

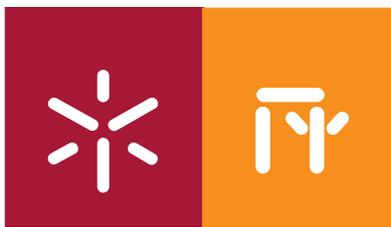


Universidade do Minho

Instituto de Educação e Psicologia

Silvia Manuela Leite Rodrigues

A Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Um Estudo exploratório sobre as percepções de doentes e enfermeiros.



Universidade do Minho

Instituto de Educação e Psicologia

Sílvia Manuela Leite Rodrigues

A Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Um Estudo exploratório sobre as percepções de doentes e enfermeiros.

Tese de Mestrado em Educação

Área de Especialização em Educação para a Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da

Professora Doutora Clara Costa Oliveira

Outubro de 2009

DECLARAÇÃO

Nome: Sílvia Manuela Leite Rodrigues

Endereço electrónico: silvaleiterodrigues@gmail.com

Telefone: 915301665

Número do Bilhete de Identidade: 12566310

Título dissertação:

A Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Estudo exploratório sobre as percepções de doentes e enfermeiros.

Orientador(es): Professora Doutora Clara Costa Oliveira

Ano de conclusão: 2009

Designação do Mestrado: Mestrado em Educação – especialização em Educação para a Saúde

1. É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE/TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

Agradecimentos

Uma palavra de agradecimento particular à Prof. Doutora Clara Costa Oliveira, orientadora da Dissertação, pela disponibilidade que sempre demonstrou, pela qualidade do auxílio facultado no desenvolvimento do trabalho e pela intransigente motivação que permitiu a conclusão deste projecto.

Ao Professor Doutor Almerindo Afonso, coordenador do Mestrado.

A todas as pessoas que amo, pelo tempo que deixei de estar com vocês e pela vossa imensa compreensão.

Aos doentes em fase de reabilitação e aos enfermeiros. Foi convosco que este trabalho se tornou realidade.

A Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Um Estudo exploratório sobre as percepções de doentes e enfermeiros.

Resumo

Este estudo pretende dar a conhecer diversos aspectos da Educação para a Saúde, e em particular, a percepção dos doentes e enfermeiros relativamente às práticas de Educação para a Saúde. O trabalho é constituído por duas partes: o enquadramento teórico e o estudo empírico, onde se incluem as conclusões. A pesquisa realizada está no âmbito da investigação qualitativa, utilizando-se uma entrevista semi-estruturada como instrumento de colheita de dados, num total de entrevistas realizadas a oito doentes e a dezassete enfermeiros. A análise de conteúdo foi a técnica escolhida para o tratamento dos dados que emergiram das entrevistas.

Tratamos da exploração do significado das percepções das práticas de Educação para a Saúde para os enfermeiros e doentes em fase de reabilitação no seio da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, com a finalidade de, aproveitando os dados proporcionados, conhecer as percepções sobre as práticas e definir orientações para a conduta dos enfermeiros perante tais situações.

Na realidade, o acidente vascular cerebral acarreta múltiplas alterações no quotidiano do doente e dos seus familiares, nomeadamente, nas actividades de vida diárias. A reabilitação é considerada como uma oportunidade para que tudo volte a ser como era. Os enfermeiros, perante esta conjuntura, são chamados a assistirem o doente ao longo do processo e a configurarem-se como catalisadores da motivação. No entanto, é função dos enfermeiros incrementarem práticas de Educação para a Saúde com o doente, para a flexibilização do padrão auto-organizativo perante a perturbação e continuar a viver.

Evidenciou-se o predomínio do paradigma patogénico no seio dos doentes; consideramos que esta postura passiva e submissa da maioria dos doentes seja efeito do Modelo Biomédico aliado à pedagogia bancária impregnados em algumas instituições, profissionais, cidadãos e comunidade em geral. Por outro lado, verificamos que os enfermeiros realçam o modelo biopsicossocial como orientador das suas práticas, atribuindo aos aspectos psicológicos e sociais as causas e a evolução de doenças, relacionando os aspectos psicológicos com a adesão ao regime terapêutico.

Health Education in the National Integrated Continued Care Net. An Exploratory study about patients' and nurses' perceptions.

Abstract

This study claims to acknowledge the diverse aspects of health education, in particular, the perception of patient and nurses to the practice health education. This work is constituted by two parts: a theoretical framing and an empirical study. The research was made in the ambit of the qualitative investigation, using a semi structured interview as the data gathering instrument, in a total of eight interviews made with patient and seventeen to nurses. The analysis of contents was the technique used for the treatment of the data that emerged from the interviews.

In this sense, we are dealing with the exploration of the significance that the experience of health education for the patient and nurses in rehabilitation stage in Nacional Net Integrated Continued Carees. With the purpose of, taking advantage of the afforded data, defining behaviour orientations for the health professionals facing those situations.

In reality, the stroke brings multiples changes on daily routine themselves and the family, in special in selfcare activities. The rehabilitation is considered an opportunity to return to what it used to be. In the sight of the conjuncture, the nurses are called to assist the patient on long process and to act as catalysers in the search for motivation. Although, is nurses function to implement practice health education with the patient, through the flexibilization of the self organization pattern and continued to live.

Demonstrated the predominance of the paradigm within pathogen of patients, we believe that this passive and submissive attitude of most patients to take effect from the biomedical model combined with pedagogy bank impregnated in some institutions, professionals, citizens and community. Furthermore, we found that nurses emphasize the biopsychosocial model as a guiding their practices, giving the psychological and social causes and evolution of disease, the psychological aspects relating to adherence to therapy.

Índice

Introdução	1
Parte I	
Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e Modelos de Educação para a Saúde	
1. Uma solução ao doente dependente - a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	4
1.1 O que é a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	8
1.2 Objectivos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	14
1.3 Coordenação e referenciação	16
2. Educação para a Saúde – essencial para a reabilitação e mudança de comportamentos do doente dependente	19
2.1 A Teoria da Autopoiesis – a auto-organização para a saúde	29
2.2 Modelo do Empowerment - Modelo na base da Rede	38
Parte II	
Percepção sobre as práticas de Educação para a Saúde dos doentes e enfermeiros no seio da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	
1. Metodologia	45
1.1 Apresentação da amostra	51
2. Apresentação e Tratamento dos dados	55
Análise de conteúdo às entrevistas aos enfermeiros	
Categoria: Protecção da Saúde ou Prevenção da doença através da eliminação de comportamentos de risco (Prevenção da doença)	56
Categoria: Obstáculos às práticas de Educação para a Saúde	59
Categoria: Oportunidades de melhoria às práticas de Educação para a Saúde	63
Categoria: Indicadores de resultado das práticas de Educação para a Saúde	66
Categoria: Participação activa no processo terapêutico (Participação na assistência à doença)	69
Análise de conteúdo às entrevistas aos doentes	
Categoria: Protecção da Saúde ou Prevenção da doença através da eliminação de comportamentos de risco (Prevenção da doença)	72

Categoria: Preparação individual, psicológica, para a consciencialização da fragilidade humana (reflexão sobre a doença)	75
Categoria: Participação activa no processo terapêutico (Participação na assistência à doença)	76
Categoria: Indicadores de resultado das práticas de Educação para a Saúde	77
2.1 Interpretação de dados	78
2.2 Discussão dos Resultados	88
3- Conclusão	99
Bibliografia	102
ANEXOS	
ANEXO I - CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS ENTREVISTADOS	109
ANEXO II - CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES ENTREVISTADOS	112
ANEXO III - TRANSCRIÇÃO INTEGRAL DAS ENTREVISTAS	114
ANEXO IV - GUIÃO DAS ENTREVISTAS AOS ENFERMEIROS	154
ANEXO V - GUIÃO DAS ENTREVISTAS AOS DOENTES	156
ANEXOS VI - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	158

Lista de Siglas e Abreviaturas

ADI- Apoio Domiciliário Integrado

AVC- Acidente Vascular Cerebral

DX- Pesquisa de glicemia

EGA- Equipa de Gestão de Altas

OMS- Organização Mundial de Saúde

Rede – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UAI- Unidade Apoio Integrado

UMCCI- Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados

Introdução

Com as mudanças ao nível das políticas da saúde, através do surgimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, pretende-se dar resposta às pessoas idosas ou dependentes que necessitem de cuidados de saúde, especificamente cuidados de reabilitação nas unidades que nos dedicaremos a investigar, as unidades de convalescença e reabilitação. Trata-se de um nível intermédio de cuidados que foi criado para suprimir as carências existentes, resultantes do aumento demográfico de idosos, da incidência de doentes crónicos e da diminuição do apoio informal a estes grupos. De modo que, para que o doente aceda à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, cabe aos enfermeiros prestadores de cuidados diferenciados ou de Cuidados de Saúde Primários a referenciação dos doentes para as unidades que considerem mais pertinentes, mediante o prognóstico. Posteriormente à referenciação pela Equipa de Gestão de Altas e com a aprovação da Equipa Coordenadora Local, o doente aguarda vaga para a unidade assinalada. Uma vez admitido na unidade de cuidados de convalescença ou de reabilitação, o doente e a equipa multidisciplinar dão início a um processo de reabilitação. Nesse sentido, todo este potencial inspira uma investigação de fundo, no âmbito da Educação para a Saúde, uma vez que a incrementação de metodologias de Educação para a Saúde são fundamentais para um processo de reabilitação. Como tal, emergiu a questão “Quais as percepções sobre as práticas de Educação para a Saúde dos doentes e enfermeiros no seio Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados?” Damos particular atenção aos enfermeiros e doentes, pois constituem a parceria fundamental para o desenvolvimento das práticas de Educação para a Saúde.

Com esta dissertação pretendemos conhecer as percepções sobre as práticas de Educação para a Saúde, confrontando diferentes formas de as perceber e realizar pelos enfermeiros e doentes durante o processo de reabilitação. Aspiramos então, à definição de um modelo de conduta para os enfermeiros perante o doente crónico no que respeita às práticas de Educação para a Saúde. Nesse sentido, o trabalho será dividido em duas partes fundamentais, um enquadramento teórico e um estudo empírico.

O enquadramento teórico, de título genérico “A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e os Modelos de Educação para a Saúde”, abordará as diversas vertentes do fenómeno que julgamos relevantes para uma análise global da problemática. Assim, inicialmente explicaremos como a Rede é a solução para o doente dependente, bem como o seu surgimento,

a sua constituição, os objectivos e modos de Coordenação e Referenciação. De seguida, pretendemos perspectivar a Educação para a Saúde como essencial para a reabilitação e para a mudança de comportamentos, explicitando a evolução dos conceitos de educação, saúde e relacionando-os. O contributo da teoria da Autopoiesis para a compreensão dos processos auto-organizativos para a saúde será desenvolvido com profundidade. Abordámos também as concepções de *Empowerment*, avaliadas como sendo de importância fulcral para as práticas de Educação para a Saúde na Rede.

No enfiamento da temática sobre as práticas de Educação para a Saúde no seio da Rede, realizámos um estudo que permitiu compreender a percepção dos enfermeiros e doentes. A pesquisa que propomos insere-se no âmbito da investigação qualitativa, em que as perspectivas dos participantes se constituem como aspectos centrais do estudo, enfatizando-se o modo como diferentes pessoas atribuem significado ao mesmo assunto. Trata-se de explorar os significados atribuídos por um conjunto limitado de pessoas, não havendo pretensão em generalizar as conclusões para grupos mais amplos, nem muito menos à sociedade em geral. Desse modo, começamos por esclarecer o modelo de análise, as opções metodológicas tomadas (“Metodologia”), seguindo-se respectivamente a “Apresentação dos dados”, a “Interpretação dos dados” e a “Discussão dos resultados”. Enquanto estudo exploratório, partimos de categorias definidas *a priori*, que serão orientadoras durante a investigação, pretendemos “conhecer” as percepções sobre as práticas de Educação para a Saúde de enfermeiros e doentes na Rede (daí que o instrumento de colheita de dados escolhido seja a entrevista semi-estruturada), à medida que os dados particulares se vão recolhendo e agrupando através da técnica de análise de conteúdo.

Assistimos hodiernamente no âmbito dos cuidados de saúde, ao predomínio do modelo biomédico, assinalando a doença e não o doente, observando a parte e não o todo. Surge aliado ao paradigma da pedagogia bancária, que incide na assimetria na relação de cuidados e consequentemente em modelos puramente instrutórios e pouco consciencializadores. Deste modo, o processo de reabilitação é, na maioria das vezes, entendido como da responsabilidade das equipas multidisciplinares, enquanto o doente e a família assistem passivamente ao rol de cuidados que lhes diz principalmente respeito. Neste contexto, exige-se uma reflexão sobre os fenómenos acima descritos, procurando abranger uma pluralidade de opiniões e de comportamentos suficientemente vasta para fomentar um debate que possibilite o alcançar de conclusões concertadas.

Parte I

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e Modelos de Educação para a Saúde

1. Uma solução ao doente dependente - a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados constitui um dos projectos mais inovadores ocorrido em Portugal no âmbito das políticas sociais e desenvolvimento intersectorial, emerge da parceria entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, em que o co-financiamento e parceria são recomendações da Organização Mundial de Saúde.

Surgiu para dar resposta ao envelhecimento demográfico progressivo, à prevalência de doenças crónicas incapacitantes, a uma escassa cobertura de serviços de cuidados continuados a nível nacional, a um sistema de saúde assente em paradigmas de doença aguda ou de prevenção e a uma redução substancial da rede de apoio informal. Apresenta a possibilidade de combinar intervenções mistas, em casos de problemas de saúde e sociais. A necessidade de encontrar soluções é considerada prioritária, no contexto europeu e internacional nos países mais desenvolvidos e com políticas públicas de apoio social e de saúde, enquadram-se no conceito definido pelo Conselho de Europa (1998) sobre atender e proteger a dependência.

Até Março de 2005, no início da actual legislatura, o modelo de cuidados continuados, baseava-se nas directrizes contempladas no Despacho Conjunto n.º 407/98, de *Orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência*. Este despacho foi o resultado do trabalho levado a cabo conjuntamente pelas Direcções Gerais da Saúde e da Acção Social (criado por Despacho Conjunto de 5 de Junho de 1996, *publicado em D.R., 2ª série, n.º 148*) e foi formulado no ano de 1998. Eram estabelecidas as orientações para a instituição de um “modelo de intervenção articulada de completa interface saúde/acção social”, dirigido “às pessoas em situação de dependência de modo a responder às necessidades que apresentam em função do tipo e amplitude de dependência e dos contextos sócio-familiares em que se inserem” (Ministério da Saúde, 1997).

