



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Significados que a pessoa idosa atribui à sua dependência no autocuidado

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

Por

Tânia Filipa Santos Costa

Dezembro, 2012



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Significados que a pessoa idosa atribui à dependência no autocuidado

Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na especialidade de enfermagem avançada

Por Tânia Filipa Santos Costa

Sob orientação da Professora Doutora Margarida Vieira

Dezembro, 2012

Enquanto não alcances

Não descanses.

De nenhum fruto queiras só metade.

(...)

Miguel Torga

AGRADEÇO,

Antes de mais, a todos os que participaram nesta investigação por partilharem as suas vidas e assim, contribuírem para o desenvolvimento deste estudo.

À Professora Doutora Margarida Vieira pela orientação e disponibilidade demonstrada, mas acima de tudo, pelo otimismo de quem acredita que o dia da finalização deste relatório haveria de chegar.

À Professora Clara Braga sem a qual, creio, não seria possível terminar este percurso de investigação.

Ao Professor Armando Almeida já que grande parte da minha visão sobre Enfermagem a ele devo.

Aos pais e avó que, acreditando sempre na minha capacidade, apoiaram-me em mais este esforço de gestão familiar.

À Matilde, a quem muito haveria a agradecer, limito-me à expressão "*Mana*".

E ao António por tudo.

A todos muito obrigada!

RESUMO

No século XXI, Portugal depara-se com o acréscimo do envelhecimento populacional que contribui para o aumento da incidência de doenças degenerativas e crónicas, que por sua vez, potenciam a dependência no autocuidado e naturalmente a inaptidão do Serviço Nacional de Saúde para responder as necessidades das pessoas idosas. Perante tais circunstâncias, as pessoas idosas e dependentes no autocuidado sentem-se desamparados e atribuem um significado à dependência no autocuidado que influencia a sua dinâmica pessoal/familiar e qualidade de vida.

Com este estudo, pretendemos identificar o significado que a pessoa idosa, a residir no domicílio e dependente em pelo menos uma atividade de vida diária, atribuiu à dependência no autocuidado.

Realizou-se um estudo qualitativo com recurso à fenomenologia hermenêutica. A amostra intencional foi constituída por 5 pessoas idosas com idade superior a 80 anos, residentes em contexto domiciliário, utentes de um serviço de apoio domiciliário e dependentes em pelo menos uma atividade de vida diária. A colheita de dados foi efetuada, após consentimento informado do participante, com recurso à entrevista não estruturada realizando-se, posteriormente, a transcrição integral e análise temática.

Os dados revelaram que os significados que a pessoa idosa dependente no autocuidado atribuiu à dependência são subordinados à perceção de perdas e ganhos associados às circunstâncias da mesma. Assim, associada à perceção de perdas emergiram os significados: comprometimento da dignidade humana; ser afetado pela dependência no autocuidado, sentir-se prisioneiro no interior de um corpo inútil e apagando-se a razão de viver, enquanto aliada à perceção de ganhos emergiu o significado: sentir-se importante para o outro.

Face a tais dados a enfermagem de proximidade adquire um papel relevante na gestão do significado que a pessoa idosa dependente no autocuidado atribuiu a dependência. Contudo, torna-se fundamental, atender à integralidade do ser humano cuidado de forma a identificar as suas necessidades reais e conseqüentemente implementar intervenções personalizadas dirigidas ao próprio mas que considerem, também, o subsistema família um foco de atenção. Considerando o atual contexto, destaca-se igualmente a importância da capacitação do cuidador para o exercício do papel, de modo a contribuir para a promoção da qualidade de vida de ambos os intervenientes.

Palavras – chave: dependência; atividades de vida diárias; significado atribuído à dependência; pessoa idosa; comunidade.

ABSTRACT

In the XXI century, Portugal is confronted with the addition of an aging population that contributes to the increased incidence of degenerative and chronic diseases, which in turn, enhance the dependency on self-care and, of course, the inability of the National Health Service to meet the needs of the self-care dependent elderly. Given these circumstances, the elderly dependent in self-care feels helpless and attributes meanings to the dependency on self-care that influence their dynamic personal/family and quality of life.

With this study, we wanted identify the meanings that the elderly, who live at home and are dependent on at least one activity of daily living, attributed to dependency on self-care.

We conducted a qualitative study using the hermeneutic phenomenology. The sample was formed by five elderly, aged over 80 years, who living in home, are users of home help service and dependents on at least one activity of daily living. Data collection was conducted, after informed consent of the participant, using the not structured interview, and then, we performed the complete transcription and thematic analysis.

The data revealed that the meanings that dependent in self-care elderly attributed to the dependence are contingent to the perception of gains and losses associated with the circumstances. Thus, associated with perception of losses emerged the meanings: impairment of human dignity, be affected by dependence on self-care, feel like a prisoner inside a useless body and erasing the ratio of living, while allied to the perception of gains emerged the meaning: feel important to the other.

Given such data, the proximity nursing acquires a relevant role in the management the meanings of dependency as assigned by dependent in self-care elderly. However, it is essential, caring of the entirety human to identify their needs and consequently implement customized interventions directed to own, but also, regarding the family subsystem as focus of attention. Considering the current context, stands to the importance of training the caregiver to exercise the role in order to contribute to the promotion of quality of life of both parties.

Keywords: dependency; activities of daily living; meaning of dependency; elderly person; community.

SIGLAS e ACRÓNIMOS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD'S – Atividades de Vida Diárias

CIE – Conselho Internacional de Enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

WHO – World Health Organization

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caraterização da Situação dos Participantes.....	32
---	----

Índice de Ilustrações

Ilustração 1 – Tema 1: Comprometimento da dignidade humana.....	43
Ilustração 2 – Tema 2: Sentir-se preso no interior de um corpo inútil.....	51
Ilustração 3 – Tema 3: Ser afetado pela dependência no autocuidado.....	58
Ilustração 4 – Tema 4: Apagando-se a razão de viver.....	63
Ilustração 5 – Tema 5: Sentir-se importante para o outro.....	70

Índice

1. INTRODUÇÃO	19
2. PROBLEMÁTICA.....	25
3. PERCURSO DE INVESTIGAÇÃO.....	29
3.1. Questão de investigação.....	30
3.2. Participantes do estudo	31
3.3. Procedimentos de colheita de dados	32
3.4. Procedimento de análise dos dados.....	33
4. OS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS À DEPENDÊNCIA.....	35
4.1. Comprometimento da Dignidade Humana	35
4.2. Sentir-se preso no interior de um corpo inútil	45
4.3. Ser afetado pela dependência no autocuidado	53
4.4. Apagando-se a razão de viver	59
4.5. Sentir-se importante para o outro.....	65
5. DISCUSSÃO	71
5.1. Significados que a pessoa idosa, dependente no autocuidado e residente em contexto domiciliário atribui à dependência.....	71
5.2. A Enfermagem face aos resultados do estudo	80
6. CONCLUSÃO	85
7. BIBLIOGRAFIA	87

1. INTRODUÇÃO

É certo que o desenvolvimento da investigação na disciplina de enfermagem não foi independente da evolução do ensino e da sua prática. Assim, a investigação em enfermagem iniciou-se no século XIX com Florence Nightingale que apresentou conceções inovadoras sobre a prática de cuidados associadas à promoção da saúde e prevenção da doença (Fortin, 2003).

Deparamo-nos então, com o início do progresso da profissão de enfermagem que tem vindo a desenvolver-se e a aprimorar o seu foco, agora evidenciado numa “...*maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais concetual e concretizada pela relação interpessoal – baseada em teorias de enfermagem que têm por core o diagnóstico e assistência em face das respostas humanas às transições vividas: e mais competências de tomada de decisão.*” (Paiva, 2007 p. 19). Destaca-se então a importância da parceria de cuidados fomentada no exercício profissional de enfermagem que tem por objetivo “...*ajudar o cliente a ser proativo na consecução do seu projeto de vida.*” (Ordem dos Enfermeiros, 2001 p. 8).

Contudo, para que o cliente alcance o objetivo supracitado torna-se imprescindível a prática baseada na evidência e consequentemente a tríade investigação, teoria e prática. Neste âmbito, é importante destacar que a investigação permite a melhoria da prática dos cuidados de enfermagem ao descrever, explicar e antever o fenómeno, mas também, ao contribuir com aportes que orientem o pensamento crítico dos enfermeiros, bem como, a sua tomada de decisão (Tomey, et al., 2004).

É com base nesta premissa, de que a investigação está intimamente ligada à teoria e também à prática, que a investigadora se propôs a desenvolver este estudo que se assume como um requisito imprescindível para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na especialidade de Enfermagem Avançada.

Todavia, há que salientar, que no percurso da investigação a variável da pertinência do estudo assumiu um papel preponderante na ponderação da sua realização, pois contextualizou a relevância e importância do mesmo, destacando-se que tivemos em consideração esta reflexão na fase do planeamento do projeto.

Na realidade, neste estudo em particular, a resposta para a questão da pertinência do mesmo encontra-se no facto de assistirmos ao crescente envelhecimento demográfico (Carilho, et al., 2010), que contribui para o acréscimo da incidência de doenças

degenerativas e crônicas, assumindo ambos os aspetos o papel de principais contribuintes para o aumento da incidência da dependência no autocuidado na população idosa.

Este fenómeno, característico dos países desenvolvidos, afeta particularmente a Europa prevendo-se que neste continente a população com idade superior a 80 anos aumente de 4% em 2005 para 10% em 2050, o que naturalmente se apresenta como um desafio no que concerne à prestação de cuidados de saúde (Harwood, et al., 2004). Destaca-se também a previsão efetuada na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em 2002, que prevê que “... até 2050, o número de idosos em todo o mundo avultará o número de jovens pela primeira vez na história da humanidade. Em 1950, as pessoas idosas representavam 8% da população; em 2000, representavam 10% e, segundo as projeções, até 2050, deverão corresponder a 21%. Sendo que, a maioria diz respeito à Ásia, seguindo-se a Europa, onde representam 24% da população...”.

Em Portugal, mais precisamente no Porto, os estudos comprovam uma transição demográfica ao demonstrarem a mudança de um modelo no qual a fecundidade e mortalidade eram elevadas, para outro, no qual estes indicadores decresceram, fortemente associados ao aumento da esperança média de vida e consequentemente ao envelhecimento demográfico (Carilho, et al., 2002; Carilho, et al., 2010). Por outro lado, deparamo-nos com a alteração do papel da mulher na família, que associado à diminuição do tamanho familiar, à diversidade de dinâmicas familiares e ao atual contexto sócio-económico contribuiu para a crescente institucionalização da pessoa idosa dependente no autocuidado, emergindo, a citada institucionalização, associada a inegabilidade de que a sociedade assegurou a longevidade sem preparar o cuidar direcionado às necessidades reais das pessoas idosas (Correia, 2007).

A estes dados acresce a incapacidade do Serviço Nacional de Saúde de suportar os gastos associados à crescente dependência no autocuidado da população idosa (Deloitte, 2011), sendo a referida incapacidade explicada por estudos que demonstram que as pessoas idosas dependentes no autocuidado recorrem com maior frequência a serviços de saúde, necessitando de um período de internamento e orçamento superiores para recuperarem (Dunlop, et al., 1997; Ávila-Funes, et al., 2000).

Importa igualmente referir, que a inatividade das pessoas idosas (consequência da alteração da sua capacidade funcional) provocou uma transformação na visão da sociedade acerca do mesmo, já que atualmente, esta tende a concetualizar a população

idosa como um “*peso insuportável*” para a economia das sociedades industriais (Fernandes, 2005 p. 225), contribuindo tal concepção para a perda da significação e simbolismo da última etapa do ciclo vital, uma vez que esta passa a pertencer ao domínio da não rentabilidade em termos económicos. Aprofundando o estudo acerca desta problemática, percebemos que o aumento da esperança de vida não é considerado uma variável otimista, pois é descrito na literatura como um peso destabilizador da economia, na medida em que ameaça o sistema de pensões e amplia os gastos em saúde, “... *convertendo os idosos em subprodutos não enquadráveis na economia competitiva ...*” (Fernandes, 2005 p. 226).

Enquanto enfermeira, realço que a minha prática profissional essencialmente centrada na prestação de cuidados às pessoas idosas em âmbito domiciliário, permitiu-me constatar alguns dos aspetos anteriormente citados, mas também, evidenciar que face à dependência no autocuidado e às circunstâncias da mesma os idosos adotam comportamentos distintos. Tal constatação conduziu a uma reflexão e conseqüentemente à emergência de uma questão orientadora que impulsionou o início deste percurso: Que significado atribui a pessoa idosa dependente no autocuidado à sua dependência?¹

Começamos então por efetuar a pesquisa nas bases de dados RCAAP, CINHALL, MEDLINE, COCHRANE, SCIELO, LILACS e PUBMED com as palavras-chave “Meaning of Dependency”, “Dependency”, “Activities of Daily Living” e “Nurs*” realçando-se que a pesquisa comprovou o aumento da incidência da dependência no autocuidado da população idosa que, ao emergir associada à incapacidade do Serviço Nacional de Saúde para responder às necessidades desta população e à alteração do contexto familiar e sócio-económico (Seidel, et al., 2009), contribuiu para que as pessoas idosas dependentes no autocuidado se sintam entregues a si, desamparadas e atribuam um significado à dependência no autocuidado que influencia toda a dinâmica

¹Strandberg, et al. (2001) desenvolveram um estudo centrado numa questão semelhante selecionando como participante um adulto de 50 anos internado num hospital central, e duas das enfermeiras responsáveis pela sua prestação de cuidados. Em 2002, Strandberg, et al. procuraram identificar o significado que um participante idoso internado num hospital central, a sua esposa e duas das enfermeiras responsáveis atribuíam ao cuidar dependente prestado em contexto hospitalar. Por fim, em 2003, Strandberg, et al. voltam a centrar-se na problemática do significado atribuído ao cuidar dependente todavia, selecionam como participantes enfermeiras de um hospital central situado na Suécia. Destaca-se assim, a insuficiência de estudos centrados na temática do significado que a pessoa idosa dependente no autocuidado e residente em contexto domiciliário atribui à sua dependência, o que atendendo às circunstâncias atuais, torna-se relevante.

pessoal/familiar, bem como, a qualidade de vida (Strandberg, et al., 2002; Strandberg, et al., 2003).

Comprovamos então que, apesar da reduzida investigação centrada nesta temática, os autores destacam a importância de conhecer os significados que a pessoa idosa dependente no autocuidado atribui à dependência de forma a produzir informação que permita aos enfermeiros melhorar a sua prestação de cuidados e adequar as intervenções implementadas. Ainda com base nesta pesquisa, e atendendo à perspectiva de Strandberg, et al. (2002), valerá a pena acrescentar que para o autor a enfermagem assume-se como uma profissão de excelência para manter como foco de atenção o significado atribuído à dependência no autocuidado já que o seu método de trabalho, que tem por base a relação terapêutica, garante a confiança, a empatia e a proximidade necessárias para aceder à intimidade do cliente e assim identificar as suas necessidades reais independentemente da dimensão das mesmas.

Atendendo aos aspetos supracitados, o interesse da questão orientadora - Que significado atribui a pessoa idosa dependente no autocuidado à sua dependência? - é atual, motivando-nos à investigação do fenómeno com o intuito de contribuir para a evolução da disciplina e da profissão. De facto, enquanto enfermeira, este estudo adquiriu especial pertinência pois como refere Boggatz, et al. (2007) perante a situação de doença, descrita como um processo experienciado ao longo do vital, o ser humano deve ser concetualizado como um todo, o que também implica atender à significação que o próprio atribui aos acontecimentos que vive e conseqüentemente trabalhar com o cliente e família tais significados.

Considerando que é “...*imperativo que os enfermeiros adotem uma tradição de investigação que forneça os modos mais significativos de descrever e compreender as experiências humanas.*” (Carpenter, et al., 2002 p. 3) desenvolvemos um estudo que possibilitou conhecer os significados que as pessoas idosas, a residirem no domicílio e dependentes no autocuidado, atribuem à dependência enfatizando assim a compreensão da experiência tal como é vivida, o que implica atender aos “...*aspetos dinâmicos, holísticos e individuais dos fenómenos, tentando captura-los na sua totalidade, dentro do contexto dos que os experimentam.*” (Polit, et al., 2004 p. 30).

De facto, como refere Vieira (2003) os resultados apresentados neste estudo não poderão generalizar-se à totalidade das pessoas idosas dependentes no autocuidado, até

porque cada ser humano trata-se de um ser único e irrepetível, até na relação com as suas circunstâncias e portanto, por mais plena que seja a interpretação da realidade dos participantes “...nunca será tão complexa como a realidade subjetiva de quem a vivência...” (Vieira, 2003 p. 19). Contudo, o estudo permitiu oferecer uma oportunidade de aprofundar o conhecimento da disciplina de enfermagem e melhor compreender as pessoas idosas que vivenciam situações semelhantes.

Em suma, foi com base na investigação efetuada que emergiu este documento que descreve todo o processo de investigação por nos desenvolvido e que se encontra estruturado em cinco partes: a primeira, que designamos de problemática, onde procuramos apresentar uma síntese relativa ao enquadramento teórico da dependência no autocuidado, a segunda, denominada percurso de investigação, contém o desenho do estudo, bem como, as decisões de carácter metodológico tomadas nesta etapa, a terceira que se centra na apresentação dos resultados que advêm da interpretação fenomenológica das narrativas, a quarta, na qual apresentamos a discussão dos resultados procurando refletir sobre o contributo dos mesmos para a enfermagem enquanto profissão e disciplina e, por fim, a conclusão.

2. PROBLEMÁTICA

Cuidar foi, desde sempre, uma tarefa atribuída ao ser humano já que como refere Marie Françoise Collière (2003 p.27) “... desde que existe a vida que existem cuidados porque é preciso “tomar conta” da vida para que ela possa permanecer.” reforçando-se, então, a ideia de que apenas através do cuidado prestado pelo ser humano ao outro é possível a manutenção da sobrevivência.

Com base numa análise epistemológica realizada por Orem (2001) percebemos que, enquanto disciplina, a enfermagem também se centra nas atividades de autocuidado que objetivam manter a vida saudável, mas igualmente, o crescimento e desenvolvimento do ser humano, facilitando a sua recuperação e o autocontrolo em situações de doença, como por exemplo, a gestão do regime terapêutico medicamentoso ou alimentar. A autora prossegue a sua abordagem considerando o autocuidado uma ação aprendida no contexto social e cultural no qual a pessoa se insere, descrevendo as atividades de autocuidado como “... ações executadas deliberada e voluntariamente com o objetivo de manter a saúde e o bem-estar (...)” adindo que “... face à dependência no autocuidado a necessidade da ação deriva da exigência sentida por uma pessoa e observada por outra (...) requerendo-se então, um compromisso entre ambas.” (Orem, 2001). O Conselho Internacional de Enfermagem (CIE, 2011 p. 41) também considerou o autocuidado um dos focos de enfermagem centrais definindo-o como “Ação realizada pelo próprio com as características específicas: tomar conta do necessário para se manter e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diárias.”

Não obstante, a capacidade para realizar as atividades de autocuidado é influenciada por variados fatores de caráter intrínseco e extrínseco, nomeadamente a idade, a etapa de desenvolvimento, o estado de saúde, os recursos intelectuais, os interesses, as motivações, a experiência pessoal, o consumo de medicamentos, as patologias, as sequelas associadas às patologias, o *coping* adotado e ainda a dimensão cultural (Kèrouac, et al., 1994; Orem, 2001), pelo que, podemos concluir, que nem só as limitações de caráter meramente físico contribuem para a ocorrência da dependência no autocuidado.

Mas afinal, de que falamos quando nos referimos à dependência no autocuidado? Neri (2005) define-a como a incapacidade de satisfazer as necessidades sem ajuda de

outrem devido a limitações físico-funcionais e/ou cognitivas, de maneira que as alterações associadas ao envelhecimento podem atuar como um co-fator para a emergência da dependência no autocuidado. A ideia central da definição de Neri (2005) vai de encontro à definição apresentada na Nanda International (2010 p.175) que se refere ao “*Deficit no autocuidado*” definindo-o como “*Capacidade prejudicada de desempenhar ou completar atividades por si mesmo.*”

Em bom rigor, abordar a temática do autocuidado implica aprofundar as concepções de Orem, nomeadamente em relação as Teorias do Autocuidado, do Défice de Autocuidado e dos Sistemas de Enfermagem. Todavia, destacamos a Teoria do Défice de Autocuidado a partir da qual compreendemos que, associada à incapacidade de exercer as atividades de autocuidado, emerge o conceito de cuidar dependente, definido por Orem (2001) como “... *atividades que pessoas responsáveis aceitam executar para conhecer e colmatar a necessidade de autocuidado terapêutico de pessoas socialmente dependentes.*”, ou seja, perante pessoas que apresentam um déficit no autocuidado, alguém (designado cuidador) assume a responsabilidade de responder às necessidades do dependente surgindo, deste modo, o construto cuidar dependente.

