concretização curricular.</p>	<p>Do currículo formal ao currículo real, de Pacheco.</p>

<b>CONTEXTOS DE APRENDER E DE CUIDAR</b>	
<b>Generalizações Simbólicas</b>	<b>Modelos</b>
<p>Os contextos integram o nível micro, meso e macro. Dinâmicos e em perfeita relação e complementaridade.</p>	<p>No nível micro, integramos os contextos particulares dos atores e das instituições; no nível meso as instituições e as suas relações com a envolvente e no nível macro atendemos ao espaço social.</p>
<p>Os contextos de aprender e de cuidar no envelhecer são povoados por diferentes atores em relação. Os contextos institucionais [o contexto de prestação de cuidados e o contexto escola] são ricos em ideologias e hegemonias. Perspetiva-se maior acessibilidade dos cuidados, através de uma maior organização e menor complexidade, assim como respostas adequadas [foco no contexto natural, numa visão positiva e pluridisciplinar]. Perspetiva-se uma educação humanista, crítica e emancipadora, através da resistência à subordinação [rigidez curricular].</p>	<p>Os contextos singulares dos atores [a pessoa ao envelhecer; o estudante, o enfermeiro e o professor de enfermagem] nutrem-se, enformando o contexto da situação de aprender e da situação de cuidar. Modelo de organização dos serviços de prestação de cuidados e de ensino. Políticas de saúde locais, nacionais e internacionais [WHO  EU  MS]. Políticas educacionais locais, nacionais e internacionais [PB  DGES  ENQUA  A3ES].</p>
<p>Os discursos sobre o envelhecer, provenientes de diferentes contextos, são alvo de análise, na medida em que a descoberta de padrões e significados através dos mesmos, contribuem para compreender e simultaneamente participar no fenómeno social em estudo [o envelhecer].</p>	<p>Os discursos são analisados em três dimensões: (1) análise textual [vocabulário, gramática, coesão e estrutura textual]; (2) análise da prática discursiva [força, coerência a intertextualidade]; e (3) análise da prática social [ideologia e hegemonia] de Fairclough.</p>

## EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NA PESSOA AO ENVELHECER

### Valores

Os Valores repartem-se segundo eixos que se agregam e comunicam entre si, redefinindo-se e redistribuindo-se continuamente.

- (1) **Valores éticos e deontológicos:**  
Valores universais e valores humanos [liberdade, verdade, justiça, solidariedade, competência, dignidade].
- (2) **Valores sociais, políticos e culturais:**  
Solidariedade intergeracional, cidadania e cuidados culturalmente competentes.
- (3) **Valores educacionais e científicos:**  
O conhecer e o agir integrado e integrador.

### Exemplos

A especificidade e relevância do envelhecer determina:

- (1) **UCs direcionadas para o envelhecer** harmonizadas com o estadió de desenvolvimento do estudante [1º e 2º anos – *prefácio*; 3º e 4º anos – *epílogo*].
- (2) **Definição de conteúdos| áreas temáticas** sobre o envelhecer [ascendentes e transversais].  
Conteúdos primordiais a serem integrados no currículo:
  - a) *O fenómeno de envelhecer*: perspetiva individual [bio-psico-espiritual]; perspetiva coletiva [económico-político-social].
  - b) *A pessoa ao envelhecer*: conceitos e significados; processos de saúde; processos de doença; processos de transição; redes e relações.
  - c) *Os referenciais de conhecimento no envelhecer*: teoria das transições; teorias do envelhecimento [deterministas e estocásticas]; programas e projetos da DGS e WHO, entre outras entidades de referência.
  - d) *A intervenção da Enfermagem centrada na pessoa ao envelhecer*: diagnosticar| avaliar; promover a saúde; prevenir complicações; intervir nos processos de saúde-doença; trabalhar em parceria e em equipa pluridisciplinar; atender a questões éticas e legais.
- (3) **Identificação de competências-chave** integradas no perfil de competências da Ordem dos Enfermeiros, atendendo a uma distinção clara relativamente aos domínios de competência esperados, às competências propriamente ditas e aos critérios de competência, contextualizados à pessoa ao envelhecer.  
Aspectos a ter em consideração no desenhar do referencial de competências:
  - a) A competência não substitui os conteúdos e os objetivos [caminho a seguir], esperando-se que seja desenhada em ligação a estes, assim como em ligação às metodologias, estratégias e avaliação.
  - b) A competência exigida não é a competência real, sendo que o referencial é um ponto de referência em função do qual se organiza o processo de aprender.
  - c) Um referencial efetivo procura agregar o geral e o particular, não sendo muito amplo ou muito redutor, aproximando a competência do saber fazer.
  - d) A competência apela à integridade quando elenca o conhecimento empírico, estético, pessoal, ético e sociopolítico, valorando o conhecer singular da Enfermagem.
  - e) A competência é fundada por um conjunto de elementos integradores [conhecimentos, habilidades e capacidades e traços e características pessoais] que se espera que sejam analisados, desenvolvidos e igualmente avaliados.
- (4) **Desenho metodológico** concebido em função de metodologias e estratégias de natureza dinâmica, crítica e reflexiva, capazes de favorecer, entre outros aspetos, a intergeracionalidade. Há ganhos significativos quando a experiência é interligada a par e passo com os referenciais de conhecimento, partilhados e com constância ao longo da formação inicial.  
Metodologias e estratégias optimizadoras do processo de aprender o envelhecer [aprendizagem ascendente, assente numa perspetiva pluridisciplinar, global e integradora de todos os determinantes do envelhecer – perspetiva gerontológica e geriátrica].
  - a) *A aprendizagem baseada em problemas*: A resolução de problemas concretos cria a possibilidade de apreender as generalizações simbólicas e os modelos, interiorizando os valores compartilhados pelo grupo.

- b) A experiência clínica simulada: A simulação, aliada à resolução de problemas concretos, colocados ao nível do estadio de desenvolvimento do estudante, leva a uma maior compreensão da singularidade e complexidade do envelhecer e permite a criação de situações favorecedoras da capacidade de mobilização do estudante.
  - c) A promoção de encontros intergeracionais: O encontro, proporcionado através de entrevistas, visitas de estudo, trabalhos de campo, ensinamentos clínicos e estágios, entre outros, promove a partilha de aprendizagens, conduzindo a ganhos em saúde.
  - d) O desenvolvimento de projetos na e com a comunidade: Os projetos comunitários valoram a voz das pessoas que experienciam a transição de envelhecer, promovendo a compreensão do fenómeno em estudo.
  - e) A interligação da teoria com a prática: A educação apela à constância quando agrega a teoria e a prática, evidenciando, no estudante, as implicações do aprender na saúde e bem-estar da pessoa ao envelhecer.
  - f) O envolvimento dos estudantes na investigação: Investigar o envelhecer sobre diferentes tópicos, como: (1) o fenómeno de envelhecer; (2) a pessoa ao envelhecer; e (3) a intervenção da Enfermagem centrada na pessoa ao envelhecer, torna-se prioritário face ao contexto social, económico, político e cultural em que vivemos, promovendo a sedimentação dos referenciais de conhecimento e as competências dos enfermeiros e simultaneamente uma perspetiva pluridisciplinar, possível através de intervenções conjugadas entre os diferentes atores do desenvolvimento curricular.
- (5) **Avaliação** que atende a todos os elementos do currículo [do nível micro ao macro e vice versa]. Formativa e dinâmica, atenta aos resultados esperados do estudante [entre eles a competência] mas sobretudo ao processo de aprender.

Apresentada a sistematização dos principais elementos configuradores da Matriz Referencial, damos lugar à conclusão, onde realizamos uma síntese reflexiva do estudo e as suas implicações para a disciplina e profissão de Enfermagem. Sugerimos a construção de pontes futuras, através do desenvolvimento de novos estudos e comprometemo-nos a divulgar a presente investigação, para que mais investigações possam ser realizadas e comparadas, de forma a reunir evidência científica capaz de promover a mudança e o desenvolvimento da Enfermagem nesta área de conhecimento.

## CONCLUSÃO



Chegou o momento de concluir a presente dissertação – *A Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer: Contributos de uma Matriz Referencial*, que teve como finalidade a *construção e sistematização de uma Matriz Referencial para a Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer*.

Concluir é (re) olhar para o caminho traçado, para as escolhas tomadas e simultaneamente, perspetivar novos horizontes, motivo pelo qual nos apraz citar a orientadora deste trabalho, que nos diz que o culminar de um trabalho de doutoramento, não é o fim do caminho, mas sim o seu início “*Onde tudo começa*”.

Nesta conclusão, pretendemos explicar estas duas perspetivas: (1) a primeira, o término de algo, o fim de uma etapa do caminho e onde esse caminho nos levou (2) a segunda, o que está para lá do ponto onde nos encontramos, aquilo que conseguimos vislumbrar no horizonte, que é diferente do vislumbrado ontem e do que vislumbraremos no amanhã, *porque a cada passo, torna-se possível um novo olhar e um novo (re) olhar, também ele diferente dos (re) olhares anteriores*.

Iniciámos o nosso caminho com a **Introdução** deste trabalho, onde abordámos as principais inquietações que nos levaram à problemática em estudo, entre as quais destacamos a preocupação com uma sociedade boa e justa para todas as pessoas ao longo de todo o ciclo vital e a preocupação com a aprendizagem da pessoa, estudante de enfermagem, futuro enfermeiro de cuidados gerais, capaz de responder de forma adequada às necessidades da pessoa ao envelhecer.

Contextualizámos o envelhecer e explicitámos a pertinência do estudo, identificando os objetivos a que nos propusemos alcançar: (1) *analisar o currículo nos cursos nacionais de formação pré-graduada de Enfermagem na pessoa ao envelhecer* e (2) *Sistematizar como se processa e se perspetiva o desenvolvimento curricular no sentido de propiciar os referenciais de conhecimento e a aquisição de competências promotoras do cuidar em Enfermagem na pessoa ao envelhecer*.

Para melhor traçar o nosso caminho, procedemos à revisão da literatura, conhecendo o estado de arte da temática em estudo. Os achados desta revisão<sup>221</sup> foram integrados no enquadramento da investigação - Parte I - **Educar para o Envelhecer: Revelando as Matrizes Teóricas**. Nela, tratámos o envelhecer em Portugal, na Europa e no mundo, os principais conceitos e significados associados, as representações sociais e o (s) discurso (s) sobre o envelhecer e procurámos configurar o conceito *a pessoa ao envelhecer*, evidenciando o nosso olhar (distante da

---

<sup>221</sup> Desenvolvida durante todo o processo, não se cingindo à fase inicial do estudo.

simples parametrização da idade e amplamente explicitado ao longo das páginas anteriores).

Suportadas por este conceito, explanámos o tema *A Educação e o Currículo em Enfermagem*, considerando pertinente visitar as *origens e percursos* dos principais marcos da história da Enfermagem em Portugal. Tornámos clara a nossa afiliação a uma *abordagem crítica* do currículo e pesquisámos as *linhas de orientação e recomendações sobre o aprender e o ensinar o cuidar em Enfermagem na pessoa ao envelhecer*, cruzando os conceitos saúde, envelhecer e educação em Enfermagem, constatando, uma vez mais, a necessidade de refletir sobre a formação da pessoa, estudante de enfermagem, futuro enfermeiro de cuidados gerais.

Tendo em consideração a nossa população e amostra, resolvemos, ainda no enquadramento teórico, contextualizar *a formação inicial em Enfermagem em Portugal na área do envelhecer*, reportando-nos ao ensino superior português e à legislação nacional de referência.

A inexistência de um Referencial explícito e sistematizado, capaz de espelhar o comprometimento de um grupo nesta área do conhecimento, permitiu-nos comprovar a pertinência do estudo, procurando responder a algumas das nossas inquietações, respostas que integrámos na matriz referencial e que caracterizamos como unificadora.

Demos lugar a *uma viagem pelas principais referências epistemológicas*, retratada no capítulo III, onde citámos os principais autores que nortearam as nossas reflexões. No que se refere às origens no campo da Enfermagem, afiliamo-nos às autoras Afaf Meleis e Barbara Carper. Thomas Kuhn constituiu-se como ponto de partida à reflexão de um novo paradigma da educação em Enfermagem, pela sua visão da ciência e sobretudo pela introdução do conceito *matriz disciplinar*, que nos acompanhou ao longo de todo o trabalho.

De seguida, na Parte II, descrevemos o percurso metodológico do estudo - **O Desenho da Investigação: Aclarando o Horizonte**, enunciando os principais aspetos metodológicos. Referimo-nos à natureza e tipo de estudo (qualitativo, exploratório e analítico), retomámos as questões e os objetivos e articulámos os métodos e as técnicas de colheita e tratamento de dados, descrevendo e fundamentando cada uma das etapas da investigação (sequenciais e complementares).

Faremos agora uma pequena paragem para contemplar cada uma delas:

- (1) A investigação documental: Procedemos à pesquisa documental (técnica de colheita de dados) dos quarenta e um decretos-leis correspondentes aos planos de estudo dos CLE ministrados em Portugal, procedendo à sua análise documental (técnica de tratamento de dados), culminando no nosso primeiro inventário de fontes, atualizado em dois momentos distintos do percurso.

- (2) O questionário: Decorrente da primeira etapa surgiram dados relevantes que permitiram construir e aplicar um questionário dirigido a todos os professores responsáveis pela coordenação dos CLE ou seus representantes (técnica de colheita de dados) tendo sido realizada análise estatística descritiva simples e análise categorial temática (técnicas de tratamento de dados). Consolidámos, nesta fase, a resposta à primeira questão e iniciámos o caminho para responder à segunda questão. Estudámos diferentes variáveis e obtivemos resultados que nos permitiram caracterizar, de uma forma geral, os principais elementos que integram a formação inicial na Enfermagem do envelhecer. Obtivemos vinte e cinco respostas ao questionário<sup>222</sup>, o que entendemos como satisfatório, tendo em consideração o pretendido, mas longe de atingir o que desejávamos.
- (3) A entrevista: Centrado o foco na caracterização do currículo dos diferentes CLE, tendo sido possível concentrar algumas ideias análogas, pareceu-nos interessante desenvolver um questionamento mais aberto e aprofundado sobre esses elementos integradores, consolidando a resposta à segunda questão. Desenhámos uma entrevista aberta, constituída apenas por uma questão de partida e, utilizando a técnica de amostragem bola de neve, entrevistámos cinco peritos nacionais na área em estudo. Para a análise dos verbatins, elegemos a análise crítica de discurso de Norman Fairclough, que nos pareceu adequada pelas suas raízes e pela natureza discursiva do currículo, rico em questões ideológicas e hegemónicas.

Não demos por concluído o desenho da investigação, sem antes abordarmos as principais questões éticas e analisarmos em maior profundidade a teoria/método elegido (ACD), explicitando que o problema social estudado se inseriu nas *questões relacionadas com o envelhecer e as suas implicações na educação e profissão de Enfermagem* e que o cenário onde se produziu e desenvolveu a vida social, designado de prática social, correspondeu ao *contexto da formação inicial em Enfermagem*.

Após o desenho do percurso metodológico, onde procurámos aclarar o horizonte, analisámos os achados da investigação, sendo importante referir que a Parte III, intitulada **Os resultados da investigação: Perspetivando novos horizontes**, integrou três níveis de análise distintos mas complementares e que se articulam com as fases anteriormente descritas.

- (1) O primeiro nível de análise: Na investigação documental, retratada no capítulo V, concluímos, entre outros aspetos, que 73,17% dos CLE apresentavam UCs

---

<sup>222</sup> 58.5% de respostas possíveis.

direcionadas para o envelhecer embora só 58,3% das UCs fossem exclusivamente direcionadas para esta área do conhecimento; idoso foi o conceito que emergiu com maior frequência. No tempo que mediou os dois momentos de análise não se verificaram mudanças significativas, retratadas nesses documentos, nomeadamente uma maior visibilidade no currículo do envelhecer. Esta etapa foi rica no emergir de questões e no desenvolvimento do desenho do estudo, tendo permitido aclarar o horizonte.