De modo a dar resposta a estes grupos-alvo, procuraram-se respostas ao nível do apoio social (Serviço de apoio domiciliário, Centro de dia, Acolhimento familiar, Lar, Centro de actividades ocupacionais, Lar de apoio e Lar residencial e, no âmbito da saúde mental, Unidade de vida apoiada, Unidade de vida protegida, Unidade de vida autónoma, Fórum sócio-ocupacional); e ao nível dos cuidados de saúde continuados; respostas integradas (Apoio

domiciliário integrado -ADI e Unidade de apoio integrado - UAI). Contudo, o modelo revelou-se ineficaz, pois não foi desenvolvido no país de forma homogénea.

Posteriormente, no ano de 2002, através da Resolução do Conselho de Ministros (n.º59/2002, publicado em *D.R., n.º 69 de 22 de Maio*), é definida a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), com o objectivo de desenvolver respostas integradas de cuidados de saúde e de apoio social, foram apontadas respostas como o Apoio domiciliário integrado (ADI); Centro de promoção da autonomia, para prestação de cuidados diurnos; Unidade de apoio integrado transitório; Unidade de apoio integrado prolongado e Unidade de apoio integrado permanente.

De seguida, em 2003, através do Decreto-Lei n.º281/2003 de 8 de Novembro do Ministério da Saúde (publicado em *D.R., n.º 259 de 8 de Novembro*) foi reformulada a rede de prestação de serviços de cuidados continuados no âmbito do sector da saúde. Passaram a existir três tipologias de respostas, as unidades de internamento (indiferenciadas), Unidade de recuperação global e Unidade móvel domiciliária, entre as quais, estas duas últimas modalidades nunca foram desenvolvidas. Também nesta proposta, nenhuma das opções definidas para o sector da saúde nas diferentes normativas foi desenvolvida por completo na totalidade do território, não oferecendo a cobertura necessária e adequada.

Face à desproporcional oferta de serviços de cuidados continuados, dado o facto de existir uma descontinuidade geográfica das infra-estruturas e cuidados, sem diferenciação dos tipos de doentes ou prognóstico em relação a cada doente, sem avaliação da necessidade de cuidados, os modelos supra-citados revelaram-se ineficientes.

Foi então planeado um reforço, ao abrigo do Decreto-Lei n.º281/2003 de 8 de Novembro do Ministério da Saúde com um Protocolo de Cooperação entre o Ministério da Saúde e a União das Misericórdias Portuguesas (29 de Maio de 2004) que incluía uma previsão de 49 acordos abrangendo um total de 363 lugares e outros acordos de colaboração previstos que não foram desenvolvidos. Todavia, este modelo apresentava uma lacuna ao nível da referenciação dos doentes, fundamentalmente não se caracterizava por ser um sistema homogéneo. Os fluxos de entrada eram dirigidos pelos hospitais, à excepção das UAI onde existiam comités de avaliação interinstitucionais (saúde – social). Os resultados do Inquérito do Ministério da Saúde em 2005 evidenciaram o frágil apoio dos Centros de Saúde (CS) à prestação de cuidados continuados domiciliários (apenas 5,5% da população era abrangida).

Verificado o insucesso dos projectos anteriores, continuaram a procurar um modelo que atendesse às necessidades contemporâneas prementes. Assim, no âmbito das metas do Programa do Governo para definir e desenvolver as condições estratégicas e técnicas que permitam conduzir a *uma melhoria do sector da saúde*, o Programa de Governo através das Grandes Opções do Plano para o período 2005-2006 (*GOP 2006-2009*) dentro da *2ª Opção: Reforçar a Coesão, Reduzindo a Pobreza e Criando Mais Igualdade de Oportunidades* no âmbito de *Saúde: Um bem para as pessoas* tinha por objectivo criar condições que permitam envelhecer com saúde, com vista um modelo integrado de cuidados de saúde às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência que envolva a coordenação e a complementaridade entre o sector social e privado da saúde (Ministério da Saúde, 1997).

Neste sentido, o Programa do XVII Governo Constitucional definiu como meta no âmbito do Plano Nacional de Saúde a instauração de políticas de saúde integradas a políticas de segurança social. Emergiu a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde e Apoio Social, resultado de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social, com o objectivo de promover a continuidade dos cuidados de saúde e apoio social a todo o cidadão que sofra, temporária ou indefinidamente, de algum grau de dependência. Dado o conhecimento dos *handicaps* dos modelos anteriores, o novo modelo visa uma distribuição territorial equitativa de cuidados de saúde e acção social, criando condições para uma vida mais autónoma e de maior qualidade, potenciando os recursos existentes, nomeadamente, nas áreas da saúde e da segurança social.

Para dar resposta ao Programa do Governo, foi criada a Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e aos Cidadãos em Situação de Dependência, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005, de 27 de Abril. Consistiu em identificar as necessidades não satisfeitas no que respeita à prestação de cuidados de saúde e de apoio social, em recolher e organizar contributos de diversos parceiros sociais e institucionais relevantes para a concepção, criação, desenvolvimento e também em acompanhar os serviços comunitários de proximidade destinados à satisfação dessas necessidades da população alvo. Por fim, propôs um modelo de intervenção e um plano de acção que assentam na articulação entre instituições locais de saúde e de solidariedade social, entidades privadas e autarquias, para dar resposta às necessidades em cuidados continuados integrados de saúde e de apoio social.

O Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho aprovado pelo Governo para a criação da Rede surgiu da constatação de que o modelo do sistema de saúde, em vigor, não garantia a reabilitação dos seus diferentes grupos-alvo. Foi estabelecida a composição da Rede e os seus objectivos, definido o seu modelo de coordenação, as suas competências e a tipologia da Rede. Acrescenta quais os destinatários, os critérios de ingresso, a mobilidade dentro da Rede e a sua organização.

Implementada progressivamente a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no seu primeiro ano de vigência, foi monitorizada no âmbito das experiências-piloto, antecipadamente preconizadas pelo Despacho n.º17516/2006, que definiu a implantação territorial dessas experiências-piloto.

O Despacho normativo n.º 12/2006 aborda os termos e as condições em que a Segurança Social comparticipa, por utente, os encargos decorrentes da prestação dos cuidados de apoio social nas unidades de média duração e reabilitação e nas unidades de longa duração e manutenção da Rede.

A Portaria 1087A/2007, de 5 de Setembro revoga integralmente a Portaria 994/2006 que fixava os preços cuidados de saúde e apoio social pelas Unidades de internamento e ambulatório no âmbito das experiências piloto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Grosso modo, a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é consequência de uma intervenção política para dar resposta às necessidades das pessoas idosas ou em situação de dependência.

1.1 O que é a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados teve início no ano de 2005, caracteriza-se pelo nível intermédio de cuidados de saúde e apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar, tendo como objectivo geral a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Através de uma abordagem integrada e articulada da saúde e da segurança social, assenta em dois paradigmas distintos, o primeiro de natureza recuperadora, necessária para tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva, compreendem a reabilitação, a readaptação e a reintegração social. O segundo paradigma, de carácter paliativo, alicerça-se na provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis.

"A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde e Apoio Social constitui uma parceria entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social com o objectivo de promover a continuidade dos cuidados de saúde e apoio social a todo o cidadão que sofra, temporária ou definitivamente, de algum grau de dependência." (Intervenção do Ministro da Saúde no 1º aniversário da Rede de Cuidados Continuados em 24 de Maio de 2007)

Constitui um novo modelo organizacional, como resposta do Estado para assegurar aos cidadãos um modelo de intervenção e articulação da Saúde e da Segurança Social para os cuidados continuados e paliativos. Envolve a participação e colaboração de diversos parceiros (públicos, privados e sociais), a sociedade civil e o Estado como principal incentivador.

A Rede é constituída por unidades, equipas de cuidados continuados de saúde e apoio social, onde se incluem também os cuidados paliativos. Tem origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social e as autarquias locais. A prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias. As unidades de internamento englobam as unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação; unidades de longa duração e manutenção e unidades de cuidados paliativos, a unidade de ambulatório envolve a unidade de dia e de promoção da autonomia, as equipas hospitalares são constituídas pelas equipas de gestão de altas e as

equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos, por último são equipas domiciliárias as equipas de cuidados continuados integrados e as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (Decreto-lei nº101/2006 de 6 de Junho).

Passamos a caracterizar cada uma das unidades de cuidados, começando pela unidade de convalescença, designada como unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico.

Tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos. Destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos por cada admissão. A unidade de convalescença pode coexistir simultaneamente com a unidade de média duração e reabilitação.

A unidade de convalescença assegura, sob a direcção de um médico, designadamente, cuidados médicos permanentes, cuidados de enfermagem permanentes, exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados, prescrição e administração de fármacos, cuidados de fisioterapia, apoio psicossocial, higiene, conforto, alimentação, convívio e lazer.

Seguimos com a exposição da unidade de média duração e reabilitação, também esta uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. A unidade de média duração e reabilitação tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa que se encontre na situação prevista no número anterior. O período de internamento na unidade de média duração e reabilitação tem uma previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão. A unidade de média duração e reabilitação pode coexistir com a unidade de convalescença ou com a unidade de longa duração. Pode diferenciar-se na prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e sociais a pessoas com patologias específicas. A unidade de média duração e reabilitação é gerida por um

técnico da área de saúde ou da área psicossocial e assegura os mesmos cuidados prestados na unidade de curta duração com o acréscimo de terapia ocupacional.

Continuamos com a unidade de longa duração e manutenção, é uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. A unidade de longa duração e manutenção tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos.

A unidade de longa duração e manutenção pode proporcionar o internamento, por período inferior ao previsto no número anterior, em situações temporárias decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano.

A unidade de longa duração e manutenção é gerida por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial e assegura, designadamente, actividades de manutenção e de estimulação, cuidados de enfermagem diários, cuidados médicos, prescrição e administração de fármacos, apoio psicossocial, controlo fisiátrico periódico, cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional, animação sócio-cultural, higiene, conforto e alimentação, apoio no desempenho das actividades da vida diária, apoio nas actividades instrumentais da vida diária.

A unidade de cuidados paliativos tem a particularidade de, apesar de ter um com espaço físico próprio, é preferencialmente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde.

A unidade de cuidados paliativos é gerida por um médico e assegura, designadamente, cuidados médicos diários, cuidados de enfermagem permanentes, exames complementares de diagnóstico laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados, prescrição e administração de fármacos; cuidados de fisioterapia, consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços ou unidades, acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual, actividades de manutenção, higiene, conforto e alimentação e convívio e lazer.

A unidade de dia e de promoção da autonomia é uma unidade para a prestação de cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatorio, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. Esta deve articular-se com unidades da Rede ou com respostas sociais já existentes, em termos a definir. A unidade de dia e de promoção da autonomia funciona oito horas por dia, no mínimo nos dias úteis. A unidade de dia e de promoção da autonomia assegura, designadamente; actividades de manutenção e de estimulação, cuidados médicos, cuidados de enfermagem periódicos; controle fisiátrico periódico, apoio psicossocial, animação sócio-cultural, alimentação, higiene pessoal, quando necessária.

A equipa de gestão de altas é uma equipa hospitalar multidisciplinar para a preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as unidades de convalescença e as unidades de média duração e reabilitação existentes na área de influência hospitalar. Esta encontra-se sediada em hospital de agudos e deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um assistente social. A equipa de gestão de altas assegura, designadamente, a articulação com as equipas terapêuticas hospitalares de agudos para a programação de altas hospitalares, a articulação com as equipas coordenadoras distritais e locais da Rede, a articulação com as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos centros de saúde do seu âmbito de abrangência.

A equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos é uma equipa multidisciplinar do hospital de agudos com formação em cuidados paliativos, devendo ter espaço físico próprio para a coordenação das suas actividades e deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um psicólogo.

A equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos tem por finalidade prestar aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços do hospital, podendo prestar cuidados directos e orientação do plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal para os quais seja solicitada a sua actuação.

A equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos assegura, designadamente, formação em cuidados paliativos dirigida às equipas terapêuticas do hospital e aos profissionais que prestam cuidados continuados, cuidados médicos e de enfermagem continuados, tratamentos paliativos complexos, consulta e acompanhamento de doentes internados,

assessoria aos profissionais dos serviços hospitalares, Cuidados de fisioterapia, apoio psico-emocional ao doente e familiares e ou cuidadores, incluindo no período do luto.

A equipa de cuidados continuados integrados é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.

A avaliação integral referida no número anterior é efectuada em articulação com o centro de saúde e a entidade que presta apoio social.

A equipa de cuidados continuados integrados apoia-se nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada centro de saúde, conjugados com os serviços comunitários, nomeadamente as autarquias locais.

A equipa de cuidados continuados integrados assegura, designadamente, cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e acções paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas e regulares e ter por base as necessidades clínicas detectadas pela equipa, cuidados de fisioterapia, apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados, Educação para a Saúde aos doentes, familiares e cuidadores, apoio na satisfação das necessidades básicas, apoio no desempenho das actividades da vida diária, apoio nas actividades instrumentais da vida diária e coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.

A equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos serviços de saúde com formação em cuidados paliativos e deve integrar, no mínimo, um médico e um enfermeiro.

A equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos tem por finalidade prestar apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às equipas de cuidados integrados e às unidades de média e de longa durações e manutenção.

A equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos assegura, sob a direcção de um médico, designadamente, a formação em cuidados paliativos dirigida às equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários, a avaliação integral do doente, os tratamentos e intervenções paliativas a doentes complexos, a

gestão e controlo dos procedimentos de articulação entre os recursos e os níveis de saúde e sociais, a assessoria e apoio às equipas de cuidados continuados integrados, a assessoria aos familiares e ou cuidadores (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho).

O modelo de intervenção da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados envolve uma panóplia de unidades e equipas de cuidados, que se distinguem pela especificidade de cuidados que podem prestar. Com base numa abordagem integrada, articulada e sistemática, os doentes podem circular pelas diferentes unidades ou equipas tendo em conta a especificidade de cuidados que necessitam. Deste modo, a prestação de cuidados é individualizada atendendo ao cumprimento de objectivos (Decreto-lei nº101/2006 de 6 de Junho).