Destaca-se igualmente, associado ao conceito de cuidar dependente, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, a partir da qual constatamos que os sistemas são um conjunto de ações de planeamento/execução e avaliação que surgem como um meio para compensar as limitações no autocuidado e promover a independência (Orem, 2001). Assim, no sistema totalmente compensatório a pessoa é totalmente substituída nas suas atividades de autocuidado, enquanto no sistema parcialmente compensatório ocorre uma partilha de atividades, na medida em que, a pessoa executa as atividades que é capaz cabendo ao cuidador compensar as suas limitações, mas como se subentende a partir do texto, o cuidador apenas compensa o que a pessoa não é capaz de concretizar sozinha.

Por fim, a autora destaca o sistema de apoio e educação no qual a pessoa é capaz de executar as atividades de autocuidado, mesmo que essa capacidade apenas possa ser concretizada no futuro, ou seja, a pessoa apresenta potencial de autonomia mas necessita de apoio para regular o desenvolvimento do autocuidado através de intervenções como ensinar, instruir, treinar e motivar, sendo evidente que perante a ausência de potencial, também neste sistema, é imprescindível o cuidar dependente para substituir a pessoa até que ela possa executar as atividades de autocuidado por si. Neste

sistema, a pessoa dependente constrói a sua independência ao adquirir a capacidade de executar as atividades de forma distinta da anterior (Orem, 2001).

Redirecionando-nos novamente, para o estado da arte relativamente à problemática em estudo, tornou-se evidente que na atualidade é consensual a existência de uma hierarquia em relação à aquisição da capacidade para executar as atividades de autocuidado autonomamente enquanto criança, mas igualmente, no que concerne à ocorrência da dependência na população idosa. Neste âmbito, Dunlop, et al. (1997) desenvolveram um estudo que comprovou que na pessoa idosa a dependência no autocuidado ocorre de acordo com a sequência: andar, tomar banho, transferir-se, vestir-se, usar o sanitário e alimentar-se. Todavia, Dunlop compara os dados obtidos no seu estudo, com os resultados do estudo de Katz, et al. (1963) concluindo que ocorrem variações na sequência apresentada relativamente à emergência da dependência no autocuidado, pois segundo Katz, et al. (1963) a dependência em transferir-se ocorre posteriormente à dependência em vestir-se e usar o sanitário. Parece, contudo, que tais distinções emergem associadas ao facto das limitações funcionais na população idosa iniciarem-se ao nível dos membros inferiores e apenas posteriormente nos membros superiores.

Dunlop, et al. (1997) prosseguem a análise afirmando que enquanto crianças adquirimos as funções mais simples e, mais tarde, as mais complexas ocorrendo na população idosa um padrão de regressão inverso, ou seja, inicialmente verifica-se dependência nas atividades mais complexas como andar e tomar banho. Contudo, ao analisamos a sequência apresentada constatamos, uma vez mais, que o andar é descrito como a primeira atividade na qual se verifica dependência. Na verdade, facilmente concluimos que perante a dependência no andar a pessoa idosa acaba por tornar-se dependente nas demais atividades já que andar assume-se como um componente fundamental para a capacidade de execução do tomar banho, transferir-se, vestir-se, usar o sanitário e comer. Por outro lado, os mesmos autores também concluem que a dependência no autocuidado na pessoa idosa apresenta diferenças de acordo com o género, pois as mulheres apresentam dependência em idades precoces comparativamente com os homens, apesar de falecerem mais tardiamente.

Em suma, atendendo às circunstâncias atuais, às projeções referidas no capítulo da introdução e à importância do autocuidado na prática de enfermagem, parece-nos

fundamental que os enfermeiros detenham conhecimento sobre a aplicação prática dos conceitos teóricos abordados neste capítulo, para que através da aplicabilidade dos mesmos contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e conseqüentemente promovam o bem-estar do cliente/família.

Todavia, como bem refere Boggatz, et al. (2007) promover a autonomia da pessoa idosa, quer pela sua reaquisição quer pela reconstrução, carece de conhecer as necessidades e potencialidades da pessoa, mas igualmente, o significado atribuído à dependência no autocuidado já que a significação atribuída modela a ação do sujeito, destacando-se assim, uma vez mais, a pertinência do estudo.

3. PERCURSO DE INVESTIGAÇÃO

A metodologia a utilizar encontra-se dependente da natureza do problema contido, na metodologia qualitativa são exploradas áreas acerca das quais o conhecimento é reduzido, ou então, fenómenos associados ao pensamento, às emoções e aos sentimentos dos participantes (Carpenter, et al., 2002; Denzin, et al., 2005). Atendendo ao supracitado, e ao facto de que pretendíamos conhecer o significado que a pessoa idosa dependente no autocuidado atribui à sua dependência, recorreremos a uma abordagem de carácter qualitativo (Denzin, et al., 2005).

Aprofundando a questão da metodologia, optamos pelo método da fenomenologia hermenêutica pois pretendíamos estudar a experiência humana da dependência no autocuidado, na sua vivência individual, com vista à descrição rigorosa do significado atribuído ao fenómeno da dependência no autocuidado, tal como este se manifesta, sem o explicar ou identificar as suas relações causais (Carpenter, et al., 2002; Denzin, et al., 2005).

Neste âmbito, é de realçar que os enfermeiros prestam cuidados tendo em conta uma visão holística do cliente e portanto submergindo nas experiências vividas tal como se apresentam na vida quotidiana. Desta forma, a fenomenologia é adequada ao estudo dos fenómenos importantes para a prática de enfermagem, pouco aprofundados na literatura tal como o significado atribuído pela pessoa idosa à dependência no autocuidado, pois ao permitir a reflexão e apreensão acerca da forma como as pessoas sentem, pensam e interagem no quotidiano, contribuí para mudanças no agir e para a construção de um saber próprio da Enfermagem enquanto disciplina (Moustakas, 1994; Leininger, 1998; Cohen, et al., 2000; Denzin, et al., 2005).

De facto, desde Nightingale que as teóricas de enfermagem discutem a importância de compreender as necessidades percebidas pelos clientes mas, atendendo a que cada cliente é único, apenas o próprio pode revelar os significados que atribui aos acontecimentos vividos e que por sua vez (in)conscientemente modelam a sua ação (Cohen, et al., 2000).

Gadamar (1989) citado por Cohen, et al. (2000 p. 5) descreve a fenomenologia hermenêutica como: “...research into how people go about understanding the world in which they live. And his interest is not in the structure of phenomena but in how the phenomena are interpreted.” Reforçando ainda, que no método da fenomenologia

hermenêutica, o objeto de pesquisa assume-se: “... *how people interpret their lives and make meaning of what they experience...*” (Cohen, et al., 2000 p. 5), pelo que a descrição do fenômeno ocorre associada à sua interpretação (Spíndola, 1997; Frid, et al., 2000).

Não obstante, Cohen, et al. (2000); Frid, et al. (2000) e Carpenter, et al. (2002) defendem que o que é experienciado por uma pessoa não pode ser transmitido, com a mesma fiabilidade, por outra, a não ser pela narrativa². Assim, na fenomenológica hermenêutica a principal fonte de informação é a narrativa, já que será através dela que o investigador procura “entrar” no universo do participante acedendo às suas experiências, bem como, aos significados atribuídos às mesmas. Neste âmbito, a entrevista assume um papel duplo, pois permite compilar material narrativo que enriquecerá o entendimento dos fenômenos humanos, mas também, contribuir para o desenvolvimento da reflexão e interpretação sobre o significado de uma experiência vivida pelo narrador (Cohen, et al., 2000).

3.1. Questão de investigação

A questão de investigação deve identificar, delimitar e clarificar o fenômeno em estudo atuando como guia de orientação que associado à flexibilidade e liberdade do investigador na exploração do fenômeno permite conduzir todo o processo de tomada de decisão (Carpenter, et al., 2002; Fortin, 2003).

Atendendo à temática investigada e ao reduzido número de estudos que abordavam o significado que a pessoa idosa dependente no autocuidado atribui à dependência, a investigadora optou por uma questão mais abrangente que permitiu explorar o problema sem restrições (Fortin, 2003; Denzin, et al., 2005).

Assim, formulamos a seguinte questão de investigação:

Quais os significados que a pessoa idosa a residir no domicílio e dependente em pelo menos uma atividade de vida diária atribui à dependência no autocuidado?

²Cohen, et al. (2000); Frid, et al. (2000); Carpenter, et al. (2002) e Denzin, et al. (2005) realçam a distinção entre narrativa e história afirmando que a narrativa consiste no relato de acontecimentos/sentimentos vivenciados pelo narrador enquanto a história não é necessariamente relatada pelo próprio. Cohen, et al. (2000) destacam ainda a ideia de que cada narrativa deve ser interpretada com base no todo: a pessoa, a família, o ambiente e a comunidade.

3.2. Participantes do estudo

Tratando-se o método de investigação da fenomenologia hermenêutica os participantes foram “...selecionados de forma intencional de acordo com a sua experiência, cultura, interação social ou fenómeno de interesse com o intuito de aumentar a possibilidade de encontrar informações precisas sobre o fenómeno.” (Polit, et al., 2004 p. 31). Cohen, et al. (2000) também abordam a questão da seleção dos participantes referindo que o investigador deve selecionar aqueles que detenham conhecimento específico e profundo acerca do fenómeno que se pretende estudar pois, só assim, será possível proceder ao estudo na primeira pessoa.

Como tal, com base na questão de investigação, foram selecionados intencionalmente os participantes do estudo que obedeciam aos seguintes critérios de inclusão:

- ✓ Idade igual ou superior a 80 anos;³
- ✓ Residir no domicílio e na cidade do Porto;³
- ✓ Dependente em pelo menos uma atividade de vida diária, sendo aplicado o instrumento desenvolvido por Duque em 2009 para avaliar a dependência no autocuidado;
- ✓ Utente de um serviço de apoio domiciliário, por conveniência da investigadora;
- ✓ Capacidade de comunicar verbalmente;
- ✓ Aceitar a audiogravação da entrevista e expressá-lo por escrito através do consentimento informado.

Importa realçar que não foi definido período temporal a partir do qual se mantém a dependência no autocuidado, uma vez que, através da revisão da literatura não foi possível obter dados indicativos do período temporal adequado.

³O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004) considera pessoas idosas os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos. A World Health Organization (WHO) em 2002 também elegeu a expressão “*Pessoas idosas*” para se referir a indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, nos países desenvolvidos. Contudo, destaca-se a previsão de que em 2025 existirão mais de 1,2 bilhões de pessoas com idade superior a 60 anos, dos quais as pessoas idosas com 80 ou mais anos constituirão o grupo etário de maior crescimento, concentrando-se aproximadamente 75% dessas pessoas nos países desenvolvidos (WHO, 2001). Assim, atendendo às atuais mutações demográficas em Portugal, mais evidentes na cidade do Porto (Carilho, et al., 2010), e face à previsão do acréscimo do número de pessoas idosas na faixa etária superior ou igual a 80 anos, optamos por selecionar participantes residentes nesta cidade e incluídos na referida faixa etária.

Ao longo de todo o relatório apenas serão expostos os dados de caracterização apresentados na Tabela 1 - Caracterização da situação dos participantes, considerando o respeito pela garantia da confidencialidade e do anonimato. Destaca-se ainda, que para facilitar a análise hermenêutica dos dados colhidos foi associado um nome próprio a cada participante que igualmente por questões éticas não corresponde ao seu nome real.

Tabela 1 - Caracterização da Situação dos Participantes

Nome Fictício	Júlia	Emília	Amélia	António	Manuel
Idade	91	85	84	83	81
Estado Civil	Viúva	Viúva	Viúva	Casado	Casado
Causa da dependência no autocuidado	Patologia osteoarticular	Complicações após cirurgia: artroplastia total da anca	Intolerância à atividade por patologia cardíaca/ patologia osteoarticular	Acidente Vascular Cerebral	Acidente Vascular Cerebral
Cuidador informal	Filho	Filha	Filha	Esposa	Esposa
Elementos do Agregado familiar	2	4	3	2	2

3.3. Procedimentos de colheita de dados

A colheita de dados baseou-se na entrevista não estruturada, observação e notas de campo já que estes procedimentos permitem facilitar a expressão dos pontos de vista do participante e consequentemente conhecer os significados atribuídos a dependência no autocuidado (Carpenter, et al., 2002; Denzin, et al., 2005).

Anteriormente à realização da entrevista foi fornecida informação sobre os objetivos do estudo e solicitada a autorização formal a dois serviços de apoio domiciliário no sentido de possibilitar o acesso aos participantes.

Depois de selecionados os participantes, realizámos contato telefónico com os mesmos com os objetivos de apresentar a investigadora, informar acerca do intuito do estudo em questão, solicitar colaboração e agendar data e horário da entrevista.

As entrevistas foram realizadas no domicílio dos participantes após clarificarmos, presencialmente, os objetivos do estudo, os procedimentos de colheita de dados e solicitamos a assinatura do documento que formaliza a autorização para gravação integral em áudio das entrevista e publicação do estudo, assegurando aos participantes o respeito pela confidencialidade e anonimato. Posteriormente procede-mos à transcrição integral das entrevistas, constituindo-se assim, o *verbatim* que se assumiu como o corpus de análise.

3.4. Procedimento de análise dos dados

Inicialmente foram realizadas várias leituras simples do *verbatim* com o objetivo de promover a interiorização das temáticas narradas pelos participantes e repensar⁴ no significado implícito.

Todavia, ao empregarmos o método da fenomenologia hermenêutica assumimos que o objetivo da análise dos dados é a descrição ampliada que captura com precisão e comunica o significado da experiência. Falamos da análise das partes para compreender melhor o todo e, após a compreensão do todo, uma análise aprofundada das partes, ou seja, a utilização do círculo hermenêutico como procedimento de análise dos dados, mantendo-se contudo, sempre presente, que cada afirmação deve ser considerada com base no contexto no qual a vivência do eu se desenrola (Cohen, et al., 2000).

Como tal, para proceder à análise dos dados começamos por clarificar a narrativa pela união de tópicos idênticos, eliminação de dispersões, melhoria da linguagem (sem modificar o significado expresso) e determinação da direção da narrativa. Posteriormente, foi efetuada uma análise linha-a-linha a partir da qual imergiram temas mais abrangentes que foram agrupados de forma a construir um fio condutor que possibilitou a descrição e interpretação da narrativa (Cohen, et al., 2000).

Após a análise procedeu-se à validação da interpretação junto dos participantes.

⁴Concordamos com a perspectiva de Cohen, et al. (2000) pois a análise dos dados inicia-se aquando da sua colheita já que durante a própria entrevista pensámos no significado dos construtos utilizados pelo participante, o que nos leva a empregar, nesta fase inicial da análise dos dados, o conceito repensar.

4. OS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS À DEPENDÊNCIA

No sentido de evitar a mera descrição dos temas e subtemas emergentes, e portanto, de evitar a simples exposição dos significados que o a pessoa idosa dependente em pelo menos uma atividade de vida diária e residente no domicílio, na cidade do Porto, atribuiu à dependência no autocuidado apresentamos, neste capítulo, as ideias-chave a partir das quais surgiu o fio condutor que orientou o desenvolvimento de todo o percurso de investigação.

Assim, após a interpretação das narrativas pareceu-nos possível organizar o *verbatim* dos participantes em cinco grandes temas - comprometimento da dignidade humana; sentir-se preso no interior de um corpo inútil; ser afetado pela dependência no autocuidado; apagando-se a razão de viver e sentir-se importante para o outro - que, imediatamente abaixo, passamos a apresentar de forma mais detalhada com o intuito de facilitar a sua compreensão.

Importa uma vez mais realçar que, no texto que se segue, utilizamos expressões dos participantes que contribuíram para a reflexão e interpretação sendo, às mesmas, atribuído um nome próprio que por questão éticas associadas ao anonimato não corresponde ao nome real dos participantes que proferiram a expressão em causa.

4.1. Comprometimento da Dignidade Humana

Pela interpretação das narrativas evidenciamos que perante a dependência no autocuidado emergiu a necessidade de identificar um prestador de cuidados⁵ informal⁶ e/ou formal⁷ que assumisse a responsabilidade de responder às necessidades da pessoa idosa dependente. Face ao supracitado, Júlia descreveu que, no seu caso, a seleção do

⁵O Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) (2011 p.115) define o prestador de cuidados como “... indivíduo que assiste na identificação, prevenção, ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente.”.

⁶O prestador de cuidados informal é definido como “ (...) *legião de cônjuges, filhos e filhas, noras e genros, sobrinhos e netos, amigos, membros de identidades paroquiais e de serviços que se dispõem, sem formação profissional de saúde a dar aos doentes, sob sua responsabilidade, os cuidados indispensáveis tendo como sua maior arma a disponibilidade e boa vontade.*” (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006).

⁷O prestador de cuidados formal é definido como “... *pessoas que asseguram os cuidados a pessoas com dependência nas atividades de vida diárias mediante uma remuneração e que estabelecem a ponte entre o indivíduo, a família e os cuidados de saúde da comunidade.*” (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006).

prestador de cuidados baseou-se na obrigação do mesmo exercer esta função, bem como, no facto de não existirem outras opções devido a questões de carácter económico: *“Quem mais haveria de cuidar de mim? Eu também cuidei do meu filho durante muito tempo, agora é a vez dele. (...) tinha de ser assim, não há dinheiro para pagar a alguém para estar aqui ... sempre comigo, e para o lar eu também não quero ir... tinha de ser ele.”* Emília também abordou este aspeto afirmando que a pessoa selecionada para exercer o papel de prestador de cuidados foi a filha, devido a variados fatores como o sexo, a coabitação, o parentesco e ainda a capacidade deste elemento do agregado familiar para exercer este papel devido às competências adquiridas em contexto laboral: *“Quem cuida de mim é a minha filha (...) sabe como é, os outros são homens e para as mulheres do meu tempo é assim... mulheres é que cuidam de mulheres e depois, verdade seja dita, ela é minha filha como eles, mas como mora aqui comigo é mais fácil (...) e depois, sabe...também ficou ela porque ela trabalha a cuidar de velhos como eu, ela sabe dar-me as voltas que é preciso”.* Manuel também relatou ter vivenciado a necessidade da família de selecionar um prestador de cuidados, afirmando que, no seu caso, tal necessidade foi inevitável já que o acidente vascular cerebral acarretou sequelas que, por sua vez, conduziram à incapacidade de executar as atividades de vida diárias autonomamente. Assim, na perspetiva de Manuel, a seleção do prestador de cuidados baseou-se na volição da esposa para exercer este papel, mas igualmente, na obrigação social e moral associada aos laços provenientes do casamento, o que ilustrou quando disse: *“... ela não sabia no que se ia meter quando começou a cuidar de mim, mas foi ela que quis... porque é minha esposa e quando a gente casa é para ficarmos juntos (...) na saúde e na doença...todos os dias das nossas vidas”.*

Uma segunda questão que se destacou nas narrativas prendeu-se com o facto de anteriormente ao exercício do papel de prestador de cuidados já se evidenciar uma relação entre prestador e recetor, relação essa, que se manteve após o exercício do papel e que influenciou a relação entre os intervenientes, pois como narrou Amélia: *“Eu e a minha filha nunca nos demos muito bem... e agora que é ela que cuida de mim, piorou, estamos sempre pegadas porque ela pensa que manda em tudo e que eu tenho de fazer o que ela manda... é que até parece que ela é que sabe o que é bom para mim.”*

Investigando as narrativas percebemos que as atitudes do prestador de cuidados - também influenciadas pelas características da relação entre cuidador e recetor,

contribuíram para um dos significados que o que a pessoa idosa dependente no autocuidado atribuiu à dependência, que tematizámos como comprometimento da dignidade humana⁸ e que iremos aprofundar seguidamente.

De facto, a literatura demonstra que atender à dignidade humana⁹ do outro implica respeitá-lo e honra-lo como pessoa única que é, o que nos permite concluir que os participantes - independentemente de serem pessoas idosas dependentes no autocuidado - tal como os restantes seres humanos, necessitam de se sentir pessoas e não um mero objeto de cuidados sujeito à despersonalização e humilhação resultante do cuidado que desrespeita o seu estatuto de pessoa.

Michel Renaud (2004 p.206), baseando-se nas concepções de Kant acerca da dignidade humana, considera que “... o fundamento da dignidade humana repousa no facto de o ser humano ser pessoa.” e acrescenta que ser pessoa implica a capacidade de exercer a razão mas igualmente a capacidade de reconhecer o outro como alguém merecedor de respeito. Sob o ponto deste autor (Michel Renaud, 2004 p. 207), “... são os outros que mantêm determinado ser na sua dignidade de pessoa, pelo facto de o tratarem como tal.” e portanto “... a dignidade dum pessoa encarna-se no respeito que recebe dos outros”. Importa ainda destacar a perspetiva de Gallagher, et al. (2008 p.3) que ao citar Shotton, et al. (1998) afirma “... dignity in relation to the interplay between capabilities and circumstances, pointing out that we tend to lack dignity when we find ourselves in inappropriate circumstances, when we are in situations where we feel foolish, incompetent, inadequate or unusually vulnerable.”.