- (2) O segundo nível de análise: Na análise do questionário, retratada no capítulo VI, explorámos diferentes variáveis, algumas das quais relembramos: (a) *a caracterização do processo de aprender e ensinar o envelhecer*, que teve por base concepções docentes, práticas docentes e percepções docentes; (b) *a investigação realizada e em curso na área do envelhecer* que integrou diferentes focos relacionados com o fenómeno de envelhecer, a pessoa ao envelhecer e a intervenção da Enfermagem centrada na pessoa ao envelhecer; (c) *os conteúdos/ áreas temáticas* categorizados nos focos o fenómeno de envelhecer, a pessoa ao envelhecer, os referenciais de conhecimento no envelhecer e a intervenção da Enfermagem centrada na pessoa ao envelhecer; (d) *as competências* suportadas pelo perfil de competências da Ordem dos Enfermeiros, assim como os seus elementos integradores (saberes, habilidades e capacidades e aptidões ou qualidades pessoais); (e) *as mudanças curriculares* categorizadas segundo a concepção formal da mudança e a concepção informal da mudança; (f) *os valores* que suportam o currículo na área do envelhecer, categorizados em valores éticos e deontológicos, valores sociais, políticos e culturais e valores educacionais e científicos; e (g) *os documentos que espelham informações sobre o currículo na área do envelhecer*, categorizados em documentos formais, obras científicas e documentos produzidos e utilizados no CLE.
- (3) O terceiro nível de análise: Na análise das entrevistas, retratada no capítulo VII, concluímos que os discursos integraram quatro dimensões e que cada uma das dimensões integrou tópicos discursivos que agora recuperamos: (a) *a pessoa ao envelhecer*: a especificidade do envelhecer, a singularidade e a complexidade da pessoa ao envelhecer e a valoração (positiva) do envelhecer; (b) *o cuidar profissional da Enfermagem do envelhecer*: a pessoa enfermeiro, a constância e a multidisciplinaridade do cuidado e uma ética para a anciania; (c) *o aprender e ensinar a Enfermagem do envelhecer*: a história - do ensinar ao aprender o envelhecer e o desenho e desenvolvimento curricular; e (d) *os contextos de aprender e de cuidar no envelhecer*: os contextos institucionais (o

contexto de prestação de cuidados e o contexto escola) e os contextos sociodemográficos e políticos.

O trabalho culminou numa **proposta de Matriz Referencial** para a Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer, integradora dos achados das diferentes fases e que responde às questões de investigação colocadas:

À primeira questão<sup>223</sup>, tornando explícito um conhecimento tácito acerca do currículo de Enfermagem nos cursos nacionais de formação pré-graduada de Enfermagem na pessoa ao envelhecer.

“Aceitando-se como premissa que a educação responde a questões de conhecimento, perspetivado nas suas diferentes dimensões, defender-se-á que o currículo, enquanto conteúdo de aprendizagem, estrutura e molda o sistema educativo, definindo quer a seleção e organização do conhecimento quer os itinerários de aprendizagem dos alunos em contextos de educação e formação formal, não formal e informal” (Pacheco, 2011 p. 31).

Atendendo a que o currículo compreende um conhecimento socialmente construído, fundido no conhecimento singular de cada ator do desenvolvimento curricular e, partindo da distinção de conhecimento tácito e conhecimento explícito, procurámos sistematizar, nesta investigação, através do discurso e recorrendo à linguagem como forma de distribuição e crítica, um conhecimento que consideramos pouco formalizado e partilhado até ao momento atual (Polanyi, 1958).

Passámos da inexistência de um Referencial explícito e sistematizado, no que se refere ao currículo na área da Enfermagem do envelhecer, para um retrato mais fiel da realidade quotidiana dos atores do desenvolvimento curricular e das instituições de ensino de Enfermagem portuguesas no que a esta área diz respeito. Embora não abrangendo a totalidade das instituições, residindo aí a principal limitação do estudo, ficou espelhado, em nosso entender, o comprometimento de um grupo, motivo pelo qual consideramos estar criado o “lastro de fundo” propiciador de novas discussões e reflexões.

---

<sup>223</sup> *Que currículo nos cursos nacionais de formação pré-graduada de Enfermagem na pessoa ao envelhecer?*

À segunda questão<sup>224</sup> encontrando evidências, experiências e referenciais, capazes de fazer emergir a análise crítica de um problema, identificando os obstáculos à sua resolução e a necessidade de uma mudança social.

Desde os primeiros passos desta investigação que nos ancorámos em conceitos considerados por nós como indissociáveis e já referidos: a saúde, o envelhecer e a educação em Enfermagem, tendo ficado claro que a prática social analisada não poderia ser estudada dissociada dos contextos que lhe são inerentes.

“A saúde começa em casa... e na família, na comunidade e na sociedade” sendo importante frisar que “a criação de saúde é tão importante ao longo da vida como o é na infância”, implicando a participação ativa de todos. A pessoa ao envelhecer apresenta necessidades na doença, mas também na saúde, esperando-se que as mesmas sejam acolhidas na sua integralidade, pelas diferentes profissões da saúde (Crisp et al, 2014 p. 39).

A aprendizagem, por sua vez, é um “processo em devir” na medida em que “a educação é sempre proposicional”, tornando-se elo de ligação entre gerações e fazendo parte dos intentos sociais, culturais, económicos, políticos e ideológicos do currículo (Pacheco, 2011 p. 39). Constitui-se, assim, em nosso entender, na chave que consente novas formas de pensar, geradoras de novas formas de agir, promotoras de mudança dos processos de aprender e de cuidar em Enfermagem na pessoa ao envelhecer.

Tendo em consideração estes supostos, parece-nos natural que a análise realizada tenha trespassado os aspetos relacionados com a operacionalização curricular como a definição de conteúdos e/ou metodologias e estratégias, envolvendo valores, modelos, generalizações simbólicas e exemplos (elementos partilhados) integrados em diferentes dimensões, tornados explícitos por diferentes atores do desenvolvimento curricular, inseridos em contextos sociais, culturais, económicos e políticos particulares e análogos.

“Cada sistema educativo reflete, no seu contexto histórico de configuração e realização, uma determinada política educativa e esta tende a apresentar contornos particulares consoante a orientação política e ideológica dos governos e das formações políticas que os suportam. Por outro lado, em função das políticas educativas, variam as políticas curriculares, posto que estas, longe de serem matéria de natureza meramente técnica, traduzem as conceções políticas dominantes sobre a

---

<sup>224</sup> *Como se processa e se perspetiva o desenvolvimento curricular no sentido de propiciar os referenciais de conhecimento e a aquisição de competências promotoras do cuidar em Enfermagem na pessoa ao envelhecer?*

educação” (...) “as políticas curriculares traduzem concepções filosóficas, representações ideológicas e opções políticas e, na sua explicitação e implementação, estão envolvidas tanto as altas instâncias políticas decisoras (...) como as instituições escolares, cabendo a estas últimas, essencialmente, a responsabilidade de sua materialização nos diversos contextos, no âmbito da qual produzem igualmente discursos e tomam decisões (Varela, 2011 p.50-55).

Foi pois, um desafio, compreender e perspetivar o desenvolvimento curricular no que respeita à formação inicial na Enfermagem do envelhecer, na medida em que o problema social e o percurso metodológico escolhidos colocaram, forçosamente em análise, um conjunto de variáveis de diferente natureza, envoltas em ligações complexas e multidimensionais, que procurámos integrar e sistematizar.

Entendemos, ter atingido o nosso desígnio, tornando mais claro o processo de construção curricular na área em estudo, produto da análise integrada das perspetivas micro, meso e macro.

De todas as barreiras à resolução do problema social, como são exemplos, os discursos que não valoram o envelhecer (associando-o à dependência, inutilidade e incapacidade) a organização do sistema de saúde (centralizadora e diretiva) e a rigidez curricular (entrelaçada em ideologias e hegemonias constantes), apraz-nos relembrar, uma última vez, a temática das competências, na medida em que a consideramos como um dos grandes desafios curriculares futuros.

“As teorias e práticas pedagógicas são modos de interpretação dos processos de aprendizagem orientados para propósitos cultural e socialmente definidos e que incluem as dimensões instrucional e educacional. É neste equilíbrio de formação que se geram as competências, sendo que a escola é um dos vários locais da sua estruturação. O papel central da escola está no equilíbrio que estabelece entre informação e conhecimento e entre conhecimento e competência”. Utilizando outras palavras, a solução não se pode resumir somente à elaboração de um perfil de competências, sem atender a mudanças na organização do currículo e nas práticas curriculares dos professores e de aprendizagem dos estudantes (Pacheco, 2011 p. 57).

É, pensando na necessidade de mudar e após termos explicitado o caminho percorrido até aqui, que agora nos comprometemos a olhar para lá do ponto onde nos encontramos, procurando vislumbrar possíveis caminhos que nos ajudem a levar a bom porto os elementos integradores da matriz que construímos.

Num nível micro, a matriz poderá servir de suporte a novos (re) olhares sobre os processos de aprender e ensinar o envelhecer, como a definição de conteúdos/

áreas temáticas, metodologias e estratégias, entre outros, criando momentos de diálogo dentro das instituições de ensino.

Num nível meso, a matriz poderá ser a origem de novas discussões sobre plataformas de relacionamento inovadoras entre as instituições de ensino e as organizações de saúde e sociais circunjacentes, apelando a estratégias locais de saúde e educacionais criativas.

Num nível macro, a matriz poderá colocar em discussão temáticas tão atuais e pertinentes como as políticas de saúde e educacionais, entre outros exemplos possíveis.

Sendo uma matriz que consideramos versátil, unificadora, que apela à harmonia entre a globalização e identidades curriculares, esperamos que ela sirva os propósitos de cada ator do desenvolvimento curricular que a constituir como referencial.

Contudo, em nosso entender, a questão não se resume apenas em “levar a bom porto” esses elementos, através da divulgação da presente investigação. Isto é, eles não se constituem como um fim em si mesmo, mas sobretudo como um meio, uma possibilidade na construção de pontes futuras. Sendo dinâmicos, retratam o comprometimento de um grupo, esperando-se que sejam permeáveis a novos achados, oriundos de estudos de investigação no âmbito das diferentes dimensões analisadas.

A área do envelhecer tem um enorme potencial de exploração, nomeadamente no que se refere à experiência da pessoa que vivencia a transição de envelhecer, pelo que sugerimos novos estudos, capazes de trazer novos contornos ao conceito – *a pessoa ao envelhecer*, fundamental ao desenvolvimento do conhecimento disciplinar.

Salientamos dois estudos, nos quais participámos em co autoria: o primeiro, já acabado, cuja finalidade consistiu em analisar as percepções e representações sobre as pessoas idosas e o processo de envelhecer na perspectiva de quem experiencia essa transição e onde concluímos que as percepções e representações assentam numa perspectiva binária: (1) potencialidades/ facilidades do envelhecer; e (2) constrangimentos/ dificuldades do envelhecer, resultando numa visão integral da pessoa ao envelhecer<sup>225</sup>; o segundo, em desenvolvimento e envolvendo também as dimensões do cuidar e do aprender, que tem como objetivos (1) conhecer as

---

<sup>225</sup> E não somente numa perspectiva biológica e psicológica como tem sucedido na maioria dos estudos relativamente a esta temática.

Nas potencialidades integrámos: (1) a autonomia; (2) a atividade e o lazer; (3) a aceitação do envelhecer; (4) as relações familiares e as redes de suporte social; e (5) a experiência, a aprendizagem e o conhecimento. Nos constrangimentos: (1) as limitações físicas e a doença; (2) a dependência; (3) os obstáculos financeiros; (4) a perda e a solidão (Soares, et al., 2014).

necessidades das pessoas idosas identificadas pelos diretores e enfermeiros coordenadores das instituições de apoio às pessoas idosas; (2) conhecer as necessidades das pessoas idosas que se encontram nessas instituições; e (3) planejar as intervenções de enfermagem adequadas às necessidades identificadas<sup>226</sup>.

Na área da educação, entendemos ainda a pertinência de estudos longitudinais no que se refere ao desenvolvimento curricular. Um possível estudo, poderá consistir numa nova identificação dos documentos legislativos referente aos planos de estudo, assim como outros documentos, verificando e analisando as mudanças curriculares em diferentes momentos de análise.

Sintetizando, estamos perante uma área rica, pertinente, desafiante, onde se torna imperativo uma atenção particular por parte da Enfermagem, nas suas diferentes áreas de atuação.

Antes de dar por concluída a presente investigação, consideramos importante explicitar um princípio que lhe é inerente.

Somos pessoas, participando numa realidade que nos ultrapassa. “Não conseguimos apreender a totalidade das extensões concretas nem a totalidade das durações concretas” (...) à nossa consciência chegam apenas fragmentos (as cores que vejo, as superfícies que toco, os volumes por entre os quais me movo, têm extensão)”. Apreendemos a realidade de uma forma diferente, porque cada um de nós a experiencia de uma forma particular e única (Henriques, et al., 2013 pp. 116-117).

Neste trabalho, não poderíamos ter a pretensão de dizer que esta é a verdade - é somente aquilo que é compartilhado e valorado por um grupo, correspondendo a uma verdade, a nossa verdade (de todos aqueles que suportaram o desenvolvimento deste trabalho e aos quais muito agradecemos).

---

<sup>226</sup> Este estudo, no âmbito da formação inicial em Enfermagem, decorreu no presente ano letivo e terá novos contornos no ano letivo 2015-2016, prevendo-se a sua publicação em breve. Principais autores: Cândida Ferrito [coordenação]; Ana Lúcia Ramos, Ana Paula Gato, Andreia Ferreri Cerqueira, Joaquim Lopes, Maria da Conceição Batista e Estudantes do 15.º CLE, ESS/IPS.



## REFERÊNCIAS



**Abuse of elderly in europe . 2010.** Abuse of elderly in europe. *Abuse of elderly in europe*. [Online] Executive agency for health and consumers, maio de 2010. [Citação: 7 de julho de 2014.] <http://www.abuel.org/publications.html>.

**Agência de Acreditação do Ensino Superior. 2012.** O sistema de ensino superior em Portugal. *Federação Nacional dos Professores* [Online] Agência de Acreditação do Ensino Superior, maio de 2012. [http://www.fenprof.pt/download/fenprof/sm\\_doc/mid\\_132/doc\\_6444/anexos/sesp\\_parte\\_i.pdf](http://www.fenprof.pt/download/fenprof/sm_doc/mid_132/doc_6444/anexos/sesp_parte_i.pdf)

**Alarcão, Isabel. 1999.** Prefácio. [autor do livro] Maria do Céu Roldão. *Os professores e a gestão do currículo*. Porto : Porto Editora, 1999, pp. 07-09.

**Amendoeira, José. 2004.** Entre preparar enfermeiros e educar em enfermagem: Uma transição inacabada - 1950-2003 Um contributo sócio-histórico. *Repositório Santarém*. [Online] 2004. [Citação: 1 de dezembro de 2013.] Tese de Doutoramento em Sociologia da Educação. Universidade Nova de Lisboa. [http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/92/1/Entre%20Preparar%20Enfermeiros%20e%20educar%20em%20Enfermagem\[1\].%20Uma%20transi%C3%A7%C3%A3o%20inacabada.pdf](http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/92/1/Entre%20Preparar%20Enfermeiros%20e%20educar%20em%20Enfermagem[1].%20Uma%20transi%C3%A7%C3%A3o%20inacabada.pdf).

**American Association of Colleges of Nursing. 2010.** Recommended Baccalaureate Competencies and Curricular Guidelines for the Nursing Care of Older Adults. A Supplement to The Essentials of Baccalaureate Education for Professional Nursing Practice. *American Association of Colleges of Nursing*. [Online] setembro de 2010. [Citação: 20 de janeiro de 2013.] [http://www.aacn.nche.edu/geriatric-nursing/AACN\\_Gerocompetencies.pdf](http://www.aacn.nche.edu/geriatric-nursing/AACN_Gerocompetencies.pdf).

**Antunes, Maria da Conceição Pinto. 2001.** *Teoria e Prática Pedagógica: Rutura e ensaios de recontextualização da educação à luz do projeto rortyano da cultura poetizada*. Lisboa: Instituto Piaget, 2001. 972-771-399-8.

**Apóstolo, João Luís Alves e Gameiro, Manuel Gonçalves Henriques. 2005.** Referências Onto-epistemológicas e Metodológicas da Investigação em Enfermagem. *Revista Referência*. dezembro, 2005, Vol. II, 1, pp. 29-38.

**Araújo, Isabel Maria Batista de. 2010.** Cuidar da família com um idoso dependente: Formação em Enfermagem. *Repositório Aberto Universidade do Porto*. [Online] 2010. [Citação: 3 de janeiro de 2015.] Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto. <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45001/2/TeseDoutIsabel.pdf>.