Grosso modo, os doentes são referenciados a partir do prognóstico ou seja a previsão de quanto tempo necessitam para melhorarem a sua saúde e também quais os cuidados que necessitarão. Assim, nas unidades de curta duração ou convalescença, espera-se que o doente se reabilite até trinta dias de internamento, em situações de pós-operatórios que exigem cuidados complexos e reabilitação, doentes com dificuldade respiratória, que necessitam de fisioterapia respiratória (tipo de tratamento) e doentes com acidente vascular cerebral com défices motores ou sensoriais ligeiros (menor força numa perna, ou braço, dificuldade em falar e engolir) ou ainda para descanso do prestador de cuidados. Nas unidades de média duração ou Reabilitação, prevê-se a recuperação do doente até 90 dias, pelo que os doentes apresentam mais défices de saúde, necessitando de mais tempo para o processo de reabilitação, podem ser os mesmos doentes outra vez internados na unidade de curta duração, mas no caso de não terem sido atingidos os objectivos propostos, é pedido um prolongamento do internamento ou transferência para a unidade de média duração. As unidades de longa duração acolhem doentes, na grande maioria, totalmente dependentes com necessidade de cuidados complexos para manutenção da condição do doente. O internamento na Rede subentende sempre que existe um cuidador que assumirá esse papel aquando da alta da unidade. Considera-se um critério para admissão do doente na unidade, a existência de cuidados, de modo que um dos objectivos do internamento na unidade seja a formação junto do que será o cuidador do doente.

Cabe aos enfermeiros nas unidades a função de educar/ensinar o cuidador e doente. Por fim, as unidades de cuidados paliativos, estão direccionadas para doentes que se encontrem em fase terminal, com pouca esperança de vida, com vista proporcionar-lhes alívio da dor, conforto e dignidade.

1.2 Objectivos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A introdução do conceito e da prática de cuidados continuados implica a reorganização das respostas actualmente existentes tanto da saúde como da segurança social e a definição dos níveis e tipos de cuidados a prestar segundo as diferentes necessidades dos utentes que deles necessitam. Os objectivos da Rede incluem a criação de um inovador gradiente de cuidados que vai desde a alta do hospital até ao domicílio do doente, garantindo a continuidade do seu tratamento, a sua recuperação funcional e a sua reinserção, em unidades de internamento alternativas ao hospital e em casa através da criação de equipas de cuidados domiciliários nos centros de saúde com articulação à segurança social.

Esta “revolução” na dimensão da prestação de cuidados sobretudo às pessoas idosas ou em situação de dependência tem subjacente alguns princípios fundamentais como: (Decreto-lei nº101/2006 de 6 de Junho).

- respeito pela dignidade da pessoa designadamente pelo direito à privacidade, à identidade, à informação e à não discriminação;
- prestação individualizada e humanizada de cuidados;
- continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede;
- equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede;
- proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade;
- multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados;
- avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objectivos de funcionalidade e autonomia;
- promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia; participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante

legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede;

- participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados;

- eficiência e qualidade na prestação dos cuidados, incentivo ao exercício da cidadania, traduzido na capacidade para participar na vida;

- proximidade dos cuidados, de modo a manter o contexto relacional social ou promover a inserção social.

A Rede assenta num ideário de continuidade de cuidados, individualizado e de promoção da autonomia, em desfavor de outras abordagens economicistas, como a pressão para a libertação de camas nos hospitais de agudos através da contratação de outras, quase sempre indiferenciadas, fora deles. Tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos. A unidade de convalescença destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos por cada admissão. Será tempo suficiente para um doente crónico desenvolver o *empowerment* psicológico com o acoplamento estrutural com alguns profissionais de saúde?

1.3 Coordenação e referenciação

O modelo de direcção e coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é processado em três níveis de coordenação, a Central, Regional e Local, englobando profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e da segurança social (assistentes sociais) e elementos das autarquias locais.

A coordenação a nível nacional está a cargo da Unidade de Missão Cuidados Continuados Integrados (constitui-se como a unidade central para o estabelecimento das directrizes e a condução inter-sectorial a nível nacional da nova Rede (Diário da República, 2006c), consolidando assim o apoio institucional à estratégia de implementação de respostas de cuidados continuados integrados em interligação com as redes nacionais de saúde e de segurança social). Enquanto a coordenação regional e local (com composição interministerial da Saúde e Segurança Social) é realizada pelas equipas de coordenação regional e pelas equipas de coordenação local, respectivamente, são responsáveis pela operacionalização da admissão de utentes na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, tutelam os mecanismos de articulação a nível territorial e potenciam a intersectorialidade a nível institucional e a coordenação local (Diário da República, 2006b). Actualmente, existem 5 equipas de Coordenação Regional e 115 equipas de Coordenação Local.

A coordenação da rede desenvolve-se a nível nacional, sem prejuízo da coordenação operativa, regional e local, a Rede foi definida, em termos de constituição e competências, por despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

São cinco, as equipas que constituem a coordenação a nível regional, sendo respectivamente, representantes de cada administração regional de saúde e centros distritais de segurança social, nos termos a definir por despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

Faz parte dos objectivos da coordenação da Rede aos níveis nacional e regional promover a articulação com os parceiros que integram a Rede, bem como com outras entidades que considerem pertinentes para o exercício das suas competências.

A coordenação da Rede a nível local é assegurada por uma ou mais equipas, em princípio de âmbito concelhio, podendo, designadamente nos concelhos de Lisboa, Porto e Coimbra, coincidir com uma freguesia ou agrupamento de freguesias.

As equipas coordenadoras locais são constituídas por representantes da administração regional de saúde e da segurança social, devendo integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um assistente social e, facultativamente, um representante da autarquia local.

As equipas coordenadoras regionais trabalham em “rede” com a coordenação aos níveis nacional e local e asseguram o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da Rede, tendo que elaborar proposta de planeamento das respostas necessárias e propor a nível central os planos de acção anuais para o desenvolvimento da Rede e a sua adequação periódica às necessidades, compete-lhes ainda orientar e consolidar os planos orçamentados de acção anuais e respectivos relatórios de execução e submetê-los à coordenação nacional, promover formação específica e permanente dos diversos profissionais envolvidos na prestação dos cuidados continuados integrados, promover a celebração de contratos para implementação e funcionamento das unidades e equipas que se propõem integrar a Rede; e ainda acompanhar, avaliar e realizar o controlo de resultados da execução dos contratos para a prestação de cuidados continuados, verificando a conformidade das actividades prosseguidas com as autorizadas no alvará de licenciamento e em acordos de cooperação; promover a avaliação da qualidade do funcionamento, dos processos e dos resultados das unidades e equipas e propor as medidas correctivas consideradas convenientes para o bom funcionamento das mesmas, garantir a articulação com e entre os grupos coordenadores locais, alimentar o sistema de informação que suporta a gestão da Rede, promover a divulgação da informação adequada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da Rede.

As equipas coordenadoras locais articulam com a coordenação a nível regional, asseguram o acompanhamento e a avaliação da Rede a nível local, bem como a articulação e coordenação dos recursos e actividades, no seu âmbito de referência, competindo-lhes, designadamente, identificar as necessidades e propor à coordenação regional acções para a cobertura das mesmas, consolidar os planos orçamentados de acção anuais, elaborar os respectivos relatórios de execução e submetê-los à coordenação regional, divulgar informação actualizada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da Rede, apoiar e acompanhar o cumprimento dos contratos e a utilização dos recursos das unidades e equipas da Rede, promover o estabelecimento de parcerias para a prestação de cuidados continuados no respectivo serviço comunitário de proximidade, promover o processo de admissão ou readmissão nas unidades e equipas da Rede e alimentar o sistema de informação que suporta a gestão da Rede (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho).

A referenciação de doentes é responsabilidade das equipas de gestão de altas dos hospitais, uma equipa multidisciplinar com o objectivo de preparar e gerir a alta hospitalar com outros serviços e também a partir da comunidade, através dos Centros de Saúde. O número de utentes referenciados para a Rede durante 2008 aumentou 132% em relação ao ano anterior, sendo que em 72% dos casos são referenciados pelas Equipas de Gestão de Altas Hospitalares (EGA) e 28% pelos Centros de Saúde. O alargamento das Equipas de gestão de altas a todos os hospitais do Sistema Nacional de Saúde a partir de Dezembro de 2008, contribuiu para a consolidação do papel dos hospitais na estrutura da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2009).

A implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados efectuar-se-á de forma paulatina, num período total de 10 anos, tendo sido concebidas três grandes etapas de desenvolvimento, elaboradas em função de objectivos distintos (progressivos) de carácter qualitativo e quantitativo.

As três fases de desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados são numa primeira fase (de 2006 a 2008), a qual tem como objectivo a criação e consolidação de experiência no âmbito da prestação de cuidados continuados integrados, bem como no âmbito do planeamento, gestão e avaliação. A nível quantitativo, no final deste período ter-se-á atingido 30% da cobertura definida com base nos rácios utilizados. Numa segunda fase (de 2009 a 2012), na qual se prevê a evolução a nível dos sistemas de informação e instrumentos, possibilitando a obtenção de resultados. Para além disso, no final desta fase dever-se-á atingir 60% de cobertura, segundo os rácios definidos. Finalmente (de 2013 a 2016), na qual se prevê a consolidação e estabilização do modelo, deverá existir uma cobertura em todo o território continental de 100%.

Segundo o Relatório de Actividades da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), identifica os progressos registados ao longo de 2008 em relação ao ano de 2007, no que diz respeito ao aumento de 126,8% de utentes assistidos nas unidades de internamento. Quanto ao tempo de demora média, as unidades de convalescência registaram cerca de 35 dias, pouco mais que o legalmente estipulado, contudo as unidades de média duração apresentam uma demora de 86 dias, um pouco menos que o legalmente definido. Por fim as unidades de longa duração mostram um resultado médio de 130 dias, valor inferior ao de 200 dias relativo ao ano anterior (Ministério da Saúde, 2009).

2. Educação para a Saúde – essencial para a reabilitação e mudança de comportamentos do doente dependente

O século XX despoletou as concepções de “educação” e de “saúde”, facto atribuído ao desenvolvimento político e económico, considerados factores adjuvantes dos determinantes de saúde. A evolução do conceito de educação, aconteceu em paralelo, à evolução do conceito de saúde, o que demonstra a estreita relação entre eles, ambos patrocinados pela Organização das Nações Unidas.

O conceito de Educação como hoje o entendemos, afere “ *ao processo de todos os seres humanos criarmos uns aos outros as melhores condições para que todos nos desenvolvamos em todas as dimensões, de maneira global e harmónica, até à plena realização*” (Ribeiro-Dias, 2009: 161).

Envolve todas as dimensões da vida humana, transcende o modelo tradicional e bancário do subsistema escolar, enraizado historicamente e atribuiu um certo elitismo às classes etárias mais jovens em detrimento dos adultos. Apesar das restrições do modelo educativo escolar, a educação orientada para adultos, tendo em conta a globalidade de experiências do processo de crescimento e desenvolvimento humano, teve início nas raízes do século XIX, nos países mais avançados, do Norte da Europa e da América, em meios industrializados e também agrícolas no sentido de os tornar mais competitivos. Assim como no seio dos prisioneiros de guerra, após a II Guerra Mundial, de modo a promoverem a sua reconversão profissional e aumentarem as suas capacidades de resposta à solicitação de tarefas mais exigentes pela reconstrução ou independência nacional. A crise da educação escolar experienciada na década de 60 também contribuiu directa e indirectamente para o incremento da Educação de Adultos.

Contudo, deve-se à iniciativa da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO, 1945), e também da Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), a ascensão do movimento à escala mundial. Através de um processo de monitorização contínua e com encontros frequentes (Conferências) de forma a manterem-se os canais de comunicação entre os países intervenientes, desenvolveram-se Conferências Mundiais (Elseneur, Dinamarca, 1949; Montreal, Canadá, 1960; Tóquio, Japão, 1972; Paris, França, 1985; Hamburgo, Alemanha, 1997) e reuniões intercalares (Teerão, Irão, 1965; Persépolis, Irão, 1975; Nairobi, Quênia, 1976) sobre Educação de Adultos (Ribeiro-Dias, 2009: 164).

Na Conferência Mundial de Elsenour (1949), participaram países designados por “Primeiro Mundo” (uma economia industrializada), e outros, em minoria, definidos como “Segundo Mundo” (comunistas). Acrescentamos o alargamento do vocabulário também para os “Terceiro e Quarto Mundo”, que correspondiam respectivamente, aos países economicamente em desenvolvimento, e por fim os que envolviam os pobres, velhos, marginalizados, deficientes, emigrantes e excluídos da comunidade. Esta caracterização ocupou um lugar relevante na evolução conceptual da “Educação de Adultos”. Como resultado desta Conferência, emergiu a designação de “formação contínua” dos adultos, tratando-se maioritariamente de países industrializados, devastados pela guerra, em que os profissionais se encontravam desactualizados face às novas necessidades. Assim parte-se do princípio que a Educação de Adultos “*tem por tarefa satisfazer as necessidades e aspirações do adulto em toda a sua diversidade*” (Ribeiro-Dias, 2009: 167).

A Declaração de Nairobi (1976), dentro das Conferências Internacionais de Educação de Adultos (promovidas pelas Nações Unidas) caracteriza um conjunto de princípios, em que os estados signatários se comprometem a levar a cabo, com o objectivo de implementar uma educação permanente e comunitária (*life long learning*). Assim, na declaração de Nairobi, “*a educação é definida pela criação de condições para que cada pessoa possa desenvolver integral e harmoniosamente todas as suas capacidades, e que as coloque ao serviço da comunidade*” (Oliveira, 2004: 45). A percepção conceptual educativa parte das comunidades (criar condições) e dirige-se para as comunidades [incentivando a participação de cada cidadão na sua comunidade (Oliveira, 2004: 45)].

Com a Declaração de Alma-Ata, (1978) no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (patrocinada pela Organização mundial de Saúde, organismo também da ONU), estabeleceu-se uma definição holística de saúde, sendo o Homem visto como um todo biopsicossocial e a saúde considerada como um valor e um direito fundamental. A partir da Declaração de Persópolis (1975) e da Recomendação de Nairobi (1976), entende-se que os adultos que sentiam dificuldades em se movimentarem como pessoas, ou seja, conscientes e livres nas diversas dimensões em que viviam (conceito de alfabetização funcional) deveriam aceder à Educação para Adultos.

A Quarta Conferência Mundial de Educação para Adultos (1985), assenta no desenvolvimento das *aprendizagens* no contexto de educação permanente. Toma-se consciência que o analfabetismo afere à falta de iniciação ao código de linguagem escrita ou alfabeto, e o

analfabetismo funcional caracteriza a falta de iniciação aos múltiplos e diferentes códigos de comunicação que prevalecem nos diferentes sistemas em que cada ser humano se insere. Em Ottawa (1986) ampliou-se o conceito de saúde para uma visão segundo um duplo holismo do Homem visto como um todo biopsicossocial inserido num todo que inclui factores políticos, económicos, sociais, culturais e ambientais que podem ser prejudiciais ou favoráveis à saúde.