Atendendo à abordagem supracitada, e aprofundando a interpretação dos resultados, há que realçar que os participantes do estudo referiram que perante a

⁸ A North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (2010 p.207) define o diagnóstico de enfermagem “Risco de dignidade humana comprometida” como “... risco de perda percebida de respeito e honra.” descrevendo como fatores de risco para a emergência do diagnóstico: “a estigmatização, a exposição do corpo, a humilhação percebida, a incongruência cultural, a intromissão pelos médicos percebida, a invasão percebida da privacidade, a participação inadequada na tomada de decisão, a perda de controlo sobre as funções corporais, as revelações de informações confidenciais, o tratamento desumano percebido e o uso de termos médicos não definidos”.

⁹Na sua filosofia, Kant (2001) aborda o conceito de dignidade, clarificando que coisas e seres que têm um preço são substituíveis e como tal, não têm dignidade. Contudo, aquilo que não tem um preço, e portanto não é substituível nem pode servir de meio para alcançar um fim, tem fim em si mesmo, e consequentemente, tem dignidade.

dependência no autocuidado o cuidador formal e/ou informal optou por decidir pela pessoa idosa dependente, com base no que lhe pareceu corresponder ao ideal, ou seja, emergiu o subtema da não participação na tomada de decisão sobre si, manifestando-se então, a diminuição do respeito pelo princípio da autonomia. Emília ilustrou este subtema ao relatar: “... até para tomar banho é às horas que ela quer, porque ela diz vamos tomar banho... ela manda e eu obedeço... nem me pergunta nada, mas que hei-de fazer, se tem de ser...tomo. A verdade é que a gente quando está nesta situação parece que não sabe nada e que eles é que sabem tudo o que é melhor para mim”. Emília prosseguiu a narrativa referindo que anteriormente à dependência no autocuidado não atribuía o devido valor à capacidade de executar as atividades autonomamente e decidir sobre as “pequenas coisas da vida” como a alimentação ou o vestuário, mas que após a dependência no autocuidado percebeu o quanto estes aspetos são fundamentais para o seu bem-estar referindo, uma vez mais, a sua não participação na tomada de decisão sobre aspetos relacionados consigo: “Que hei-de fazer, eu quero uma roupa e ela veste-me outra, eu quero comida e ela só me dá sopa (...) ela diz que isto é o melhor para mim mas queria eu poder fazer tudo sozinha e ela via o que era melhor para mim... ai que a gente quando pode fazer tudo sozinha nem dá valor a estas coisas da vida... nem pensa como um dia nos vão fazer falta.” Manuel também descreveu sentir-se à margem das decisões sobre si ao narrar: “Sinto falta de liberdade, de liberdade de movimentos (chora), de ser livre e decidir se vou para aqui, para ali, para acolá sem ter de ir para onde me levam.”

Em síntese, evidenciamos que face à dependência no autocuidado da pessoa idosa dependente assistiu a uma diminuição da sua participação na tomada de decisão sobre si, o que percecionou como perda do respeito pela sua autonomia de modo que este subtema contribuiu para a emergência do tema comprometimento da dignidade humana.

No seguimento da interpretação dos dados compreendemos que como consequência da dependência no autocuidado emergiu a necessidade do prestador de cuidados formal e/ou informal destapar o corpo da pessoa idosa dependente com a finalidade de assegurar a prestação de cuidados ao corpo, o que acarretou o aparecimento do subtema violação da privacidade.¹⁰

¹⁰Segundo Loch (2003) o conceito de privacidade pode ser considerado segundo duas perspetivas distintas: a primeira que se centra no controlo que o individuo exerce sobre o acesso dos outros a si (envolvendo questões

Na verdade, os participantes descreveram o ato de destapar como um atentado à privacidade do evento mas igualmente à privacidade física, principalmente quando o destapar ocorreu no âmbito dos cuidados associados à higiene corporal e eliminação, já que relacionado com o referido ato surgiu a necessidade de expor zonas íntimas - nomeadamente a região genital nos homens à qual acresce a região mamária nas mulheres - associando-se à exposição a necessidade de tocar os referidos locais - pois é através do toque que o cuidar se materializa - de maneira que o corpo da pessoa idosa dependente tornou-se, de certa forma, “propriedade do cuidador” que tapa e destapa, sem consultar o participante, consoante as necessidades da prestação de cuidados.

Sabemos que para as pessoas idosas dependentes no autocuidado a prestação de cuidados associados à higiene corporal e à eliminação é fundamental para o bem-estar dos mesmos, contudo tais cuidados implicam a exposição corporal associada ao toque tornando-se imprescindível a manutenção de uma distância íntima entre recetor e cuidador. Amélia descreveu a vivência da exposição corporal associada aos cuidados de higiene prestados diariamente pelo cuidador formal, relatando: *“Só de a ver entrar pela porta e saber que me vai tirar a roupa toda e ainda ouvir... ande lá...tem de ser... Eu já tremia toda, só de pensar, já me vai despir toda (...) mas eu não posso (...) ela faz isso porque tem de fazer...é para isso que lhe pagam... e é para o meu bem ... mas custa”*. Pela expressão verbal de Amélia compreendemos que apesar do ato de destapar atentar a privacidade do evento e a privacidade física é, ao mesmo tempo, um ato que Amélia percebe como legítimo já que perante a dependência no autocuidado - e consequentemente a diminuição na capacidade de executar os cuidados de higiene - tal ato passa a dotar-se de uma finalidade relacionada com a sua substituição nas atividades de vida diária e, em última instância, com a manutenção do seu bem-estar. Manuel também legitimou o ato de o destaparem já que a dependência no autocuidado provocada pelo acidente vascular cerebral o impede de se autocuidar. Contudo, referiu vergonha de expor o corpo, tal como comprova a expressão: *“O AVC tirou-me os movimentos e como já não posso tomar banho sozinho... olhe tem de ser ... mas isto*

associadas ao sigilo e ao anonimato) e a segunda que se refere à privacidade enquanto estado de intimidade (associada à privacidade do estilo de vida, da personalidade e do evento). Neste estudo, destaca-se a importância da privacidade do evento que à luz de Sacardo, et al. (2000); Leino-Killpi, et al. (2001) e Lopes (2006) significa que em determinadas atividades de autocuidado como tomar banho ou usar o sanitário a privacidade adquire um valor primordial, e portanto, deve ser tida em consideração de acordo com as necessidades do cliente.

custa muito, porque a gente não está habituada a ficar sem roupa à frente de quem mal conhece e depois ter de mostrar aquilo que a gente só mostra a quem confia. Eu sou homem, mas até lhe digo, tenho muito desgosto e vergonha... no início até tentava tapar o que podia... até eu não gostava de ver como eu estava... parecia um torto... estava todo torto... e depois é tapa e destapa e ninguém me diz nada... ao menos perguntavam-me como eu quero que um homem não é um bicho.”

Na realidade, como bem refere, Manuel não estava adaptado a “isto” pois a interação inerente ao processo de socialização incutiu-lhe valores sociais que norteiam o seu comportamento na sociedade em que se insere, de modo que para Manuel destapar-se, expondo-se a outrem com quem não mantém laços de afinidade, descreve um comportamento socialmente reprovável pelo desrespeito dos valores sociais e morais impostos.

Por outro lado, na narrativa de Manuel emergem manifestações de pudor¹¹ associadas à exposição de zonas íntimas - “*tentava tapar o que podia*” - que exprimem o esforço efetuado para tapar o corpo evitando expô-lo ao outro, mas também, a si próprio pela alteração da sua imagem corporal. De facto, o pudor associado à exposição corporal também se trata de uma ideia abordada na narrativa de Emília, que ilustrou quando disse: “... *eu não estou habituada a estar sem roupa a frente de ninguém ... só do meu marido e do médico... e enquanto eu puder tomo banho de cuecas e ninguém as tira... quando eu não puder tenho de me sujeitar...pois que remédio tenho eu. Aí, eu não sou a mesma (chora) ... eu olho-me ao espelho e não vejo a mesma mulher... é verdade”*.”

Júlia distingue-se da ideia supracitada pois descreveu a exposição corporal como algo inevitável, devido à dependência no autocuidado, verbalizando a aceitação da exposição corporal quando a mesma tem a finalidade de proceder à prestação de cuidados de higiene e eliminação: “*Tem de ser... tem de ser, e eu até tento ajudar no*

¹¹O Dicionário da língua portuguesa contemporânea (2001) define “pudor” como “*Sentimento de vergonha ou timidez causado por algo que fere a sensibilidade ou moral de uma pessoa; mal-estar causado pela nudez (...); atitude de uma pessoa que esconde sentimentos ou emoções por modéstia e recato.*” Cunha, et al. (2002 p.63) refletem sobre a definição citada e acrescentam “*A vergonha assume, assim, uma função protetora da intimidade, tornando-se barreira útil e necessária que impede a exposição aos olhos dos outros da intimidade da pessoa.*”

que posso... não há nada a fazer, até eu morrer tem de ser e com o tempo a gente habitua-se”.

Assim, com base nas narrativas, reforça-se a ideia de que a exposição corporal da pessoa idosa, mas também a forma como se procede à exposição, contribuiu para a violação da sua privacidade pois, para alguns participantes, é percebida como uma invasão o que acaba por cooperar para o comprometimento da dignidade humana.

As pessoas idosas dependentes no autocuidado que participaram neste estudo realçaram também o desrespeito pela sua identidade da pessoa idosa, o que se manifestou através do tratamento infantilizante. Neste âmbito, Júlia relatou a sua vivência referindo: “... *tratam-me como se eu fosse um cachopo... e aborrece-me tanto, aí ... aborrece-me tanto*”. António também relatou o seu ponto de vista acerca da temática referindo: “... *até pareço um bebé nas mãos deles ... agora tem de ir para a cadeira e põem-me lá, agora tem de comer e dão-me a comida, agora tem de tomar banho...sabe, já não sou a mesma pessoa... até parece que o filho sou eu*”. Emília também realçou esta ideia narrando: “... *é como eu digo, cuidar de mim é quase como cuidar de um filho pequeno que começa a chorar e a mãe deixa o que esta a fazer e vai ver o que se passa, é assim ... mas a gente tem de chamar porque não está bem e sozinha também não se pode por melhor, mas a minha filha diz que eu pareço um bebé e tem razão... é por isso que me trata como um bebé, porque também não posso fazer nada (...) olhe, é como digo, a gente é bebé duas vezes na vida.*” A comparação expressa por Emília tem razão de ser já que à semelhança do que acontece no da vida humana, também na terceira e quarta idades emerge a necessidade de substituir a pessoa idosa na execução das atividades de vida diárias, tal como, se substitui o recém-nascido o que nos leva a recordar a expressão: “... *é como digo, a gente é bebé duas vezes na vida...*”, mas também a relembrar Fonseca (2006 p.80) que baseando-se num estudo de Baltés e Smith (2003) realçar que “... *viver mais tempo parece ser um fator de risco acrescido para a dignidade humana, o que reflete a necessidade de avaliar a velhice como um período da existência humana que comporta em si mesmo desafios e dilemas.*”

Todavia, neste estudo, as conceções acerca da substituição da pessoa idosa e da criança divergem pois apesar de em ambos os casos nos referirmos à substituição na execução das atividades de vida diárias, no caso da dependência no autocuidado na

pessoa idosa esta possuiu uma identidade que construiu ao longo da sua vivência e que é desrespeitada pelo tratamento infantilizante a que é submetido. Em bom rigor, é certo que em ambos os casos falamos da prestação de cuidados ao corpo e da substituição de algumas funções mecânicas do mesmo devido à dependência no autocuidado, contudo no caso específico da pessoa idosa, esta assiste ao desrespeito da sua identidade já que é negligenciada a sua individualidade, ou seja, aquilo que o torna o que é, um ser único.

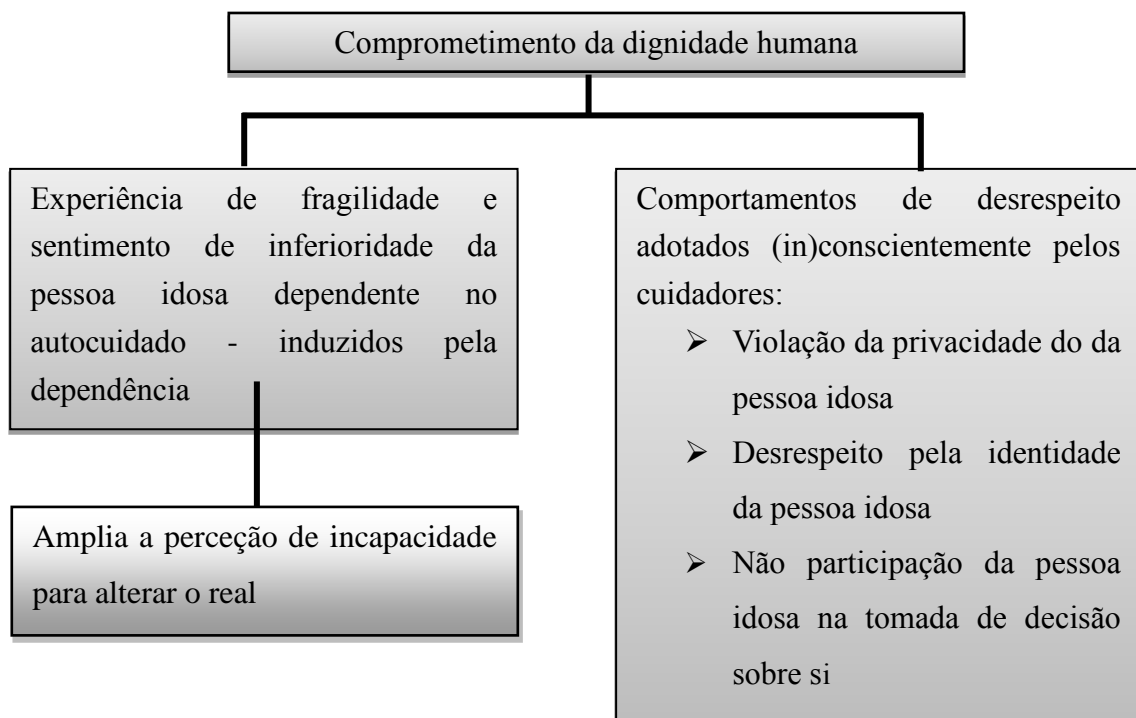
Não obstante, é a experiência de fragilidade vivenciada pelos participantes do estudo que - associada ao sentimento de inferioridade - obriga a que se submetam a cuidados que comprometem a sua dignidade. Esta ideia foi narrada por Emília quando referiu: “... sabe como é... sou uma aleijada e os aleijados não têm querereres”. Manuel também narrou que o facto de se sentir frágil e diminuído contribui para que se submeta às ordens dos cuidadores quando referiu: “ ... fosse eu como eu era e eles viam quem havia de mandar nesta casa, mas quê... Deus pôs-me um torto ... um fraco ... tenho de me sujeitar... (...) sinto-me diminuído, sinto-me menos do que aquilo que me sentia quando podia fazer tudo sozinho. Não é fácil viver assim a depender da boa vontade dos outros.”.

Em suma, a diminuição do respeito pela autonomia dos participantes manifestou-se na não participação na tomada de decisão sobre si que, por sua vez, contribuiu para que a pessoa idosa dependente no autocuidado vivencia-se a perda percebida de respeito. A exposição corporal também cooperou para o sentimento manifestado pela pessoa idosa de que se tratava de um objeto de cuidados, propriedade do cuidador, que assistia à invasão da sua privacidade, emergindo através desta manifestação o subtema da violação da privacidade. Por outro lado, a dependência no autocuidado também contribuiu para que os participantes fossem sujeitos a um tratamento infantilizante o que coadjuva no desrespeito da sua identidade já que são desvalorizadas as suas características individuais.

Percebemos então, que apenas é valorizada a dimensão física da pessoa idosa dependente no autocuidado (no sentido da prestação de cuidados direccionados ao corpo) associada à desvalorização da autonomia – enquanto autodeterminação - da privacidade e da identidade da pessoa idosa, o que convergiu para a emergência do tema comprometimento da dignidade humana. Quer isto dizer, que os participantes do estudo se sentiam expostos e dependentes de um cuidar desumanizado que os “coisifica”,

transformando-os num objeto que perdeu as suas características pessoais e individuais e que como consequência é desrespeitado. Todavia, a experiência de fragilidade associada ao sentimento de inferioridade também amplia a percepção de incapacidade para alterar o real.

Ilustração 1 – Tema 1: Comprometimento da dignidade humana.



4.2. Sentir-se preso no interior de um corpo inútil

O diagnóstico de enfermagem “*deficit no autocuidado*” define-se como um obstáculo à capacidade da pessoa idosa dependente responder, por si só, às suas necessidades básicas e instrumentais, emergindo (como referido anteriormente) a indispensabilidade de um cuidador que possa satisfazer tais necessidades essenciais à sobrevivência do ser humano.

Assim, para os participantes do estudo, associada à dependência no autocuidado emergiu a diminuição do ser humano na capacidade de poder executar as suas atividades, surgindo a carência da presença de um cuidador. Esta facto, por sua vez, contribuiu para a consciencialização da pessoa idosa dependente acerca da dependência de outrem e portanto para a necessidade da vivência de uma transição¹² para o cuidar dependente já que o cuidador formal/informal passa a executar as atividades que anteriormente a pessoa idosa executava autonomamente. Júlia ilustrou o aspeto supracitado ao referir: “... *eu fazia tudo para os meus netos (...) e agora já não faço nada (...) o corpo já não me deixa (...) agora outros fazem por mim o que eu fazia*”. Ao refletir sobre as suas vivências Amélia também realçou: “*Agora estou para aqui, sem poder fazer nada daquilo que eu fazia...porque eu fazia tudo em casa, mas que hei-de eu fazer ... aguentar, aguentar porque já não posso fazer nada (chora)*”. Manuel também abordou este aspeto narrando: “*Sinto-me diminuído, gostava de poder voltar a fazer todo o que fazia mas o corpo não me deixa... e pronto, estou para aqui.*” António, ao referir-se à mesma temática, salientou: “*Eu tinha muitas funções na associação cultural e agora... agora já não sou ninguém (...) não posso fazer nada (...) ou outros é que tratam de tudo*” acrescentando-se que também Emília afirmou: “*Quem eu era e quem eu sou (...) eu que não estava parada nem 5 minutos porque cuidava de tudo... até nesta casa e agora ... que remédio... tenho que estar parada (...) não posso fazer nada*”.

Assim, apesar do corpo da pessoa idosa dependente no autocuidado representar a sua realidade, ou seja, a sua existência enquanto ser vivo que é, a dependência no

¹²O conceito de transição é definido por Meleis (2010) como “... *passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro... (associada) a mudança no estado de saúde, nos papéis relacionais, nas expectativas, ou nas habilidades.*”, ou seja, a transição acarreta mudanças nos significados básicos a respeito de si e do outro, bem como, mudanças no comportamento pessoal.

autocuidado impulsionou a que as respostas do corpo se alterassem na totalidade, impedindo a pessoa idosa de executar as atividades que até então pertenciam ao âmbito da sua atuação na família e na sociedade. Sem dúvida que o corpo atribui à existência humana um caráter real, mas pela interpretação dos narrativas emergiu que os participantes do estudo sentiam-se presos no interior de um corpo inútil já que a causa da dependência no autocuidado alterou a capacidade funcional impedindo o corpo de obedecer às ordens enviadas pelo cérebro e conseqüentemente obrigando a pessoa idosa a manter-se preso no próprio corpo, de acordo com os limites da funcionalidade do mesmo.

Assim, importa destacar que a questão de estar prisioneiro no interior de um corpo inútil, que não obedece às ordens enviadas pelo cérebro, foi referida por todos os participantes do estudo. Todavia, com maior ênfase por Amélia que referiu: *“Parece que até estou estúpida por estar aqui prisioneira neste corpo (...) neste corpo que não me deixa fazer nada.”* e Emília que narrou: *“Aí se o meu corpo se mexesse como antes, mas quê... não posso porque estou toda presa. Eu sinto-me presa dentro de um corpo que já não é o mesmo... já não me obedece (...) estou presa num casulo (...) estou presa num casulo que não me obedece”*.

No seguimento da análise dos dados, compreendemos também que a pessoa idosa dependente no autocuidado percecionasse como um mero corpo, objeto de cuidados por parte do prestador de cuidados formal e/ou informal, de quem depende para garantir o seu bem-estar. Neste contexto, António relatou *“... pareço uma peça dessas que se tem em casa... sou isso, uma peça da casa”*, o que demonstra o sentimento supracitado. Emília também relatou que se tornou um objeto de cuidados, principalmente durante os cuidados de higiene, afirmando: *“... ela vem cá...e é assim, vira e lava (...) pareço um boneco...daqueles que estão parados na cama e pouco ou nada ajudam.”*

Constatamos então, que um dos subtemas que emerge a partir da interpretação fenomenológica dos dados é ser um corpo que não obedece aos desejos mentais, já que a pessoa idosa dependente no autocuidado sente que o seu corpo (referindo-se à componente física do ser) é um elemento que lhe permite existir, mas igualmente a causa da expropriação de si já que o corpo não responde, tornando-se então imprescindível a existência de um prestador de cuidados, que ao centrar-se

essencialmente na componente física da pessoa idosa dependente no autocuidado contribui para que esta se sinta um corpo, e não uma pessoa.