**Assembleia Geral. 1978.** Declaração Universal dos Direitos do Homem de 10 de dezembro de 1948. *Diário da República Portuguesa*. [Online] 9 de março de 1978. [Citação: 16 de agosto de 2014.] <https://dre.pt/util/pdfs/files/dudh.pdf>.

**Associação Rede de Universidades da Terceira Idade. 2008.** Universidades Sêniores. *Associação Rede de Universidades da Terceira Idade*. [Online] RUTIS, 2008. [Citação: 15 de maio de 2014.] <http://www.rutis.org/cgi-bin/reservado/scripts/command.cgi/?naction=4&mn=EkpFuVZIEynEumlwll>.

**Auerhahn, Carolyn. 2010.** The Aging of America and Its Impact on Advanced Practice Nursing Education. [autor do livro] Carolyn Auerhahn e Laurie Kennedy-Malone. *Integrating Gerontological Content Into Advanced Practice Nursing Education*. New York : Springer Publishing Company, 2010, pp. 03-13.

**Auerhahn, Carolyn, Kennedy-Malone, Laurie e Duffy, Evelyn G. 2010.** Gerontological Content That Needs to Be Included. [autor do livro] Carolyn Auerhahn e Laurie Kennedy-Malone. *Integrating Gerontological Content Into Advanced Practice Nursing Education*. New York : Springer Publishing Company, 2010, pp. 27-47.

**Bardin, Laurence. 2011.** *Análise de conteúdo*. Lisboa : Edições 70, Lda, 2011. 978-972-44-1154-5.

**Barrett, Elisabeth Ann Manhant. 2002.** What is nursing science? *Nursing Science Quarterly*. Sage Publications. janeiro, 2002, Vol. XV, 1, pp. 51-60.

**Benner, Patrícia. 2001.** *De iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra : Quarteto Editora, 2001. 972-8535-97-X.

- Berger, Louise e Mailloux-Poirier, Danielle. 1994.** *Pessoas Idosas: Uma abordagem global*. Lisboa : Lusodidacta, 1994. 972-95399-8-7.
- Boterf, Guy Le. 2000.** *Compétence et navigation professionnelle*. Paris : Éditions d'Organisation, 2000. 2-7081-2445-5.
- Boterf, Guy Le. 2005.** *Construir as competências individuais e coletivas*. Porto : Edições ASA, 2005. 223 904/05.
- Boterf, Guy Le. 2008.** *Repenser la compétence - Pour dépasser les idées reçues: 15 propositions*. Paris : Groupe Eyrolles, 2008. 978-2-212-54105-2.
- Caldeira, Silvia Maria Alves, et al. 2012.** Validação de diagnósticos de Enfermagem - O modelo diferencial como estratégia. *Rev enferm UFPE on line* [Online] junho, 2012, Vol. 6, 6. [Citação 01 fevereiro 2015] pp. 1441-1145. <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18539/1/Lx2012003.pdf>
- Capucha, Luís. 2014.** Envelhecimento e Políticas Sociais em Tempos de Crise. *Sociologia, Problemas e Práticas*. 2014, 74, pp. 113-131.
- Caregnato, Rita Catalina e Mutti, Regina. 2006.** Pesquisa Qualitativa: Análise de Discurso versus Análise de Conteúdo. *Texto Contexto Enferm*. outubro-dezembro, 2006, Vol. 15, 4, pp. 679-84.
- Carper, Barbara A. 1978.** Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advanced Nursing Science*. 1978, Vol. 1, 1, pp. 13-23.
- Carrondo, Ezequiel Martins. 2006.** Formação Profissional de Enfermeiros e Desenvolvimento da Criança: Contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico. *Universidade do Minho - Instituto de Estudos da Criança*. [Online] 2006. [Citação: 29 de agosto de 2013.] Tese de Doutoramento. Currículo e Supervisão em Educação Básica, Ramo Estudos da Criança. Universidade do Minho. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6276/1/TESE%20DE%20DOUTORAMENTO.pdf>.
- Carvalhais, Maribel Domingues. 2006.** Relação enfermeiro-idoso: Valores e crenças. *Repositório Universidade de Aveiro*. [Online] 2006. [Citação: 4 de julho de 2014.] Tese de Mestrado em Geriatria e Gerontologia. Universidade de Aveiro. <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3264/1/2007000980.pdf>.
- Carvalho, Vilma. 2009.** Por uma Epistemologia do cuidado de enfermagem e a formação dos sujeitos do conhecimento na área da enfermagem - Do ângulo de uma visão filosófica. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. abril-junho, 2009, Vol. 13, II, pp. 406-414.
- Castells, Manuel. 1999.** *O poder da identidade*. São Paulo : Paz e Terra S.A, 1999. 85-219-03367.
- Centre of Reviews and Dissemination. 2009.** Systematic Reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. *Centre of Reviews and Dissemination*. [Online] janeiro de 2009. [Citação: 20 de agosto de 2013.] [https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic\\_Reviews.pdf](https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic_Reviews.pdf)
- Centro Europeu para o Desenvolvimento de Formação Profissional. 2011.** Quando se definem resultados de aprendizagem nos programas curriculares, todos os estudantes devem ser tidos em conta. *Centro Europeu para o Desenvolvimento de Formação Profissional*. [Online] abril de 2011. [Citação: 13 de julho de 2014.] [http://www.cedefop.europa.eu/EN/Files/9060\\_pt.pdf](http://www.cedefop.europa.eu/EN/Files/9060_pt.pdf). 1977-3943.
- Cerqueira, Andreia Ferreri e Nunes, Lucilia. 2012.** Conferência Internacional sobre Enfermagem Geriátrica 2012 Conference Proceedings. *Conferência Internacional sobre Enfermagem Geriátrica 2012*. [Online] 26 de outubro de 2012. [Citação: 31 de julho de 2013.] [http://www.cieg2012.org/docs/CIEG2012\\_livro\\_atas.pdf](http://www.cieg2012.org/docs/CIEG2012_livro_atas.pdf).
- Cestari, Maria Elisabeth. 2003.** Padrões de conhecimento da enfermagem e suas implicações no ensino. *Rev Gaúcha Enferm*. abril, 2003, Vol. XXIV, 1, pp. 34-42.
- Chaer, Galdino, Diniz, Rafael Rosa Pereira e Ribeiro, Elisa Antônia. 2011.** A Técnica do questionário na pesquisa educacional. *Evidência*. 2011, Vol. 7, 7, pp. 251-266.

**Charmaz, Kathy. 2009.** *A construção da teoria fundamentada: Guia prático para análise qualitativa.* Porto Alegre : Artmed, 2009. 978-85-363-1999-5.

**Chouliaraki, Lilie e Fairclough, Norman. 1999.** *Discourse in Late Modernity: Rethinking Critical Discourse Analysis.* Edinburgh : Edinburgh University Press, 1999. 0 7486 1082 0.

**Clendon, Jill. 2011.** Enhancing preparation of undergraduate students for practice in older adults settings. *Contemporary Nurse.* abril-junho, 2011, Vol. 38, 1-2, pp. 94-105.

**Comité Económico e Social Europeu. 2013.** Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre o "Contributo e a participação dos idosos na sociedade". *Jornal Oficial da União Europeia.* [Online] 15 de janeiro de 2013. [Citação: 8 de julho de 2013.] <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2013:011:0016:0020:PT:PDF>

**Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. 2014.** Parecer sobre as vulnerabilidades das pessoas idosas em especial das que residem em instituições. *CNECV.* [Online] julho de 2014. [Citação: 12 de agosto de 2014.] [http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1413212959\\_Parecer%2080%20CNECV%202014%20Aprovado%20FINAL.pdf](http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1413212959_Parecer%2080%20CNECV%202014%20Aprovado%20FINAL.pdf)

**Correia, Maria Amélia Meireles Lima da Costa Peres. 2012.** Do aprender a ensinar a cuidar: Construção de um modelo explicativo. *Repositório da Universidade Católica Portuguesa.* [Online] janeiro de 2012. [Citação: 10 de abril de 2014.] Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa. <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10122/1/Tese%20Doutoramento%20Am%C3%A9lia%20Meireles.pdf>.

**Costa, Maria Arminda Mendes. 2006.** *Cuidar Idosos - Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros.* 2ª Edição. Coimbra : Educa - Formasau, 2006. 978-972-8485-74-0.

**Crisp, Lord Nigel, et al. 2014.** *Um futuro para a Saúde: Todos temos um papel a desempenhar.* Lisboa : Fundação Caloust Gulbenkian, 2014. 978-989-8380-18-0.

**Declaração de Bolonha. 1999.** Declaração de Bolonha. [Online] 19 de junho de 1999. [Citação: 29 de agosto de 2013.] [http://www.ehea.info/Uploads/Documents/1999\\_Bologna\\_Declaration\\_Portuguese.pdf](http://www.ehea.info/Uploads/Documents/1999_Bologna_Declaration_Portuguese.pdf).

*Decreto-Lei nº 32612 de 31 de dezembro.* **Governo de Portugal. 1942.** 302, Lisboa : Imprensa Nacional de Lisboa, 1942, Vol. I.

*Decreto-Lei nº 46 448 de 20 de julho.* **Governo de Portugal. 1965.** 160, Lisboa : Imprensa Nacional de Lisboa, 1965, Vol. I.

*Decreto-Lei nº 320/87 de 27 agosto.* **Governo de Portugal. 1987.** 320, Lisboa : Diário da República, 1987, Vol. I.

*Decreto-Lei nº 353/99 de 3 de setembro.* **Governo de Portugal. 1999.** 206, Lisboa: Diário da República, 1999, Vol. I.

*Decreto-Lei nº 62/2007 de 10 de setembro.* **Governo de Portugal. 2007.** 174, Lisboa: Diário da República, 2007, Vol. I.

**Deschodt, Mieke, Casterlé, Bernadette e Milisen, Koen. 2009.** Gerontological care in nursing education programmes. *Journal of advanced nursing.* 2009, Vol. 66, 1, pp. 139-148.

**Dicionário Editora da Língua Portuguesa. 2014.** Dicionário da Língua Portuguesa. *Porto Editora.* [Online] 2014. [Citação: 12 de setembro de 2014.] <http://www.portoeditora.pt/espacolinguaportuguesa/dol/dicionarios-online/>

**Direção-Geral da Saúde. 2012.** Plano Nacional de Saúde 2012-2016 Eixo Estratégico - Cidadania em Saúde. *Direção-Geral da Saúde.* [Online] janeiro de 2012. [Citação: 19 de agosto de 2014.] [http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99\\_3\\_1\\_Cidadania\\_em\\_Sa%C3%BAde\\_2013\\_01\\_17\\_.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99_3_1_Cidadania_em_Sa%C3%BAde_2013_01_17_.pdf).

**Direção-Geral da Saúde. 2010.** Programa Nacional de Prevenção de acidentes 2010-2016. *Ministério da Saúde*. [Online] 2010. [Citação: 02 de julho de 2014.] <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/saudepublica/ProgramasSaude/ProgramasCurso/Lists/Programas%20Nacionais%20Prioritrios/Attachments/19/Programa%20Nacional%20de%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Acidentes%2011%20%202016.pdf>.

**Direção-Geral da Saúde. 2004.** Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. *Portal da Saúde*. [Online] 2 de julho de 2004. [Citação: 5 de junho de 2014.] [www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0=i006346.pdf](http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0=i006346.pdf)

**Direção-Geral do Ensino Superior. 2008.** O Processo de Bolonha. *Direção-Geral do Ensino Superior*. [Online] Ministério de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2008. [Citação: 29 de agosto de 2013.] <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Processo+de+Bolonha/>.

**Dobratz, Marjorie C. 2009.** A model of consensus formation for reconciling nursing's disciplinary matrix. *Nursing Philosophy*. 2009, 11, pp. 53-66.

**Eliopoulos, Charlotte. 2001.** *Gerontologizal Nursing*. Philadelphia : Lippincott, 2001. 0-7817-2362-0.

**European Centre for the Development of Vocational Training. 2010.** Learning outcomes approaches in VET curricula - A comparative analysis of nine European countries. *European Centre for the Development of Vocational Training*. [Online] 2010. [Citação: 12 de dezembro de 2014.] [https://www.cedefop.europa.eu/files/5506\\_en.pdf.978-92-896-0649-3](https://www.cedefop.europa.eu/files/5506_en.pdf.978-92-896-0649-3).

**European Union. 2011.** Active ageing and solidarity between generation: A statistical portrait of the European Union 2012. *European Commission*. [Online] 2011. [Citação: 25 de março de 2013.] 978-92-79-21507-0. <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5740649/KS-EP-11-001-EN.PDF/1f0b25f8-3c86-4f40-9376-c737b54c5fcf>

**Fairclough, Norman. 2001<sup>a</sup>**. Critical discourse analysis as a method in social scientific research. [autor do livro] Ruth Wodak e Michael Meyer. *Methods of Critical Discourse Analysis*. London, Thousand Oaks, New Delhi : Sage Publications, 2001, pp. 121-138.

**Fairclough, Norman. 2001<sup>b</sup>**. *Discurso e mudança social*. Brasília : Editora Universidade de Brasília, 2001. 85-230-0614-1.

**Fairclough, Norman. 2011.** Semiotic aspects of social transformation and learning. [autor do livro] Rebecca Rogers. *Introduction to critical discourse analysis in education*. New York : Routledge, 2011, pp. 119-127.

**Fernandes, Júlia. 1998.** A Construção do Currículo em Enfermagem - Conceções Educacionais e Pedagógicas: Da Normatividade à Autonomia. *Revista Referência*. 1998, 0, pp. 33-39.

**Figueira, Ana Paula Couceiro. 2009.** (in) Consistências no processo ensino-aprendizagem relação entre a concepção e a prática (resultados comparativos numa amostra de professores de Português, Matemática e Inglês). *Análise Psicológica*. 2009, Vol. XXVIII, 4, pp. 535-552.

**Freire, Paulo. 1979.** *Educação e Mudança*. Rio de Janeiro : Editora Paz e terra Ltda, 1979. 978-85-7753-019.

**Freitas, Patrícia da Conceição Barbosa de. 2011.** Solidão em Idosos: Percepção em função da Rede Social. *Repositório da Universidade Católica Portuguesa*. [Online] junho de 2011. [Citação: 22 de maio de 2014.] Tese de Mestrado em Gerontologia Social Aplicada. Universidade Católica Portuguesa. <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8364>.

**George, Francisco. 2005.** Carta de Missão. *Direção-Geral da Saúde*. [Online] Governo de Portugal - Ministério da Saúde, 16 de agosto de 2005. [Citação: 6 de janeiro de 2015.] <http://www.dgs.pt/director-geral/carta-de-missao.aspx>.

**Goldberg, Earl e Beitz, Janice M. 2008.** Aging after retirement: A social psychological process. *Activities, Adaptation and Aging*. [Online] setembro, 2008, Vol. 31, 1 [Citação 30 janeiro 2012] pp. 41-54. <http://web.ebscohost.com>

**Gonçalves, Daniela, Albuquerque, Pedro B e Mártin, Inácio. 2008.** Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. *Análise Psicológica*. 2008, Vol. 1, XXVI, pp. 101-110.

**Governo de Portugal. 2012.** Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações: Programa de Ação, 2012 | Portugal. *Instituto Gestão Fundo Social Europeu*. [Online] 2012. [Citação: 25 de março de 2013.] <http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7aoAnoEuropeu2012.pdf>.

**Heer, Rex. 2012.** A model of learning objectives based on a taxonomy for learning, teaching and assessing: A revision of Bloom`s taxonomy of educational objectives. *Iowa State University*. [Online] janeiro de 2012. [Citação: 29 de dezembro de 2014.] <http://www.celt.iastate.edu/teaching-resources/effective-practice/revised-blooms-taxonomy/>.

**Henriques, Mendo e Barros, Nazaré. 2013.** *Olá, Consciência! Uma viagem pela filosofia*. Carnaxide : Prisa Edições, 2013. 978-989-672-160-2.

**Higgins, JPT e Green, S. 2011.** Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. *Cochrane*. [Online] 2011. [Citação: 20 de agosto de 2013.] [www.cochrane-handbook.org](http://www.cochrane-handbook.org).