A Quinta Conferência Mundial de Educação para Adultos (Hamburgo, 1997), incide ao *Aprender em Idade Adulta*: uma Chave para o século XXI. Em Bangkok (2005) reforçou-se um triplo holismo para a saúde, o Homem como um todo, num todo nacional que está integrado num todo mundial.

O conceito de promoção da saúde foi evoluindo e foram descritas pelas directrizes internacionais diversas determinantes da saúde e definidos os actores que se considerava que deviam agir a nível local, nacional e internacional. Na realidade, o conceito de “Educação para a Saúde” foi suprido pela “promoção da saúde”, porém a justificação para a substituição assenta em terreno dúbio. A justificação incide no aspecto mais alargado da conceptualização de promoção da saúde, uma vez que esta tem em conta que a educação deve ter lugar em todas as instituições e ambientes sociais, porém o conceito de “Educação para a Saúde” segundo as directrizes da Declaração de Nairobi não subentende o mesmo princípio?! Aliás, a Resolução de 23 de Novembro de 1988 (CE, 1988), enuncia a Educação para a Saúde como: “processo que utiliza formas de aprendizagem programadas com vista a permitir aos indivíduos tomar decisões fundamentadas relativamente a questões ligadas à saúde, e agir em conformidade com elas”; continuando, nas conclusões da Comunidade Europeia sobre a saúde pública de 13 de Novembro de 1992 (CE, 1992), são elencados os locais onde se pode desenvolver Educação para a Saúde “nomeadamente as colectividades locais, os lares, os hospitais e os locais de trabalho” (Oliveira, 2004: 46).

Com Alma-Ata, as grandes preocupações em saúde foram o acesso das populações aos cuidados de saúde primários e a promoção da equidade social. Os actores foram considerados os profissionais de saúde (e todos os que trabalham na área da saúde).

A partir de Ottawa são considerados outros factores que também influenciam a saúde, como os factores políticos, económicos, sociais, culturais e ambientais (determinantes da saúde), definindo-se cinco linhas de actuação: construção de políticas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reforço da acção comunitária, desenvolvimento de competências sociais e reorientação dos serviços de saúde. A promoção da saúde passa a ser vista como um processo

de capacitação das pessoas para aumentarem o conhecimento, o controlo sobre a sua saúde e melhorarem-na. Os actores passam a ser, não só os profissionais de saúde, como também o próprio indivíduo, a família e a comunidade. A partir de Adelaide (1988), os governos são considerados responsáveis pela saúde das populações, cabendo-lhes a obrigação de definirem políticas públicas saudáveis. São definidas quatro áreas prioritárias de acção (apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool, e criação de ambientes saudáveis). Em Sundsvall (1991) apela-se para uma responsabilização global, ou seja é salientado o papel de todos na criação de ambientes favoráveis, considerando-se que os temas saúde, ambiente e desenvolvimento humano não podem estar separados. Em Jacarta (1997) são enumeradas as determinantes de saúde, enquanto desafios para manter a saúde como direito fundamental e como factores indispensáveis para o desenvolvimento económico e social, considerando-se fundamental agir sobre elas: a paz, a habitação, a educação, a segurança social, as relações sociais, a alimentação, o rendimento, a capacitação das mulheres, um ecossistema saudável, a utilização sustentável dos recursos, a justiça social, o respeito pelos direitos humanos e a equidade. São também incluídas as determinantes de saúde transnacionais, solicitando-se aos governos que promovam a saúde, tanto dentro dos seus países como entre países, e à Organização Mundial de Saúde para que assumisse a liderança na formação de uma aliança mundial de promoção de saúde. No México continua a considerar-se a promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais. Em Bangkok, decorrente da consciencialização do impacto da globalização na saúde, assume-se que a promoção da saúde deve ser uma componente fundamental de desenvolvimento mundial, uma responsabilidade essencial de todos os governos, um objectivo fundamental das comunidades e da sociedade civil e um requisito das boas práticas empresariais. Estão, pois, envolvidos uma grande diversidade de actores, desde a sociedade civil, aos governos e aos políticos de todos os níveis nacionais e internacionais, ao sector privado, às organizações internacionais.

Relativamente à VIIª Conferência Internacional, a realizar em África, em 2009, constituem já compromissos: o tornar a promoção de saúde globalizante (sustentável); o envolvimento dos estados membros para lidar com causas sócio-económicas de falta de saúde, o contribuir para a aquisição dos objectivos do desenvolvimento do milénio e o providenciar de uma resposta eficaz em emergências de saúde, considerando-se que a responsabilidade central para o controlo dos determinantes em saúde também deverá ficar a cargo dos diferentes

ministérios e do governo. Constituem já pontos da agenda, as boas práticas em saúde, sendo que, entre outras estratégias, a Organização Mundial de Saúde irá trabalhar os interessados para fortalecerem a promoção de saúde em escolas, identificando prioridades de acção e desenvolvendo modelos e métodos para identificar as causas de baixos níveis de saúde.

A conceptualização globalizante de “Educação para a Saúde” e o “papel do educador para a saúde” também sofreu uma evolução, verificando-se que em Alma-Ata a Educação para a Saúde estaria centrada nas actividades desenvolvidas para os indivíduos pelos serviços de saúde, procurando-se com estas obter mudanças no comportamento das pessoas. A partir de Otawa, considerou-se que a Educação para a Saúde deveria incidir sobre o desenvolvimento de competências sociais e sobre a capacitação de indivíduos e comunidades, para que aumentassem o conhecimento e assumissem o controlo sobre os determinantes da sua saúde e, deste modo, melhorá-la. A educação foi considerada um elemento-chave para trazer mudanças políticas, económicas e sociais, necessárias para haver saúde. Em Jacarta considerou-se que para aumentar a capacitação dos indivíduos e da comunidade devem utilizar-se actividades de promoção da saúde efectuadas *pelos* e *com* os próprios (a participação é considerada essencial, sendo necessário que as pessoas estejam no centro da acção e no processo de tomada de decisão); as abordagens globais de desenvolvimento da saúde são consideradas as mais eficazes; a implementação destas estratégias globais pode ocorrer nos mais variados locais.

Numa aldeia global como é o mundo em que vivemos, todos estamos comprometidos na promoção da qualidade de vida, da saúde ambiental, das condições de cultura e desenvolvimento e auto-realização das pessoas e sociedades. Diferentes indivíduos, grupos, comunidades ou instituições podem assumir papéis na Educação para a Saúde, pelo que genericamente aceita-se que a responsabilidade na promoção de condições e estilos de vida saudáveis, dependem de uma diversidade significativa de actores, nomeadamente pais, pares, professores, profissionais de saúde, políticos, cidadãos. Consideramos pois que, actualmente, em Educação para a Saúde o educador deve desenvolver actividades em lugares diversos como as escolas, locais de trabalho, comunidades e cidades, com estratégias que impliquem uma efectiva participação, promovam mudanças no conhecimento, compreensão, capacitando os indivíduos e a comunidade para agirem no sentido de contribuir para a promoção da saúde.

Alguns autores, dentro os quais, Tones e Tilford (2001) e Moreno, Garcia e Campos (2000), tentaram catalogar os modelos de educação/promoção da saúde, esmiuçando a concepção salutogénica ou patogénica (Antonovsky, 1988), quais os actores e o cenário. Com

efeito, elencaram cinco modelos que traduzirão as linhas orientadoras que os distinguem. O primeiro caracteriza uma “Educação para a Saúde informativa”, do tipo autoritária, em que o doente é culpado por estar doente visto não ter considerado a informação que lhe foi transmitida pelo profissional de saúde, detentor de todo o conhecimento. Claramente, o doente é caracterizado como passivo no seu processo de aprendizagem/reabilitação. Um segundo modelo retrata uma maior preocupação com o meio, no sentido de reduzir ou mesmo afastar a influência perniciosa do meio (especialmente em grupos de risco). Um terceiro enquadramento, defende uma Educação para a Saúde mais crítica, envolvendo um grupo de intervenção e responsabilizando o poder político pelas mudanças sociais necessárias. (Pensadores como Freire, Giroux e as escolas da Psicologia cognitivista e social fundamentam a teorias e modelos que constituem este grupo) O quarto modelo, revolucionou o papel do doente no seu processo de aprendizagem/reabilitação, na medida em que este é dotado de conhecimentos e competências, que lhe permitirão conduzir com excelência a sua saúde, o doente com *empowerment* (Tones e Tilford, 2001: 39). Orientado mais para a salutogenia em detrimento da patogenia, fomenta a promoção da saúde ao contrário dos anteriores dirigidos para a prevenção da doença. Um outro modelo, subentende um profissional de saúde “cinco estrelas”, ou seja, “cuidador, decisor, comunicador, líder comunitário e gestor” (Boelen, 1995: 5).

Por fim, um olhar sobre o modelo de intervenção em Enfermagem, este emerge do paradigma do Cuidar (*Caring*), alicerçado em quatro elementos: o cuidado, a pessoa, a saúde e o ambiente. A nossa evolução dentro da comunidade científica prende-se ao facto de privilegiarmos uma abordagem holística do doente e atendermos ao “cuidar” em detrimento do “tratar” (modelos biomédicos). Segundo Kérouac et al. (1994) o modo como se inter-relacionam os conceitos supra-citados, podem ser agrupados em três escolas: a categorização, a integração e a da transformação. A escola da categorização incide substancialmente na doença e na saúde pública, acreditam que para uma actuação eficaz é necessária a identificação de grupos de risco (Oliveira, 2004: 52). Quanto à escola da integração, como o nome subentende, procura-se um distanciamento da patogenia e um envolvimento de todas as dimensões do ser humano com o seu contexto social, histórico, político, cultural e etc (Oliveira, 2004: 52). Aquando do surgimento do paradigma da transformação, a dimensão intrapessoal, interpessoal e comunitária foram o cerne de atenção. Cada ser humano possui uma lógica organizacional específica, que deve ser mantida para conservação da saúde do indivíduo, o ambiente é definido como nicho e tendo em

conta a clausura informacional e o nível de significação em que se encontra, a concepção de saúde não é perspectivada unanimemente.

A compreensão dos fenómenos educativos a partir da definição inserida na *Declaração de Nairobi*, acrescenta que a educação de adultos constitui um conjunto integrado num projecto global de educação ao longo da vida (Ribeiro-Dias, 2009: 214). As consequências deste tipo de compreensão dos fenómenos educativos podem entender que a educação não se encontra limitada a nenhuma dimensão etária, que ocorre em qualquer espaço em que os seres humanos vivam, a escola e outros espaços comunitários são subsistemas do sistema educativo, é responsabilidade da comunidade garantir que cada um dos seus membros possa desenvolver integral e harmoniosamente todas as suas aptidões. Se ao conceito anterior associarmos o conceito de saúde, como actualmente é aceite, na sua dimensão multidimensional, em que envolve o bem-estar físico, demonstrado pela percepção positiva do corpo, mas também o bem-estar psicológico, pela manifestação de alegria, satisfação pela vida, auto-realização e a capacidade de investir na vida (Bengel, Strittmatter e Willmann, 1999) entendemos que o processo de capacitação, do desenvolvimento do sentido de coerência e da flexibilização do padrão auto-organizativo, trata-se de aprendizagem.

O ser humano encontra-se em aprendizagem contínua, muito devido ao desenvolvimento do neocortex, que permitiu construir linguagens verbais articuladas, das quais derivam as linguagens escritas e digitais. Para a criação de linguagens verbais, subentende-se a capacidade observacional humana; mas também as linguagens não verbais e cinestésicas (apeladas de analógicas por Gregory Bateson, 1972) contribuem para a troca de muita informação, detentora de carácter impreciso, mas representam ainda o principal papel na comunicação intra-espécie (ponto de vista darwiniano). Outro factor de continuidade de aprendizagem nas espécies animais, é o facto de aprendermos por criação de padrões de auto-organização, e não por assimilação de informação proveniente de um meio que nos fosse exterior.

“Why do schools teach almost nothing of the pattern which connects? Is it that teachers know that they carry the kiss of death which will turn to tastelessness whatever they touch and therefore they are wisely unwilling to touch or teach anything of real-life importance? Or is that they carry the kiss of death because they dare not teach anything of real-life importance?” (Bateson, 1979: 8).

A educação não é obviamente apenas responsabilidade dos professores, educadores ou profissionais de saúde é um trabalho colectivo, integrado e sistemático de uma comunidade e em qualquer idade. As antropólogas Ruth Benedict e Margaret Mead, detectaram e salientaram a importância dos padrões culturais na educação de uma comunidade, por sua vez Bateson tomou como foco de atenção o modo como se criam e desenvolvem padrões de compreensão e de actuação no mundo, do ponto de vista ontogenético.

A capacidade humana em estabelecer padrões e metapadrões, possibilita ao ser humano níveis infindáveis de abduções teóricas. A capacidade abductiva de transferir conhecimento de um contexto para outro, parece tipicamente animal, mas mais desenvolvida na mente humana. É esta que nos possibilita estabelecer conexões entre seres vivos diferentes, criando padrões ecológicos entre organismos singularizados. Acrescentamos que para Bateson, a auto-regulação é a principal característica de um sistema mental. Uma transformação só é possível se o indivíduo auto-regular-se para que tal aconteça, temos percebido que entre o querer e o fazer efectivamente se encontra um longo e atribulado caminho. Os padrões são individuais, consequentes à propensão genética do indivíduo, e pelo modo como vai atribuindo significado aos acontecimentos da sua vida. As experiências e crenças contribuem para a construção de um padrão ontogenético, este não pode ser desrespeitado ou desvalorizado com pena a perder-se o processo de auto-criação/educação do indivíduo.

Os fenómenos de aprendizagem e de educação advêm de uma amálgama de variáveis, sendo uma conservadora, a propensão genética do indivíduo, as restantes são aleatórias mas ruidosas, necessitando serem acopladas estruturalmente a um nível de significação, dado o contexto ser sempre importante para a aprendizagem. O contexto do processo de reabilitação, a aprendizagem/educação para a mudança de comportamentos, uma transformação só possível se os doentes encontrarem os seus padrões auto-organizativos, projectarem novos horizontes e as oportunidades que poderão advir deste investimento pessoal. Em contexto de cuidados continuados, captar a atenção dos doentes para o seu processo de aprendizagem para a reabilitação, pode iniciar-se com um convite a pensarem porque devem investir no processo de aprendizagem para a reabilitação. O que podem esperar do investimento activo no processo?