Optamos pelo termo ser um corpo em contrapartida com o termo ter um corpo, pois em bom rigor, os participantes narraram que são um corpo, ou seja, que a sua existência é assegurada pelo corpo que nos é visível mas, sentem igualmente, que deixaram de ter um corpo na medida em que este não obedece às suas ordens e portanto - como resultado da dependência no autocuidado – a pessoa idosa cessa o poder anteriormente exercido sobre o seu corpo, diminuindo a componente do ter, e emergindo as narrativas de ser um corpo doente e portanto objeto de cuidados de outrem. Isabel Renaud (2004b p.8) ao referir-se às situações do corpo e a ética do cuidado, fala-nos de um corpo que após ser atacado por um agente de caráter interno ou externo adoece. Perante tais circunstâncias, a autora considera que *“...acontece uma inversão da tendência que empurrava a nossa consciência para o mundo.”* emergindo como consequência uma transformação no corpo, que concetualiza como: *“... em vez de ser um puro instrumento dócil, um mediador da abertura ao mundo, uma espontaneidade atravessada por uma intenção viva, o corpo grita, faz sentir dolorosamente a sua presença...”*. Passamos então, a utilizar o verbo ter em vez de ser *“... como se o que temos se autonomizasse e como se tentássemos expulsar para fora de nós o que nos invadiu e perturbou a nossa existência. Mas a doença resiste (...). Desta vez, somos um corpo doente, e toda a doença invade a nossa consciência, sou eu que estou doente e já não é só o meu corpo.”*

Por outro lado, os resultados também demonstram que a pessoa idosa dependente no autocuidado manifestou o sentimento de que além de ser um corpo, objeto de cuidados, é acima de tudo uma pessoa que merece ser tratada como tal. Neste âmbito, uma vez mais, torna-se útil recorrer às conceções de Isabel Renaud (1990 p.161) que citando à filosofia de Gabriel Marcel clarifica que enquanto seres humanos não nos limitamos a ter um corpo, mas sim a sê-lo na medida em que não somos um corpo *“... com uma identidade simples (...) pois sou e não sou o meu corpo, porque sou mais do que ele próprio (...) sem que contudo se possa introduzir uma distância exterior entre mim e o meu corpo”*. Ultrapassa-se então o dualismo Cartesiano que dividia corpo e mente sendo possível pela Teoria de Roy - citada por Tomey, et al. (2004) e Kèrouac, et al. (1994) - conceber a imagem de um ser humano global que não resulta do somatório

das suas partes, mas da interação entre elas, dando origem ao todo e ao mesmo tempo à individualidade de cada ser.

Esta necessidade de ser pessoa foi ilustrada por Amélia quando relatou: “... *tratam-me como se eu só precisasse disto... (...) do banho e da comida (...) mas como todas as pessoas eu preciso de mais coisas (...) preciso de me sentir uma pessoa como as outras.*” António também referiu “... *sou uma pessoa como outra qualquer mas sinto falta de me sentir assim (...) de me sentir uma pessoa como outra qualquer (...) mas na maior parte das vezes não há tempo para essas coisas... é lavar e já está.*” Emergem então, narrativas que descreveram um sentimento dotado de dualidade que se manifesta no facto da pessoa idosa ser um corpo doente que se assume como o objeto de cuidados primordial do prestador de cuidados, mas equitativamente, pela necessidade que exprime de ser uma pessoa.

Ribeiro (2008 p.251) considera que a pessoa tem um corpo e é um corpo e portanto considera a pessoa como um ser corporal. Assim, afirma que o corpo é o “*elemento intrínseco à existência do ser humano, a identidade da pessoa, a sua parte visível.*” Na realidade, com base na fenomenologia de Merleau-Ponty - à qual o autor recorre para fundamentar as suas conceções - é através do corpo que o ser humano constrói a sua história de vida e a sua identificação pessoal. Contudo, ser pessoa é mais do que ser um mero corpo, é ser um “... *ser que comunica sempre com o outro, até mesmo através de uma linguagem que podemos chamar de não falante porque a sua expressão comunica, refletindo para o exterior o estado interior.*” Face ao supracitado, Ribeiro (2008 p.252) acrescenta que o ser humano não pode limitar-se a ser um mero “... *corpo objeto que possa ser considerado uma máquina (...). Ele é também um corpo sujeito que necessita de cuidados personalizados e de ajuda (...) atendendo ao sujeito singular que esse mesmo corpo é (...) e que tem necessidades e exige atenção por parte do outro*”.

Deste modo, destaca-se então outro subtema associado à temática principal, descrito como ser mais do que um corpo, ser uma pessoa, já que a interpretação fenomenológica demonstrou que a pessoa idosa dependente no autocuidado expressou a necessidade de ser cuidado como uma pessoa que é, e portanto com necessidades que vão além da dimensão física do ser humano. António foi de encontro ao referido anteriormente quando ao relatar a sua vivência referiu: “... *dão-me o banho e a*

comida... como se uma pessoa só precisa-se disso!” Emília também abordou este aspeto quando disse: “... tenho saudades de ir à igreja, de estar com pessoas, de falar com pessoas (...) fazem-me tudo, é verdade que fazem, mas sabe... para me sentir uma pessoa como era antes ainda me faltam coisas.”

Todavia, todos os participantes relatam que tais necessidades são negligenciadas pelo prestador de cuidados formal/informal por falta de tempo ou desconhecimento, já que a pessoa idosa dependente no autocuidado procura omitir as suas necessidades pois teme sobrecarregar o cuidador. Júlia e Emília ilustraram esta ideia quando referiram respetivamente *“Elas dão-me banho e coitadinhas não têm tempo para mais nada (...) não tem tempo para estarmos aqui a conversar e a rir (...) é só para o banho”;* *“...tenho saudades de ir a igreja, mas nem digo nada à minha filha, já chega tudo o que ela passa para arranjar as coisas dela e ainda por cima ter de pensar nas minhas (...) nem falo nada disto (...) guardo tudo para mim para não a preocupar”.*

Sem dúvida que a dependência no autocuidado acarretou consequências negativas para a pessoa idosa que a vivencia. Neste estudo, associado ao tema abordado neste subcapítulo - *Estar Preso no Interior de um Corpo Inútil* - são várias as consequências negativas enumeradas pelos participantes. Júlia ilustrou as consequências que vivencia ao narrar: *“Antes tinha tanta gente cá em casa... era eu, o meu filho, os meus netos...eles vinham cá almoçar (...) e jantar (...) e...e... desde que fiquei assim acabou tudo... porque eu já não posso fazer nada, nem posso sair sozinha para nada (...) até estou mais sozinha”.* Amélia também relatou consequências associadas à dependência no autocuidado quando referiu: *“Eu gostava de ir à rua, eu confesso, que o que tenho mais desgosto é do corpo que não me deixar ir à rua... à igreja, ao cemitério... é que assim eu andava e o tempo passava, já vão fazer 9 anos que não saí daqui (...) e tudo isto ajuda a que me sinta muito sozinha...eu nem vejo ninguém, nem falo para ninguém.* Emília também destacou consequências negativas quando relatou: *“... por estar presa aqui é que estou assim, sozinha...pois tou, porque se não fosse a doença que não me deixa mexer como antes eu ia à mercearia, eu ia à casa da minha irmã, eu ia à missa... é disso que sinto falta...de pensar mexe-te perna e ela andar”.* Em síntese, a partir das narrativas citadas emergem como consequências negativas da dependência no autocuidado a solidão e o isolamento social.

Por outro lado, através da narrativa de Manuel novos dados emergiram quando narrou: “... até quando era preciso fazer obras cá em casa, não se chamava ninguém... era eu que fazia tudo, e agora? Agora, além de não fazer nada ainda dou gastos... é fisioterapia, é medicamentos, é isto e aquilo.” António também abordou este aspecto referindo “... não sou o mesmo homem ... eu olho-me ao espelho e nem sequer pareço eu... eu sinto que já não sou o mesmo” percebendo-se então, que para estes participantes a dependência no autocuidado acarretou a alteração do papel ocupado no seio familiar mas também a alteração da sua identidade pessoal.

Em suma, podemos verificar que a dependência no autocuidado (e portanto a impossibilidade do corpo manter as suas capacidades funcionais que garantem a resposta às necessidades individuais sentidas) acarretou consequências negativas, nomeadamente a solidão, o isolamento social e a alteração do papel ocupado na família, bem como, da identidade pessoal.

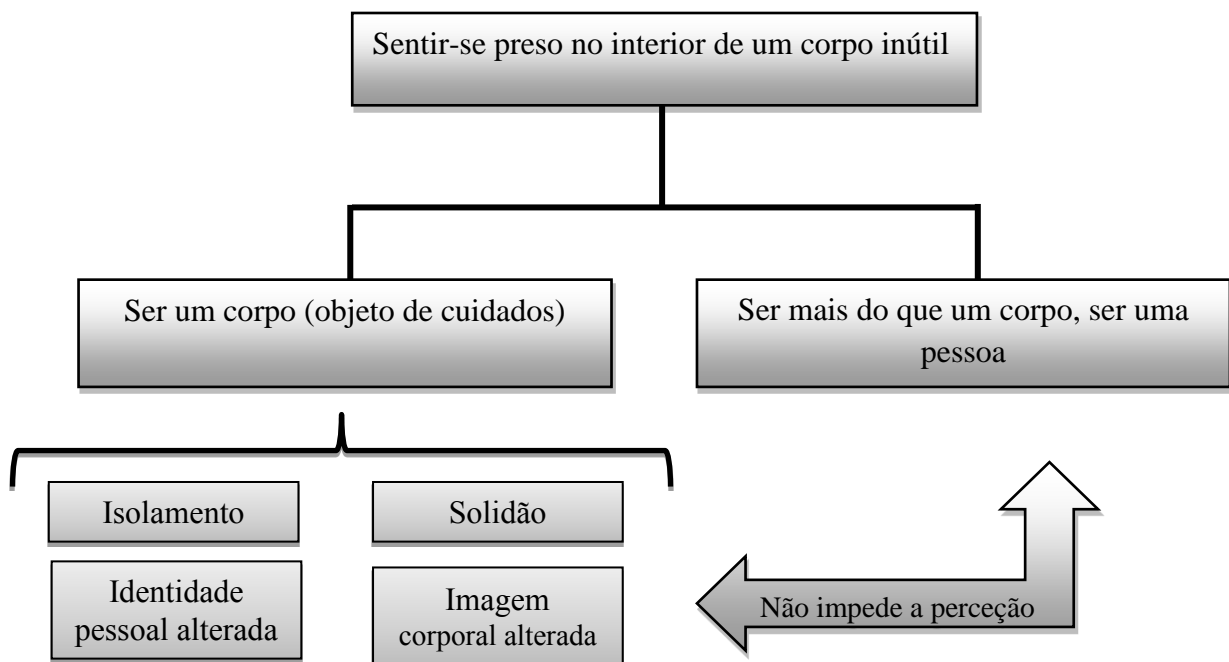
Não obstante, emergem também as dificuldades de carácter económico, quer pela impossibilidade da pessoa idosa exercer uma função laboral, quer pelo aumento de gastos associados à compra de medicamentos, equipamentos de apoio ou recursos humanos para substituição e apoio do prestador de cuidados informal. Manuel ilustrou este aspeto quando disse: “Agora além de não trazer dinheiro para casa (...) dou despesas à família... é medicamentos, é as canadianas, é viram cá darem-me banho... é só despesas” tal como António que afirmou: “Antes eu ajudava a pagar as contas todas porque ganhava o meu bocadinho (...) agora a família é que me ajuda a mim porque são muitos gastos comigo.”

Assim, e em jeito de resumo, afirmamos que perante a dependência no autocuidado o participante experienciou uma dualidade de sentimentos, já que, por um lado, sente-se um objeto de cuidados incapaz de responder autonomamente às ordens enviadas pelo seu cérebro, emergindo o subtema ser um corpo que não obedece aos desejos mentais e por outro, continua a sentir-se mais do que um mero objeto de cuidados o que contribuiu para a emergência do subtema ser mais do que um corpo, ser uma pessoa.

Destaca-se ainda, uma interação entre ambos os subtemas na medida em que as consequências negativas da dependência no autocuidado – associadas a perceção de ser um corpo objeto de cuidados – contribuíram para a emergência do subtema ser mais do

que um corpo, ser uma pessoa pois a consciencialização das consequências negativas conduz também à consciencialização da necessidade de as superar emergindo deste modo a perceção de necessidades associadas ao conceito de pessoa e portanto, o subtema ser mais do que um corpo. Isto é, apesar da dependência do corpo, mantém-se a integridade da pessoal.

Ilustração 2 – Tema 2: Sentir-se preso no interior de um corpo inútil.



4.3. Ser afetado pela dependência no autocuidado

A dependência no autocuidado foi descrita pelos participantes como a afetação¹³ da sua capacidade funcional, ou seja, a afetação da sua capacidade de executar autonomamente as atividades de vida diárias, o que conduziu à necessidade do cuidar dependente. Contudo, percebemos que apesar da existência de um prestador de cuidados formal e/ou informal, que assumiu a responsabilidade de responder às necessidades dos participantes, as respostas empregues por parte dos cuidadores são essencialmente direcionadas à prestação de cuidados à componente física, ou seja, o cuidador centra-se essencialmente na substituição da pessoa idosa no que concerne à execução dos cuidados associados ao corpo. António ilustrou o supracitado ao referir “*Dão-me o banho, chegam-me a comida e já está... até parece que uma pessoa só precisa destas coisas (...) estas são importantes, mas conversar com alguém, ver alguém também ajuda muito*”.

De facto, a afetação na capacidade funcional acarretou a impossibilidade de executar as atividades de autocuidado autonomamente, o que por sua vez, conduz à afetação de outras dimensões do ser humano já que os participantes relataram a convicção de que não têm poder sobre a sua vida, sentindo-se diminuídos, pois associada à dependência no autocuidado da pessoa idosa experienciou a alteração do papel ocupado na família e na sociedade, mas também, alterações na interação social e na identidade pessoal, emergindo assim, necessidades que abarcam as dimensões psicológica, social, emocional, cultural e espiritual.¹⁴ Contudo, como referiu António tais necessidades são negligenciadas pelo cuidador que dá especial atenção à componente física.

Recuando um pouco, importa referir que optamos pelo conceito ser afetado pela dependência no autocuidado, já que os relatos dos participantes demonstram que o sentimento de afetação devido à dependência no autocuidado prolonga-se no tempo, não

¹³Segundo Soares (2007 p. 10) a afetividade denota “... o facto de ser afetado, de ser atingido por algo que nos advém, de dentro ou de fora, mas que não provém da nossa iniciativa.”.

¹⁴Ribeiro (2008 p.249) define o ser humano como pessoa integral, ou seja, “... corpo com dimensão material e dimensão espiritual, que ocupa tempo e espaço limitado; é um ser de relação com envolvimento de todas as dimensões: bio-psico-social, afetiva, espiritual, política, cultural e económica, que manifesta necessidades associadas às variadas dimensões.”

se tratando portanto, de um momento transitório, mas sim de uma condição dotada de *continuum*, percebida como permanente até à morte. Neste contexto, Júlia relatou: “*Hei-de estar assim (...) sem puder fazer nada do que gosto e quero ... até que Deus, Nosso Senhor, se lembre de mim*”. Emília também abordou este aspecto referindo: “*Uma velha assim, nestas condições, não pode fazer nada, nem vai poder (...) isto é cada vez pior (...) resta esperar que o senhor me leve*”.

Todavia, o tema ser afetado pela dependência no autocuidado adquire maior complexidade quando compreendemos que os participantes do estudo vivenciam uma ambivalência pois, por um lado, relatam o direito a que cuidem de si atendendo à sua integralidade, mas por outro, evitam sobrecarregar o cuidador informal adotando estratégias que possibilitem a diminuição da sobrecarga percebida, nomeadamente através da omissão das suas necessidades por considerarem que a sua substituição na prestação de cuidados ao corpo, por si só, já obriga a um esforço que sobrecarrega o cuidador. Este aspeto foi descrito por Manuel que referiu “*... às vezes, durante a noite, estou aflito porque queria mudar de posição, ou porque me dói o corpo e não digo nada... não chamo a minha mulher para não a incomodar (...) e também não quero cansa-la (...) Já chega ter de fazer tudo por mim durante o dia (...) para ainda ter de me aturar durante a noite*”. Também António e Emília relataram esta estratégia, referindo, respetivamente: “*Sabe, não digo nada porque não quero incomodar ninguém, aguento o que posso porque não quero ser um fardo para ninguém*”; “*Nem que esteja cheia de dores não digo nada... tento aguentar porque evito dar-lhes trabalho (...) eu até tremo só de pensar que posso dar trabalho (...) não quero ser um fardo para a minha família*”.

A partir das expressões supracitadas percebemos que, perante a dependência no autocuidado, surge a percepção da afetividade (enquanto afetação) da integridade do corpo por parte da pessoa idosa dependente, de modo que emerge o confronto com a fragilidade¹⁵ do mesmo, e portanto, face a este sentimento, percebemos que os

¹⁵Renaud (2005 p. 406) reflete na experiência humana da fragilidade considerando que a fragilidade “*... evoca a possibilidade de enfraquecer ou perder algo importante, tal como, a saúde, as capacidades intelectuais, etc, o que mostra que, espontaneamente, não relacionamos imediatamente a fragilidade com a morte, mas antes com os bens primordiais que nos aparecem ligados à própria vida...*” de modo que, na conceção da autora a fragilidade não se limita ao corpo físico.

participantes do estudo procuram evitar manifestar o que sentem, de forma a não produzirem nem exporem uma imagem de si, perante os outros, dotada de fragilidade.

Assim sendo, associado ao sentimento de sobrecarga da família e à dificuldade em lidar com a dependência no autocuidado da pessoa idosa dependente encobre os seus sentimentos e necessidades utilizando expressões, já muito conhecidas como referiu António: *“Não quis incomodar!”*; *“Não é preciso nada!”* ou *“Não te preocupes ... eu fico bem!”*

Prosseguindo com a interpretação percebemos que a atual conjuntura socioeconómica e ocupacional também contribuem para a omissão das necessidades relatada pelos participantes do estudo, já que Júlia relatou *“O meu filho está a passar por uma crise (...) e eu não quero consumi-lo com as minhas coisas que a falta de dinheiro já o consome muito (...) nem desabafo com ele para não o preocupar ainda mais”*. Amélia também narrou: *“A minha vida não é fácil, mas não me queixo porque não quero preocupar o meu filho... coitadinho...porque ele tem a casa dele para sustentar e tem os problemas dele (...) eu guardo tudo para mim porque não quero cansá-lo com as minhas coisas”*.

Os participantes, relatam ainda que executam todas as atividades passíveis de executarem autonomamente, por um lado como uma forma de evitar sobrecarregar o cuidador informal, mas por outro, com o intuito de evitarem a consciencialização de serem um fardo, pois tal como referiu Emília: *“Tudo que posso fazer sozinha, faço, é uma forma de me sentir menos pesada para eles”*. Manuel também narrou esta ideia ao afirmar *“... já posso pouco... mas o que posso faço sozinho. Só Deus sabe o que me custa ter de chamar por ela (...) ainda me sinto pior quando isso acontece.”*

Percebemos então que os participantes adotaram esta estratégia com o intuito de evitarem sobrecarregar o cuidador, mas igualmente, e em última instância, adotaram-na em função do desejo de permanecerem no domicílio, já que relatam que a sobrecarga do cuidador informal contribui para o acréscimo da probabilidade da sua institucionalização, percebida como causa de solidão, desinserção familiar/comunitária e consequência da falta de tempo ou disponibilidade dos filhos para cuidar dos pais, agora dependentes no autocuidado. Amélia ilustrou esta ideia ao referir: *“... enquanto os velhos podem é tudo muito bonito e não falta nada (...) somos mães e queremos é vê-los bem, mas quando já não podemos... quando não servimos para nada espetam-nos*

no lar e ainda dizem que lá é que a gente está bem (...) e que remédio ... fica-se para lá... sozinhos...sem os filhos, sem os netos, sem os vizinhos... sem nada... sem nada (chora) a verdade é que os filhos já não têm tempo para os pais como antigamente.”

Os participantes optam então por omitir as suas necessidades para evitarem sobrecarregar o cuidador, mas igualmente, pelo desejo de permanecerem no ambiente que retrata as suas circunstâncias, a história da sua vida e sobre o qual sentem, ainda têm poder, aparecendo deste modo, a influência das relações de vulnerabilidade e poder na emergência deste tema. Estas ideias destacam-se também nas narrativas de Júlia e Emília que respetivamente referem: *“eu também não gosto de incomodar muito, porque não quero aborrecer ninguém (...) não quero que pensem que dou muito trabalho e que estou bem é num lar (...) porque para o lar eu não quero ir (...) eu quero morrer no meu burquinho (chora)... e depois eu sei que aqui em casa sempre mando alguma coisinha... nunca é como estar num lar que parece que estou na casa nas outros”*; *“Eu tenho cá para mim, que os outros velhos são como eu, não chamam tanto como precisam porque têm medo de incomodar muito e que depois os filhos os mandem para o lar (...) aí (suspira) ... eu não quero ... eu quero morrer na minha casinha (chora)... isto nem sempre é fácil mas às vezes cedo eu às vezes cedo ela (filha) e lá vamos andando”*.