**Hill, Manuela Magalhães e Hill, Andrew. 2002.** *Investigação por questionário*. Lisboa : Edições Sílabo, 2002. 972-618-273-5.

**Holroyd, Ann, et al. 2009.** Attitudes toward aging: Implications for a caring profession. *Journal of nursing education*. julho, 2009, Vol. 48, 7, pp. 374-380.

**Horochovski, Marisete Teresinha Hoffmann. 2004.** Representações sociais: Delineamentos de uma Categoria Analítica. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*. [Online] janeiro-junho de 2004, Vol. 2, 1. [Citação: 25 de março de 2015] pp. 92-106. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/13629/12494>

**Hussey, Trevor. 2002.** Thinking about change. *Nursing Philosophy*. 2002, Vol. 3, 2, pp.104-113.

**Iñiguez, Lupicinio. 2004.** A análise do discurso nas ciências sociais: Variedades, tradições e práticas. *Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais*. Petrópolis Brasil : Editora Vozes, 2004. 85-326-3004-9.

**Institute of Medicine of the national academies. 2008.** Retooling for an Aging America: Building the Health Care Workforce. *iom.edu*. [Online] 2008. [Citação: 14 de setembro de 2014.] [http://books.nap.edu/openbook.php?record\\_id=12089&page=R1.%20978-0-309-11587-2](http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=12089&page=R1.%20978-0-309-11587-2)

**Instituto Nacional de Estatística. 2013.** As Pessoas 2011. *Instituto Nacional Estatística*. [Online] 2013. [Citação: 25 de março de 2013.] <http://www.ine.pt>

**Instituto Nacional de Estatística. 2012.** Censos 2011 - Resultados Definitivos Portugal. *Instituto Nacional Estatística*. [Online] 2012. [Citação: 26 de fevereiro de 2013.] <http://mediaserver2.rr.pt/NEWRR/census2011resultadosdefinitivosportugal-d20no352116e9.pdf>. 978-989-25-0181-9.

**International Council of Nurses. 2009<sup>a</sup>.** Nursing Matters - ICN on Healthy Ageing: A Public Health and Nursing Challenge. *Internacional Council of Nurses*. [Online] 2009. [Citação: 08 de junho de 2013.] [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact\\_sheets/2d\\_FS-Healthy\\_Ageing.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/2d_FS-Healthy_Ageing.pdf).

**International Council of Nurses. 2009<sup>b</sup>.** Nursing Research: A tool for action. *Ordem dos Enfermeiros*. [Online] 2009. [Citação: 21 de julho de 2014.] [http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri\\_documentacao/ICN\\_FolhasInformativas\\_vsING\\_ePT/FI\\_versao\\_ING/Nursing\\_Research/6d\\_FS-Nursing\\_Research.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_FolhasInformativas_vsING_ePT/FI_versao_ING/Nursing_Research/6d_FS-Nursing_Research.pdf).

**Jager, Siegfried. 2001.** Discourse and Knowledge: Theoretical and methodological aspects of a critical discourse and dispositive analysis. [autor do livro] Ruth Wodak e Michael Meyer. *Methods of Critical Discourse Analysis*. London, Thousand Oaks, New Delhi : SAGE Publications, 2001, pp. 32-62.

**Júnior, Fernando Gomes da Paiva, Leão, André Luís Maranhão de Souza e Mello, Sérgio Carvalho Benício de. 2011.** Validade e Confiabilidade na Pesquisa Qualitativa em Administração. *Revista de Ciências da Administração*. setembro-dezembro, 2011, Vol. 13, 31, pp. 190-209.

**Koren, ME, et al. 2008.** Assessing students` learning needs and attitudes: Considerations for gerontology curriculum planning. *Gerontol Geriatr Educ*. 2008, Vol. 28, 4, pp. 39-56.

**Kuhn, Thomas S. 2009.** *A estrutura das revoluções científicas*. Lisboa : Guerra e Paz, Editores S.A., 2009. 978-989-8174-42-0.

**Kuhn, Thomas S. 1989.** *A Tensão Essencial*. Lisboa : Edições 70, 1989. 978-973-44-1543-7.

**Latimer, Joanna. 2003.** *Advanced Qualitative Research for Nursing*. Oxford : Blackwell Science, 2003. 0-632-05946-X.

**Leite, Carlinda Maria Faustino. 2002.** *O currículo e o multiculturalismo no sistema educativo português*. Coimbra : Fundação Calouste Gulbenkian - Fundação para a Ciência e a Tecnologia, 2002. 972-31-0932-8.

**Leite, Carlinda, Lima, Lurdes e Monteiro, Angélica. 2009.** O trabalho Pedagógico no ensino superior: Um olhar a partir do Prémio Excelência E-Learning da Universidade do Porto. *Educação Sociedades & Culturas*. 2009, 28, pp. 72-90.

**Lindth-Astrand, Lotta, et al. 2007.** Women`s conception of the menopausal transition - a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. [Online] março, 2007, Vol. 16, 3. [Citação 30 janeiro 2012] pp. 509-517. <http://web.ebscohost.com>

**Lopes, Manuel José, et al. 2013.** Avaliação da funcionalidade e necessidades de cuidados dos idosos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. janeiro-fevereiro, 2013, Vol. 21, Spec, pp. 01-09.

**Mahadeen, A.I e Callister, L.C. 2008.** Menopause: A qualitative study of Jordanian women`s perceptions. *Internacional Nursing Review*. [Online] dezembro, 2008, Vol. 55, 4. [Citação 30 janeiro 2012] pp. 427-433. <http://web.ebscohost.com>

**Martins, José Carlos Amado. 2008.** A investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*. 2008, Vol. 12, 2, pp. 62-66.

**Martins, José Carlos Amado, et al. 2012.** A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: Retrospectiva histórica. *Acta Paul Enferm*. 2012, Vol. XXV, 4, pp. 619-625.

**Martins, Lurdes. 2004.** Valores Universais na prática de Enfermagem: altruísmo e solidariedade. *Revista Ordem dos Enfermeiros*. dezembro, 2004, 15, pp. 14-16.

**Martins, Rosa Maria Lopes. 2005.** A relevância do apoio social na velhice. *Educação, ciência e tecnologia*. maio, 2005, 31, pp. 128-134.

**Martins, Rosa Maria Lopes. 2006.** Envelhecimento e Políticas Sociais. *Educação, ciência e tecnologia* . fevereiro, 2006, 32, pp. 126-140.

**Meleis, Afaf Ibrahim. 2005.** The Domain of Nursing Knowledge. [autor do livro] Afaf Ibrahim Meleis. *Theoretical Nursing: Development Progress*. Third Edition. Philadelphia : Lippincott, 2005, pp. 102-120.

**Meleis, Afaf Ibrahim, Schumacker, Karen e Jones, Patricia S. 2010.** Helping Elderly Persons in Transition: A framework for research and practice. [autor do livro] Afaf Ibrahim Meleis. *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York : Springer Publishing Company, 2010, pp. 129-144.

- Mendes, Ana Lúcia Lopes e Fracoli, Lisaine Aparecida. 2008.** Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*. outubro-dezembro, 2008, Vol. 17, 4, pp. 771-778.
- Mestrinho, Maria de Guadalupe. 2008.** Papéis e competências dos professores de enfermagem. *Pensar Enfermagem*. 2º semestre, 2008, Vol. XII, 2, pp. 2-12.
- Mestrinho, Maria de Guadalupe. 2011.** Profissionalismo e Competências dos Professores de Enfermagem. *Repositório da Universidade de Lisboa*. [Online] 2011. [Citação: 24 de julho de 2014.] Tese de Doutoramento em Educação. Universidade de Lisboa. [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4227/2/ulsd061143\\_td\\_Maria\\_Mestrinho.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4227/2/ulsd061143_td_Maria_Mestrinho.pdf).
- Miller, Fiona A e Alvarado, Kim. 2005.** Incorporating documents into qualitative nursing research. *Journal of Nursing Scholarship*. 2005, Vol. 37, 4, pp. 348-353.
- Ministério da Saúde. 2010.** Cuidados Continuados: Saúde e Apoio Social. *Rede Nacional de Cuidados Continuados*. [Online] Governo de Portugal, 17 de maio de 2010. [Citação: 1 de julho de 2014.] <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/Paginas/ARede.aspx>.
- Ministério da Saúde. 2004.** Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. *Portal da Saúde*. [Online] 2004. [Citação: 27 de fevereiro de 2013.] <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>.
- Moraes, Edgar Nunes de, Moraes, Flávia Lann e Lima, Simone de Paula Pessoa. 2010.** Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Rev Med Minas Gerais*. 2010, Vol. 20, 1, pp. 67-73.
- Nilsson, Margareta, Sarvimaki, A e Ekman, SL. 2000.** Feling old: Being in a phase of transition in later life. *Nursing Inquiry*. [Online] março, 2000, Vol. 7, 1. [Citação: 30 janeiro 2012] pp. 41-49. <http://web.ebscohost.com>
- Nogueira, Conceição. 2001.** Análise do discurso. *Repositório da Universidade do Minho*. [Online] 2001. [Citação: 4 de outubro de 2014.] [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4355/1/Capitulo\\_analise%20do%20discurso\\_final1.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4355/1/Capitulo_analise%20do%20discurso_final1.pdf).
- Nogueira, Conceição. 2008.** Análise(s) de Discurso: diferentes concepções na prática de pesquisa em psicologia social. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2008, Vol. 24, 2, pp. 235-242.
- Nonata, Antonia Ferreira. 2007.** Paradigmas do conhecimento: Do Moderno ao Ecológico. *Diálogo Educ*. setembro-dezembro de 2007, Vol. 7, 12, pp. 259-275.
- Nunes, Lucília. 2005.** Ética na Investigação em Enfermagem. Comunicação - Mesa Redonda: Ética na Prática de Enfermagem - XXVI Congresso Português de Cardiologia. *Conversamos*. [Online] 11 de abril de 2005. [Citação: 1 de dezembro de 2012.] <http://conversamos.files.worldpress.com/2007/10/eticanainvestigacaoemenfermagem.pdf>.
- Nunes, Lucília. 2008.** Fundamentos éticos da deontologia profissional. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. dezembro, 2008, 31, pp.33-45.
- Nunes, Lucília. 2006.** *Justiça, poder e responsabilidade: Articulação e mediações nos cuidados de enfermagem*. Loures : Lusociência, 2006. 972-8930-17-8.
- Nunes, Lucília. 2003.** *Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures : Lusociência, 2003. 972-8383-30-4.
- Nunes, Maria Figueira. 2011.** Qualidade de Vida das pessoas idosas que frequentam os centros comunitários do Funchal. *Repositório Científico Digital da Universidade da Madeira*. [Online] 2011. [Citação: 6 de julho de 2014.] Tese de Mestrado em Gerontologia. Universidade da Madeira. <http://repositorio.uma.pt/handle/10400.13/623>.

**Ordem dos Enfermeiros. 2009.** Código Deontológico. *Ordem dos Enfermeiros*. [Online] 16 de setembro de 2009. [Citação: 4 de agosto de 2014.] <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.

**Ordem dos Enfermeiros. 2003.** Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Ordem dos Enfermeiros*. [Online] Outubro de 2003. [Citação: 25 de fevereiro de 2013.] <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/competenciasEnfCG.pdf>.

**Ordem dos Enfermeiros. 2001.** Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Concetual Enunciados Descritivos. *Ordem dos Enfermeiros*. [Online] dezembro de 2001. [Citação: 2 de fevereiro de 2013.] <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.

**Ordem dos Enfermeiros. 2007.** Enfermagem Portuguesa: Implicações na Adequação ao Processo de Bolonha no Atual Quadro Regulamentar. *Ordem dos Enfermeiros*. [Online] fevereiro de 2007. [Citação: 23 de fevereiro de 2013.] [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/2007\\_EnfermagemPortuguesa\\_Processo\\_Bolonha.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/2007_EnfermagemPortuguesa_Processo_Bolonha.pdf).

**Ordem dos Enfermeiros. 2010.** *Inventário das Prioridades de Formação em Enfermagem*. Lisboa : Conselho de Enfermagem, Comissão de Formação, 2010.

**Ordem dos Enfermeiros. 2006.** Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição. *Ordem dos Enfermeiros*. [Online] 6 de abril de 2006. [Citação: 22 de fevereiro de 2013.] [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf).

**Ordem dos Enfermeiros. 2008.** Plano Estratégico do Ensino de Enfermagem 2008-2012. *Ordem dos Enfermeiros*. [Online] julho de 2008. [Citação: 26 de fevereiro de 2013.] [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/2008\\_PlanoEEEnfermagem.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/2008_PlanoEEEnfermagem.pdf).

**Ordem dos Enfermeiros. 2010.** Regulamento da Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*. [Online] 5 de maio de 2010. [Citação: 20 de julho de 2014.] [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_individualizacao\\_esp\\_pecialidades.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_individualizacao_esp_pecialidades.pdf).

**Ordem dos Enfermeiros. 2012.** Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Ordem dos Enfermeiros*. [Online] agosto de 2012. [Citação: 06 de junho de 2013.] [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil\\_VF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf).

**Pacheco, José Augusto [et al]. 1999.** *Componentes do processo de desenvolvimento do currículo*. Braga : Livraria Minho, 1999. 972-96199-7-2.

**Pacheco, José Augusto. 2001.** *Currículo: Teoria e Práxis*. Porto : Porto Editora, 2001. 978-972-0-01323-1.

**Pacheco, José Augusto. 2011.** *Discursos e lugares das competências em contextos de educação e formação*. Porto : Porto Editora, 2011. 978-972-0-34961-3.

**Pacheco, José Augusto e Pereira, Nancy. 2007.** Globalização e identidade no contexto da escola e do currículo. *Cadernos de Pesquisa*. maio-agosto, 2007, Vol. 37, 131, pp. 371-398.

**Paiva e Silva, Abel. 2007.** Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 2007, Vol. 55, 1-2, pp. 11-20.

**Paúl, Constança. 2005.** Envelhecimento ativo e redes de suporte social. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras do Porto*. 2005, Vol. 15, pp. 277-288.

**Petrella, Simone, Pereira, Sara e Pinto, Manuel. 2012.** Literacia Mediática e Comunicação Intergeracional. Estudo das trocas e partilhas no "encontro" entre gerações distantes. *Centro de Estudos*

de Comunicação e Sociedade - Universidade do Minho. [Online] 2012. [Citação: 10 de abril de 2014.] [http://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/cecs\\_ebooks/article/view/1341](http://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/cecs_ebooks/article/view/1341)

**Phelan, Amanda. 2011.** Socially constructing older people: Examining discourses which can shape nurses' understanding and practice. *Journal of Advanced Nursing*. abril, 2011, Vol. 67, 4, pp. 893-983.

**Pinto, Anabela Mota. 2009.** Porque Envelhecemos? [autor do livro] Fundação Calouste Gulbenkian. *O Tempo da Vida: Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento 2008/2009*. Cascais : Príncipea, 2009, pp. 109-121.

**Pires, Ana Luísa. 2002.** Educação e Formação ao longo da vida: Análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e competências. *socialgest*. [Online] 2002. [Citação: 11 de abril de 2014.] Tese de Doutoramento em Ciências da Educação. Universidade Nova de Lisboa. [http://www.socialgest.pt/\\_dlds/EFATESE\\_FORMACAO-AO-LONGO-DA-VIDA.pdf](http://www.socialgest.pt/_dlds/EFATESE_FORMACAO-AO-LONGO-DA-VIDA.pdf).

**Polanyi, Michael. 1958.** *Personal Knowledge. Towards a Post-Critical Philosophy*. London: Routledge, 1958. 0-203-75039-X.

*Portaria nº799 - D/99* . **Governo de Portugal. 1999.** 219, Lisboa : DR, 18 de setembro de 1999, Vol. I.

**Powers, Bethel Ann e Knapp, Thomas R. 2006.** *Dictionary of Nursing Theory and Research*. New York : Springer Publishing Company, 2006. 0-8261-1774-0.

**Rejeh, Nahid, Heravi-Karimooi, Majideh e Vaismoradi, Motjaba. 2011.** Iranian nursing students' perspectives regarding caring for elderly patients. *Nursing and Health Sciences*. março, 2011, Vol. 13, 2, pp. 118-125.