Para a mudança de comportamentos, o indivíduo enquanto ser pensante num processo de reabilitação, com contingências particulares, caminha num sentido nunca antes percorrido. Entre o conflito em ser melhor ou pior que o outro, aspiram criar o seu caminho, o verdadeiro

eu. O que nos distingue uns dos outros, é o modo de aprendizagem/reabilitação perante determinada perturbação.

A sociedade impõe-nos padrões, comportamentos expectáveis, que não desagradem aos órgãos de poder, ao moralmente estabelecido e às normas formativas, como o exemplo das sociedades que vivem em regime de ditadura, vivem de modo formatado e definido pelo Regime. Mas mesmo numa democracia, podemos sentir um conflito interior, entre o que a sociedade espera de nós e o que efectivamente queremos ser, acontece nos locais de trabalho e nas relações entre pares e em situações de doença. Segundo Rorty (1989) quando procuramos um caminho único, fazemos ruptura com o meio, só é possível, se aceitarmos o facto de que a própria ruptura faz parte da afirmação humana e da continuidade. Cada um de nós tem a sua verdade, cada um tem as suas vivências, percepções e processos de significação. A nossa forma de significação e percepção é que é diferente porque somos únicos e registamos diferentes. Poeta forte é aquele que provoca a descontinuidade e que não alimenta a continuidade, procura a auto-criação através de reconhecimento da contingência e ao tentar alcançar a universalidade através da transcendência da contingência. Os apenas filósofos tentam escapar à contingência, em vez de à semelhança do poeta forte, que a reconhece e a acopula.

Contrariamente, Maturana e Varela (1972), defendem que a aprendizagem resulta da procura da manutenção de padrões que construímos face às perturbações que estiveram sujeitos, mas grande parte emerge da flexibilização e não da ruptura de padrões. A flexibilização de padrões auto-organizativos significa a modelagem em relação a determinado contexto; o que aspiramos num processo de reabilitação é esta condição moldável. Como vimos, os padrões aferem ao modo como atribuímos níveis de significação a acontecimentos na nossa vida e como construímos significado no mundo. Assim, em contexto de reabilitação, propomos uma flexibilização do padrão dominante, pela criação de padrões contextualizados a determinada situação. Como foi enunciando anteriormente, o contexto onde se desenrola o processo de aprendizagem influi, assim como, sendo no doente a dimensão comunitária constitutiva da sua identidade biológica, encontramos explicação para que o processo de reabilitação se desenrole nas unidades de Convalescência e de Reabilitação que constituem a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ao contrário da significação atribuída a uma sociedade (em que aceitamos com maior ou menor facilidade, não partilhando os mesmos níveis de significação), uma comunidade é caracterizada pela partilha de objectivos, construindo níveis de significação que permitem uma visão semelhante dos seus mundos. Constroem nichos, ainda (auto)

observacionalmente cada doente seja visto como uma entidade ontológica singular, ao nível da construção de significação, encontram-se todos os elementos do nicho numa dinâmica contínua e integrada de “aprender é viver” (Maturana e Varela, 1972). A família e as pessoas que escolhemos para fazer parte do nosso “nicho” apresentam influência na construção do “eu”, na flexibilização do padrão auto-organizativo responsável pela modelação de comportamentos. É pertinente uma abordagem que apele à tomada de consciência e reflexão das famílias com vista a construir ambientes salutogénicos para a formação dos elementos constituintes da mesma. No doente em fase de reabilitação é importante reflectir sobre o passado, identificar *handicaps* e planear o futuro, os resultados só tem impacto depois do processo de significação que o indivíduo atribui no seu percurso de vida.

2.1 A Teoria da Autopoiesis – a auto-organização para a saúde

A teoria da autopoiesis foi-nos apresentada pela primeira vez por Humberto Maturana e Francisco Varela, seu discípulo, em 1972, na tentativa incessante de descobrir qual a “invariante dos sistemas vivos em torno da qual a selecção opera?”

Inventaram uma nova palavra *autopoiesis*, auto-produção, para falarem dos sistemas vivos, que são capazes de produzirem e manterem a homeostasia dos componentes e processos para promoverem a sua sobrevivência. O funcionamento do ser vivo passa a ser comparado a uma máquina autopoietica, ou seja que se produz a si própria (opondo-se às máquinas construídas pela humanidade, apelidadas de *alopoieticas*).

O ser vivo está organizado como um sistema fechado, ou seja, privilegia a autonomia (que é diferente de isolamento), no que concerne à auto-produção espontânea de componentes e processos, nomeadamente mantendo uma lógica organizacional, flexível face ao que o observador considera o meio. Os seres vivos funcionam como sistemas cujas partes interagem numa lógica circular interna e contínua quanto aos seus processos e componentes. Segundo Maturana e Varela, “Una máquina autopoietica es una maquina organizada como un sistema de procesos de producción de componentes que 1) generan los procesos (relaciones) de producción que los producen a traves de sus continuas interacciones y transformaciones, y 2) constituyen a la máquina como una unidade en el espacio físico” (Maturana e Varela, 1972: 18) e reiteram “nuestro enfoque será mecanicista: no se aducirán fuerzas ni principios que no se encuentren en el universo físico” (Maturana e Varela, 1972: 12) caracterizando o sistema vivo como fechado (quanto à organização), dentro da conceptualização da termodinâmica clássica (até Boltzman) em que se distinguia os sistemas físicos como sendo abertos, fechados ou isolados. Nesta altura encontrava-se na base desta divisão os fenómenos da cinética calorífica, em que os sistemas isolados não trocavam energia nem matéria, os abertos trocavam matéria e energia e por fim os fechados trocam energia e não matéria. A conceptualização de “sistema” era directamente proporcional às condições de fronteira de um conjunto de fenómenos físico-químicos inter-relacionados de modo causal linear.

O autor George Henrik von Wright (1971) vai de encontro aos autores da teoria autopoietica no que contempla a designação de “sistema”, definindo-o como uma classe de elementos com um conjunto coordenado de relações, mediante a observação (de um

observador) em contraposição a um cenário. O cenário, é um dos elementos constituintes num sistema em todas as suas fases, quer na inicial, mediana ou final, apresenta um número de etapas de desenvolvimento e pode desencadear acções alternativas em cada etapa de desenvolvimento do sistema (Oliveira, 1999: 34). Assim sendo, os sistemas vivos são do tipo fechado, uma vez que em nenhum estado, ou etapa do sistema emerge uma condição suficientemente antecedente exterior ao sistema e não existem elementos complexificadores exteriores ao sistema. É do âmbito do sistema vivo saudável, escolher o que lhe parece mais conveniente para a sua sobrevivência, acopulando-o e atribuindo-lhe significação. Os elementos complexificadores são do ponto de vista do ser vivo, internos a si próprio, uma vez que a estrutura está subjacente à organização, a perturbação foi seleccionada e atribuíram-lhe esse estatuto. Logo, o sistema vivo recusa perturbações que possam arriscar a manutenção da sua organização. Os factores perturbatórios têm a função de facilitar a passagem para níveis de aprendizagem diferentes, demonstrando a flexibilização do padrão auto-organizativo (Oliveira, 2004: 35). Deste modo, a organização de um sistema vivo garante a manutenção da autopoiesis, enquanto a estrutura facilita a criatividade e a flexibilização de padrões, uma vez que esta se encontra submetida à primeira. Portanto, é ao nível estrutural que se dão os acopulamentos, mas é ao nível organizacional que se reconhece a perturbação sendo assumida como tal.

Foi com Ludwing von Bertalanffy (1976) que a definição de sistema sentiu uma evolução deixando para trás a catalogação no sentido de fronteira em função da cinética calorífica para uma abordagem complexificada no domínio da capacidade de interligação processual e da produção de componentes e processos. Os sistemas, particularmente os fechados, adquirem a denominação de autoproduzirem sistemas. Contudo, não existe unanimidade do ponto de vista da aceitação desta teoria, na explanação e interpretação dos fenómenos vivos em detrimento do modelo da biologia molecular, (paradigma em Biologia) que aportou a teoria da informação para a explicação dos fenómenos vivos. Segundo este paradigma, os sistemas vivos são considerados abertos, ainda que articulando essa dimensão com um vínculo genético cada vez mais forte nesse mesmo paradigma. Em contraposição ao paradigma do *input* informacional Maturana e Varela, apresentam o conceito de clausura informacional ao nível organizacional dos seres vivos, admitindo a abertura ao nível da estrutura, sendo que esta se subordina àquela.

Para a explanação do conceito de sistema vivo, é pertinente distinguir entre a organização e a estrutura, respectivamente; a organização trata das relações entre os

componentes de um ser vivo (processo), enquanto a estrutura visa os componentes que a constituem e as relações entre eles (Oliveira, 1999: 30). Assim sendo, os seres vivos, constroem a sua rede de significações tendo em conta as suas ontogenias, subjectivas mas que são formalmente comuns a todos os seres vivos, isto é, todos os seres vivos auto-produzem componentes e processos de modo a garantir a sua sobrevivência num espaço físico, mas o modo como o fazem é totalmente irrepitível por outro ser vivo.

Não apresentam entradas nem saídas e qualquer perturbação causada por factores externos, aos olhos de um observador implica uma mudança interna. É a percepção de autonomia dos seres vivos que influi no ponto de vista de os seres vivos não possuírem clausura informacional organizacional, pois Henri Atlan (1972) explica que o aquilo que um observador pode considerar como causa exterior a um organismo, do ponto de vista do próprio, esta pode ser considerada como algo que já lhe é intrínseco, logo cabe decidir-lhe face à lógica organizacional, construir componentes ou processos novos, mas a partir dos anteriores.

Na linha do pensamento autopoietico, o que se transmite é um padrão organizacional que cada organismo vai continuamente especificando de forma singular quanto à sua estrutura materializada e comportamental. O conceito de complexificação, emerge da capacidade do organismo ultrapassar as perturbações internas ou externas (aos olhos de um observador), integrando-as no padrão organizacional que possui até ao momento. A complexificação significa aprendizagem, mas esta não se deve a informações ordenatórias do exterior nem pelo desenvolvimento actualizado de potencialidades previstas inicialmente nesse organismo.

Atlan (1972) enunciou o “princípio de complexificação pelo ruído”, que consiste num ordenamento interno de um ruído (perturbações interiores ou exteriores); desta forma um organismo passa de um nível de significação da realidade para outro. Relembramos que do ponto de vista do organismo, apenas existem perturbações internas, uma vez que os organismos observadores não possuem a capacidade de se desconectarem de si mesmo (Oliveira, 1999: 36).

A interacção contínua entre os sistemas vivos possibilita a especificação da estrutura do sistema, que está subjacente aos padrões organizacionais, o que o torna único e irrepitível. São os designados acoplamentos estruturais, “el acoplamiento surge como resultado de las modificaciones mútuas que las unidades interactuantes sufren, sin perder su identidad, en el transcurso de sus interacciones” (Maturana e Varela, 1972: 66;67). Estes podem derivar da possibilidade de alguns sistemas autopoieticos se diluírem e fundirem-se num só sistema, ao

desintegrarem-se mas deixarem os seus componentes e processos em estado de sujeição face ao mecanismo de sobrevivência do organismo, torna-o mais complexo que os anteriores individualmente, a outra hipótese consiste num modelo em que os sistemas autopoieticos se interaccionam de forma integrada num sistema maior (Oliveira, 1999: 37-38).

Explanado o conceito de “acoplamentos estruturais”, podemos avançar para a percepção de aprendizagem ao nível biológico que afere:

“o processo de mudança do comportamento de um organismo, esse processo de transformação ocorre pela experiência vivencial de cada ser vivo e encontra-se subordinado à conservação da sua lógica organizacional, de um modo directo ou indirecto” (Oliveira, 1999: 38).

A aprendizagem permite a transformação de comportamentos, ou seja a mudança de comportamentos em relação aos comportamentos até aquele momento. Contudo o modo como um organismo reage mediante algumas perturbações internas ou externas, poderá não ser eficaz como foi noutras circunstâncias, dado as perturbações serem de outro nível ou porque não estão reunidas as condições internas para o processo. Um organismo possui uma cognição orgânica, um conjunto de processos relacionais com o objectivo de manter a sua lógica organizacional, quando não o consegue criar, adoece e pode mesmo deixar o espaço físico. Esta cognição orgânica resulta [de um conhecimento incorporado, ou de um conhecimento mais próximo do tipo “*knowledge-how*”, em termos ryleanos (Oliveira, 1999: 40)]. Destaca-se de outros tipos de conhecimentos, uma vez que não se encontra subordinado a uma teoria ou a uma situação prática.

A intenção fulcral da cognição orgânica é a de produzir componentes, processos e acções novas, de modo a construir modos de significação resultantes dos acoplamentos estruturais que viabilizem o sistema vivo ou sua descendência (Oliveira, 1999: 41).

A cognição orgânica distingue-se da cognição observacional, uma vez que a última diz respeito aos organismos vivos com capacidade auto-observacional, resultando em interacções relacionais internas (como as interacções linguísticas).

A aprendizagem acontece após um organismo estar sujeito a perturbações, o que poderá impulsionar uma mudança de comportamento. Mas para que tal suceda, o organismo requer tempo para complexificar a sua lógica interna de funcionamento, dado que a aprendizagem advém dos padrões organizacionais previamente existentes. Apesar de existirem organismos de primeira, segunda e terceira ordem, pensamos que apenas nos últimos, por

terem capacidade de auto-observação seja possível o processo de educação, uma vez que estes conseguem observar-se a si próprios e intencionam integrar o processo. A educação encontra-se directamente ligada à conduta observada e comparada a um cenário padronizado socialmente, a nossa ontogenia autopoietica é resultado de perturbações de ordem interna (auto-referencial), estas são ultrapassadas através do acoplamento estrutural numa lógica organizacional de significação, verifica-se a aprendizagem, na mudança de comportamento que transparece uma complexificação interna num espaço topologicamente definido de interacção comunitária.

Contudo, alguns dos actos observados, podem ser simulados pelo organismo auto-observador, uma vez que este pode entender ser o melhor comportamento em determinado cenário e nível de significação da realidade, mas na verdade não existe processo de aprendizagem.