Tornou-se evidente, ao longo da interpretação efetuada, que o desejo de permanecer no domicílio é relatado por todos as participantes, pois consideraram que viver neste ambiente garante a proximidade dos seus bens e das recordações transmitidas pelos objetos pessoais, bem como, a manutenção do poder que sentem exercer sobre a família (ainda que seja reduzido) evitando também, a despersonalização e o afastamento familiar que consideraram ocorrer aquando da institucionalização, motivos pelos quais a temem. Percebe-se então que a tentativa de evitar sobrecarregar o cuidador também se relaciona com o medo da institucionalização pelas consequências que os participantes do estudo percecionam que daí possam advir.

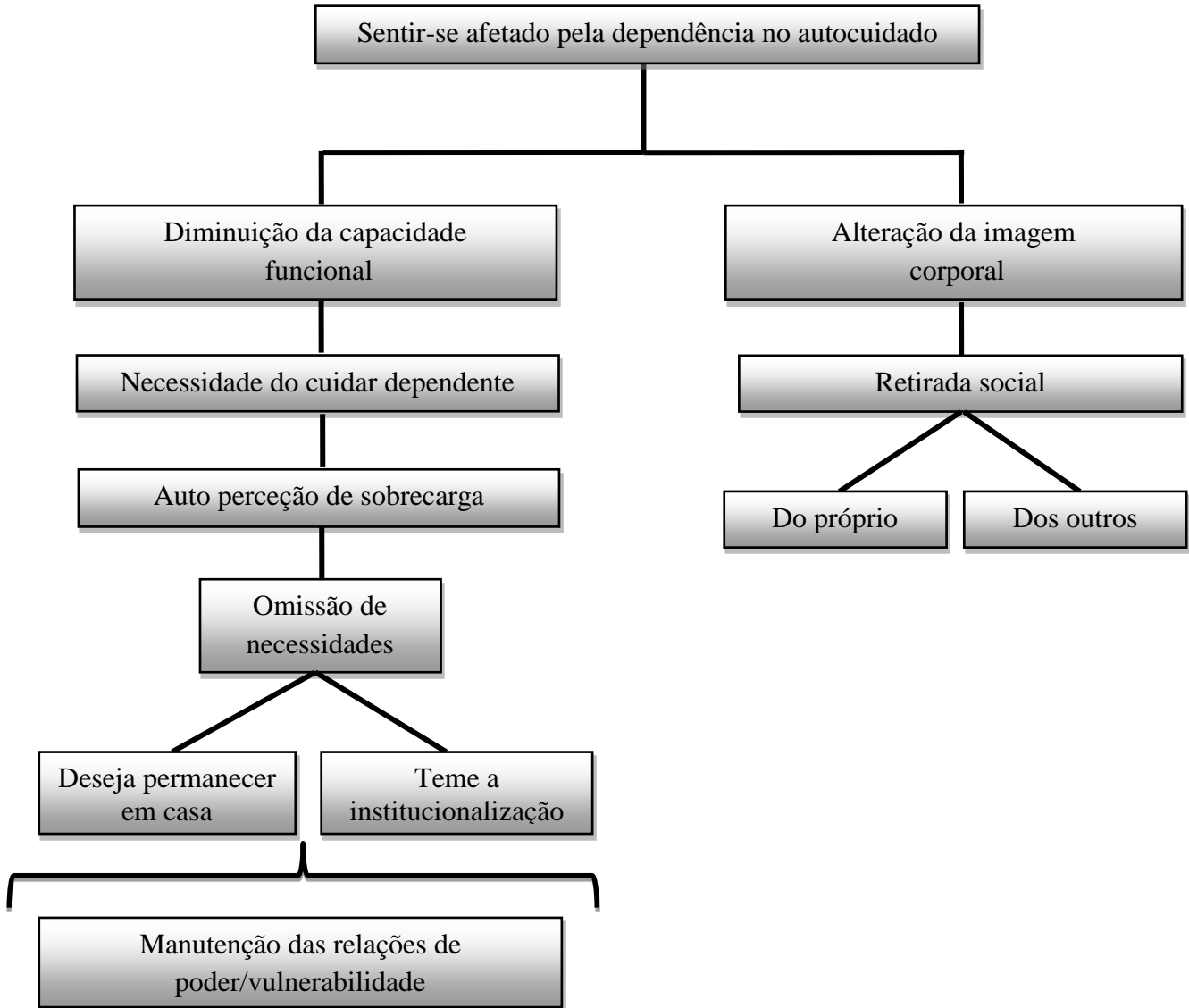
Neste contexto, a relação com o cuidador trata-se então de um encontro assimétrico entre a pessoa que precisa de ser substituída e aquela que tem o poder de a ajudar a ultrapassar as consequências da sua vulnerabilidade emergindo relações deste poder-vulnerabilidade.

Por outro lado, importa também realçar o relato de Manuel quando referiu: “(...) e depois, para dizer a verdade, também não me sinto muito bem a conviver com as pessoas, até com as que vinham cá a casa, porque estou a comer e deixo cair a comida, estou a beber e quando reparo já virei tudo... até parece mal que me vejam assim... é como lhe digo... não sou o mesmo homem que já fui” o que permite interpretar que outra das consequências da dependência no autocuidado é a alteração da imagem corporal da pessoa idosa que, associada à diminuição da capacidade de executar as atividades de vida diárias segundo o padrão socialmente aceite, conduziu a que o participante do estudo não se sentisse bem “... a conviver com as pessoas...” e portanto, uma vez mais, contribuiu para a solidão e acima de tudo para o isolamento social.

Do mesmo modo que o participante do estudo sentiu necessidade de diminuir os contatos sociais por se sentir afetado pela dependência no autocuidado no que concerne à sua imagem corporal, os outros – aqui representados pelas pessoas significativas – também reduzem o contato social com o participante, o que é percecionado por este como uma consequência da modificação da sua imagem corporal. No seguimento desta ideia António refere “... antigamente isto era uma casa cheia... agora não vem cá ninguém, eu sei que lhes custa ver-me assim... a mim também me custa ver como fiquei”.

Em compêndio, afirmamos que por se sentir afetado pela dependência no autocuidado em relação à sua capacidade funcional, a pessoa idosa dependente procura evitar sobrecarregar o cuidador através da omissão das suas necessidades pois sente que tal estratégia potencia a compridão do seu desejo de permanecer no domicílio e de evitar a institucionalização e conseqüentemente a manutenção das relações de poder e vulnerabilidade. Todavia, a pessoa idosa também se sente afetado pela alteração da sua imagem corporal o que o conduz a adotar comportamentos de retirada social, que do mesmo modo, se assumem como uma estratégia adotada pelas pessoas significativas.

Ilustração 3 – Tema 3: Ser afetado pela dependência no autocuidado.



4.4. Apagando-se a razão de viver

Desde sempre que a morte é considerada uma certeza, incerta, que inquieta o ser humano por se tratar de um acontecimento misterioso já que apesar de todas as especulações em volta da morte e do morrer desconhecemos o momento e o processo através do qual a morte se irá desenrolar. Falamos então, de uma morte que sabemos certa mas espectamos distante apesar da consciencialização da finitude adquirir contornos mais realistas pelo contato com a morte dos semelhantes.

No caso particular dos participantes deste estudo a distância com a morte parece estreitar-se pela vivência da etapa final do ciclo vital que, por sua vez, ampliou a consciencialização da inevitabilidade de morrer tornando-se a finitude uma ideia dotada de contornos mais presentes e realistas. Amélia ilustrou o aspeto supracitado ao relatar “... enquanto se é nova não se pensa em morrer ... a gente sabe que a hora há-de chegar mas não se preocupa... nem pensamos nisso e quando pensamos achamos sempre que ainda falta muito tempo”. Manuel também descreveu que tem pensado na aproximação da sua morte, mas acrescentou que a frequência deste pensamento aumentou desde o acidente vascular cerebral que conduziu à dependência no autocuidado: “Antigamente eu podia fazer tudo (...) é verdade, a gente pensa que estas coisas só acontecem aos outros mas também me aconteceram a mim... isto faz-me pensar na vida, faz-me pensar que a minha hora há-de estar a chegar”. Emília também contribuiu para clarificar este aspeto quando narrou: “Olho para mim e penso... já estou velha e mais que isso, já são muitos anos de doença... não há-de faltar muito para que Deus se lembre de mim e me leve”. Percebemos então, que a consciência pessoal de que a morte se vai aproximando adquiriu contornos mais realistas com o passar dos anos e conseqüentemente com a vivência da etapa final do ciclo vital, mas igualmente, com a ocorrência da dependência no autocuidado.

Outra ideia essencial foi relatada por Júlia quando afirmou: “Não tenho medo da morte, só de como vou morrer... mas nestas condições também morro... um bocado cada dia a pensar que estou presa nesta casa, sem tomar conta dos meus netinhos, sem ajudar o meu filho (...) tudo coisas que eu pensei que ia fazer”. De facto, para Júlia o conceito de morte não se refere unicamente ao término da função biológica assegurada pelo corpo, mas também, à morte que a dependência no autocuidado acarretou,

nomeadamente a morte enquanto ser social, mas igualmente, das suas expectativas/sonhos traçados para o futuro, falamos da falta de esperança.¹⁶

Na sequência desta ideia, aprofundamos a interpretação das narrativas, emergindo a noção de que a dependência no autocuidado contribuiu para que gradualmente a razão de viver se vá extinguindo, aparecendo então o tema apagando-se a razão de viver. Para melhor iluminar o supracitado importa realçar a narrativa de Emília que afirmou: *“Eu penso... mas eu ando aqui a fazer o quê? Eu não faço nada... só sirvo para dar trabalho aos outros ... para os consumir. Eu que pensava que quando estivesse velha ia cuidar dos netos ... e daqui para a frente é sempre a piorar... Já não tenho ilusões... peço a Deus que se lembre de mim e me leve para junto daqueles que já lá estão... e são tantos.”* Amélia também narrou que a sua razão de viver se desvaneceu quando referiu: *“Desde que estou assim, sem poder fazer quase nada, que a minha vida mudou como da água para o vinho... ainda se eu pudesse ir ao café, à igreja, o tempo até passava mas agora assim... estou aqui só a esperar que Deus olhe para mim. (...) Antes ainda tinha as minhas colegas que vinham cá, o meu marido ... a minha mãe ...a minha sogra ... mas já faleceram. Estou para aqui... sozinha e nestas condições.”*

De facto, Emília narrou que a sua razão de viver apaga-se gradualmente já que a dependência no autocuidado eliminou as expectativas que havia delineado – o que colocou em causa a sua esperança no futuro – mas também conduziu à necessidade de substituição na execução das atividades de vida diárias. Associada a esta substituição, além de surgir o sentimento de sobrecarregar os cuidadores, despontou a perda percebida de saúde, a alteração do papel ocupado na família e concludentemente, o comprometimento da sua razão de viver. Amélia prossegue este raciocínio referindo que a dependência no autocuidado acarretou a solidão - pela privação do contato com o outro - motivo pelo qual a razão de viver se desvaneceu. Contudo, destaca um aspeto fundamental – não associado à dependência no autocuidado, mas sim, à etapa do ciclo

¹⁶A desesperança é definida pela NANDA (2011 p.206) como um diagnóstico de enfermagem, definido como um *“estado subjetivo no qual um indivíduo sente que as alternativas são limitadas ou não existem, assim como não vê escolhas pessoais disponíveis, e está incapaz de mobilizar energias em seu proveito.”* Este desânimo está relacionado com vários fatores incluindo o *“isolamento por restrição prolongada da atividade, falência ou deterioração do equilíbrio fisiológico, stress prolongado, abandono, e perda de crenças em valores transcendentais ou em Deus.”*

vital - o falecimento dos familiares e pessoas significativas - de modo que, também pela ausência das mesmas sente que a sua razão de viver se apaga gradualmente.

Centrando-nos novamente na ideia supracitada, a questão da razão de viver é deveras marcada por Amélia quando narra “*Antes ainda tinha as minhas colegas que vinham cá, o meu marido ... a minha mãe ...a minha sogra ... mas já faleceram. Estou para aqui... sozinha*” o que acaba por contribuir para que a razão da sua existência se apague perante a ausência do outro e encaixando-se neste contexto a solicitação de Emília quando referiu: “*peço a Deus que se lembre de mim e me leve para junto daqueles que já lá estão... e são tantos.*”

Neste âmbito, é importante lembrar que Amélia narrou experimentar as perdas características da vivência da etapa final do ciclo vital, ou seja do envelhecimento, nomeadamente a perda gradual das pessoas que lhe são significativas e que atribuem significado a sua existência, a perda do papel social que anteriormente mantinha e ainda a perda da própria saúde manifestada também pela dependência no autocuidado, que por sua vez, colocou em causa outros componentes associados à saúde geral.

Todavia, torna-se importante salientar que, face às perdas vivenciadas pelo pela pessoa idosa - associadas à etapa do ciclo vital, mas igualmente, à dependência no autocuidado – surgem narrativas a partir das quais emerge sofrimento.¹⁷ Júlia ilustrou esta ideia ao narrar: “*...sofro tanto por estar aqui sozinha e a depender dos outros para tudo... aí que sofrimento (chora)... eu peço tanto a Deus que isto acabe tudo.*”

Olhando mais pormenorizadamente para as solicitações de Emília e Júlia percebemos que a morte assume o papel de terminar com uma vida marcada pela inexistência de razão devido ao sofrimento experimentado como resultado das perdas vivenciadas. Manuel também clarificou esta questão ao relatar: “*... ela (cuidadora informal) não gosta que eu diga mas eu peço a Deus que me leve para junto dos meus... tantas vezes... e acaba-se este sofrimento que trago comigo.*” Assim, com base na

¹⁷Na perspetiva de Cassel (2004 p.42) o sofrimento de uma pessoa define-se como aquilo que ela sente, será um reflexo da vida que construiu, do mundo com quem interage, e portanto, tem de ser compreendido com base na identidade que a define, pois “*... all the aspects of personhood - the lived past, the family’s lived past, culture and society, roles, the instrumental dimension, associations and relationships, the body, the unconscious mind, the political being, the secret life, the perceived future, and transcendent – are susceptible to damage and loss*”. Raposo (2003 p.99) corrobora com o supracitado, afirmando que “*... sofremos quando perdemos algum ente querido, com a solidão, quando não conseguimos uma solução para os nossos problemas, com a nossa dependência de outros, com a nossa finitude, quando não encontramos sentido para a vida e quando os nossos valores são postos em causa.*””.

narrativa de Manuel e de Júlia percebemos que a morte é concetualizada como o único meio para alcançar o fim pretendido: o alívio do sofrimento vivido pela diminuição da capacidade de executar, e das consequências que daí advêm, mas igualmente, como o meio para reencontrar “*os que lá estão*” e que contribuía para a manutenção da razão de viver dos participantes do estudo, pelo que, concetualizamos o ser humano com um ser de relação com o outro, relação através da qual a vida obtém sentido.

Soares (2007) aprofunda o estudo sobre esta temática e afirma que quando o cliente se apresenta incapaz de executar as suas atividades de vida diárias afirma a sua dependência em relação ao outro. Contudo, destaca que “... *mais não faz do que exhibir de uma forma mais intensa, aquilo que é a dependência de cada um de nos em relação a outros, para algo de essencial, que é existir como pessoa.*” Assim, a dependência emerge como elemento “... *capaz de reforçar o que de dependente tem o carácter humano e o quanto o ser humano necessita dos outros para viver a sua autonomia.*”. Neste sentido, Ribeiro (2008 p.249) afirma que o ser humano deve ser concetualizado enquanto pessoa integral, ou seja, “... *corpo com dimensão material e dimensão espiritual, que ocupa tempo e espaço limitado; é um ser de relação com envolvimento de todas as dimensões: bio-psico-social, afectiva, espiritual, politica, cultural e económica, que manifesta necessidades associadas às variadas dimensões.*”. A ideia de que o ser humano se assume como um ser de relação também é abordada por Isabel Renaud (1990; 2007a) que salienta a importância desta relação no “*dever da pessoa*”.

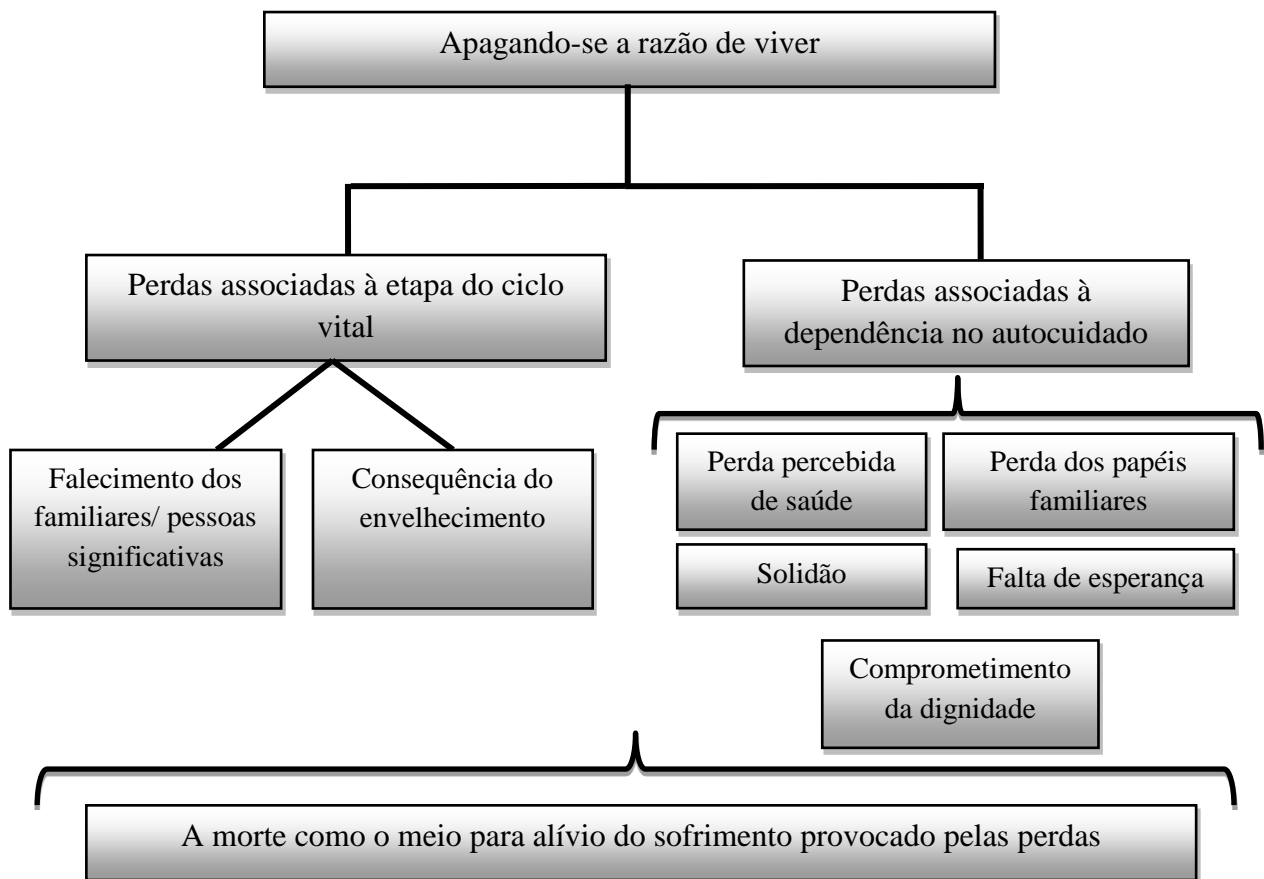
Progredindo na análise, verificou-se que a perda percebida de saúde acarretou o cuidar dependente e conseqüentemente o sentimento de sobrecarga dos conviventes que associado ao afastamento dos restantes elementos da família - e conseqüente solidão - também contribuiu para que se apagasse a razão de viver de Emília, pois como referiu: “*Quando eu podia isto era outra casa, mas agora... ai meu deus... agora sou um fardo para estes que moram aqui porque os outros, tanto bem lhes fiz, e nem sequer querem saber de mim*”.

Evidenciou-se também que o comprometimento da dignidade humana, já anteriormente abordado, contribuiu para a emergência do significado apagando-se a razão de viver pois como referiu António “*ainda se eu fosse importante para alguém, mas nem isso... decidem por mim como eu fosse um tolo, tratam-me como um boneco... ai que deus se lembre de mim.*” De facto, esta narrativa permitiu-nos perceber que o

cuidado desumanizado e o desrespeito relatado também acabaram por contribuir para que a razão de viver se extinga gradualmente.