**Resweber, Jean-Paul. 2002.** *A Filosofia dos Valores*. Coimbra : Almedina, 2002. 972-40-1817-2.

**Ricoeur, Paul. 2013.** *Teoria da Interpretação: O discurso e o excesso de significação*. Lisboa : Edições 70, 2013. 978-972-44-1573-4.

**Roach, Sally. 2003.** *Introdução à Enfermagem Gerontológica*. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan S.A, 2003. 85-277-0860-4.

**Rodrigues, Natália Oliveira e Neri, Anita Liberaleno. 2012.** Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2012, Vol. 17, 8, pp. 2129-2139.

**Roldão, Maria do Céu. 2007.** Função docente: natureza e construção do conhecimento profissional. *Revista brasileira de educação*. 2007, Vol. 12, 34, pp. 94-103.

**Roldão, Maria do Céu. 1999.** *Os professores e a gestão do currículo - perspectivas e práticas em análise*. Porto : Porto Editora, 1999. 972-0-34729-5.

**Rossen, Eillen K, Knalf, Kathleen A e Flood, Meredith. 2008.** Older women's perceptions of successful aging. *Activities, Adaptation and Aging*. [Online] outubro, 2008, Vol. 32, 2. [Citação 30 janeiro 2012] pp. 73-88. <http://web.ebscohost.com>

**Sandelowski, Margarete e Barroso, Julie. 2007.** *Handbook for Synthesizing Qualitative Research*. New York : Acquisitions Editor, 2007. 0-8261-5694-0.

**Santos, Boaventura Sousa. 1999<sup>a</sup>.** A construção multicultural da igualdade e da diferença. *Centro de Estudos Sociais*. [Online] janeiro de 1999. [Citação: 19 de agosto de 2014.] <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/135/135.pdf>.

**Santos, Boaventura Sousa. 1999<sup>b</sup>.** *Um discurso sobre as ciências*. 11ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, maio 1999. 972-36-0174-5.

**Sá-Silva, Jackson Ronie, Almeida, Cristóvão Domingos e Guindani, Joel Filipe. 2009.** Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História e Ciências Sociais*. julho, 2009, Vol. 1, 1, pp. 01-15.

**Savater, Fernando. 1997.** *O valor de educar*. Lisboa : Editorial Presença, 1997. 9789722322256.

**Schmidt, Maria Luisa Sandoval. 2008.** Aspectos éticos nas pesquisas qualitativas. [autor do livro] Iara Coelho Zito Guerriero, Maria Luisa Sandoval Schmidt e Fabio Zicker. *Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde*. São Paulo : Aderaldo & Rothschild, 2008, pp. 47-52.

**Schumacher, Karen L. e Meleis, Afaf Ibrahim. 2010.** Transitions: A central concept in Nursing. [autor do livro] Afaf Ibrahim Meleis. *Transitions Theory - Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York : Springer Publishing Company, 2010, pp. 38-51.

**Shenton, Andrew K. 2004.** Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*. 2004, 22, pp. 63-75.

**Silva, Maria da Graça da. 2007.** A vivência do envelhecer: sentido e significados para a prática de enfermagem. *Biblioteca digital USP*. [Online] 2007. [Citação: 1 de abril de 2013.] Tese de Doutorado em Enfermagem. Universidade de São Paulo. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-08102007-114238/pt-br.php>.

**Soares, Célia, et al. 2014.** Are Social Representations of Positive Ageing Really Effective? The ageing process through the eyes of elderly . *Journal of Spatial and Organizational Dynamics: Ageing , Care and Quality of Life*. Research Centre for Spatial and Organizational Dynamics, 2014, Vol. II, 2, pp. 41-54.

**Soares, Maria Cândida e Fialho, José António de Sousa. 2011.** *Novos empregos e competências nos domínios da saúde e serviços sociais no contexto do envelhecimento demográfico*. s.l. : Governo da Republica Portuguesa, Programa operacional de assistência técnica FSE, QREN, POAT/FSE, 2011.

**Sousa, Alberto B. 2009.** *Investigação em educação*. Lisboa : Livros horizonte, 2009. 978-972-24-1386.

**Sousa, Patrícia Pontífice. 2014.** *O conforto da pessoa idosa*. Lisboa : Universidade Católica Editora, Unipessoal, Lda., 2014. 978-972-54-0440-9.

**Squire, Anne. 2004.** *Saúde e bem-estar para Pessoas Idosas*. Loures : Lusodidacta, 2004. 972-8383-87-8.

**Tavares, José. 2005.** Aprender e ensinar como como uma construção pessoal e social do conhecimento. *Revista de Mestrado em Educação*. 2005, Vol. 11, 22, pp. 4-19.

**Thornlow, Deirdre, et al. 2006.** Caring for an Aging America: A Guide for Nursing Faculty. *American Association of Colleges of Nursing*. [Online] 2006. [Citação: 26 de abril de 2013.] <http://www.aacn.nche.edu/geriatric-nursing/monograph.pdf>.

**Trevor, Hussey MA. 2002.** Thinking about change. *Nursing Philosophy*. July, 2002, Vol. III, 2, pp. 104-113.

**Vale, Eucléa Gomes, Pagliuca, Lorita Marlena e Quirino, Régio Hermilton Ribeiro. 2009.** Saberes e Práxis em Enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. janeiro-março, 2009, Vol. XIII, 1, pp. 174-180.

**Valente, Geilsa Soraia Cavalcant e Viana, Ligia de Oliveira. 2009.** Da formação por competências à prática docente reflexiva. *Revista Ibero americana de educación*. 10 de fevereiro, 2009, Vol. IV, 48, pp. 1-7.

**Varela, Bartolomeu Lopes. 2011.** Conceções, práxis e tendências de Desenvolvimento Curricular no Ensino Superior Público em Cabo Verde – Um estudo de caso sobre a Universidade de Cabo Verde. *Repositório da Universidade do Minho* [Online] 2011. [Citação: 20 de junho de 2015] Tese de Doutorado em Ciências da Educação. Universidade do Minho. [http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19988/1/TESE%20de%20Bartolomeu%20Varela%20Outubro.2011\\_final.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19988/1/TESE%20de%20Bartolomeu%20Varela%20Outubro.2011_final.pdf)

**Varela, Bartolomeu Lopes. 2013.** *O Currículo e o Desenvolvimento Curricular. Conceções, prâxis e tendências.* Cabo Verde: Edições UNICV Coleção Aula Magna, 2013. 978-989-97833-2-4.

**Vieira, Margarida. 2008.** *Ser Enfermeiro Da Compaixão à Proficiência.* Lisboa : Universidade Católica Editora Unipessoal, 2008. 978-972-54-0195-8.

**Vilelas, José Manuel da Silva e Janeiro, Sandra Isabel Dias. 2012.** Transculturalidade: O Enfermeiro com competência cultural. *Rev. Min Enferm.* janeiro-março, 2012, Vol. 16, 1, pp. 120-127.

**Vinson, Judith A. 2000.** Nursing`s Epistemology Revisited in Relation to Professional Education Competencies. *Journarl of Professional Nursing.* janeiro-fevereiro, 2000, Vol. XVI, 1, pp. 39-46.

**Wachelke, Joao e Contarello, Alberta. 2010.** Social representations on aging: Structural differences concerning age group and cultural context. *Revista Latinoamericana de Psicologia.* 2010, Vol. 42, 3, pp. 367-380.

**Waldow, Vera Regina. 2009.** Reflexão sobre Educação em Enfermagem: Ênfase em um ensino centrado no cuidado. *O Mundo da Saúde.* 2009, Vol. 33, 4, pp. 488-494.

**Waterworth, Susan e Jorgensen, Dianel. 2010.** It`s not just about heart failure: Voices of older people in transition to dependence and death. *Health and Social Care in Community.* [Online] março, 2010, Vol. 18, 2. [Citação: 30 de janeiro de 2012] pp. 199-207. <http://web.ebscohost.com>

**Wodak, Ruth. 2001.** What CDA is about - a summary of its history, important concepts and its developments. [autor do livro] Ruth Wodak e Michael Meyer. *Methods of Critical Discourse Analysis.* London, Thousand Oaks, New Delhi : Sage Publications, 2001, pp. 1-13.

**World Health Organization. 2015.** About WHO. *World Health Organization.* [Online] World Health Organization, 2015. [Citação: 6 de janeiro de 2015.] <http://www.who.int/about/en/>.

**World Health Organization. 2002.** Active Ageing: A Policy Framework. A contribution of the Second United Nations World Assembly on Ageing. *World Health Organization.* [Online] abril de 2002. [Citação: 09 de dezembro de 2013.] [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who\\_nmh\\_nph\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf).

**World Health Organization. 2005.** Carta de Banguécoque. *Direção-Geral da Educação.* [Online] 5-11 de agosto de 2005. [Citação: 26 de setembro de 2014.] <http://www.dgidec.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=96>.

**World Health Organization. 1986.** Carta de Ottawa. *Direção-Geral do Ensino.* [Online] 17-21 de novembro de 1986. [Citação: 15 de setembro de 2014.] <http://www.dgidec.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=96>.

**World Health Organization. 2004.** Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Instituto Nacional para a Reabilitação.* [Online] 2004. [Citação: 5 de julho de 2014.] [http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF\\_port\\_%202004.pdf](http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf).

**World Health Organization. 1997.** Declaração de Jacarta. *Direção-Geral da Educação.* [Online] 21-25 de julho de 1997. [Citação: 26 de setembro de 2014.] <http://www.dgidec.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=96>.

**World Health Organization. 1991.** Declaração de Sundsvall. *Direção-Geral da Educação.* [Online] 9-15 de junho de 1991. [Citação: 26 de setembro de 2014.] <http://www.dgidec.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=96>.

**World Health Organization. 2000<sup>a</sup>.** Declaração do México. *Direção-Geral da Educação.* [Online] 5 de junho de 2000. [Citação: 26 de setembro de 2014.] <http://www.dgidec.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=96>.

**World Health Organization. 1978.** Declaration of Alma-Ata. *Direção-Geral da Educação.* [Online] 12 de setembro de 1978. [Citação: 14 de setembro de 2014.] [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/113877/E93944.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf).

**World Health Organization. 2009.** Global standards for the initial education of professional nurses and midwives. *World Health Organization*. [Online] 2009. [Citação: 1 de julho de 2013.] [http://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/hrh\\_global\\_standards\\_education.pdf](http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/hrh_global_standards_education.pdf).

**World Health Organization. 2012.** Good Health Adds Life to Years: Global brief for World Health Day 2012. *World Health Organization*. [Online] 2012. [Citação: 25 de março de 2013.] [http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2012.2\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_DCO_WHD_2012.2_eng.pdf)

**World Health Organization. 2000<sup>b)</sup>.** Munich Declaration: Nurses and midwives: A force for health, 2000. *World Health Organization*. [Online] 17 de junho de 2000. [Citação: 14 de setembro de 2014.] [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/53854/E93016.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/53854/E93016.pdf).

**World Health Organization. 1988.** Recomendações de Adelaide. *Direção-Geral do Ensino*. [Online] 5-9 de abril de 1988. [Citação: 15 de setembro de 2014.] <http://www.dgidec.min-edu.pt/educacaoosauade/index.php?s=directorio&pid=96>.

**World Health Organization. 1997.** WHOQOL Measuring Quality of Life. *World Health Organization*. [Online] 1997. [Citação: 6 de junho de 2014.] [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf).

**Xavier, Roseane. 2002.** Representação social e ideologia: conceitos intercambiáveis? *Psicologia & Sociedade*. Julho-dezembro de 2002, Vol. 14, 2, pp. 18-47.

**Xavier, Sandra Maria Miranda. 2013.** Significar a competência emocional do enfermeiro na prestação de cuidados de conforto à pessoa em fim de vida. *Repositório Universidade de Lisboa*. [Online] 2013. [Citação: 1 de dezembro de 2014.] Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa. <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/10565>

## APÊNDICES



## **APÊNDICE 1**

### **Apresentação da Investigação**

Carta dirigida aos diretores das instituições de ensino e professores responsáveis pela coordenação dos CLE



## APRESENTAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa

### **A Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer:**

#### **Contributos de uma Matriz Referencial**

*Andreia Ferreri Cerqueira e Lucília Nunes*

Eu, *Andreia Ferreri Cerqueira*, enfermeira e docente de Enfermagem na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, estou a realizar um trabalho de investigação no âmbito do Projeto de Doutoramento em Enfermagem, área de Especialização Educação em Enfermagem, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

Esta investigação, orientada pela Professora Doutora *Lucília Nunes*, tem como tema *A Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer: Contributos de uma Matriz Referencial* e como finalidade *a construção e sistematização de uma Matriz Referencial para a Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer*.

O envelhecimento das populações determina transformações profundas na sociedade, que tem procurado encontrar diferentes recursos e respostas para satisfazer as necessidades das pessoas à medida que envelhecem.

O processo de envelhecimento é complexo e multidimensional, sendo caracterizado por diferentes transições que podem condicionar a saúde e o bem-estar da pessoa ao envelhecer.

A Enfermagem assume um papel crucial na educação de enfermeiros capazes de atender aos projetos de saúde da pessoa ao envelhecer.

Este estudo qualitativo, exploratório e analítico tem como **objetivos** (1) *Analisar o currículo nos cursos nacionais de formação pré-graduada de Enfermagem na pessoa ao envelhecer* e (2) *Sistematizar como se processa e perspetiva o desenvolvimento curricular no sentido de propiciar os referenciais de conhecimento e a aquisição de competências promotoras do cuidar em Enfermagem na pessoa ao envelhecer*.

A **metodologia** da presente investigação tem por base diferentes fontes de dados e instrumentos, sendo desenvolvida por etapas sequenciais.

A primeira etapa do estudo permitiu, em parte, responder à primeira questão de investigação: *Que currículo nos cursos nacionais de formação pré-graduada em Enfermagem na pessoa ao envelhecer?* E compreendeu a análise documental dos decretos-leis correspondentes aos planos de estudo dos cursos de licenciatura em Enfermagem ministrados em Portugal.

Na segunda etapa torna-se essencial inquirir alguns dos principais intervenientes no desenvolvimento curricular – Os professores de Enfermagem, com o intuito de consolidar a resposta à primeira questão de investigação, através da colheita de dados sobre o *currículo* dos cursos de licenciatura em Enfermagem ministrados em Portugal, assim como iniciar uma reflexão em torno da segunda questão de investigação: *Como se processa e perspetiva o desenvolvimento curricular no sentido de propiciar os referenciais de conhecimento e a aquisição de competências promotoras do cuidar em Enfermagem na pessoa ao envelhecer?*

É a este questionário que solicitamos que responda.

O caminho seguinte terá por base os achados das etapas precedentes, contudo prevê-se a realização de entrevistas a professores e eventualmente a outros atores do desenvolvimento curricular, de forma a consolidar e complementar os elementos recolhidos, que constituirão a *Matriz Referencial para a Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer*.

Porque não conhecemos os referenciais adotados por aqueles que ensinam aos estudantes de Enfermagem a essência do cuidar na pessoa ao envelhecer, consideramos o desenvolvimento deste estudo crucial, uma vez que a construção e sistematização de uma *Matriz Referencial para a Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer*, poderá resultar na produção de conhecimento novo e útil na área da Educação em Enfermagem que se poderá traduzir em orientações para as práticas educativa e clínica, de ensinar - aprender e de cuidar em Enfermagem.

Encontro-me disponível para responder a todas as questões que considere necessárias sobre a presente investigação.

Cordialmente

*Andreia Ferreri Cerqueira*

Endereços eletrónicos

Telefone

## APÊNDICE 2

### **Pedido de Autorização Para Colheita de Dados**

Pedido dirigido aos diretores das instituições de ensino



## PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLHEITA DE DADOS

Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa

### **A Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer:**

#### **Contributos de uma Matriz Referencial**

*Andreia Ferreri Cerqueira e Lucília Nunes*

**Sr.(a). Diretor(a)**

**Professor(a),**

Eu, *Andreia Ferreri Cerqueira*, venho por este meio solicitar autorização para a colheita de dados no âmbito do meu projeto de Doutoramento em Enfermagem intitulado *A Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer: Contributos de uma Matriz Referencial*, cuja apresentação envio em anexo.

Nesta etapa do estudo, pretende-se inquirir o professor responsável pela coordenação do curso de licenciatura em Enfermagem, através de um questionário *online*. A participação do professor consiste em dar a conhecer alguns aspetos sobre o tema: Currículo de Enfermagem na *pessoa ao envelhecer* e apresentar o seu pensamento em relação ao assunto, podendo sugerir documentos para análise pela investigadora.