Este processo de aprendizagem assenta no primeiro pressuposto da teoria autopoietica, que anuncia que “aprender é viver”. O segundo encena que “tudo o que é dito, é dito por um observador” isto em 1972, mais tarde em 1978, foi desenvolvido para “everything said is said by na observer to another observer, who can be himself or herself” (Maturana, 1978: 31). Afere ao domínio da capacidade observacional, consequência das interacções normais indutivas, enquanto o que designamos por “pensamento” incide nas inferências dedutivas e abductivas. A mente é também capaz de produzir e articular (ponto de vista do observador) as “emoções” e “sentimentos”. No sentido da actividade cerebral, o neocórtex processa e produz as representações noéticas abstractas, e o sistema límbico reportaria as emoções e sentimentos.

Todavia, algumas investigações [como as orientadas por Hanna, Damásio (neurofisiólogos) e Greenberg (neuropsicólogo)] contribuíram para a ideia de que toda a mente, logo toda a actividade neuronal, intervém na produção e demonstração de emoções e sentimentos, além de raciocínios.

Assim, a base de observação de um fenómeno é a identificação de distinções; em que um observador identifica um cenário como sendo externo ao fenómeno observado. De facto, o observador funciona com um cenário, que contrapõe com a actuação dos seres vivos, mas actua como se as representações mentais (internas) correspondem, e esgotam, a realidade do que é observado e descrito (Oliveira, 1999: 63). Enquanto organismos de terceira ordem, os seres humanos, possuem uma dimensão biológica que observacionalmente pode ser qualificada como comunitário-social. Assim, a criação, manutenção e complexificação contínua da autopoiesis do sistema vivo saudável, tem em conta o impacte das interacções comunicativas e perturbacionais

dos sistemas vivos com quem partilhamos o mesmo cenário social. As relações de acoplamento estrutural, entre o sistema observado e outros sistemas autopoieticos, são designados (pelo observador) como relações com o meio.

O observador constrói representações noéticas sobre o que observa, assume as suas representações como entidades ontológicas, ou seja autónomas. Também caracterizado por hipostização, ou seja, são as representações mentais criadas; como quando um doente acredita que determinado comportamento lhe é favorável, embora ao observador, outro sistema vivo com quem partilha o cenário, não lhe parecer.

O nosso comportamento resulta também das representações que temos de nós próprios, mediante a nossa propensão genética e história de vida (Oliveira, 1996: 166). A actuação do observador, incide inicialmente por focar um sistema vivo, selecciona uma das partes e posteriormente estabelece uma lógica relacional entre os elementos, enquanto o sistema constrói e reconstrói continuamente a sua significação interna, no final integra a parte no sistema global. Obviamente, este processo depende da capacidade lógico-noética do observador, comumente designada por compreensão. A obra *Explaining and Understanding* criada por Georg Henrik von Wright (1971), enfoca esta compreensão observadora da compreensão. Dado o observador ser um sistema autopoietico, a sua lógica noética encontra-se dependente da circularidade auto-referencial de significação, uma vez que resulta do seu funcionamento global como ser vivo. Por sua vez, o funcionamento global do sistema vivo de terceira ordem, encontra-se subordinado “às crenças”, conjunto de influências consequentes de níveis de significação emotivo-afectiva em que a história pessoal do sistema vivo se foi construindo. A inter-relação entre o padrão auto-organizativo e a actividade noética, entre outras dimensões, privilegiam a construção do sistema vivo autopoietico e do seu nicho (Oliveira, 1999: 166).

O observador, a partir da sua dimensão observacional e capacidade de produzir de linguagens articuladas, aliada à dimensão comunitário-social confere um terreno fértil para a compreensão dos fenómenos de aprendizagem e de educação (Oliveira, 2004: 37). As observações podem ser consideradas (do ponto de vista do observador) como entidades ontológicas, como se possuíssem existência própria, nestes pontos de comunhão emergem as linguagens articuladas que uniformizam comunitariamente a comunicação, utilizando o mesmo vocabulário para descrever as entidades que partilhamos (Oliveira, 2004: 39).

O biólogo Humberto Maturana (1996) considerou a dimensão “lingueira” humana intimamente relacionada com a vertente observacional. O sistema nervoso humano possui capacidade para produzir distinções contínuas entre estados internos; este tem-se especializado ao longo da história da espécie através das transformações anatómicas nas linhagens dos primatas, da cognição orgânica e da capacidade crescente de se realizarem acopulamentos estruturais.

Deste modo, o dinamismo entre a observação e a capacidade neurofisiológica de produzir distinções assentam num pano de fundo; poderá não ser sempre uma base conceptual, envolvendo a rede de crenças que foi construindo, as concepções éticas em que acredita, bem como os níveis de significação emotivo-afectiva em que se encontra e o paradigma científico cultural dominante [para o observador (Oliveira, 2004: 40)].

Considerando as interacções linguísticas humanas, do ponto de vista do funcionamento do sistema nervoso, elas propõem-se como interacções orientadas. A lógica da descrição é sempre a lógica do sistema observacional que descreve. O que implica que para provocarmos uma perturbação na lógica descritiva de um sistema observacional com quem partilhamos o mesmo cenário, teremos que introduzir modificações na interacção linguística inter-humana.

“Assim, cada interacção interna modifica-nos porque ela modifica o nosso estado interno, modificando a nossa postura ou perspectiva (como estado funcional) pela qual nós empreendemos uma nova interacção. Alterações no padrão de referência observacional induzem à criação, ou à flexibilização, de um outro padrão de referência” (Oliveira, 1999: 71).

O segundo pressuposto “tudo o que é dito, é dito por um observador”, ou seja aquilo que descrevemos a nós próprios como uma realidade, mesmo no caso de entidades abstractas, tem que fazer sentido ao nível da aprendizagem que fizemos, e ao nosso quotidiano. Compreender observacionalmente a dinâmica aprendizagem/educacional da nossa espécie é complexo, mas vivenciá-la envolve a integração holísticas dos fenómenos (auto) observacionais em níveis de significação, que por sua vez constroem o padrão auto-organizativo individual e irrepitível. Daí o segundo pressuposto se encontrar subordinado ao primeiro: “aprender é viver”. De que modo o quadro conceptual da teoria da autopoiesis se enquadra na dinâmica dos profissionais de saúde?

Para que tal aconteça, os profissionais de saúde terão de acopular-se com os utentes de forma a ajudá-los a identificar os seus padrões auto-organizativos. A comunicação, o modo como

utilizam as linguagens articuladas, constitui por excelência a base do acoplamento estrutural entre o profissional de saúde e o utente, dado a comunicação analógica (não-verbal, cinestésica) se encontrar enraizada na espécie. Esta apresenta-se de forma pouco rigorosa na interpretação/compreensão das informações, contudo envolve uma panóplia de potencialidades, que poderão tornar-se factores facilitadores do processo. A linguagem analógica deriva do aspecto não consciente e ainda de um processo de selecção contínua de informação, dependendo do seu nível de significação, por parte de cada organismo. Deste modo é utilizada tendo em conta o padrão auto-organizativo, que como já vimos se alicerça também no contexto comunitário envolvente, logo a linguagem analógica pode ser interpretada de diferentes formas, dependendo do nível de significação do receptor.

Com efeito, o papel da Educação para a Saúde na dimensão humana do nicho profissional de saúde – doente, baseia-se não somente na instrução de normas a seguir, mas num acoplamento estrutural, que promova a autonomia e a responsabilidade social do doente. Para que tal aconteça, o profissional de saúde deve encontrar o seu padrão auto-organizativo, identificar o do doente e adaptar a linguagem analógica ao nível de significação do doente. Estabelecida uma relação comunicacional analógica positiva, o profissional poderá criar condições para o processo de reabilitação do doente. Implicando uma articulação entre a estrutura dos organismos e as suas organizações necessárias para a dinâmica do acoplamento estrutural, consideramos as perturbações linguísticas resultantes da interacção comunicacional comunitária, estando submetidas a uma lógica noética processual de cada organismo. Apesar de o profissional acreditar que fez um bom “ensino”, pois ensinou/instruiu e treinou o doente para determinado “problema”, na realidade, pode nunca ter estado perto da atribuição de significado daquele “problema” no micro - mundo do doente (Oliveira, 2004: 39). O que quer dizer que a compreensão da lógica noética do doente e a atribuição de significado para determinado assunto, põe em causa a eficácia do processo de aprendizagem.

Do ponto de vista, do funcionamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, o ambiente criado, envolvendo doentes que convivem diariamente e partilham um percurso existencial, possibilita a formação de um nicho. Partindo desta posição, os fenómenos de produção de aprendizagem/educação estão propiciados, dada a particularidade, da circularidade processual do auto-referencial em unidades compostas sujeitos – nichos.

Mas para que tal suceda, implica avaliarmos uma conduta em relação à significação atribuída à história de vida do organismo. Autopoiéticamente falando, podemos caracteriza-la

pela associação com representações que do ponto de vista do observador, o organismo já deveria ter “armazenado”, ou seja sendo o sistema vivo do tipo aberto, a aprendizagem sucede de representações adaptativas com o meio. Ao, considerarmos que a aprendizagem decorre tendo como pano de fundo o que é significativo para o sistema vivo.

“A aprendizagem refere-se então a um dinamismo interno ao qual um observador não tem acesso na sua globalidade, dado que o que caracteriza a capacidade observacional é a sua actuação por distinções de interações, e não a apreensão representacional de actividades fenomenológicas circulares de auto-regulação” (Oliveira, 1999: 64).

A autopoiesis teorizada por Maturana e Varela, visa a flexibilização do padrão auto-organizacional do doente pela assunção da perturbação na sua componente estrutural. De acordo com o contexto do doente em fase de reabilitação numa unidade de cuidados continuados, torna-se fundamental a parceria na relação de cuidados, que possibilitará que um profissional com base na conceptualização autopoietica, demonstre o seu padrão auto-organizativo para que o doente/parceiro também exponha o seu padrão auto-organizativo. A partir da igualdade de posições e aspirando os mesmos objectivos, ambos caminham para a complexificação interna do nível de significação/aprendizagem numa perspectiva salutogénica.

Por outro lado, para que ocorra autopoiesis em contexto de cuidados continuados é necessário que as unidades privilegiem um modelo de *empowerment* psicológico para que os doentes encontrem capacidades e competências para se tornarem mais autónomos em todas as dimensões das suas vidas.

2.2 Modelo do *Empowerment* - Modelo na base da Rede

Os cuidados prestados pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados visam promover simultaneamente a autonomia e a participação dos doentes no seu processo de cuidados, bem como reforçar as capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações. O que vai de encontro ao conceito de *empowerment*, concepção globalizante e complexa, multi-dimensional e transversal, construído pelas pessoas em qualquer dimensão da sua vida e que traduz o envolvimento de cada um no seu ambiente e a capacidade de cada um ou o grupo transformarem os factores do meio. Não é fácil definirmos o conceito de *empowerment*, trata-se do oposto do ter pouco poder, do necessitar de ajuda, da vitimização, da opressão, da alienação, subordinação e principalmente a perda de autonomia sobre a sua própria vida. Apesar de não ser consistentemente utilizado, é comparável com termos como a eficiência individual, sistemas de apoio, mútuo apoio, as organizações comunitárias, o ser auto-suficiente, competente, produzir poder, capacidades e habilidades. O *empowerment* consiste em facilitar às pessoas a mestria em conduzir as suas próprias vidas, e uma das dificuldades do mesmo é utilizá-lo de diferentes formas em pessoas diferentes e em contextos diferentes.

Encontra-se no cerne, da relação entre o ambiente e a pessoa, entre o indivíduo e o *empowerment* comunitário e entre o *empowerment* e as políticas de saúde pública (Tilford e Tones, 2001: 39-49).

O novo modelo de cuidados centra-se nos doentes, famílias e ou cuidadores através de uma prestação de cuidados personalizada, com base numa avaliação integral das necessidades (biopsicossociais) e indicação terapêutica sistemática para cada doente (plano individual de intervenção) realizada por equipas multidisciplinares. A caracterização do *empowerment* individual envolve um conjunto de competências e de capacidades, que juntas e associadas a determinadas características de personalidade, contribuem para um nível de controlo sobre a sua saúde e vida. A dinâmica e as habilidades existentes nestas comunidades elevam-nos para uma melhor posição, em detrimento das comunidades alienadas (Tilford e Tones, 2001: 39-49).

A prestação de cuidados definida na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados tem uma concepção pluridimensional abrangendo serviços de prevenção, reabilitação, readaptação, e reintegração social; visando a promoção da funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades; promovendo a inserção dos indivíduos com dependência

funcional na comunidade e dando apoio na prevenção e Educação para a Saúde. Para o atingimento destes objectivos, é fundamental que cada doente descubra o *empowerment* conceito transversal que exige um envolvimento do próprio e de relação com os outros, é mais do que o envolvimento individual, eficácia pessoal e autonomia, é necessária uma mudança ambiental. Torna-se portanto necessário, que o ambiente onde doente e profissional de saúde constroem os objectivos, seja o primeiro a despoletar e a operacionalizar o conceito.

Os quatro estádios do *Empowerment* são, numa fase inicial o lançamento, que se assemelha á infância, a fase de exploração individual e de desmistificação das estruturas de autoridade e poder; a segunda refere-se ao avanço e envolvimento, relações que se orientam e apoiam, o desenvolvimento da consciência crítica para poder tomar decisões, em que os problemas e o diálogo contribuem para aumentar o espírito crítico. Num terceiro estádio, a era da incorporação do conceito, surge o confronto com as barreiras á auto-determinação, o desenvolvimento da organização, das políticas e de actividades de confronto, é associado à adolescência e por último o acoplamento destas acções sociais na realidade estrutural do nosso quotidiano, em que a pessoa assume o seu novo “eu”, mais activo, com conhecimento e competências, em que confronto de ideias propicia o seu desenvolvimento e o dos outros (Kieffer, 1984, cit. em Gibson, 1991: 2).

O conceito é muito mais do que as responsabilidades individuais pela própria saúde, envolve os efeitos das políticas ou do envolvimento social na saúde individual, como as novas políticas para reduzir o défice podem influenciar a facilidade de acesso a bens e serviços que outrora não eram cobrados, ou como as comunidades podem transformar as condicionantes da saúde individual, como por exemplo no empenho às campanhas a favor/contra o aborto.

O *empowerment* psicológico define-se como a habilidade para a pessoa controlar a sua própria vida, não necessita que seja a partir de outros, mas sim de si próprio e não está dependente da participação em organizações ou grupos de intervenção comunitária. Apresenta três componentes, a intrapessoal, caracteriza o que as pessoas pensam acerca das suas capacidades e o que são capazes de fazer para mudar o sistema político e social, é a auto-percepção de controlo, auto-eficácia, motivação e noção de competência adquirida; a interrelaccional, abrange a passagem da pessoa para o ambiente e implica o conhecimento dos recursos da comunidade, conhecer os agentes causais e ser capaz de tomar decisões; e a componente comportamental que contempla acções específicas que tenham como objectivo

influenciar o ambiente social e político, como a aproximação a associações, organizações voluntárias, movimentos, grupos de ajuda e religiosos.