Em síntese, perante as perdas associadas à dependência no autocuidado e à etapa do ciclo vital vivenciada pelos participantes do estudo emergiu o sofrimento que, por sua vez, contribuiu para que gradualmente se fosse apagando a razão de viver emergindo a morte como o meio que garante o seu alívio.

Ilustração 4 – Tema 4: Apagando-se a razão de viver.



4.5. Sentir-se importante para o outro

Ao longo dos últimos anos, a noção de envelhecimento tem vindo a alterar-se pois se até ao XIX a pessoa idosa era considerada alguém respeitável, importante e valorizada pela sabedoria adquirida ao longo do ciclo vital, atualmente é descrita como alguém improdutivo e dependente de outrem para garantir a satisfação das suas necessidades básicas, emergindo assim, uma visão uniformizada da população idosa.

Na narrativa de Manuel evidenciou-se a perceção da desvalorização do papel ocupado na família após a emergência da dependência no autocuidado, nomeadamente quando referiu: *“Quando vamos jantar fora eu até me sinto mal porque ninguém me diz nada... é verdade, servem-se sem falar nada, tiram as partes melhores e eu é que fico com os restos... antes de eu ficar assim não era nada disto...quem mandava aqui era eu. Mas que se há-de dizer? Agora parece que os velhos estão todos num saco e é tudo igual... ficam todos para o quanto”*. Sobressai então, que a família de Manuel deixou de reconhecer o papel de “chefe de família” que este ocupava no seio familiar, o que surge como resultado da dependência no autocuidado.

A este propósito, Emília descreveu que após a dependência no autocuidado o papel que ocupava no seio familiar - de “dona de casa” - foi substituído por outros elementos do agregado e instituições. Contudo, Emília narrou: *“... eu ainda podia fazer algumas coisinhas simples (...) mas elas (cuidadores informal e formal) estão sempre a dizer que já não posso fazer nada... até a tomar banho estão sempre a dizer ... deixe que eu faço isso.”* Também Amélia descreveu a sua substituição desnecessária na execução das atividades de autocuidado, referindo: *“... há coisas que quando ela (cuidadora formal) não está eu faço, mas quando ela está ... ela faz-me tudo: dá-me banho, veste-me, penteia-me ... sinto-me um bebé.”*

No entanto, há que repensar a substituição relatada na execução das atividades de vida diárias, já que como narrou Amélia, apesar de identificar “coisas” que pode executar, sente-se um bebé, ou seja, a sua substituição desnecessária contribui para que se sinta dependente no autocuidado – o que se distingue de o ser efetivamente – levando-a a assumir uma atitude passiva pois percebe ganhos associados ao cuidar dependente, emergindo em virtude desta perceção, um dos significados atribuídos à dependência que tematizámos como sentir-se importante para o outro.

Antes de progredir, valerá a pena aprofundar a dialética utilizada pelos participantes desmistificando o que pretendem transmitir quando utilizaram os construtos “*ser*” e “*sentir-me*” dependente no autocuidado. De forma a explicitar os conceitos, aprofundamos a análise das narrativas, o que nos permitiu evidenciar que para os participantes “*ser*” dependente no autocuidado implica a percepção de que as limitações físicas - que conduzem à diminuição da capacidade de executar - invadiram e ocuparam de forma permanente o corpo, o que contribuiu para que o participante tomasse consciência de que a dependência no autocuidado não se trata de uma doença do corpo - que se tem e soluciona - mas sim, de um corpo doente - que se é.

Quanto ao construto “*sentir-se*” dependente no autocuidado, comprovamos que os participantes utilizaram-no quando narraram “*sentir-se*” dependentes no autocuidado perante os comportamentos de substituição desnecessários praticados pelos cuidadores. Deste modo, a substituição desnecessária contribuiu para que a pessoa idosa dependente no autocuidado, se sentisse dependente de outrem e conseqüentemente para a percepção de benefícios associados ao cuidar dependente, o que o leva a assumir uma atitude passiva perante a sua substituição.

De forma a aprofundar os benefícios associados ao cuidar dependente - inerente à dependência no autocuidado – importa realçar a narrativa de Júlia que afirmou: “*É bom receber estas senhoras (Cuidadoras Formais), coitadinhas... são tão minhas amigas... são risonhas, dão-me carinhos, até... por vezes, trazem-me alguma coisa. (...) Eu sinto-me muito amada por elas. Só tenho pena que no fim do banho elas vão (...) e depois volto a sentir-me muito sozinha.*” Assim sendo, Júlia destacou benefícios associados à presença das cuidadoras formais, com quem contata devido à dependência no autocuidado, salientando sentir-se amada e importante já que as cuidadoras formais lhe “*trazem alguma coisa*” e portanto preocupam-se com o seu bem-estar. Todavia, referiu que após o término dos cuidados as cuidadoras abandonam o domicílio, regressando a solidão. Amélia também relatou benefícios associados ao cuidar dependente ao afirmar: “*Enquanto elas estão aqui a fazer as coisas, pronto... eu até estou melhor porque eu gosto delas e elas de mim... o mal é quando vão embora. (...) Quando estão aqui eu sinto-me mais apoiada (sorri), sinto-me mais mimada... falo com elas e elas dão-me abraços (...).*” Amélia clarificou, uma vez mais, a percepção de ganhos associados ao cuidar dependente, já que ao centrar-se na particularidade do seu

caso, descreveu a manutenção de um contato social com as cuidadoras, graças à dependência no autocuidado, que contribui para a diminuição do isolamento social e solidão social¹⁸ realçando ainda, sentir-se acarinhada e abraçada pelas cuidadoras formais.

Em relação ao “abraço” relatado por Amélia, valerá a pena destacar que na sua perspectiva, abraçar trata-se de um ato de apoio, mas igualmente de toque surgindo este abraço como parte integrante do toque expressivo,¹⁹ que apesar de ocorrer no seio do toque instrumental,²⁰ transmite carinho, empatia, apoio e segurança contribuindo para a diminuição da solidão experienciada por Amélia, o que sem dúvida é registado pela mesma como um benefício inerente o cuidar dependente.

Júlia também destacou benefícios associados ao cuidar dependente afirmando: *“Elas são muito carinhosas comigo... muito preocupadas... cortam a comida, cortam-me as unhas, secam-me o cabelo... têm muito gosto em mim. Se quer que lhe diga a verdade, há coisas bem piores do que não puder fazer tudo sozinha... ai há, há... é pior estar só (...) Eu desde que fiquei assim, quando elas podem (...) trazem umas coisinhas para eu comer melhor, até me trazem uma lambeta. Estão sempre preocupadas comigo, é como lhe digo... nem tudo é mau.”* Por outras palavras, Júlia abordou benefícios já citados por outros participantes, como sentir-se acarinhada, apoiada e importante para o outro, contudo enfatiza que *“há coisas bem piores do que não puder fazer tudo sozinha (...) é pior estar só.”* Destacando também que *“Eu espero sempre por elas para tudo, não vão elas achar que eu já posso fazer alguma coisinha... é depois deixam de cá vir... e que cá há-de ser de mim se isso acontece? Fico para aqui... como um cão”* o que acaba por salientar, uma vez mais, que o contato mantido com os cuidadores contribui para a diminuição da solidão social. Por conseguinte, compreendemos que Júlia utiliza a

¹⁸Loch (2003) define que a solidão social manifesta-se quando uma pessoa se sente insatisfeita e só devido à falta de uma rede social de apoio, bem como, de amigos e pessoas conhecidas. Já a solidão emocional manifesta-se quando a pessoa se sente insatisfeita e só devido a uma relação de caráter íntimo. Segundo o mesmo autor a solidão emocional também é vivenciada pelas pessoas idosas, principalmente os que não têm companhia íntima.

¹⁹O toque expressivo trata-se de um *“Contato relativamente espontâneo e afetivo, não necessariamente relacionado com uma tarefa específica, mas com a finalidade de demonstrar carinho, empatia e proximidade.”* (Silva, 2002: p93).

²⁰O toque instrumental define-se como um *“Contato físico deliberado e necessário para o desempenho de uma tarefa específica”* (Silva, 2002: p92).

dependência no autocuidado como uma estratégia apreendida que lhe permite dar resposta a outras necessidades que percebe como primárias, nomeadamente o contato com outrem, até porque, como referido anteriormente, só na relação com o outro é que o ser humano adquire o estatuto de pessoa.

Na verdade, a utilização desta estratégia por parte de Júlia, permite comprovar que perante a percepção de ganhos associados à dependência no autocuidado Júlia inverteu a pirâmide de necessidades apresentada na Teoria de Maslow, adquirindo as necessidades intermédias – necessidades de segurança e contatos sociais - um papel primordial face às necessidades da base.²¹ Concluindo esta ideia, há que destacar que a dependência no autocuidado deve ser analisada atendendo às limitações funcionais experienciadas pela pessoa idosa, mas igualmente às necessidades que a este considera como primárias já que a não satisfação das mesmas pode conduzir à utilização de estratégias apreendidas, tal como, a dependência no autocuidado.

Assim percebemos que apesar dos participantes relatarem a percepção de capacidade para executar algumas atividades de vida diária – ainda que simples - adotaram mecanismos de seleção, otimização e compensação de forma a adequarem as respostas comportamentais às necessidades sentidas, recursos disponíveis e atitudes dos cuidadores usufruindo deste modo, dos benefícios associados ao cuidar dependente. Não obstante, a dependência no autocuidado, enquanto estratégia apreendida também garantiu aos participantes a manutenção das relações de poder e vulnerabilidade com a família, pois os participantes relataram esta dualidade - poder/vulnerabilidade – e referiram que a dependência no autocuidado possibilitou o prolongamento da mesma.

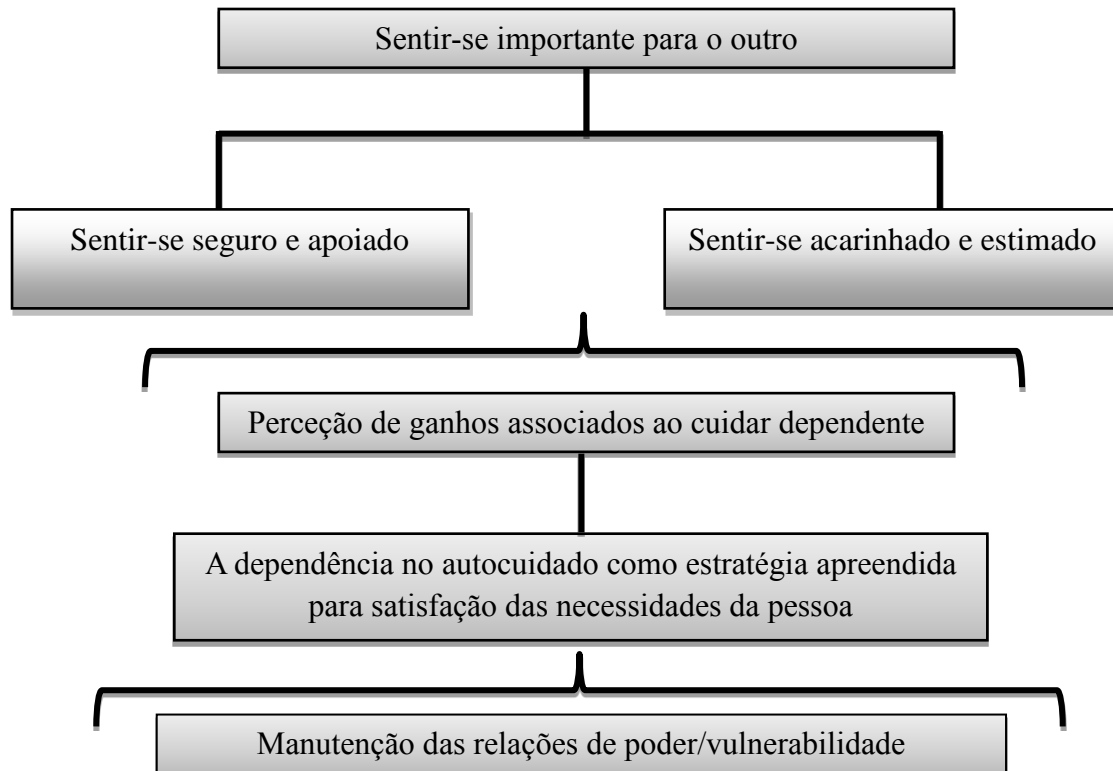
Além do supracitado, valerá a pena destacar que a percepção da dependência surgiu associada à natureza do apoio necessário, o que é facilmente compreensível, pois quanto maior a complexidade do cuidado, maior a necessidade de apoio e consequentemente a percepção de dependência. Contudo, este tema da complexidade do cuidado parece sempre questionável, uma vez que a complexidade trata-se de uma interpretação

²¹Couvreur (2001 p. 36) citando Abraham Maslow (1943) afirma que as necessidades humanas conduzem o comportamento humano e são estabelecidas segundo uma hierarquia que pode sofrer modificações após um evento crítico, pois tais necessidades não são estáticas apesar de serem patentes ao longo da vida do ser humano. Assim sendo, centra-se na pirâmide de Maslow e refere que na base da mesma encontram-se as necessidades orgânicas primárias, seguindo-se as necessidades de segurança, de contatos sociais e necessidades de estima (competência e prestígio). No topo da pirâmide fica a necessidade de auto-realização.

individual e portanto o mesmo cuidado pode ser descrito por diferentes pessoas com diferentes graus de complexidade. Indo de encontro a este aspeto, destacamos a narrativa de Emília que afirmou que a complexidade de alguns cuidados é percecionada pelos cuidadores (formais e informais) num grau superior à percecionada por si: *“eu ainda podia fazer algumas coisinhas simples (...) mas elas (cuidadores informal e formal) estão sempre a dizer que já não posso fazer nada.”*

Em suma, perante a limitação funcional que acarretou a dependência no autocuidado, as necessidades percecionadas como primárias sofreram modificações, ou seja, as necessidades intermédias da pirâmide Maslow adquiriram uma relevância superior comparativamente com as necessidades da base, o que conduziu os participantes a adotarem mecanismos de seleção, otimização e compensação que garantem a utilização da dependência no autocuidado como estratégia de satisfação das necessidades que percecionam como primárias, mas igualmente, como meio para a manutenção da relações de poder/vulnerabilidade.

Ilustração 5 – Tema 5: Sentir-se importante para o outro.



5. DISCUSSÃO

No capítulo referente aos significados atribuídos à dependência no autocuidado, fomos apresentando algumas observações, em nota de rodapé, acerca de determinados estudos que consultamos aquando da interpretação fenomenológica dos dados. Porém, este capítulo assume-se como o momento mais indicado para proceder à discussão dos resultados, o que passaremos a efetuar nos subcapítulos seguintes, recorrendo para tal à revisão do estado da arte acerca da temática abordada.

5.1. Significados que a pessoa idosa dependente no autocuidado e residente em contexto domiciliário atribui à dependência

Interpretar o significado que a pessoa idosa dependente no autocuidado atribui à dependência trata-se sempre de uma tarefa complexa pois, como refere Vieira (2003) por mais plena que seja a interpretação nunca se aproximará da realidade subjetiva experienciada pelo próprio.

Mantendo, ao longo deste capítulo, a presença da premissa supracitada realçamos que após a interpretação das narrativas evidenciou-se que o significado que os participantes do estudo atribuíram à dependência no autocuidado variou consoante a perceção de ganhos ou perdas associados às circunstâncias da dependência, o que vai de encontro aos resultados obtidos no estudo desenvolvido por Boggatz, et al. (2007). Acrescentamos ainda, que os significados atribuídos à dependência no autocuidado aqui descritos, interrelacionaram-se entre si, ou seja, as causas da emergência de um significado, bem como, as consequências acabam por contribuir para o aparecimento dos restantes significados.

Transportando-nos novamente, para os resultados deste estudo em particular, evidenciamos que associados à perceção de perdas despontaram os significados: comprometimento da dignidade humana, sentir-se preso no interior de um corpo inútil, ser afetado pela dependência no autocuidado e apagando-se a razão de viver. Em contraste, e portanto associada à perceção de ganhos, emergiu o significado: sentir-se importante para o outro.

Com o intuito de organizar o subcapítulo que se segue, começamos pela discussão dos significados associados à percepção de perdas - segundo a ordem referida no parágrafo anterior - após os quais, iremos debater os resultados relacionados com a percepção de ganhos.

Como se suponha, pela interpretação dos dados deste estudo, a revisão da literatura comprovou que a dependência no autocuidado é descrita como uma das principais causas de distress ou como algo comumente negativo (Seale, et al., 1995; Ávila-Funes, et al., 2000; Strandberg, et al., 2002; Stabell, et al., 2004; Boggtz, et al., 2007; Seidel, et al., 2009).

Na realidade, a percepção de negatividade relacionada com a dependência no autocuidado, por um lado, parece relacionar-se com as sociedades materialistas que exibem a independência no autocuidado como sinónimo de bem-estar (Strandberg, et al., 2002) mas, por outro lado, relaciona-se com a reestruturação familiar, na qual os filhos ou familiares mais próximos deixaram de ter tempo e condições para cuidar dos familiares idosos, reconhecendo-os como um elemento integrante de um grupo homogéneo – os idosos – caracterizado pela diminuição das suas capacidades vitais e recursos socioeconómicos de modo que a relevância anteriormente atribuída à pessoa idosa tem vindo a desvanecer-se e a dependência no autocuidado é concetualizada como algo espectável e negativo (Correia, 2007).

Efetivamente, o atual estado da arte é espelhado nos resultados deste estudo quando o mesmo testemunha que a dependência no autocuidado acarreta a necessidade do cuidar dependente, associado ao qual emerge uma relação assimétrica, de poder/vulnerabilidade, entre cuidador e recetor de cuidados.

Neste estudo, a referida relação colocou em causa a participação das pessoas idosas dependentes no autocuidado na tomada de decisão sobre os próprios, bem como, a sua privacidade e identidade pessoal, o que por sua vez, contribuiu para a emergência do significado comprometimento da dignidade humana. Michel Renaud (2004) clarifica que a pessoa humana só o é pela relação com o outro, acrescentando que a dignidade da pessoa consubstancia-se no respeito dos outros face a si, o que evoca a atitude ética do respeito que, por sua vez, se entranha na dignidade pessoal. Com base na conceção acima referenciada, afirmamos que a relação entre cuidadores e participantes do estudo foi dotada de assimetria graças ao sentimento de fragilidade vivenciado pelos

participantes - a que a dependência no autocuidado induziu - mas igualmente, graças aos comportamentos conscientes/inconscientes de desrespeito adotados pelos cuidadores.

A este propósito, valerá a pena destacar a concordância destes dados com outros referentes ao estudo de Hockey e James (1993) e Sidenvall (1999) que concluem que os idosos eram tratados como uma criança que necessitava que lhe prestassem todos os cuidados e que decidissem por ela, afirmando em jeito de conclusão, que os idosos se sentiam humilhados, deixados à margem das decisões familiares, inclusive nas decisões acerca dos próprios, o que ponha em causa a sua autonomia. Gustafsson, et al. (2003 p.245) no capítulo referente à discussão dos seus resultados também recorrem às conclusões apresentadas por Hockey e James (1993) e Sidenvall (1999) para corroborar com o supracitado ao afirmarem que: *“Elderly and disabled persons are often treated as children, wich is humiliating for people with a whole life of experiences behind them (...) in fact, people have often been treated as metaphoric children, wich gives rise to feelings of personal humiliation and being socially marginalized.”* Os autores, epilogam ainda, que os participantes se sentiam desrespeitados, marginalizados, esquecidos, discriminados, e acima de tudo que apresentavam um identidade comprometida como consequência dos comportamentos dos cuidadores relativamente aos próprios.

Dados semelhantes foram identificados nos estudos de Shottom, et al. (1998); Jacelon, et al. (2004); Randers, et al. (2004); Gallagher, et al. (2008) e Brocklehurst, et al. (2008) que através de estudos com amostragem na população idosa concluem que a manutenção da dignidade humana carece de consideração relativamente à interação estabelecida entre a capacidade da pessoa idosa e as circunstâncias vivenciadas, até porque, o comprometimento da dignidade humana torna-se patente quando o ser humano se encontra face a situações de fragilidade nas quais é incapaz de atuar por si, como por exemplo, perante a negligência da sua privacidade associada à dependência no autocuidado. É esta ideia supracitada que nos leva até ao conceito de respeito e consequentemente à necessidade, também manifestada pelos participantes deste estudo, de serem respeitados enquanto seres humanos que são, realçando-se que os dados que comprovam esta necessidade são igualmente identificados noutros estudos consultados, nomeadamente, Pinto (2003) e Vieira (2003).

Assim, há que ressaltar a concordância dos dados deste estudo com o atual estado da arte, parecendo-nos contudo essencial, referir a importância de respeitar a identidade,

a privacidade e a autonomia – no sentido da autodeterminação- da pessoa idosa dependente no autocuidado, o que implica a manutenção de comportamentos de respeito por parte dos cuidadores, mas do mesmo modo, contribui para que a pessoa idosa se sinta digno enquanto pessoa que é, o que sem dúvida, lhe é um direito devido.