Espera-se que a sua instituição de ensino, particularmente o curso de licenciatura em Enfermagem, constitua parte integrante da amostra, uma vez que a participação de todos os cursos de licenciatura em Enfermagem portugueses contribuirá para uma maior riqueza do estudo e levará a resultados mais consistentes e integradores.

Assim, solicito (no caso de autorizar a colheita de dados para o presente pedido na instituição que dirige), que reencaminhe esta mensagem e documentos anexos para o professor responsável pela coordenação do curso de licenciatura em Enfermagem (com conhecimento para a investigadora, de forma a facilitar a monitorização do processo e a comunicação entre os diferentes intervenientes). O

professor responsável pela coordenação do curso de licenciatura em Enfermagem receberá um questionário *online* após o preenchimento do consentimento informado, livre e esclarecido e o seu respetivo envio para o endereço eletrónico da investigadora.

Comprometo-me a proceder à análise dos dados recolhidos, a respeitar a confidencialidade das fontes e o anonimato dos participantes e instituições (os dados serão tratados de forma agregada), a proceder com rigor no tratamento dos dados, bem como respeitar os princípios éticos e de divulgação dos resultados.

Agradeço antecipadamente a sua disponibilidade e colaboração.

Encontro-me disponível para responder a todas as questões que considere necessárias.

Cordialmente

*Andreia Ferreri Cerqueira*

Endereços eletrónicos

Telefone

## APÊNDICE 3

### **Consentimento Informado, Livre e Esclarecido**

Consentimento dirigido aos professores responsáveis pela coordenação dos CLE



## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa

### **A Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer:**

#### **Contributos de uma Matriz Referencial**

*Andreia Ferreri Cerqueira e Lucília Nunes*

*Leia por favor a seguinte informação, assinando este documento, no caso de aceitar participar na presente investigação. Para mais informações poderá contatar a investigadora.*

*Andreia Ferreri Cerqueira, enfermeira e docente de Enfermagem na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, encontra-se a realizar um trabalho de investigação no âmbito do Projeto de Doutoramento em Enfermagem, área de Especialização Educação em Enfermagem, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa. Esta investigação, orientada pela Professora Doutora Lucília Nunes, tem como tema *A Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer: Contributos de uma Matriz Referencial* e como finalidade *a construção e sistematização de uma Matriz Referencial para a Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer.**

Nesta etapa da investigação, solicitamos aos participantes do estudo – os professores responsáveis pela coordenação dos cursos de licenciatura em Enfermagem – o preenchimento de um questionário *online* (a enviar após o preenchimento do consentimento informado, livre e esclarecido) onde o professor responde a algumas questões em relação ao *currículo* do curso que representa e apresenta o seu pensamento em relação ao tema – *Currículo de Enfermagem na pessoa ao envelhecer*, podendo sugerir documentos que considere relevantes e merecedores de análise.

Se o professor responsável pela coordenação do curso de licenciatura em Enfermagem considerar pertinente, pode referenciar um docente da sua instituição que, em seu entender, poderá responder de forma mais efetiva aos objetivos da presente investigação. Caso seja esta a sua decisão, solicita-se o reencaminhamento desta mensagem e documentos anexos ao referido professor (com conhecimento para a investigadora, de forma a facilitar a monitorização do processo e a comunicação entre os diferentes intervenientes). Sugerimos o envio do consentimento para o

endereço eletrónico da investigadora, reduzindo a etapa de impressão-digitalização-devolução e no mail de resposta enviaremos o link para o questionário.

Asseguramos a confidencialidade das fontes e o anonimato dos participantes e instituições (os dados serão tratados de forma agregada), o rigor no tratamento dos dados, o respeito pelos princípios éticos e de divulgação dos resultados. A participação é voluntária, podendo cada colaborador, em qualquer momento da investigação, decidir pela sua não participação, sem qualquer consequência para o próprio.

Muito obrigada pela sua colaboração.

*Andreia Ferreri Cerqueira*  
*Endereços eletrónicos*  
*Telefone*

#### CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro ter sido informado(a) por *Andreia Ferreri Cerqueira* sobre a investigação *A Educação em enfermagem na pessoa ao envelhecer: Contributos de uma Matriz Referencial*, que está a realizar no âmbito do Doutoramento em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, com orientação de *Lucília Nunes*.

Fui informado que o estudo tem como finalidade a *construção e sistematização de uma Matriz Referencial para a Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer* e como objetivos (1) *Analisar o currículo nos cursos nacionais de formação pré-graduada de Enfermagem na pessoa ao envelhecer* e (2) *Sistematizar como se processa e perspetiva o desenvolvimento curricular no sentido de propiciar os referenciais de conhecimento e a aquisição de competências promotoras do cuidar em Enfermagem na pessoa ao envelhecer*.

Compreendi que os dados são recolhidos através de um questionário *online*. Foi-me explicado que a amostra do estudo é constituída pelos professores responsáveis pela coordenação dos cursos de licenciatura em Enfermagem ou seus representantes. A minha participação neste estudo consiste em dar a conhecer alguns aspetos sobre o *currículo* do curso que represento sobre o tema: *A pessoa ao envelhecer* e apresentar o meu pensamento em relação ao assunto, podendo ainda sugerir documentos que serão analisados pela investigadora.

Compreendi as garantias de confidencialidade e proteção dos dados e que me foram asseguradas. Fui também informado de ter total liberdade para, em qualquer momento, desistir do meu consentimento, sem que seja necessário justificar a decisão e sem penalizações. Li e compreendi todas as informações, considerando-me esclarecido(a)

**Nome:** *Escreva o nome completo, se faz favor*

**Data:** *Escreva a data, se faz favor*

## APÊNDICE 4

### Principais Achados do Pré-Teste do Questionário



## Principais achados do pré-teste do Questionário

Questionário					
A Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer: Contributos de uma Matriz Referencial					
Questões / Participantes	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5
Questão 1	✓	✓	✓	✓	✓
Questão 2	✓	✓	✓	✓	✓
Questão 3	✓	✓	✓	✓	✓
Questão 4	✓	✓	✓	✓	?
Questão 5	✓	✓	✓	?	?
Questão 6	✓	✓	✓	✓	✓
Questão 7	?	✓	✓	?	?
Questão 8	✓	✓	✓	✓	✓
Questão 9	✓	✓	X	✓	X

**Caraterização do Professores**

Professores adjuntos.  
 9,6 anos de tempo médio de experiência como professor de Enfermagem.  
**Experiência na área do envelhecer:**

- Um (1) professor coordena UCs direcionadas para o envelhecer;
- Um (1) professor participa em projetos de investigação sobre o envelhecer;
- Três (3) professores lecionam conteúdos sobre o envelhecer;
- Quatro (4) professores participam em projetos com a comunidade sobre o envelhecer.

### PRINCIPAIS ACHADOS:

- I. O professor 1 teve dúvidas quanto à questão 3 (*Foi realizada ou está em curso investigação na área do envelhecer?*) em relação aos atores da investigação, motivo pelo qual após o pré-teste adicionámos um texto orientador para esta questão (*Investigação realizada por professores no contexto académico e/ou profissional, na área do envelhecer, com ou sem a participação dos estudantes do CLE*).

- II. O professor 5 respondeu “não sei dizer porque não sou da área” à questão 4 (*Refira cinco conteúdos/áreas temáticas sobre o envelhecer descritos no currículo que considera essenciais*). Parece-nos importante referir que este professor não leciona conteúdos sobre o envelhecer, o que vem realçar a importância de ser o professor coordenador do CLE ou um professor em sua substituição e sugerido pelo anterior, a responder ao questionário. Professores com experiência e interesse na área tendem a ser mais específicos e aprofundados nas suas respostas.
- III. Os professores 5 e 6 responderam “não sei dizer porque não sou da área” e “desconheço” respetivamente à questão 5 (*Refira cinco competências/resultados esperados sobre o envelhecer descritos no currículo que considera essenciais*). À semelhança do que aconteceu no item anterior, os dois professores que não souberam responder à questão não lecionam conteúdos sobre o envelhecer.
- IV. Quatro professores responderam negativamente à questão 6 (*Ocorreram mudanças curriculares no último ano na área do envelhecer?*). Tendo em consideração o conceito de currículo adotado nesta investigação, adicionámos o seguinte texto orientador para esta questão (*Pode relatar mudanças referentes aos conteúdos, atividades, metodologias, entre outras, mesmo que essas mudanças não tenham sido visíveis no plano de estudos*).
- V. Em relação à questão 7, os professores 1, 4 e 5 responderam “não sei”; “desconheço” e “não sei dizer porque não sou da área”. É importante referirmos que os dois professores que responderam à questão são professores na mesma instituição de ensino, o que nos pode levar a pensar que nesta instituição os valores são clarificados e discutidos em equipa, já que as respostas, embora não sendo iguais, estão em sintonia.
- VI. Em relação à questão 8, (*Os documentos são reveladores de significado e práticas. Identifique o(s) documento(s), no âmbito do curso que representa, que espelha(m) informações sobre o currículo na área do envelhecer*) os documentos selecionados foram sobretudo os Guias das Unidades Curriculares, que nesta fase, tendo em conta os aspetos éticos, não foram enviados (apenas mencionados). Um dos participantes identificou outros documentos de referência, como o plano nacional de saúde ou o programa

nacional para as pessoas idosas. Inicialmente, a questão foi desenvolvida com o intuito de identificar documentos desenvolvidos no âmbito do CLE, por um ou mais professores, com ou sem a participação dos estudantes, como Guias de UCs, artigos científicos, relatórios de trabalhos de investigação, entre outros. Assim, após a realização do pré-teste, considerámos a possibilidade de rever a questão, contudo pareceu-nos interessante saber que outros documentos, para além dos desenvolvidos no CLE, constituem referência para os professores. Por este motivo, mantivemos a questão inicial.

VII. A questão 9, de carácter opcional, obteve 3 respostas:

- 1- “Pouco destaque do processo de envelhecimento no currículo”.
- 2- “Uma área de relevante interesse na formação em Enfermagem; Os conteúdos devem ser abordados ao longo do curso, uma vez que se promove o cuidado da pessoa/família”.
- 3- “Considero estar explícito no plano de estudos a importância do envelhecer”.

Consideramos importante manter a questão, dando oportunidade ao professor de expressar as suas reflexões sobre a temática em estudo. Acreditamos que os discursos serão variados, compreendendo diferentes categorias, o que trará maior desafio e riqueza à análise.



## **APÊNDICE 5**

### **Nota Introdutória**

Ao questionário



Caro (a) Professor(a)

Obrigada por ter aceite participar no presente estudo que tem como finalidade a construção e sistematização de uma Matriz Referencial para a Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer.

Neste questionário solicitamos que responda a algumas questões acerca do currículo do curso de licenciatura em Enfermagem que representa, sendo relevante o seu pensamento sobre o desenvolvimento curricular na formação inicial em Enfermagem na pessoa ao envelhecer.

Não há respostas certas ou inadequadas.

O seu contributo é fundamental para o desenvolvimento desta investigação.

Agradecemos a sua colaboração.

*As investigadoras*



## **APÊNDICE 6**

### **Apresentação da Investigação**

Carta dirigida aos peritos no âmbito da Entrevista



## APRESENTAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa

### **A Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer:**

#### **Contributos de uma Matriz Referencial**

*Andreia Ferreri Cerqueira e Lucília Nunes*

Exmo.(a) Sr.(a)

A presente investigação tem como tema *A Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer: Contributos de uma Matriz Referencial*. Qualitativa, exploratória e analítica, tem como objetivos (1) *Analisar o currículo nos cursos nacionais de formação pré-graduada de Enfermagem na pessoa ao envelhecer* e (2) *Sistematizar como se processa e perspetiva o desenvolvimento curricular no sentido de propiciar os referenciais de conhecimento e a aquisição de competências promotoras do cuidar em Enfermagem na pessoa ao envelhecer*.

A metodologia tem por base diferentes fontes de dados e instrumentos, sendo desenvolvida por etapas sequenciais.

A primeira etapa compreendeu a análise documental dos decretos-leis correspondentes aos planos de estudo dos cursos de licenciatura de Enfermagem ministrados em Portugal e a segunda etapa compreendeu um questionário online destinado aos professores de Enfermagem responsáveis pela coordenação dos cursos de licenciatura de Enfermagem portugueses<sup>227</sup>. Estas duas etapas permitiram responder ao primeiro objetivo, assim como iniciar uma reflexão em torno do segundo objetivo.

A terceira e última etapa, aquela em que nos encontramos, compreende o inquérito (entrevista aberta) a peritos na área em estudo, seguindo a técnica de amostragem “bola de neve”.

---

<sup>227</sup> Obtivemos 25 respostas ao questionário (a nossa amostra).

A entrevista tem como finalidade recolher o entendimento dos peritos sobre os elementos que organizam a formação inicial em Enfermagem na pessoa ao envelhecer.

Asseguramos o anonimato dos participantes, o rigor no tratamento dos dados, o respeito pelos princípios éticos e de divulgação dos resultados, bem como a participação voluntária, podendo cada entrevistado, em qualquer momento, decidir pela sua não participação, sem qualquer consequência para o próprio. Salientamos o pedido de autorização da audiogravação da entrevista e a validação do verbatim das entrevistas.

Com base nos achados das três etapas e da sua sinopse integradora, que esperamos sistemática, desenvolveremos uma proposta de Matriz Referencial nesta área do conhecimento.

Encontro-me disponível para responder a todas as questões que considere necessárias sobre a presente investigação.

Cordialmente

*Andreia Ferreri Cerqueira*

Contatos

## **APÊNDICE 7**

### **Consentimento Informado, Livre e Esclarecido**

Consentimento dirigido aos peritos no âmbito da Entrevista



## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa

### A Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer:

#### Contributos de uma Matriz Referencial

*Andreia Ferreri Cerqueira e Lucília Nunes*

*Assine este documento, no caso de aceitar participar na presente investigação.*

Declaro ter sido informado(a) por *Andreia Ferreri Cerqueira* sobre a investigação *A Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer: Contributos de uma Matriz Referencial*, que está a realizar no âmbito do Doutoramento em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, com orientação de *Lucília Nunes*.

Fui informado que o estudo tem como finalidade a *construção e sistematização de uma Matriz Referencial para a Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer* e como objetivos (1) *Analisar o currículo nos cursos nacionais de formação pré-graduada de Enfermagem na pessoa ao envelhecer* e (2) *Sistematizar como se processa e perspetiva o desenvolvimento curricular no sentido de propiciar os referenciais de conhecimento e a aquisição de competências promotoras do cuidar em Enfermagem na pessoa ao envelhecer*.

Compreendi que os dados são recolhidos através de uma entrevista aberta, cuja gravação autorizo. Foi-me explicado que a amostra é constituída por peritos na área, seguindo a técnica de amostragem “bola de neve”. A minha participação consiste em discursar sobre os elementos que organizam a formação inicial em Enfermagem na pessoa ao envelhecer, com base na minha reflexão e experiência pessoal e profissional. No final da entrevista, ser-me-á solicitado a identificação de 2 pessoas, peritas na área em questão, e que poderão, em meu entender, trazer novos contributos à presente investigação.

Compreendi as garantias de confidencialidade e proteção dos dados e que me foram asseguradas. Fui também informado(a) de ter total liberdade para, em qualquer momento, desistir do meu consentimento, sem que seja necessário justificar a decisão e sem penalizações. Li e compreendi todas as informações, considerando-me esclarecido(a).

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Nome da investigadora: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Este documento existe em duplicado, assinado por entrevistador e entrevistado



## **APÊNDICE 8**

### **Guião da Entrevista**



## GUIÃO DA ENTREVISTA

Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa

### **A Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer:**

#### **Contributos de uma Matriz Referencial**

*Andreia Ferreri Cerqueira e Lucília Nunes*

Local:

Data:

Código da entrevista:

Registo de observações relevantes no decorrer da entrevista:

### **Agradecimento**

Agradecemos, em primeiro lugar, a sua colaboração e disponibilidade na terceira e última etapa da investigação, reconhecendo o seu contributo para a construção e sistematização de uma Matriz Referencial para a Educação em Enfermagem na pessoa ao envelhecer.

Após ter lido a carta de apresentação do estudo e assinado o consentimento informado, livre e esclarecido, procederemos à gravação da entrevista, a partir de uma questão, em torno da qual solicitamos que oriente o seu discurso.