O *empowerment* é ter poder e produzir poder, é positivo e proactivo assim como democrático, na medida em que pretende redistribuir os poderes, a justiça social e fazer com que as pessoas se sintam mais poderosas. Contudo, este pode não ser tão democrático, quando utilizado no sentido “*top-down*”, uma vez que pode ser um caminho de delegar as responsabilidades aos cidadãos de uma comunidade, mas sem antecipadamente terem assegurado o que lhes é inerente ao cargo, o servir a comunidade, implica melhorar a qualidade de vida, mas para que tal aconteça é necessária a implementação de pilares que vão determinar o desenvolvimento de determinadas áreas. Estes serão utilizados pelos cidadãos capacitados para que individualmente ou em grupo possam participar activamente no seu próprio desenvolvimento e no da comunidade em que estão inseridos.

Ao olharmos para a actualidade, deparamo-nos com a empresarialização de hospitais, o que obriga ao pagamento dos cuidados de saúde, o encerramento de maternidades e urgências no interior do país, o que implica que a comunidade tenha que se deslocar para mais longe para recorrer aos cuidados de saúde e finalmente o que acontece nas escolas, o descontrolo dos alunos face aos professores, parece-nos claramente um ataque ao *empowerment* psicológico.

Os cuidados de enfermagem vão de encontro ao modelo de *empowerment*, na medida em que não olham apenas o indivíduo mas também o contexto, o todo é mais do que a soma das partes. Enfatiza-se cada vez mais a prestação de cuidados tendo por base uma parceria na relação de cuidados, a saúde do doente é da sua responsabilidade individual e não apenas da responsabilidade dos enfermeiros e dos médicos. Com esta visão, não queremos desresponsabilizar os profissionais de saúde e ou educadores sobre a saúde dos cidadãos, queremos reforçar o seu papel a montante do processo. É primordial que exista a fase de capacitação, encorajamento e de descoberta das potencialidades de cada cidadão para a gestão da saúde individual, posteriormente cada indivíduo deve ser capaz de decidir sobre o seu próprio destino, deter conhecimentos, competências para a sua convalescença ao longo do processo cabe ao profissional de saúde criar condições para a manutenção da motivação do indivíduo. Por outro lado, o largo envolvimento físico e social e a verificação das atitudes, políticas e práticas ligadas ao Sistema de Cuidados de Saúde são de extrema importância para a Promoção da Saúde de todos e para capacitar as pessoas para a responsabilidade pela sua própria saúde. Quer o indivíduo, quer a comunidade, podem exercer pressão sobre órgãos de poder nacional,

regional ou local no sentido de implementar políticas de saúde pública, interagindo no seu ambiente (Tilford e Tones, 2001: 39-49).

Para que a Educação para a Saúde seja eficaz, necessita não só que o doente se envolva no processo terapêutico e esteja motivado para mudar comportamentos, como também de condições no ambiente, como materiais e acesso a rede social. Ou seja a legislação tem impacte na mudança no ambiente, na medida em que implementam políticas sociais dirigidas aos cidadãos, o que consequentemente poderá afectar as determinantes de saúde e os cuidados de saúde. Mas permitirá criar condições para que se desenvolva a capacidade reflexiva, não será um modelo “*top-down*” em que somos meros peões de um jogo em que não conhecemos as regras.

O *empowerment* não apresenta a condição de ser oferecido, é algo intrínseco ao individuo, mas os profissionais de saúde podem facilitar os instrumentos, as informações, decodificar os significados e aumentar o sentido de eficácia dos doentes. Devem perceber que a relação de dependência do doente com o profissional de saúde, nomeadamente na determinação do que é melhor para o doente, não é eficiente para a saúde do doente, este deve possuir capacidades como a auto-determinação para decidir o que é melhor para si. Mais do que nunca, a relação entre doente e profissional, envolve ambos no mesmo nível, não existe um que é mais competente e superior, trabalham para atingir o mesmo objectivo, que é traçado pelo doente. Assim, a confiança é um elemento fundamental no processo de capacitação. Para alguns doentes, o *empowerment* minimiza o efeito psicológico de pedir ajuda, para alguns doentes que anteriormente eram independentes passar à condição de dependente de terceiros, reduz a auto-estima e o sentido do valor próprio.

Existem dois tipos de *empowerment* psicológico e o *empowerment* comunitário; o empoderamento não é o aumento do poder de uns e a diminuição do poder de outros, mas sim uma relação de ganhar-ganhar. Pode ser utilizado pelo poder do topo para controlar à margem a comunidade, não dando a perceber! É muito difícil em sociedades capitalistas se aplicarem modelos de *empowerment*. O *empowerment* vem da comunidade, não pode ser atribuído à comunidade quando convêm às entidades de topo, é fundamental fazer nascer o conceito em cada um, para que este seja intrínseco e uma verdadeira força. O *empowerment* comunitário assenta no cidadão que se envolve na política e no ambiente social.

A participação comunitária é um pré-requisito para o desenvolvimento de políticas de saúde públicas, que por sua vez influenciarão o ambiente. O *empowerment* comunitário estimula

o *empowerment* individual, mas contudo, o *empowerment* comunitário não é mais do que a soma do *empowerment* individual de cada membro. Para que se desenvolva o *empowerment* comunitário, subentende-se um sentido de comunidade, estando implícito o sentido de pertença, a influência ou a necessidade da matéria, a integração e a partilha de necessidades e também a relação de envolvimento emocional (Tilford e Tones, 2001: 41). Tal encontra-se muito presente nas comunidades religiosas que partilham este espírito de envolvimento e de missão em servir aos outros e a Deus.

O *empowerment* comunitário traduz o envolvimento da pessoa num grupo ou organização de intervenção comunitária e está implícito um *background* de *empowerment* psicológico. O aumento do *empowerment* comunitário pode levar a um maior controlo dos recursos da comunidade, ao empoderamento e crescente *empowerment* psicológico, porém o aumento do *empowerment* psicológico pode não se reflectir no controlo destes recursos.

Pelo que Torre (1986) cit. em Rissel (1994:1), afirma que para que o *empowerment* comunitário vingue é necessário apresentar três componentes, os micros factores que traduzem o sentido de auto-estima e auto-eficácia (Bandura, 1982, 1986 cit. em Rissel, 1994:3); as estruturas mediadoras, em que os mecanismos do grupo promovem o conhecimento e o desenvolvimento da consciência crítica (Freire, 1973 cit. em Rissel, 1994:2) e os macro factores que se referem ao envolvimento em actividades políticas e sociais. Passámos a exemplificar, quando um grupo se une para desenvolver o seu sentido de auto-estima e auto-eficácia, sem uma acção social subjacente, não retratam o *empowerment* comunitária mas sim o psicológico. O potencial do *empowerment* comunitário é maximizado quando advém do individual para o grupo social, mas este não é linear nem implica um passo a seguir ao outro. Para que aconteça o *empowerment* comunitário é importante um motivo impulsionador, que só será descoberto ou constatado por quem já tem competências para o detectar e consciência crítica, seguidamente o *empowerment* psicológico requer o sentido de auto-estima e de auto-eficácia suficiente para o individuo se sentir capaz para se envolver no grupo comunitário, posteriormente potenciará o envolvimento nas actividades do grupo, estas competências podem e devem ser transferidas para todas as áreas da sua vida.

O significado atribuído ao conceito de comunidade promove o *empowerment* psicológico. A participação em acções colectivas favorece a redistribuição de recurso, a ênfase na acção comunitária é uma componente do *empowerment* comunitário (Brown, 1991 cit. em Rissel, 1994:2) e assenta nos princípios da Promoção da Saúde (Minner and Ward, 1992 cit. em Rissel,

1994:2) e das Organizações voluntárias. As associações de doentes são também uma forma de *empowerment* comunitário, apresentam as características basilares e a hegemonia de uma comunidade, mas relembramos que qualquer envolvimento esperando retorno a título individual ou apenas para aumentar a sua auto-estima contingente, não é a verdadeira essência do *empowerment* comunitário. Pelo contrário, trata-se de *empowerment* psicológico, em que a procura dos seus direitos para benefício inicialmente próprio, pois contempla a tomada de consciência, a reflexão e a tomada de decisão.

Não existem estudos que provem que ter mais poder psicológico significa ter mais saúde física, contudo é obvio que pessoas informadas, capacitadas e com consciência crítica se defendem melhor, porque conhecem os seus direitos, em detrimento das passivas e submissas ao sistema. O *empowerment* comunitário oferece a possibilidade de transformar as políticas como é o caso do movimento dos homossexuais, da emancipação das mulheres e da lei do aborto.

O *empowerment* é simultaneamente um processo e um resultado, uma vez que este é sistémico e envolve o psicológico e o comunitário, ambos são o resultado da capacitação e do empoderamento do indivíduo e do grupo, assim como o segundo implica o primeiro. Não é um fenómeno individual mas sim de grupo, o trabalho em rede propicia o *empowerment*, ao contrário do ganhar às custas de outros. O *empowerment* psicológico, é o primeiro passo para o alfabetismo funcional que é exigido numa sociedade capitalista, o domínio das áreas do ambiente político, social, económico, educação e saúde, não está ao alcance de todos os cidadãos.

Cingimo-nos aos cuidados de saúde definindo como a responsabilidade individual pelos seus cuidados de saúde, mas também o envolvimento institucional, organizacional e social para consciencializar as pessoas a assumirem a responsabilidade pela sua própria saúde mas poderíamos alargar o *empowerment* para outras dimensões.

Cabe aos profissionais de saúde incrementar o conceito de *empowerment* nas práticas de Educação para a Saúde, de modo a assistir na formação de cidadãos conscientes, críticos e activos. O resultado pode advir dos atributos do doente/cliente, os atributos do profissional de saúde e também da relação entre o doente/cliente e profissional de saúde.

Para terminar, o *empowerment* é claramente, se bem utilizado, uma forma de Promoção/Educação para a Saúde.

Parte II

Percepção sobre as práticas de Educação para a Saúde dos doentes e enfermeiros no seio da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

1. Metodologia

As práticas de Educação para a Saúde caracterizam-se como um instrumento de trabalho para doentes e profissionais de saúde, e comunidade em geral, na medida em que de modo simétrico, permitem a criação de condições harmoniosas para o desenvolvimento de competências por parte da pessoa doente para cuidar da saúde. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados constituída também por unidades de internamento, caracterizam-se actualmente como locais de excelência para a implementação das práticas de Educação para a Saúde, como tal, revelou-se o campo de investigação propício para alcançarmos os objectivos do trabalho.

O surgimento de uma investigação parte da constatação de um problema, esse emergiu da experiência profissional da investigadora, no contacto quotidiano, enquanto profissional de Enfermagem com doentes que se encontravam em fase de reabilitação e que demonstravam necessidade de serem referenciados para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Levantámos a questão “quais as percepções dos doentes e enfermeiros sobre as práticas de Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados?”. A configuração da pergunta de partida serviu como fio condutor do trabalho, assistindo a operacionalização da pesquisa.

A configuração de um trabalho de investigação neste âmbito deverá ter sempre em atenção alguns princípios metodológicos estáveis, mesmo sabendo que poderão existir diferentes abordagens que conduzem a um conhecimento sistemático. Como tal, pretendemos desenvolver as opções metodológicas tomadas na prossecução do estudo. Ao expormos o método, descreveremos a forma como escolhemos progredir na direcção dos objectivos propostos. Sendo assim, começamos por fazer uma abordagem do tipo de estudo e sua caracterização. De seguida, explicitamos a metodologia processual escolhida, tratando, entre outros aspectos relevantes, da constituição da amostra e da aplicação do instrumento de recolha de dados. Para culminar, não podemos esquecer de fazer referência às questões éticas inerentes à investigação, bem como às limitações que uma pesquisa deste género apresenta.

Tendo por base um problema inicial que se faz sentir no domínio das atitudes e dos comportamentos humanos, é necessário ter em conta algumas peculiaridades intrínsecas ao objecto de estudo. Na realidade, o comportamento humano é constituído essencialmente por

acções, acções estas que não podem ser observadas da mesma forma que os objectos naturais. A predisposição para agir ou a acção efectiva devem ser abordadas atendendo aos motivos do acto, às suas intenções e ao contexto social dentro do qual fazem sentido.

Nesse sentido, é dada grande relevância ao contexto onde o objecto de estudo está emaranhado, dado que se considera que a acção humana é melhor compreendida quando nele observada. De realçar que a finalidade do estudo não é confirmar hipóteses previamente configuradas, mas antes descrever o sentido que as pessoas dão à situação específica em causa, contribuindo deste modo para a formulação ulterior de conceitos e inseridos em categorias definidas *a priori*. A primeira refere-se à protecção da saúde ou prevenção da doença através da eliminação de comportamentos de risco; a segunda, a necessidade de mecanismos de disponibilização de recursos financeiros em caso de doença, a terceira, a preparação individual (psicológica) para a consciencialização sobre a fragilidade humana, a quarta caracteriza-se pelo envolvimento verdadeiro e activo no processo terapêutico, simétrico na relação com o profissional, por último a importância da percepção de finitude da vida humana (Neves, 2003: 436-442).

Neste contexto, optámos por uma metodologia qualitativa enquadrada num contexto paradigmático denominado de interpretativo, incidindo sobre o modo como os doentes e enfermeiros percebem as práticas de Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. A investigação deverá ter acima de tudo uma pertinência socioprofissional e é também em função deste critério que se situa a selecção de uma metodologia qualitativa (Lessard-Hébert, Goyott e Boutin, 1990: 86-87), dado ela proporcionar aos investigadores “um conhecimento intrínseco aos próprios conhecimentos possibilitando-lhes uma melhor compreensão do real, com a subjectividade que está sempre presente pela conjugação do rigor e da objectividade na recolha, análise e interpretação dos dados” (Pacheco, 1995: 17). É através da investigação qualitativa que o investigador busca “padrões de identidade social representada” (Wittrock, 1989: 229).