Prosseguindo na discussão dos resultados centrar-nos-emos no significado: sentir-se preso no interior de um corpo inútil, destacando-se que a partir da revisão da literatura pudemos constatar que Fromn (1999); Isabel Renaud (2004b; 2004c); Soares (2007) e Ribeiro (2008) já haviam refletido acerca das dicotomias ter/ser um corpo, bem como, ser um corpo/ser uma pessoa, reflexões às quais agora recorreremos para fundamentar a discussão.

De facto, os subtemas que contribuíram para a emergência do significado sentir-se preso no interior de um corpo inútil, corroboram com as concepções apresentadas pelos autores referidos no parágrafo anterior, destacando-se contudo, um estudo desenvolvido por Harrefors, et al. (2009) com uma amostra de pessoas idosas que viviam em contexto domiciliário, que objetivando identificar a percepção dos mesmos acerca de como desejavam ser tratados, conclui com base numa das subcategoria emergentes – *“Trapped in myself without friends”* – que as pessoas idosas temiam a percepção de que, no futuro, a dependência no autocuidado acarretasse uma diminuição do ser humano na capacidade de executar, como consequência das limitações funcionais, que associada à expropriação do próprio sobre si contribuiria para a percepção de *“Trapped in myself”*.

Isabel Renaud (2004b; 2004c) ao aprofundar a análise sobre a fenomenologia da percepção fundamenta de forma consistente os subtemas: ser um corpo (objeto de cuidados direcionados à dimensão física) e ser mais do que um corpo, ser uma pessoa, pois considera que perante a situação de doença trata-se de uma função do corpo comunicar a sintomatologia, emergindo então, necessidades relacionadas com a componente física às quais os cuidadores procuram responder de forma eficiente e eficaz. Contudo, as características despersonalizantes da resposta podem acarretar a “coisificação” do ser e a percepção - também narrada pelos participantes deste estudo - de que são um corpo, mero objeto de cuidados. Não obstante, apesar desta resposta direcionada às necessidades físicas do ser, outras – inerentes ao estatuto de pessoa – se elevam e vão adquirindo expressão, apesar da resposta às mesmas tardar, o que nos parece ocorrer como consequência da dificuldade do cuidador responder a estas

necessidades que ultrapassam a satisfação das exigências do corpo, mas prendem-se às carências do ser pessoa.

Vieira (2003), Soares (2007) e Ribeiro (2008) corroboram com os dados identificados neste estudo pois destacam a importância de que a pessoa se sinta respeitada - como a pessoa que é - por parte daqueles que a cuidam, assinaladamente na forma como o cuidar de desenrola e na demonstração da consciência da dignidade da pessoa, emergindo então, a necessidade de cuidar com respeito. Por outro lado, destacam também, a carência de responder às necessidades identificadas na e pela pessoa, independentemente da dimensão na qual as mesmas se inserem.

Em síntese, os resultados identificados na literatura vão de encontro aos resultados emergentes neste estudo. Contudo, parece-nos fulcral a importância deste significado pois dele sobressai que, apesar da necessidade de cuidar do corpo, com o intuito da manutenção de respostas direcionadas às necessidades associadas ao conforto e sobrevivência do mesmo, tal cuidado necessita dotar-se de respeito pela pessoa cuidada de modo a que esta se sinta pessoa. Todavia, não basta cuidar apenas do corpo, enquanto elemento físico que garante a existência real do ser humano, há que cuidar atendendo ao conceito de integralidade do ser.

Continuando com a discussão dos resultados, destacou-se que para os participantes do estudo, ser dependente no autocuidado significava ser uma pessoa afetada pela dependência, ou seja, uma pessoa menos completa na medida em que emergiu a consciencialização da diminuição da capacidade funcional que por sua vez acarretou o cuidar dependente, associado ao qual, também a auto-perceção da sobrecarga do cuidador adquiriu contornos mais realistas.

Este sentimento de “ser um fardo” encontra-se igualmente descrito nos estudos de Strandberg, et al. (2002) e Gustafsson, et al. (2003) que concluem que os participantes – pessoas idosas – se sentiam um peso para o cuidador/família pela necessidade do cuidar dependente, mas também, pela amplificação do sentimento de inutilidade dos próprios após a dependência no autocuidado.

Esta questão da perceção da sobrecarga do cuidador também apareceu descrita nos estudos de Cousineau, et al. (2003); Harrefors, et al. (2009) e Arechabala, et al. (2012) que destacam a influência da auto-perceção de sobrecarga no bem-estar e qualidade de vida da pessoa idosa. Harrefors, et al. (2009) acrescenta que face a esta perceção, a

pessoa idosa dependente no autocuidado tende a omitir as suas necessidades de forma a evitar sobrecarregar o cuidador, potenciando assim, a gestão do seu desejo de permanecer no domicílio. No seguimento do referido anteriormente, Harrefors, et al. (2009) aprofundam esta ideia, também abordada por Correia (2007), concluindo que tal desejo emerge associado à procura da manutenção de relações de poder/vulnerabilidade, à proximidade para com os bens materiais e imateriais recordados no ambiente do domicílio, e ainda, ao temor do cuidar despersonalizado e do abandono familiar que percecionam como consequente à institucionalização (Fernandes, 2005). Neste âmbito, Correia (2007 p.11) refere *“O idoso, principalmente o institucionalizado, ao deparar-se com a destruição da sua identidade, com a transformação das formas de solidariedade, desvínculo familiar e de vizinhança, confina-se ao isolamento e daí a grande resistência à institucionalização. O último lugar que os idosos preferem ter como residência é o lar (...) Só um número muito restrito de idosos prefere a institucionalização, para não ser um empecilho para os filhos.”*

A consciencialização da afetação da dependência no autocuidado não se materializa apenas na diminuição da capacidade funcional pois está igualmente patente na consciencialização da alteração da imagem corporal. Em relação a esta questão, destacamos um estudo desenvolvido por Gustafsson, et al. (2003) que, uma vez mais, corrobora com os resultados por nos identificados quando conclui que a alteração da imagem corporal conduziu a comportamentos de evitamento do contato social, por parte da pessoa idosa dependente, mas igualmente, à diminuição da procura de contato com o mesmo, por parte das pessoas significativas, o que parece surgir devido à dificuldade experienciada por ambos na gestão das consequências emergentes pela dependência no autocuidado.

Na referência às consequências experienciadas pela pessoa idosa dependente no autocuidado, Gustafsson, et al. (2003) recordam-nos os dados do nosso estudo quando referem a dificuldade da pessoa idosa dependente em conviver com a família e a sociedade devido à incapacidade de agir segundo o comportamento socialmente aceite. Contudo, destaca-se também o outro lado da moeda, ou seja, a família, que ao sentir dificuldades em lidar com a alteração da imagem corporal da pessoa idosa procura evitar tais contatos contribuindo assim para a sua solidão, isolamento social e sentimento de abandono.

Em suma, uma vez mais, há que destacar a concordância dos dados emergentes com a literatura consultada. Contudo, é também de referir a importância das relações estabelecidas entre cuidador e recetor de cuidados na atribuição de significado à dependência no autocuidado, até porque, apesar de não ser objetivo do estudo foi possível determinar que as características desta relação influenciam o significado atribuído à dependência.

Redirecionando-nos agora para a discussão do significado: apagando-se a razão de viver, há que avultar o estudo de Rurup, et al. (2011) e os escritos de Destéfani (2001) que centrando-se nas perdas vivenciadas pela pessoa na etapa final do ciclo vital, ou seja, enquanto idosa, vão de encontro à interpretação anteriormente apresentada no capítulo referente aos resultados. Aprofundando as conceções de Rurup, et al. (2011 p. 206) percebemos que os autores consideram que os sentimentos associados a viver e morrer devem ser julgados atendendo ao balanço que o próprio realiza entre a situação desejada e a real no que concerne às características pessoais, às estratégias de *coping* e ao suporte social. Esta ideia parece moldar-se na perfeição aos resultados apresentados neste estudo pois é um balanço entre a situação real e a desejada que conduz os participantes à consciencialização das perdas consequentes à etapa do ciclo vital mas igualmente às perdas associadas à dependência no autocuidado.

Tendo por base a temática do estudo, a pesquisa acerca das perdas percebidas como consequência da dependência no autocuidado, conduziu-nos novamente ao estudo de Rurup, et al. (2011) que destacam algumas das variáveis, igualmente, emergentes neste estudo: a perda da saúde, a perda dos papéis sociais e a solidão atribuindo contudo, especial ênfase à questão da falta de esperança pois consideram que a mesma será o maior contributo para a diminuição gradual da razão de viver.

Dando continuidade à discussão deste tema, importa destacar os estudos de Herth, et al. (2002); Cutcliffe, et al. (2002) e Hodge, et al. (2011) que destacam a influência da esperança na manutenção da razão de viver. Não obstante, o estudo de Cutcliffe (2002) adquire especial relevo, pois apresenta um resultado idêntico ao exposto neste trabalho já que, recorrendo especificamente a uma amostragem na população idosa, conclui acerca da influência da esperança na vontade de viver da pessoa idosa. Por outro lado, Cassel (1982) e Ferrell, et al. (2008) também afirmam, com base nos seus estudos, que as perdas vivenciadas contribuem para a emergência de sofrimento, destacando a

importância de escutar ativamente, manter presença e cuidar atendendo à integralidade do ser como meios fundamentais para o diminuir.

Em súpula, a literatura não contradiz os dados por nos identificados mas atribui especial relevo à influência de uma componente - falta de esperança - no aparecimento do significado aqui discutido, bem como, ao sofrimento experimentado aquando da vivencia de perdas. Todavia, de futuro, parece-nos fundamental aprofundar estudos centrados nas restantes componentes que contribuem para a emergência deste significado de forma a ampliar a compreensão do fenómeno.

Terminada a discussão dos resultados no que concerne aos significados associados à percepção de perdas consequentes à dependência no autocuidado, há que progredir, e portanto centrar-nos-emos, de seguida, na discussão do significado sentir-se importante para o outro, que como foi anteriormente referido, coliga-se à percepção de ganhos decorrentes da dependência no autocuidado.

Através da análise dos escritos de Miller (1985); Stabell, et al. (2004); Drageset (2004); Silva-Smith, et al. (2006) e Boggatz, et al. (2007) é facilmente apreendido que as pessoas idosas dependentes no autocuidado que participaram nestes estudos procuravam apoio, amizade, atenção e segurança recorrendo à manutenção da dependência no autocuidado, enquanto estratégia apreendida para garantir a satisfação das necessidades supra-escritas que, são percecionadas como necessidades de topo comparativamente com outras, assistindo-se então, a uma inversão na pirâmide de Maslow.

Baltes (1995) citado por Boggatz, et al. (2007) designa esta dependência apreendida de dependência comportamental, realçando Boggatz, et al. (2007) a importância do ambiente que rodeia a pessoa idosa, bem como, do *coping* adotado pelo mesmo no planeamento e manutenção desta estratégia, o que uma vez mais vai de encontro aos resultados deste trabalho.

Neste contexto, Stabell, et al. (2004) comprovaram que pessoas idosas que apresentavam comportamentos de dependência no autocuidado viam as suas necessidades imediatamente satisfeitas encontrando-se rodeados de pessoas e de um ambiente de apoio e superproteção satisfazendo assim, as suas necessidades de atenção, segurança, apoio e exercendo ainda, um certo controlo sobre o ambiente apesar da perda da sua autonomia. Por outro lado, as pessoas idosas que apresentavam comportamentos

de independência referiam que as suas necessidades eram ignoradas e que não tinham qualquer reforço positivo pelo que concetualizavam a dependência no autocuidado como uma estratégia adaptativa para a satisfação das necessidades intermédias da pirâmide de Maslow. Neste sentido, realça-se a afirmação de Maria Júlia Paes da Silva (2002) ao salientar que quando tocamos e somos tocados além da sensação tátil desponta uma emoção, acrescentando Pacheco (2007) e Rosa (2008) que o toque assume a capacidade de restabelecer a sensação de ligação e relação com outras pessoas – sem as quais não é possível ser-se pessoa (Renaud, 2007a) - contribuindo assim para minimizar a solidão da população idosa e promover a perceção de que, a pessoa tocada é importante e alvo da preocupação daquele que a toca, de modo que a prestação de cuidados, desponta no recetor esta sensação de ser importante para o outro e consequentemente conduz à utilização da dependência no autocuidado como uma estratégia que possibilita a satisfação das necessidades.

De facto, esta ideia de que a dependência no autocuidado - mas acima de tudo, o cuidar dependente – também permite a manutenção das relações de vulnerabilidade/poder e a satisfação das necessidades intermédias da pirâmide de Maslow encontra-se patente no estudo por nos realizado, mas valerá a pena realçar que a mesma ideia é aprofundada por Silva – Smith, et al. (2006 p.37) que recorre à terminologia de Bandura (1982) e Baltes (1996) para utilizar a expressão “*proxy control*” que considera fundamental numa potencial explicação para a emergência de *outcomes* positivos decorrentes da dependência no autocuidado, pois afirma que: “*proxy control involves relinquishing control over events that affect individual’s lives to free themselves of the performance demands and hazards that the exercise of control entails (...) in fact, choosing to be dependente may serve to maintain a personal control and lead to beneficial outcomes.*”

Destaca-se assim, a influência das necessidades que os participantes identificam como primárias, bem como, o planeamento de intervenções personalizadas e direcionadas a tais necessidades, como variáveis fundamentais a considerar no cuidado à pessoa idosa, já que devidamente trabalhadas cooperam para a reconstrução da autonomia dentro dos limites da capacidade funcional da pessoa idosa.

Resumindo este subcapítulo há que destacar, que como foi demonstrado ao longo do mesmo, o atual estado da arte corrobora com os resultados aqui apresentados que

apesar não de não serem passíveis de generalização são, decerto, um contributo para a melhoria dos cuidados e para o desenvolvimento de futuros estudos que possam contribuir para aprofundar a compreensão da temática e melhorar a prestação de cuidados.

5.2. A Enfermagem face aos resultados do estudo

Refletindo sobre os estudos que consultamos (com o intuito de alicerçar a interpretação fenomenológica dos dados e a discussão), bem como, acerca de todo o percurso de investigação decorrido, parece-nos que a enfermagem, enquanto disciplina e profissão, terá uma palavra importante a proferir relativamente aos dados anteriormente apresentados, de modo que passamos a centrar-nos, de seguida, nessa tarefa.

Como refere Orem (2001) se procurarmos analisar epistemologicamente o desenvolvimento da disciplina de enfermagem, evidenciamos que a mesma se centra, particularmente, nas atividades de autocuidado que objetivam a promoção da saúde, o crescimento e desenvolvimento das pessoas e facilitam a recuperação e o autocontrolo em situações de doença.

De facto, a enfermagem enquanto profissão lida diariamente com as atividades de autocuidado, melhor dizendo, com a dependência nas atividades de autocuidado de modo que, considerando o autocuidado a base na qual assenta o conhecimento da disciplina (Orem, 2001), parece-nos fundamental que os enfermeiros procurem desenvolver investigação científica, de modo a contribuírem para a ampliação e solidificação do conhecimento disciplinar nesta área, que por sua vez, facilitará a aplicação prática dos conceitos, bem como, a obtenção de indicadores sensíveis aos cuidados prestados pelos enfermeiros, clareando assim, a importância do seu papel na sociedade e consequentemente revalorizando a profissão.

Neste contexto poder-se-ia destacar a enfermagem avançada enquanto filosofia disciplinar do desenvolvimento da prática, que centrando-se no cliente e na sua família, enquanto subsistema em constante interação, procura *“acrescentar enfermagem à enfermagem”* através da utilização de *“pilares transversais a qualquer enfermagem do mundo: conhecimento disciplinar, formação, investigação, reflexão, prática baseada na evidência, liderança e implementação da mudança”* (Paiva, 2007 p. 10) com o intuito de amplificar o conhecimento da disciplina e aplicá-lo na prática quotidiana.

Mas refletindo sobre os resultados do estudo uma questão se eleva, de que modo os dados aqui apresentados podem contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem? Na verdade, a questão não terá uma resposta diretiva – até porque cada cliente é único - mas obriga-nos a reconsiderar o papel do enfermeiro face aos dados apresentados, pelo que nos parece fundamental iniciar este subcapítulo com um mote de Pinto (2003 p. 144) que afirma: *“No século XIX, Florence Nightingale foi a primeira enfermeira a explicitar a natureza dos cuidados de enfermagem em que defendia que as enfermeiras deveriam esforçar-se por colocar o doente nas melhores condições possíveis. Hoje, cerca de dois séculos mais tarde, é pedido à enfermeira não só que preste cuidados à pessoa que sofre de doença ou de sintomas mas, acima de tudo, que cuide dela. E, o ato de cuidar passa pelo ato de a respeitar como pessoa única. Só podemos cuidar se nos interessarmos pelo outro, pelas suas dificuldades de vida, se o reconhecermos na sua individualidade, na sua unicidade.”*

É no contexto desta citação que a leitura dos resultados, anteriormente apresentados, adquire relevo para a enfermagem pois evidencia-se que o ato de cuidar carece da associação de um conjunto de atitudes que implicam considerar o cliente como um todo que é, inserido num subsistema em constante interação, a família. De facto, já não basta cuidar somente do corpo da pessoa, é necessário cuidar da pessoa que, além da dimensão corpórea, apresenta outras dimensões que, em uníssono, contribuem para a integralidade do ser humano, e portanto como refere Nunes (2004 p.35) cuidar implica *“um ato humano intencional, em que o desempenho das atividades tem maior amplitude que a simples execução da tarefa ou o volume dos atos. Por isso se assumiu o Cuidar como ideal moral que visa proteger, aumentar e preservar a dignidade humana.”*

Atendendo a estas considerações, tem emergido e adquirido uma expressão significativa, o pensamento da imprescindibilidade da enfermagem de proximidade e parceria com cliente/família e comunidade, já que a mesma se evidencia como o método através do qual será possível a manutenção de uma relação terapêutica efetiva, que por sua vez facilitará a relação de confiança e conseqüentemente o acesso à identificação das reais necessidades do cliente/família, bem como, a resposta personalizada às mesmas. Vieira (2007 p.88) corrobora com esta conceção ao considerar que *“ao fazer aquilo que habitualmente cada um faz por si próprio, na sua intimidade, os enfermeiros*

desenvolvem com as pessoas uma relação interpessoal, que se desenvolve num processo intersubjetivo de partilha do que há de mais íntimo na experiência da vulnerabilidade individual.” A este propósito destaca-se então a importância da relação terapêutica entre o cliente - neste caso particular a pessoa idosa dependente no autocuidado - e o enfermeiro que deve reconhecer a autonomia e as capacidades da pessoa idosa envolvendo-a, bem como aos seus familiares, na persecução do projeto de vida que o mesmo planeou para si.

Contudo, como bem refere Miller (1985) e Silva-Smith, et al. (2006) há que personalizar os cuidados de enfermagem, até porque alguns enfermeiros já se encontram formatados para executar as rotinas e restrições dos serviços, o que segundo Donchin (2001) contribui para a manutenção da dependência da pessoa idosa no autocuidado. Fundamenta-se então, o pensamento do autor supracitado no que concerne à personalização das intervenções de enfermagem, quando destaca a importância do enfermeiro centrar a sua atuação na pessoa, conhecendo-a, escutando-a e, sem invadir a sua intimidade, executar uma atividade diagnóstica que detete as suas necessidades, independentemente da dimensão das mesmas, pois como relatam Gustafsson, et al. (2003) apesar das diretrizes atuais continuamos a assistir a uma prática de cuidados de enfermagem mormente centrada na componente física e que desvaloriza as necessidades psicológicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais que adquirem uma expressão significativa no caso da pessoa idosa dependente no autocuidado, como comprovou este estudo.

No seguimento deste raciocínio, introduz-se na perfeição a questão do significado que a pessoa idosa dependente no autocuidado atribuiu à sua dependência, pois como demonstram os resultados anteriormente apresentados a significação do acontecimento influencia a qualidade de vida da pessoa idosa dependente no autocuidado, bem como da sua família, de modo que nos parece fundamental que os enfermeiros, enquanto profissionais privilegiados no que concerne à proximidade com o cliente/família, procurem centrar-se na implementação de intervenções de enfermagem personalizadas que permitam trabalhar em parceria a significação atribuída à dependência no autocuidado. Todavia, destaca-se similarmente a importância do desenvolvimento de estudos que possam contribuir para o planeamento e implementação de intervenções deveras eficientes e eficazes.

Apuramos também, que apesar da Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem, 2001), objetivar a promoção da independência do cliente de modo que este recupere a capacidade de responder às suas necessidades autonomamente, e portanto cesse a necessidade do cuidar dependente, como descrevem Miller (1985) e Stabell, et al. (2004) atualmente deparamo-nos com uma atuação de enfermagem que tende a promover a dependência ao aplicar o sistema totalmente compensatório quando o cliente não carece de tal, esquecendo-se do cuidador e das suas carências de aprendizagem e apoio para a execução das exigências do cuidar, e assim condicionando a vivência da dependência no autocuidado por parte da pessoa idosa dependente e da sua família. Evidencia-se então, também neste âmbito, a importância de uma reflexão por parte dos enfermeiros de modo a contribuírem para a melhoria e personalização dos cuidados que prestam e conseqüentemente diminuindo a incidência da dependência no autocuidado associada à prática dos cuidados de enfermagem.