### **Questão**

Qual a sua perspetiva sobre os elementos que organizam a formação inicial em Enfermagem na pessoa ao envelhecer? Quais considera serem, qual o seu

entendimento sobre o que se privilegia ou o que se deveria atender na formação de enfermagem centrada na pessoa ao envelhecer?

*(o entrevistado discursará sobre o tema em questão, podendo a investigadora colocar questões pontuais no decorrer da entrevista).*

### **Agradecimento e informações gerais**

Gostaria de acrescentar algo mais ao seu discurso, tendo em conta os objetivos da investigação?

Agradecemos uma vez mais o seu contributo. Estamos disponíveis para o esclarecimento de qualquer dúvida e/ou necessidade de informação adicional.

Enviaremos, assim que possível, a transcrição do verbatim para validação.

Muito obrigada.

## **APÊNDICE 9**

### **Inventário de fontes – Primeiro Nível de Análise**

Planos de estudo (maio 2012)



## INVENTÁRIO DE FONTES – PRIMEIRO NÍVEL DE ANÁLISE – PLANOS DE ESTUDO (maio 2012)

Escola Superior de Enfermagem Universidade do Minho	<p>- DR 2ª série – nº 11 de 16 de Janeiro de 2007 (despacho 803-c/2007)  <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2007/01/2S011A0000S02.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2007/01/2S011A0000S02.pdf</a> (p.8-15)</p> <p>- Plano de estudos site: <a href="http://www.esse.uminho.pt/Default.aspx?tabid=7&amp;pageid=87&amp;lang=pt-PT">http://www.esse.uminho.pt/Default.aspx?tabid=7&amp;pageid=87&amp;lang=pt-PT</a></p> <p>- <b>Unidades Curriculares:</b> Enfermagem de Saúde do Adulto e do <b>Idoso</b>; Enfermagem <b>Gerontológica/Geriátrica</b> (programa detalhado)</p>
Escola Superior de Enfermagem da Madeira Universidade da Madeira	<p>- DR 2ª série – nº 219 de 11 de Novembro de 2008 (despacho 29033/2008)  <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2008/11/2S219A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2008/11/2S219A0000S00.pdf</a> (p. 46398-46400)</p> <p>- Plano de estudos site:  <a href="http://www.uma.pt/portal/modulos/curso/index.php?T=1311947133&amp;TPESQ=PESQ_CURSO_DADOSGERAIS&amp;TPESQANT=PESQ_ENSINOLST_LIC&amp;IDM=PT&amp;IdCurso=339&amp;Cod_Especialidade_Cx=0&amp;NPAG=&amp;IdLingua=1&amp;TORDANT=&amp;CORDANT=&amp;SCRAN_T=/portal/modulos/curso/index.php&amp;NV_MOD=MODCURSO&amp;NV_EAGR=EAGR_CURSOLICENC&amp;NV_MOD_ANT=MODCURSO&amp;NV_EAGR_ANT=EAGR_ENSINOLST&amp;NV_TAB=&amp;NV_TAB_ANT">http://www.uma.pt/portal/modulos/curso/index.php?T=1311947133&amp;TPESQ=PESQ_CURSO_DADOSGERAIS&amp;TPESQANT=PESQ_ENSINOLST_LIC&amp;IDM=PT&amp;IdCurso=339&amp;Cod_Especialidade_Cx=0&amp;NPAG=&amp;IdLingua=1&amp;TORDANT=&amp;CORDANT=&amp;SCRAN_T=/portal/modulos/curso/index.php&amp;NV_MOD=MODCURSO&amp;NV_EAGR=EAGR_CURSOLICENC&amp;NV_MOD_ANT=MODCURSO&amp;NV_EAGR_ANT=EAGR_ENSINOLST&amp;NV_TAB=&amp;NV_TAB_ANT</a></p> <p><b>Unidade Curriculares:</b> Enf. III: Enf. do Adulto e <b>Geronte</b>; PCI: Prática de Cuidados na Comunidade ao Adulto e <b>Geronte</b>; PCII: Prática de Cuidados Hospitalares ao Adulto e <b>Geronte</b>; <b>Gerontologia</b> (opcional) (programa detalhado).</p>
Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo Universidade dos Açores	<p>- DR 2ª série – nº121 de 25 de Junho de 2008 (despacho 17243/2008)  <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2008/06/2S121A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2008/06/2S121A0000S00.pdf</a> (p. 27752-27754)</p> <p>- Plano de estudos site: <a href="http://www.sa.uac.pt/publicacoes/cursoid_7090.pdf">http://www.sa.uac.pt/publicacoes/cursoid_7090.pdf</a></p> <p>- <b>Unidades Curriculares:</b> Enfermagem de Saúde do <b>Idoso</b>; E.C de cuidados de enfermagem ao adulto e ao <b>idoso</b> com problemas médico-cirúrgicos; E.C de cuidados de enfermagem ao adulto e ao <b>idoso</b> com problemas psiquiátricos.</p>
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra	<p>- DR 2ª série – nº164 de 25 de Agosto de 2009 (declaração de retificação 2077/2009)  <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2009/08/2S164A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2009/08/2S164A0000S00.pdf</a> (p. 34570-34572)</p> <p>- Plano de estudos site: <a href="http://www.esenfc.pt/ensinos/index.php?target=showContent&amp;id=100001&amp;ano_lectivo=2010&amp;tab=pe">http://www.esenfc.pt/ensinos/index.php?target=showContent&amp;id=100001&amp;ano_lectivo=2010&amp;tab=pe</a></p> <p>- <b>Unidade Curricular:</b> Enfermagem de Saúde do <b>Idoso</b> e <b>Geriatría</b> (programa detalhado)</p>
Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis	<p>-DR 2ª série – nº 60 de 26 de Março de 2008 (despacho nº 8916/2008):  <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2008/03/2S060A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2008/03/2S060A0000S00.pdf</a> (p. 13237-13239)  <a href="http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2010/01/Desp_8916_20081.pdf">http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2010/01/Desp_8916_20081.pdf</a></p> <p>- Plano de estudos site:  <a href="http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2010/07/planoestudos_1ciclo_enf_semestres.pdf">http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2010/07/planoestudos_1ciclo_enf_semestres.pdf</a></p> <p>- <b>Unidade Curricular:</b> Enfermagem – Saúde no Idoso</p>
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa	<p>- DR 2ª série – nº63 de 31 de Março de 2008 (despacho nº 154/2008)  <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2008/03/2S063A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2008/03/2S063A0000S00.pdf</a> (p. 13894-13897)</p> <p>- Plano de estudos site: <a href="http://www.esel.pt/ESEL/PT/Formacao/Licenciatura/PlanoEstudos/">http://www.esel.pt/ESEL/PT/Formacao/Licenciatura/PlanoEstudos/</a></p> <p>-<b>Unidades Curriculares:</b> Enfermagem ao <b>Idoso</b>; Ensino Clínico de Enfermagem ao adulto e <b>idoso</b>; <b>Envelhecimento</b> Ativo (opcional 2º e 3º ano) (programa detalhado)</p>

Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada	<p>- DR 2ª série – nº 200 de 14 de Outubro de 2010 (despacho nº 15501/2010)  <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2010/10/2S200A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2010/10/2S200A0000S00.pdf</a> (p. 50854-50856)</p> <p>- <b>Unidades Curriculares:</b> Enfermagem de Saúde do <b>Idoso</b>; E.C de cuidados de enfermagem ao adulto e ao <b>idoso</b> com problemas médicos e cirúrgicos; E.C de cuidados de enfermagem ao adulto e ao <b>idoso</b> com problemas psiquiátricos.</p>
Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria	<p>- DR 2ª série – nº 16de 23 de Janeiro de 2012 (retificação nº 84/2012)  <a href="http://v2.esensfm.pt/wp-content/uploads/2011/09/PLEstudosatualizado2012Despacho842012.pdf">http://v2.esensfm.pt/wp-content/uploads/2011/09/PLEstudosatualizado2012Despacho842012.pdf</a> (p. 2736-2738)</p> <p>- Unidade Curricular: Patologia do adulto e do <b>idoso</b></p>
Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus	<p>- DR 2ª série nº 93 de 14 de Maio de 2008 (despacho 13495/2008)  <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2008/05/2S093A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2008/05/2S093A0000S00.pdf</a> (p. 21647-21649)</p> <p>- Plano de estudos site:  <a href="http://www.esesjd.uevora.pt/index.php/ensino/(codigo)/181/(ciclo)/1/(view)/pe">http://www.esesjd.uevora.pt/index.php/ensino/(codigo)/181/(ciclo)/1/(view)/pe</a></p>
Escola Superior de Enfermagem de Vila Real Universidade de Trás os Montes e Alto Douro	<p>- DR 2ª série – nº 6 de 9 de Janeiro de 2009 (despacho 719/2009)  <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2009/01/2S006A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2009/01/2S006A0000S00.pdf</a> (p. 905- 908)</p> <p>- <b>Unidades Curriculares:</b> Enfermagem do Adulto e <b>Idoso</b> I; Psicologia do Adulto e <b>Idoso</b>; E.C Enfermagem do Adulto e <b>Idoso</b> I; Enfermagem do Adulto e <b>Idoso</b> II; E.C Enfermagem do Adulto e <b>Idoso</b> II; Enfermagem do Adulto e <b>Idoso</b> III; E.C Enfermagem do Adulto e <b>Idoso</b> III</p>
Escola Superior de Enfermagem do Porto	<p>- DR 2ª série nº 127 de 5 de Julho de 2011 (despacho 8888/2011)  <a href="http://newsletter.esenf.pt:8080/newsletter/ficheiros/43/dre1.pdf">http://newsletter.esenf.pt:8080/newsletter/ficheiros/43/dre1.pdf</a> (p. 28228-28229)</p> <p>- Plano de estudos site:  <a href="http://newsletter.esenf.pt:8080/newsletter/ficheiros/43/ucp.pdf">http://newsletter.esenf.pt:8080/newsletter/ficheiros/43/ucp.pdf</a>  <a href="http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F2118709284/conteudos_programaticos_ESEP_2011_12_por_UC.pdf">http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F2118709284/conteudos_programaticos_ESEP_2011_12_por_UC.pdf</a></p> <p>- <b>Unidade Curricular:</b> Saúde do adulto e do <b>idoso</b></p>
Escola Superior de Enfermagem Dr. Timóteo Montalvão Machado	<p>- DR 2ª série nº 201 de 18 de Outubro de 2007 (aviso 20175/2007)  <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2007/10/2S201A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2007/10/2S201A0000S00.pdf</a> (p. 30194-30197)</p> <p>- Plano de estudos site:  <a href="http://www.esechaves.pt/conteudos/curso.aspx?pag=PlnC&amp;tipo=Licenciatura&amp;cur=Enfermagem &amp;id=5">http://www.esechaves.pt/conteudos/curso.aspx?pag=PlnC&amp;tipo=Licenciatura&amp;cur=Enfermagem &amp;id=5</a></p> <p>- <b>Unidade Curricular:</b> Cuidados de Enfermagem no adulto e <b>idoso</b></p>
Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias	<p>- DR 2ª série nº 82 de 28 de Abril de 2008 (despacho 12098/2008)  <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2008/04/2S082A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2008/04/2S082A0000S00.pdf</a> (p. 19211-19213)  <a href="http://www.enfermagem.edu.pt/images/stories/documentos/cle_esesfm_bolonha.pdf">http://www.enfermagem.edu.pt/images/stories/documentos/cle_esesfm_bolonha.pdf</a></p> <p>- Plano de estudos site:  <a href="http://www.enfermagem.edu.pt/curso-de-licenciatura-em-enfermagem.html">http://www.enfermagem.edu.pt/curso-de-licenciatura-em-enfermagem.html</a></p> <p>- <b>Unidades Curriculares:</b> Enfermagem e processos de vida na <b>pessoa idosa</b>; Prática clínica de cuidados à <b>pessoa idosa</b> (programa detalhado – objetivos)</p>

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny	-DR 2ª série nº 66 de 03 de Abril de 2008 (despacho 9889/2008) <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2008/04/2S066A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2008/04/2S066A0000S00.pdf</a> (p.14828-14830) - Plano de estudos site: <a href="http://www.esesjcluny.pt/images/plano%20curricular.pdf">http://www.esesjcluny.pt/images/plano%20curricular.pdf</a> - <b>Unidades Curriculares:</b> Patologia do adulto de <b>idoso</b> ; Patologia do adulto de <b>idoso</b> II
Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Beja	- DR 2ª série nº 122 de 27 de Junho de 2007 (despacho 13417-BZ/2007) <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2007/06/2S122A0000S01.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2007/06/2S122A0000S01.pdf</a> 18 230- (306-310) - Plano de estudos site: <a href="http://www.ipbeja.pt/cursos/ess-enf/Paginas/UnidadesCurriculares.aspx">http://www.ipbeja.pt/cursos/ess-enf/Paginas/UnidadesCurriculares.aspx</a> - <b>Unidade Curricular:</b> Enfermagem em <b>Gerontologia</b>
Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Portalegre	- DR 2ª série nº 195 de 8 de Outubro de 2009 (despacho 22367/2009) <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2009/10/2S195A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2009/10/2S195A0000S00.pdf</a> (p. 40824-40825) <a href="http://www.essp.pt/Cursos/Licenciatura/18%20-%208-10-2009%20-%20Alteração%20Plano%20de%20Estudos%20de%20Licenciatura%20em%20Enfermagem.pdf">http://www.essp.pt/Cursos/Licenciatura/18%20-%208-10-2009%20-%20Alteração%20Plano%20de%20Estudos%20de%20Licenciatura%20em%20Enfermagem.pdf</a> - Plano de estudos site: <a href="http://www.essp.pt/Cursos/Licenciatura/Curso%20Superior%20de%20Enfermagem.pdf">http://www.essp.pt/Cursos/Licenciatura/Curso%20Superior%20de%20Enfermagem.pdf</a>
Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal	- DR 2ª série nº9 de 14 de Janeiro de 2010 (despacho 979/2010) <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2010/01/2S009A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2010/01/2S009A0000S00.pdf</a> (p. 1953-1955) - Plano de estudos site: <a href="http://www.si.ips.pt/ess_si/planos_estudos_geral.formview?p_Pe=1431">http://www.si.ips.pt/ess_si/planos_estudos_geral.formview?p_Pe=1431</a> - <b>Unidades Curriculares:</b> Enfermagem II - Adulto e <b>Idoso</b> : estilos de vida e conforto; Enfermagem IV - Adulto e <b>Idoso</b> : processos de saúde-doença; E.C Enfermagem IV - Adulto e <b>Idoso</b> : processos de saúde-doença
Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Viana do Castelo	- DR 2ª série nº 46 de 5 de Março (despacho 6317/2008); - DR 1ª série-B nº 258 de 7 de Novembro (despacho 1273/2003); DR 1ª série-B nº 251 de 29 de Outubro (despacho 1250/2001); DR 1ª série-B nº 204 de 4 de Setembro (despacho 711/2000) <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2008/03/2S046A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2008/03/2S046A0000S00.pdf</a> (p. 9242-9244) <a href="http://dre.pt/pdfgratis/2003/11/258B00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis/2003/11/258B00.pdf</a> (p.7443-7444) <a href="http://dre.pt/pdfgratis/2001/10/251B00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis/2001/10/251B00.pdf</a> (p.6902-6903) <a href="http://dre.pt/pdfgratis/2000/09/204B00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis/2000/09/204B00.pdf</a> (p.4680-4682) - Plano de estudos site: <a href="http://portal.ipvc.pt/portal/page/portal/esenf/esenf_cursos/esenf_licenciaturas/esenf_enfermagem/esenf_enf_pl">http://portal.ipvc.pt/portal/page/portal/esenf/esenf_cursos/esenf_licenciaturas/esenf_enfermagem/esenf_enf_pl</a> - <b>Unidades Curriculares:</b> Enfermagem - Saúde do adulto e <b>idoso</b> I; E.C Enfermagem - Saúde do adulto e <b>idoso</b> I; Enfermagem - Saúde do adulto e <b>idoso</b> II; E.C Enfermagem - Saúde do adulto e <b>idoso</b> II
Escola Superior de Saúde Universidade do Algarve	- DR 2ª série nº94 de 15 de Maio de 2008 (deliberação 13 98/2008) <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2008/05/2S094A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2008/05/2S094A0000S00.pdf</a> (p. 21875-21879) - Plano de estudos site: <a href="http://www.essualg.org/?q=node/59">http://www.essualg.org/?q=node/59</a>