Por outro lado, atendendo a que cada vez mais o local de prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa dependente no autocuidado se descentraliza do hospital para o domicílio parece-nos fundamental que os enfermeiros procurem capacitar os prestadores de cuidados, de modo a habilitá-los para o exercício deste papel, o que conseqüentemente poderá contribuir para a gestão do significado que a pessoa idosa dependente no autocuidado atribuiu à sua dependência.

Emergem assim, um conjunto de valores em relação à pessoa cuidada que nos parecem direcionar todo o cuidado de enfermagem, e que segundo a perspectiva de Nunes (2004 p. 41) se assumem como a *“dignidade da pessoa humana, a inclusão efetiva de todas as atitudes de que a mesma carece, o respeito pelos direitos humanos, a cidadania e a excelência no cuidar.”*²² Esta ideia é igualmente sintetizada pelo artigo 78.º do Código Deontológico que enuncia: *“As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.”* Em suma, variadas são as ilações que podem advir para a prática de enfermagem a partir deste estudo, contudo aos nossos olhos, e atendendo à

²² Nunes (2004 p.41) destaca o valor da excelência no cuidar pois considera que a pessoa *“tem direito a ser cuidada com os mais elevados níveis de qualidade científica, técnica e humana, de forma singular e humanizada, com justiça e respeito pela intimidade, o que tanto se esboça na confidencialidade como no respeito pelo pudor (...) contudo, não haveria excelência sem confiança.”*

atual conjuntura socioeconómica, duas se destacam: capacitar o cuidador para o exercício do papel e atender à pessoa, enquanto pessoa que é, respeitando os direitos/deveres inerentes a este estatuto.

6. CONCLUSÃO

Terminado este percurso de investigação é chegada à hora de responder sucintamente à questão de investigação enunciada - Qual o significado que a pessoa idosa a residir no domicílio e dependente em pelo menos uma atividade de vida diária atribuiu à dependência no autocuidado? – que atuou como ponto de partida para o desenvolvimento deste trabalho e que orientou o mesmo.

De facto, ao realizarmos este estudo evidenciamos que os participantes, pessoas idosas dependentes em pelo menos uma atividade de vida diária e a residirem em contexto domiciliário, atribuíram significados à dependência no autocuidado de acordo com a perceção de ganhos e perdas associados às circunstâncias das mesmas, destacando-se similarmente, que os vários significados se encontram interligados em si contribuindo as causas e as consequências associadas a cada significado para a emergência dos restantes. Metaforicamente poderíamos pensar numa teia, na qual cada fio tem uma direção muito concreta e conduz a um local, tal como cada significado, mas ao mesmo tempo, cruza-se com todos os fios os restantes.

Redirecionando-nos, novamente, para a resposta à questão de investigação destacou-se que associada à perceção de perdas emergiram os significados: comprometimento da dignidade humana, sentir-se afetado pela dependência no autocuidado, sentir-se preso no interior de um corpo inútil e apagando-se a razão de viver, enquanto, associada à perceção de ganhos emergiu o significado sentir-se importante para o outro.

Como referido anteriormente, apesar dos resultados do estudo não serem passíveis de generalização são, certamente, um contributo para a melhoria no que concerne à personalização dos cuidados de enfermagem, bem como, um mote para a ampliação de estudos na área, que se revelaram necessários, nomeadamente no conhecimento dos fatores internos e externos que contribuem para a emergência dos significados atribuídos à dependência no autocuidado, de modo que, ao trabalhar esses fatores seja possibilitada a gestão da significação e a ampliação do conhecimento acerca da temática.

Por outro lado, face a estes dados, a enfermagem de proximidade, inerente ao conceito de enfermagem avançada, adquire um papel relevante na gestão do significado

que a pessoa idosa dependente no autocuidado atribuiu à dependência. Contudo, torna-se fundamental atender à integralidade do ser humano cuidado de forma a identificar as reais necessidades do mesmo e conseqüentemente implementar intervenções personalizadas. Neste contexto, destaca-se igualmente a capacitação do cuidador para o exercício do papel contribuindo para a promoção da qualidade de vida de ambos, bem como, para a reconstrução/reaquisição da autonomia da pessoa idosa dependente.

7. BIBLIOGRAFIA

- ✓ ALMEIDA, Manuel. 2004. O respeito pela intimidade do paciente na relação terapêutica: que limites?. *Enfermagem Oncológica*.28/29: 26-33.
- ✓ ARECHABALA; CATONI; BARRIOS; PALMA. 2012. Spanish validation of the "self-perception of burden of care scale". *Acta Paulista Enfermagem*. 25 (1):140-145.
- ✓ ÁVILA-FUNES, et al. 2000. Síntomas depressivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Pública de Mexico*. 5 (19): 367-374.
- ✓ BALTES. 1995. Dependency in old age: gains and losses. *Current Directions in Psychological science*. 4 (1): 14-19.
- ✓ BAUBY. 2007. *O escafandro e a Borboleta*. Carnaxide: Editora livros do brasil. Coleção dois mundos.
- ✓ BOGGATZ, et al. 2007. The meaning of care dependency as shared by care givers and care recipients: a concep analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 60 (5): 561-569.
- ✓ BRITO, et al. 2007. *O fim da vida*. Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia, Universidade Católica Portuguesa.
- ✓ BROCKLEHURST; LAURENSEN. 2008. A concept analysis examining the vulnerability of older people. *British Journal of Nursing*. 17 (21): 1354-1357.
- ✓ BRUGUES, Maria. 2002. A pessoa e a experiência do corpo doente. *Revista Enfermagem Oncológica*. 22: 26-29.
- ✓ CAPELAS. 2008. Dor Total nos doentes com metastização óssea. *Cadernos de Saúde* . 1 (1): 9-24.
- ✓ CARILHO; GONÇALVES. 2002. Envelhecimento crescente mas especialmente desigual. *Revista de Estudos Demográficos*.40.
- ✓ CARILHO; PATRÍCIO. 2010. A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*.48.
- ✓ CARPENTER; STREUBERT. 2002. *Investigação Qualitativa em Enfermagem Avançando o Imperativo Humanista*. 2º ed. Loures: Lusociência.
- ✓ CASSEL, Eric. 1982. The nature of suffering and the goals of Medicine. *The New England Journal of Medicine*. 306 (11): 639-45.
- ✓ COHEN; KAHN; STEEVES. 2000. *Hermeneutic Phenomenological Research. A Practical Guide for Nurse Researchers* . London: Sage Publications.

- ✓ COLLIÈRE, Marie- Françoise. 2003. *Cuidar ... a primeira arte da vida*. 2ªed. Loures: Lusociência.
- ✓ CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. 2011. *CIPE 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem - versão 2*.
- ✓ CORREIA. 2007. Psicologia.com.pt. *O portal dos Psicólogos* . [Online] 20 de 04 de 2007.
- ✓ COSTA, Fernando. 2002. O corpo incapaz: a deficiência tem outro lado? *Cadernos de Bioética*.28: 65-76.
- ✓ COUSINEAU; MCDOWELL; HOTZ; HEBERT. 2003. Measuring chronic patients' feelings of being a burden to their caregivers: Development and preliminary validation of a scale. *Med Care*. 41 (1): 110 – 118.
- ✓ COUVREUR, Chantal. 2001. *Qualidade de vida: Arte para viver no século XXI*. Tradução Margarida Cunha Rosa. Loures: Lusociência.
- ✓ CUNHA, Madalena; CUNHA, Maria do Céu. 2002. O pudor e o corpo: as fronteiras do ser. *Revista Servir*. 50(2):62-68.
- ✓ CUTCLIFFE; HERTH. 2002. The concept of hope in nursing 1: its origins, background and nature. *British Journal of Nursing*. 11 (12): 832 - 840.
- ✓ DELOITTE. 2011. *Saúde em Análise Uma visão para o Futuro*.
- ✓ DENZIN; LINCOLN. 2005. *The Sage Handbook of Qualitative Research*. 3º ed. London: Sage Publications.
- ✓ DESTÉFANI, Gema. 2001. *Envelhecer com Dignidade*. 2ºed. São Paulo: Edições Loyola.
- ✓ DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. 2004. *Programa Nacional de Saúde para as pessoas idosas*. Lisboa.
- ✓ DONCHIN. 2001. Understanding autonomy relationally: Toward a reconfiguration of bioethical principles. *Journal of Medicine and Philosophy*. 26 (4): 365-386.
- ✓ DRAGESET. 2004. The importance of daily living and social contact for loneliness: a survey among residents in nursing homes. *Scandinavian Journal of caring Science*. 18: 65-71.
- ✓ DUNLOP; HUGHES; MANHEIM. 1997. Disability in Activities of Daily living: Patterns of Change and a Hierarchy of Disability. *American Journal of Public Health*. 3(8): 378-383.

- ✓ EARLE. 2010. Phenomenology as research method or substantive metaphysics? An overview of phenomenology's uses in nursing. *Nursing Philosophy*. 11 (4): 286-296.
- ✓ ELLEFSEN. 2002. Dependency as disadvantage – patients experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 16: 157-164
- ✓ FERNANDES, António. 2005. *Processos e estratégias de envelhecimento*. Porto: Universidade do Porto. Faculdade de Letras.
- ✓ FERNANDES, Purificação. 2001. *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto editor.
- ✓ FERRELL; COYLE. 2008. The nature of Suffering and the goals of Nursing. *Oncology Nursing Forum*. 35 (2): 241 – 247.
- ✓ FLANAGAN; HOLMES. 1999. Facing the issue of dependence: some implication from the literature for the hospice and hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 3 (29): 592-599
- ✓ FONSECA. 2006. *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. 1º Ed. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- ✓ FORTIN, MARIE-FABIENNE. 2003. *O processo de investigação da concepção à realização*. Loures : Lusociência.
- ✓ FRID; OHLEN; BERGBOM. 2000. On the use of narratives in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*. 32 (3): 659-703.
- ✓ FROMN, ERICH. 1999. *Ter ou ser?* 1º Ed. Lisboa: Editorial Presença.
- ✓ GALLAGHER; LI; WAINWRIGHT; JONES; LEE. 2008. Dignity in the care of older people – a review of the theoretical and empirical literature. *BMC Nursing*. 7 (11): 1-12.
- ✓ GUSTAFSSON, et al. 2003. Older Women's perceptions of Independence versus dependence in Food-Related Work. *Public Health Nursing*. 20 (3): 237-247.
- ✓ HARREFORS; SAVENSTEDT; AXELSSON. 2009. Elderly people's perceptions of how they want to be cared for: an interview study with healthy elderly couples in Northern Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 23:353-360.
- ✓ HARWOOD; SAYER; HIRSCHFELD. 2004. Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios. *Bulletin of the World Health Organization*. 82: 251-258.
- ✓ HEDBERG; GUSTAFSON; BRULIN. 2010. Purpose in life among men and women aged 85 years and older. *J. Aging and Human Development*. 70 (3): 213-229.
- ✓ HERTH; CUTCLIFFE. 2002. The concept of hope in nursing 6: research/education/policy/practice. *British Journal of Nursing*. 11 (21): 1404 – 1411.

- ✓ HODGE; HORVATH. 2011. Spiritual Needs in Health Care Settings: A Qualitative Meta-Synthesis of Clients' Perspectives. *National Association of Social Workers*. 56 (4): 306 – 316.
- ✓ JACELON; CONNELLY; BROWN; PROULX; VO. 2004. A concept analysis of dignity for older adults. *Journal of Advanced Nursing*. 48 (1): 76-83.
- ✓ JOSÉ, Helena. 1999. Ser pessoa, uma reflexão para a prática. *Revista Nursing*. 138: 25-28.
- ✓ KANT, Immanuel. 2001. *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*, Lisboa: Edições 70.
- ✓ KÉROUAC; PEPIN; DUCHARME; DUQUETTE; MAJOR. 1994. *Lá pensée infirmière*. Québec: Éditions Études Vivantes.
- ✓ LEINO – KILPI; VALIMAKI; DASSENAND; SCOTT; ARNDT. 2001. Privacy: a review of the literatura. *International Journal of Nursing Studies*. 38 (6): 663 – 671.
- ✓ LENINGER, Madeleine. 1998. *Qualitative Research Methods*. United States: Greyden Press.
- ✓ LOCH. 2003. Confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação. *Revista Bioética*. 11 (1): 51 – 64.
- ✓ LOPES. 1995. Cuidar na intimidade, uma abordagem fenomenológica. *Revista Enfermagem*. 6: 40-50.
- ✓ LOPES. 2006. Tapar e Destapar e Corporeidade da Pessoa Idosa – Na trivialidade do gesto, a complexidade de saberes. *Revista Investigação em Enfermagem*. 14: 57-68.
- ✓ MAGALHÃES. 2002. O sentido da Vida. *Cadernos de Bioética*. 30.
- ✓ MELEIS. 2010. *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer.
- ✓ MILLER, Audrey. 1985. Nurse/patient dependency – is it iatrogenic? *Journal of Advanced Nursing*. 10: 63-69.
- ✓ MOUSTAKAS, Clark. 1994. *Phenomenological Research Methods*. London: Sage Publications.
- ✓ NAIK; CONCATO; GILL. 2004. Bathing disability in community – Living older persons: common, consequential and complex. *American Geriatrics Society*. 52 (11): 1805-1810.

- ✓ NANDA INTERNATIONAL. 2010. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011*. Porto Alegre: Artmed.
- ✓ NERI. 2005. *Palavras – chave em gerontologia*. Campinas: Alínea.
- ✓ NUNES; AMARAL; GONÇALVES. 2005. *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ✓ NUNES, Lucília. 2011. *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2001. *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ✓ OREM. 2001. *Nursing Concepts of Practice*. St. Louis MO : Mosby. 6 th.
- ✓ PACHECO, SUSANA. 2002. *Cuidar a pessoa em fase terminal Perspectiva Ética*. Loures : Lusociência.
- ✓ PACHECO; VEIGAS; ROSA. 2007. Toque Terapêutico Fundamentação e aplicabilidade em enfermagem. *Nursing*. 224: 7-13.
- ✓ PAIVA, ABEL. 2007. Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 1 (55): 11-20.
- ✓ PINTO, Cristina. 2003. *O respeito no cuidado de enfermagem: perspectiva do doente terminal*. Dissertação de Mestrado em Bioética e Ética Médica apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- ✓ POLIT; BECKI; HUNGLER. 2004. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. 5º ed. Porto Alegre: Artmed.
- ✓ PORTUGAL. DECRETO-LEI Nº161/96. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro: Diário da República Portuguesa. I Série-A, n.º 205. Capítulo II, Art.º 4.º. 2959-62.
- ✓ RAPOSO, João. 2003. O cuidar e o Morrer. *Cadernos de Bioética*. 3: 91 – 107.
- ✓ RANDERS; MATTIASSON. 2004. Autonomy and integrity: upholding older adult patients´ dignity. *Journal of Advanced Nursing*. 45 (1): 63-71.
- ✓ RENAUD, Isabel. 1990. A pessoa Humana. *Revista Servir*. 38 (4): 159-165.
- ✓ RENAUD, Isabel. 2002a. O corpo, silêncio e encontro. *Cadernos de Bioética*. 30: 77-84.

- ✓ RENAUD, Isabel. 2002b. O corpo incapaz: A deficiência tem outro lado?. *Cadernos de Bioética*. 28: 67-76.
- ✓ RENAUD, Isabel. 2004a. O corpo enigmático. *Cadernos de Bioética*. 34. Centro de Estudos de Bioética: 33-42.
- ✓ RENAUD, Isabel. 2004b. Situações do corpo e a ética do cuidado. *Cadernos de Bioética*. 36: 5- 15.
- ✓ RENAUD, Isabel. 2004c. *Corpo Humano*. In NEVES; PACHECO. 2004. Para uma ética da Enfermagem: Desafios. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- ✓ RENAUD, Isabel. 2005. Fragilidade e vulnerabilidade. *Cadernos de Bioética*. 39: 405-416.
- ✓ RENAUD, Isabel. 2007a. Ser Pessoa: contributo para uma visão global da pessoa. *Revista Servir*.55 (3): 91-99.
- ✓ RENAUD, Isabel. 2007b. O corpo vivido: metamorphoses da imagem. *Revista Portuguesa de Bioética: Cadernos de Bioética*. 3:249-261.
- ✓ RENAUD, Isabel. 2009. A qualidade de vida: merece toda a vida ser vivida?. *Revista Portuguesa de Bioética: Cadernos de Bioética*. 7: 81-94.
- ✓ RENAUD, Michel. 2004. *Dignidade Humana*. In NEVES; PACHECO. 2004. Para uma ética da Enfermagem: Desafios. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- ✓ RIBEIRO, Isabel. 2008. Dimensão Integral do ser humano: contributo da espiritualidade. *Revista Portuguesa de Bioética: cadernos de bioética*. 5: 249-257.
- ✓ RODRIGUES; MARTINS. As janelas expressivas do corpo e do ser. *Sinais Vitais*.54: 53-59.
- ✓ ROSA, Pedro. 2008. O poder do Toque. *Nursing*. 230 (18), 48-49.
- ✓ RURUP; PASMÁN; GOEDHART; DEEG; KERKHOF; ONWUTEAKA-Philipsen. 2011. Understanding why older people develop a wish to die – A qualitative interview study. *Crisis*. 32 (4): 204-216.
- ✓ SACARDO. 2000. Desafios pra a preservação da privacidade no contexto da saúde. *Revista de Bioética*. 8 (2): 301 – 322.
- ✓ SEALE; ADDINGTON-HALL. 1995. Euthanasia: the role of good care. *Social Science and Medicine* . 40 (5): 581-587.

- ✓ SEIDEL; CRILLY; MATTHEWS; JAGGER; CLARKSON; BRAYNE. 2009. Patterns of Functional Loss Among Older People: A Prospective Analysis. *Human Factors*. 51(5): 669-680.
- ✓ SHOTTOM; SEEDHOUSE. 1998. Practical dignity in Caring. *Nursing Ethics*. 5: 246 – 255.
- ✓ SILVA, Maria Júlia Paes da. 2002. *Comunicação tem remédio: A comunicação nas relações interpessoais em saúde*. Rio de Janeiro: Loyola.
- ✓ SILVA-SMITH; KOVACH. 2007. Positive Gains Rethinking the Outcomes of Dependency. *Journal of Gerontological Nursing*. 32(4):18-25.
- ✓ SOARES, Maria. 2007. O ser, o adoecer e o sofrer. *Revista Portuguesa de Bioética*. 3: 353-362.
- ✓ SOUSA; FIGUEIREDO; CERQUEIRA. 2006. *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. 2ª Ed. Porto: Âmbar.
- ✓ SPÍNDOLA. 1997. A fenomenologia e a enfermagem: algumas reflexões. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 31 (3): 403-409.
- ✓ STABELL, et al. 2004. Nursing home resident's dependence and independence . *Journal of clinical Nursing*. 13: 677-686.
- ✓ STRANDBERG; NORBERG; JANSSON. 2001. Being overwhelmed by the feeling of having a home and family. One aspect of the meaning of being dependent: a study of one patient and two of his nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 35 (5): 717-727.
- ✓ STRANDBERG, ASTROM E NORBERG. 2002. Struggling to be/show oneself valuable and worthy to get care. One aspect of the meaning of being dependent one care – a study of one patient, his wife and two of his professional nures. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 16: 43-51.
- ✓ STRANDBERG; JANSSON. 2003. Meaning of dependency on care as narrated by nurses. *Scand J Caring Sci*. 17: 84-91.
- ✓ TERRA, et al. 2006. Na trilha de fenomenologia: um caminho para a pesquisa em Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. 4 (15): 672-678.
- ✓ THOMPSON; MELIA; BOYD. 2004. *Ética em Enfermagem*. Ed. 4. Loures: Lusociência.
- ✓ TOMEY; ALLIGOOD. 2004. *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures : Lusociência.
- ✓ TORGA, Miguel. 1970. Diário VIII. 3º Ed. Revista. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

- ✓ UWE, FLICK. 2005. *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.
- ✓ VEIGA.1994. *Cuidar na intimidade. Intimidade no cuidar. Sentimentos vividos por enfermeiros e doentes durante os cuidados de manutenção da vida*. Dissertação Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada à Universidade Católica Portuguesa.
- ✓ VIEIRA, Margarida. 2003. *A vulnerabilidade e o respeito no cuidado ao outro*. Tese de Doutoramento em Filosofia apresentada à Universidade Nova de Lisboa.
- ✓ VIEIRA, Margarida. 2007. *Ser Enfermeiro: da compaixão à proficiência*. Ed. 2. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa Editora
- ✓ WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1999. *Ageing. Exploding the myths*. Geneva: World Health.
- ✓ WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2001. *International Classification of Functioning, Disability, and Health*. Geneva: World Health.
- ✓ WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2002. *Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion Department Ageing and Life Course – Active ageing: a policy framework*. Geneva: World Health.