Escola Superior de Saúde Universidade Fernando Pessoa	- DR 2ª série nº 180 de 18 de Setembro de 2006 (despacho 19002/2006) <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2006/09/2S180A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2006/09/2S180A0000S00.pdf</a> (p. 19174-19176) - Plano de estudos site: <a href="http://ingresso.ufp.pt/ensino/1o-ciclo/enfermagem-2/">http://ingresso.ufp.pt/ensino/1o-ciclo/enfermagem-2/</a>
Escola Superior de Saúde Universidade Fernando Pessoa Unidade Ponte de Lima	- DR 2ª série nº 180 de 18 de Setembro de 2006 (despacho 19001/2006) <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2006/09/2S180A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2006/09/2S180A0000S00.pdf</a> (p. 19172-19174)
Escola Superior de Saúde Atlântica Universidade Atlântica	- DR 2ª série nº 89 de 8 de Maio de 2008 (despacho 13077/2008) <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2008/05/2S089A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2008/05/2S089A0000S00.pdf</a> (p. 20838-20841) - Plano de estudos site: <a href="http://www.uatlantica.pt/cursos/licenciaturas/enfermagem.html#tab-2">http://www.uatlantica.pt/cursos/licenciaturas/enfermagem.html#tab-2</a> - <b>Unidades Curriculares:</b> Enfermagem, Saúde do <b>Idoso</b> ; E.C, Saúde do <b>Idoso</b> ; <b>Cuidados continuados em Geriatria</b> (opcional) (programa detalhado - conteúdos)
Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa	- DR 2ª série nº 73 de 14 de Abril de 2008 (despacho 10925/2008) <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2008/04/2S073A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2008/04/2S073A0000S00.pdf</a> (p. 17028-17029) - Plano de estudos site: <a href="http://www.esscvp.eu/cursos/lic/enfermagem/Plano%20Curricular/plano_curric_net.pdf/">http://www.esscvp.eu/cursos/lic/enfermagem/Plano%20Curricular/plano_curric_net.pdf/</a>
Escola Superior de Saúde da Guarda Instituto Politécnico da Guarda	- DR 2ª série nº 10 de 15 de Janeiro de 2010 (retificação 74/2010) <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2010/01/2S010A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2010/01/2S010A0000S00.pdf</a> (p. 2235-2236) - Plano de estudos site: <a href="http://www.ess.ipg.pt/curso.asp?curso=1">http://www.ess.ipg.pt/curso.asp?curso=1</a>
Escola Superior de Saúde de Aveiro Universidade Aveiro	- DR 2ª série nº 17 de 26 de Janeiro de 2009 (despacho 3360/2009) <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2009/01/2S017A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2009/01/2S017A0000S00.pdf</a> (p.3717-3718) - Plano de estudos site: <a href="http://www.essua.ua.pt/PageCourse.aspx?id=168&amp;b=1&amp;lq=pt&amp;p=4">http://www.essua.ua.pt/PageCourse.aspx?id=168&amp;b=1&amp;lq=pt&amp;p=4</a> (p. 3717-3718) - <b>Unidades Curriculares:</b> Enfermagem do adulto e <b>idoso</b> I; Enfermagem do adulto e <b>idoso</b> II (programa detalhado)
Escola Superior de Saúde de Bragança Instituto Politécnico de Bragança	- DR 2ª série nº187 de 27 de Setembro de 2007 (despacho 22637-BH/2007) <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2007/09/2S187A0000S01.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2007/09/2S187A0000S01.pdf</a> (p. 28 356 (122-124)) - Plano de estudos site: <a href="http://www.essa.ipb.pt/">http://www.essa.ipb.pt/</a>
Escola Superior de Saúde de Leiria Instituto Politécnico de Leiria	- DR 2ª série nº 227 de 26 de Novembro de 2007 (despacho 26970-BD/2007) <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2007/11/2S227A0000S04.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2007/11/2S227A0000S04.pdf</a> (p. 34216 - (452-454)) <a href="http://www.esslei.ipleiria.pt/files/1300_pestudos_4ce3c6eee7c96.pdf">http://www.esslei.ipleiria.pt/files/1300_pestudos_4ce3c6eee7c96.pdf</a> -Plano de estudos site: <a href="http://cursos.ipleiria.pt/Licenciaturas/Pages/mostrarConteudo.aspx?cid=9500">http://cursos.ipleiria.pt/Licenciaturas/Pages/mostrarConteudo.aspx?cid=9500</a>
Escola Superior de Saúde de Santarém Instituto politécnico Santarém	- DR 2ª série nº 36 de 20 de Fevereiro de 2009 (despacho 6001/2009) <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2009/02/2S036A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2009/02/2S036A0000S00.pdf</a> (p. 7235-7237)

	<p>- Plano de estudos site:  <a href="http://si.essaude.ipsantarem.pt/essaude_si/planos_estudos_geral.formview?p_Pe=73">http://si.essaude.ipsantarem.pt/essaude_si/planos_estudos_geral.formview?p_Pe=73</a></p>
Escola Superior de Saúde de Viseu Instituto Politécnico de Viseu	<p>- DR 2ª série nº 234 de 5 de Dezembro (despacho 27379/2007)  <a href="http://www.essv.ipv.pt/images/pdf/Cursos/LicEnfermagem/Plano_estudos_2007.pdf">http://www.essv.ipv.pt/images/pdf/Cursos/LicEnfermagem/Plano_estudos_2007.pdf</a></p>
Escola Superior de Saúde do Vale do Ave Instituto Politécnico de Saúde do Norte	<p>- DR 2ª série nº 107 de 2 de Junho de 2011 (despacho 12143/2011)  <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2011/06/2S107A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2011/06/2S107A0000S00.pdf</a> (p. 240 37-24039)  <a href="http://www.cespu.pt/pdf/ensino/diarios_republica/ipsn_plano_est_enf_va_atualizacao.pdf">http://www.cespu.pt/pdf/ensino/diarios_republica/ipsn_plano_est_enf_va_atualizacao.pdf</a>  - <b>Unidade Curricular:</b> Enfermagem e a <b>pessoa idosa</b> (programa detalhado)</p>
Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa Instituto Politécnico de Saúde do Norte	<p>- DR 2ª série nº 107 de 2 de Junho de 2011 (despacho 12144/2011)  <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2011/06/2S107A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2011/06/2S107A0000S00.pdf</a> (p. 240 39-24041)  <a href="http://www.cespu.pt/pdf/ensino/diarios_republica/ipsn_plano_est_enf_vs_atualizacao.pdf">http://www.cespu.pt/pdf/ensino/diarios_republica/ipsn_plano_est_enf_vs_atualizacao.pdf</a>  - <b>Unidade Curricular:</b> Enfermagem e a <b>pessoa idosa</b> (programa detalhado)</p>
Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de Castelo Branco	<p>- DR 2ª série nº70 de 12 de Abril 2010 (despacho 6468/2010):  <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2010/04/2S070A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2010/04/2S070A0000S00.pdf</a> (p. 18758-18760)  <a href="http://www.ipcb.pt/images/IPCB/pdfs/academicos/PlanosEstudos/ESALD/Licenciaturas/PE_Enf.pdf">http://www.ipcb.pt/images/IPCB/pdfs/academicos/PlanosEstudos/ESALD/Licenciaturas/PE_Enf.pdf</a>  - Plano de estudos site: <a href="http://www.ipcb.pt/ESALD/index.php/licenciaturas/licenciatura-em-enfermagem">http://www.ipcb.pt/ESALD/index.php/licenciaturas/licenciatura-em-enfermagem</a>  - <b>Unidade Curricular:</b> Enfermagem <b>gerontogeriatrica</b></p>
Escola Superior de Saúde Egas Moniz	<p>- DR 2ª série nº 220 de 12 de Novembro de 2009 (despacho 28092/ 2009):  <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2009/11/2S220A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2009/11/2S220A0000S00.pdf</a> (p. 46136-46137)  - Plano de estudos site: <a href="http://www.egasmoniz.com.pt/index.php?option=com_content&amp;task=view&amp;id=15&amp;Itemid=101">http://www.egasmoniz.com.pt/index.php?option=com_content&amp;task=view&amp;id=15&amp;Itemid=101</a>  - <b>Unidade Curricular:</b> Enfermagem ao <b>idoso</b></p>
Escola Superior de Saúde Jean Piaget – Algarve (Silves)	<p>- DR 2ª série nº 210 de 2 de Novembro de 2011 (despacho 14859/2011)  <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2011/11/2S210A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2011/11/2S210A0000S00.pdf</a> (p.43485-43487)  - Plano de estudos site:  <a href="http://www.ipiaget.org/licenciaturas/escola-superior-saude/plano-de-estudos/ess_enfermagem.pdf">http://www.ipiaget.org/licenciaturas/escola-superior-saude/plano-de-estudos/ess_enfermagem.pdf</a>  - <b>Unidade Curricular:</b> Enfermagem <b>Geriátrica</b></p>
Escola Superior de Saúde Jean Piaget / Nordeste (Macedo Cavaleiros)	<p>- DR 2ª série nº 210 de 2 de Novembro de 2011 (despacho 14858/2011)  <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2011/11/2S210A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2011/11/2S210A0000S00.pdf</a> (p.43483-43485)  - Plano de estudos site:  <a href="http://www.ipiaget.org/licenciaturas/escola-superior-saude/plano-de-estudos/ess_enfermagem.pdf">http://www.ipiaget.org/licenciaturas/escola-superior-saude/plano-de-estudos/ess_enfermagem.pdf</a>  - <b>Unidade Curricular:</b> Enfermagem <b>Geriátrica</b></p>
Escola Superior de Saúde Jean Piaget Vila Nova de Gaia	<p>- DR 2ª série nº 209 de 31 de Outubro (despacho 14798/2011)  <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2011/10/2S209A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2011/10/2S209A0000S00.pdf</a> (p.43063-43065)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plano de estudos site: <a href="http://www.ipiaget.org/licenciaturas/escola-superior-saude/plano-de-estudos/ess_enfermagem.pdf">http://www.ipiaget.org/licenciaturas/escola-superior-saude/plano-de-estudos/ess_enfermagem.pdf</a></li> <li>- <b>Unidade Curricular:</b> Enfermagem <b>Geriatrica</b></li> </ul>
Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Viseu	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DR 2ª série nº 209 de 31 de Outubro (despacho 14800/2011) <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2011/10/2S209A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2011/10/2S209A0000S00.pdf</a> (p.43068-43069)</li> <li>- Plano de estudos site: <a href="http://www.ipiaget.org/licenciaturas/escola-superior-saude/plano-de-estudos/ess_enfermagem.pdf">http://www.ipiaget.org/licenciaturas/escola-superior-saude/plano-de-estudos/ess_enfermagem.pdf</a></li> <li>- <b>Unidade Curricular:</b> Enfermagem <b>Geriatrica</b></li> </ul>
Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DR 2ª série nº148 de 3 de Agosto de 2011 (despacho 9681/2011) <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2012/02/2S033A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2012/02/2S033A0000S00.pdf</a> (p. 5674-5676)</li> <li>- Plano de estudos site: <a href="http://www.erisa.pt/index.php/ensino/licenciaturas-1º-ciclo/1º-ciclo-licenciatura-em-enfermagem.html">http://www.erisa.pt/index.php/ensino/licenciaturas-1º-ciclo/1º-ciclo-licenciatura-em-enfermagem.html</a></li> <li>- <b>Unidades Curriculares:</b> Enfermagem do <b>Idoso</b>; UFC III - Enfermagem do adulto e do <b>idoso</b></li> </ul>
Instituto de ciências de Saúde Universidade Católica Portuguesa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DR 2ª série nº 152 de 8 de Agosto de 2006 (despacho 16232/2006) <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2006/08/2S152A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2006/08/2S152A0000S00.pdf</a> (p.14307-14308)</li> <li>- Plano de estudos site: <a href="http://www.ics.lisboa.ucp.pt/site/custom/template/ucptpl_popup.asp?sspageid=885&amp;artigoID=140&amp;lang=1">http://www.ics.lisboa.ucp.pt/site/custom/template/ucptpl_popup.asp?sspageid=885&amp;artigoID=140&amp;lang=1</a></li> <li>- <b>Unidades Curriculares:</b> Patologia especial do adulto e <b>idoso</b>; E.C III - Prática de cuidados ao adulto e <b>idoso</b></li> </ul>
Instituto de ciências de Saúde Universidade Católica Portuguesa Porto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DR 2ª série nº 152 de 8 de Agosto de 2006 (despacho 16232/2006)</li> <li>- Plano de estudos: <a href="http://www.porto.ucp.pt/ics/">http://www.porto.ucp.pt/ics/</a></li> <li><b>Unidades Curriculares:</b> Patologia especial do adulto e <b>idoso</b>; E.C III - Prática de cuidados ao adulto e <b>idoso</b></li> </ul>
Instituto Superior de Saúde do Alto Ave	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DR 2ª série nº 188 de 28 de Setembro de 2007 (despacho 22726-R/2007): <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2007/09/2S188A0000S02.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2007/09/2S188A0000S02.pdf</a> (p.28 496- (203-206)</li> <li>- Plano de estudos site: <a href="http://www.isave.pt/wa_files/PLANO_20DE_20ESTUDOS_20DE_20ENFERMAGEM.pdf">http://www.isave.pt/wa_files/PLANO_20DE_20ESTUDOS_20DE_20ENFERMAGEM.pdf</a></li> <li>- <b>Unidade Curricular:</b> Enfermagem <b>gerontológica</b></li> </ul>

## **APÊNDICE 10**

### **Inventário de fontes – Validação dos Dados Documentais**

Planos de estudo (março 2013)



## INVENTÁRIO DE FONTES – VALIDAÇÃO DOS DADOS DOCUMENTAIS (março 2013)

Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis	<p>-DR 2ª série – nº 60 de 139 de 19 de julho de 2012 (despacho nº 9786/2012):  <a href="http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2012/07/Despacho_9786_2012.pdf">http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2012/07/Despacho_9786_2012.pdf</a> (p.2547125473)                      - <b>Unidade Curricular:</b> Enfermagem – Saúde no <b>Idoso</b> (redução de horas e créditos)</p>
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa	<p>- DR 2ª série – nº134 de 12 de julho de 2012 (despacho nº 9468/2012)  <a href="http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/F2853982-CE23-4DCE-8126-0C0EA33675E8/2998/Publicacao_Plano_Estudos_DR.pdf">http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/F2853982-CE23-4DCE-8126-0C0EA33675E8/2998/Publicacao_Plano_Estudos_DR.pdf</a> (p.24658-24660)                      - Plano de estudos site: <a href="http://www.esel.pt/ESEL/PT/Formacao/Licenciatura/PE2012/">http://www.esel.pt/ESEL/PT/Formacao/Licenciatura/PE2012/</a>                      -<b>Unidades Curriculares:</b> Deixa de ter 3 unidades curriculares com as palavras-chave identificadas e deixa de ter acessível o programa curricular detalhado.</p>
Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias	<p>- - DR 2ª série nº 151 de 6 de agosto de 2012 (despacho 1592/2012)  <a href="http://www.enfermagem.edu.pt/images/stories/Novo_plano_de_estudos.pdf">http://www.enfermagem.edu.pt/images/stories/Novo_plano_de_estudos.pdf</a> (p. 27570-27572)                      - <b>Unidades Curriculares:</b> Enfermagem e processos de vida na <b>pessoa idosa</b>; Prática clínica de cuidados à <b>pessoa idosa</b> (programa detalhado – objetivos) (alteração de horas e créditos)</p>
Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Portalegre	<p>- - DR 2ª série nº 123 de 27 de junho de 2012 (despacho 22367/2009)  <a href="http://dre.pt/pdfgratis2s/2012/06/2S123A0000S00.pdf">http://dre.pt/pdfgratis2s/2012/06/2S123A0000S00.pdf</a> (p.22623-22627)  <a href="http://www.essp.pt/novo/pdfs/enfermagem.pdf">http://www.essp.pt/novo/pdfs/enfermagem.pdf</a>                      - <b>Unidades Curriculares:</b> Passa a ter 2 U.C - Enfermagem <b>Gerontológica</b> (opcional); E.C em Enfermagem <b>Gerontológica</b> (opcional)</p>