Uma das melhores formas de basear o conhecimento das realidades sociais passa por atender aos saberes do senso comum que os indivíduos possuem relativamente à própria realidade, à sua própria história e ao seu próprio local de inserção no campo social. Desta forma, “são as realidades múltiplas que interessam ao investigador qualitativo” (Bodgan e Biklen, 1994: 62). Os doentes interagem e partilham experiências entre si, logo é essencial a interpretação das suas percepções no que diz respeito à experiência sobre as práticas de

Educação para a Saúde na rede. Em contraste com a abordagem quantitativa, não pretendemos recolher, nem prever um comportamento tipo das pessoas perante esta situação. Dada a complexidade da questão, é determinante a compreensão e descrição dos significados construídos pelo sujeitos envolvidos, compreendendo o mundo destes tal qual eles o percebem. Daí que as “estratégias de pesquisa qualitativas são frequentemente referidas como investigações naturalistas. O termo naturalista refere-se ao facto de este tipo de pesquisa considerar com frequência o estudo do fenómeno dentro do mundo quotidiano” (Brockopp e Hastings-Tolsma, 2003: 328).

Sendo assim, podemos classificar este estudo como exploratório-descritivo, suportado numa abordagem fenomenológica da Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. A fenomenologia enfatiza a subjectividade da experiência humana e mostrou que (esta) é, sob o ponto de vista qualitativo, mais rica do que a ideia do empirismo clássico sobre a experiência.

Seguiu-se a exploração, em que a pesquisa bibliográfica previamente realizada, bem como o debate assíduo da temática em múltiplos contextos, permitiram que a formulação da pergunta tivesse desde cedo um carácter definitivo, sendo devidamente enquadrada aquando da apresentação do Projecto de Dissertação. De qualquer forma, exigiu-se o aprofundamento de alguns aspectos do problema, com um inevitável alargamento das referências bibliográficas, quer em quantidade, quer em conteúdo e variáveis. Tornou-se, também mandatório a tomada de contacto com outras realidades para além daquela conhecida pela investigadora, que se cingia apenas ao internamento hospitalar. Neste ponto, inserem-se as visitas realizadas às unidades de cuidados continuados de convalescença da Póvoa de Lanhoso e Riba D’Ave, unidade de cuidados continuados de reabilitação de Riba D’Ave e de Monção. Esta etapa de exploração levou à elaboração do cerne do enquadramento teórico da investigação, a partir do qual construímos a problemática do trabalho, o que determinou a escolha da abordagem a adoptar para tratarmos o problema colocado pela pergunta de partida.

Daqui partimos para a construção do modelo de análise, onde procuramos traduzir as ideias anteriormente exploradas em linguagem capaz de dar forma a um trabalho sistematizado. Esta fase “constitui a charneira entre a problemática fixada pelo investigador, por um lado, e o seu trabalho de elucidação sobre um campo de análise forçosamente restrito e preciso, por outro” (Quivy e Van Campenhout, 1992: 109). No entanto, dadas as características específicas da pesquisa, evitamos a enunciação de hipóteses, mas seguimos pressupostos orientadores.

Entendemos que a definição prévia de categorias, seria relevante, nomeadamente para a concretização esclarecida da etapa seguinte, a fase de observação propriamente dita. Esta tem como objectivo estudar as percepções das pessoas (doentes e enfermeiros), logo optamos por aplicar um instrumento de colheita de dados (entrevista semi-estruturada), que construímos e aplicamos (posteriormente abordaremos), a um conjunto de oito doentes, que se encontravam em fase de reabilitação, internados em unidades de cuidados continuados de convalescença e reabilitação na zona Minho. Foi elaborado um outro instrumento de colheita de dados, aplicado a um conjunto de dezassete enfermeiros, também seleccionados de modo aleatório, sendo apenas condição *sine qua non* serem prestadores de cuidados nas unidades envolvidas na investigação.

A selecção dos oito doentes que integraram a pesquisa resultou de um diálogo regular com a equipa de enfermagem de cada uma das unidades contempladas, de forma a certificarmos-nos das condições em que os doentes se encontravam. Assim, os casos escolhidos teriam que obedecer a alguns critérios definidos previamente. Por um lado, teríamos que assegurar que o estado de saúde dos doentes a incluir no estudo tivesse um carácter de reabilitação, e que o próprio apresentasse condições físicas e cognitivas para cooperar na entrevista. Para a selecção dos enfermeiros, eles foram previamente convidados a participar na investigação.

Os instrumentos de colheita de dados elaborados inicialmente, sofreram alterações nas sucessivas fases de desenvolvimento da investigação. Foi elaborado um pré-teste, de modo a aferir às questões que seriam pertinentes no âmbito da Educação para a Saúde naquele contexto e com aquela população-alvo.

O pré-teste elaborado para os enfermeiros das unidades, e aplicado a dois enfermeiros prestadores de cuidados numa unidade de cuidados continuados, questionava-os sobre se achavam que as práticas de Educação para a Saúde eram importantes, o que se revelou de pouco interesse uma vez que todos referiram que sim, mesmo quando posteriormente se mostravam confusos quanto à definição do conceito (segunda questão do instrumento de colheita de dados). Quanto à questão sobre se a Educação para a Saúde foi um tema desenvolvido na licenciatura, também se mostrou pouco reveladora, dado numa fase mais recente do *curriculum* académico, a Educação para a Saúde ser abordada (mesmo que em diferentes moldes) em detrimento do antigo currículo do bacharelato. Para a questão sobre se enquanto profissionais continuaram a sua formação nesta área, as respostas foram similares, praticam diariamente, mas academicamente não. Tornou-se constrangedor fazer esta pergunta,

pois poderia ser mal interpretada, no sentido de pôr em causa a *performance* profissional, tendo em conta a formação académica na área. Os profissionais responderam de forma homogénea, quanto à interrogação sobre se havia existido um processo de integração nas unidades distinto da integração em outros serviços, ao que revelaram ser realmente distinto dada a “filosofia” da Rede, o que demonstrou haver consenso e pouca margem de exploração (um processo de integração não significa pôr em prática a Educação para a Saúde).

Quais as práticas de Educação para a Saúde que prestam nas unidades, foi a sexta pergunta do instrumento de trabalho, sendo importante para avaliar o nível de complexidade dos cuidados e a conceptualização globalizante de Educação para a Saúde no seio dos enfermeiros da rede. De modo a apurar a questão anterior, surgiu a questão, de como é que os profissionais as põem em prática, porém o modo descritivo da conduta, não era relevante (até porque, não conseguimos essa narrativa descritiva); o busilis estava em conhecer o impacto dos cuidados de Educação para a Saúde no doente internado na rede, logo a questão supra-referida foi substituída por esta última. Foi abordada a existência de indicadores de resultados que facilitassem a avaliação dos enfermeiros quanto aos seus cuidados (práticas de Educação para a Saúde), ao que responderam unanimemente que não. Mantivemos no entanto esta questão, por a considerarmos pertinente.

Posteriormente, sobre o que pensam que poderiam fazer mais no âmbito da Educação para a Saúde na Rede, demonstraram que a exploração desta questão se poderia revelar, de extremo interesse para a nossa investigação, assim como a décima questão, sobre quais os obstáculos que identificam para que não se realizem mais práticas de Educação para a Saúde.

Contudo, é do nosso interesse, distinguir as diferentes dimensões, portanto ao questionarmos, primeiro quais os obstáculos que identificam, os entrevistados poderão responder mais “livremente” sobre o que gostariam de fazer mais, deixando atrás salvaguardados os obstáculos.

Para terminar, quisemos apurar se os enfermeiros realizavam mais práticas de Educação para a Saúde em doentes mais motivados em detrimento dos menos motivados; porém, esta pergunta foi reformulada, uma vez que poderia denotar algum preconceito ou marginalização por parte do entrevistador. A questão final abordou em que medida os doentes internados na Rede são responsabilizados pelo seu processo de reabilitação/saúde. A entrevista final encontra-se no (anexo IV).

A entrevista pré-teste aplicada a dois doentes internados numa unidade de cuidados continuados revelou-se extremamente difícil, dado um grande número de doentes com acidentes vasculares cerebrais, apresentarem como uma das consequências, a disfonia (dificuldade em falarem alto e articularem as palavras). Devido a este aspecto, sentimos a necessidade em reduzir o número de perguntas, mas sem pena de perdermos conteúdo, tentamos esmiuçar o realmente pertinente. A entrevista do pré-teste, continha doze questões e foi reduzido para quatro (anexo V), depois do pré-teste. Fundamentalmente, foram excluídas questões tais como: 'o que faz actualmente para melhorar a sua saúde', dado que ao se encontrarem internados, os doentes são menos autónomos em termos de decisão do que no seu contexto familiar, visto na unidade o ambiente ser controlado por regras e normas. Percebemos que questões como 'está disposto a mudar comportamentos', 'quais os benefícios da mudança' são retóricas e que a resposta seria sempre a politicamente correcta, mesmo que não acreditassem no que diziam. Conseguimos compilar questões como 'quais as práticas de Educação para a Saúde que tem realizado na Rede' e 'como é que os enfermeiros tem contribuído', tendo a pretensão de aferir se para cuidar da sua saúde, 'o que é que aprenderam com estes enfermeiros'. De modo a sermos mais específicos, formulámos mais uma questão, sobre o que aprenderam para melhorarem a sua saúde enquanto estiveram internados na unidade.

1.1 Apresentação da amostra

A selecção dos elementos teve um carácter aleatório, visto que dentro do período cedido pelas unidades para a colheita de dados (Fevereiro a Maio de 2009), foram aproveitadas o maior número possível de oportunidades que surgiram. Os doentes entrevistados tinham como diagnóstico o acidente vascular cerebral, motivo pelo qual, tendo em conta o prognóstico, se justificou o internamento na unidade. Por outro lado, os enfermeiros entrevistados dentro da população determinada, tinham igual probabilidade de serem escolhidos. A elaboração da amostra não atendeu, pois, a preocupações com a sua eventual representatividade em relação à população a estudar. Trata-se de um estudo de índole naturalista, não se pretendendo alcançar inferências válidas e aplicáveis a todos os contextos, pelo que segundo os objectivos propostos, consideramos a amostra representativa.

A entrevista a aplicar foi preparada tendo por base o quadro teórico e atendeu igualmente à experiência pessoal de contacto assíduo com doentes em fase de reabilitação. O termo entrevista é geralmente utilizado para designar uma técnica de obtenção de informação mediante uma conversa com uma ou várias pessoas na qual o investigador exercita a arte de formular perguntas e ouvir respostas. Na entrevista desenvolve-se uma interacção criadora e captadora dos significados que os sujeitos dão às situações ou às coisas. A grande vantagem das entrevistas é a sua adaptabilidade, uma vez que as respostas numa entrevista podem ser desenvolvidas e clarificadas, obtendo-se material precioso através da consolidação das respostas obtidas. De alguma maneira, as entrevistas, para além de possibilitarem a recolha de dados, constituem uma forma do entrevistado pensar sobre o tema ou situação e compreendê-lo melhor. A opção pela entrevista do tipo semi-directiva [(Ghigliogone e Matalon, 1997: 83-84) ver guiões das entrevistas nos Anexos IV e V], respectivamente com sete e quatro questões semi-abertas e sem limites de tempo, possibilitou um grau elevado de liberdade aos entrevistados para se manifestarem sem constrangimentos excessivos, para além dos inerentes à situação de entrevistado e às circunstâncias que levaram à sua escolha. O objectivo foi favorecer a recolha de informação, tentando o mínimo de interferência por parte do entrevistador, e não permitindo, por outro lado, que o entrevistado se dispersasse no seu discurso, afastando-se da temática em questão. Como uma situação típica de entrevista resulta do encontro entre duas pessoas estranhas uma à outra, o entrevistador está longe de se encontrar numa posição de

neutralidade. Daí que tenhamos procurado levar a cabo a interacção com os doentes e enfermeiros de forma natural e moderada.

A abordagem aos entrevistados realizou-se, como seria de esperar, na própria unidade de cuidados continuados, no caso do doente, no próprio quarto onde se encontrava acolhido. Quanto aos enfermeiros, foi disponibilizada uma sala pelo responsável por cada uma das unidades na tentativa de contribuir, dentro do possível, para a criação de um ambiente confortável e reservado durante a realização da entrevista. Tendo em conta que nem todos os entrevistados possuíam um nível de compreensão linguística que permitia o entendimento da finalidade do encontro e das questões colocadas, foi necessário adaptar a linguagem usada em ambos os grupos entrevistados. A substituição de determinadas palavras e o apelo a informações complementares foram estratégias que contornaram esse *handicap*. As entrevistas foram retidas em suporte digital, por intermédio de um gravador, com o imprescindível consentimento esclarecido dos entrevistados. A transcrição imediata do material gravado possibilitou a conservação de aspectos que de outra forma teriam sido olvidados (ver entrevistas integralmente transcritas no Anexo III).

O *corpus* de análise constituído pelos dados que emergiram das entrevistas foi então submetido a um tratamento sistemático. A opção pela análise de conteúdo, enquanto técnica frequentemente usada para análise da comunicação, foi inequívoca. Esta remete-nos para as análises sobre o campo da influência social (ibidem:184). As diferentes fases da análise de conteúdo sucedem-se, organizando-se em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 1997: 95). Assim, o processo analítico iniciou-se com a “leitura flutuante” do material, de maneira a estabelecer um primeiro contacto com os documentos, a fim de se evidenciar as orientações genéricas presentes. Progressivamente, a leitura foi-se tornando mais dirigida, enquadrando-se teoricamente.

A esta fase organizacional e de sistematização das ideias sucedeu a exploração propriamente dita do material, ou seja, a sua transformação por intermédio de recortes, levando a que as características do conteúdo fossem descritas categorias e metacategorias. Este processo de codificação permitiu que definíssemos dois tipos de unidade de análise: as unidades de registo que se configuraram como um segmento determinado de conteúdo, e as unidades de contexto que servem de unidade de compreensão para codificar as unidades de registo, funcionando como seus caracterizadores. Optamos por utilizar um critério de recorte semântico-

-linguístico, ou seja, enveredamos por uma “análise por campos semânticos” (Gligigone e Matalon, 1997: 219), apresentando-se as unidades de registo como temas, consubstanciados pelas unidades de contexto. Desta forma, “fazer uma análise temática, consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação”(Bardin, 1997: 105) e são precisamente estas regularidades que, agrupadas em razão dos caracteres comuns, constituem as categorias. Categorizar é, portanto, classificar os dados de modo a ordená-los, potencializando a sua apreensão. Cada categoria constitui um certo número de sinais linguísticos representantes de uma variável que habitualmente é um termo, e que identifica a significação central do conceito que se quer apreender.

No presente estudo, as categorias surgiram de operações de diferenciação e reagrupamento de conjuntos de elementos, que neste caso eram as unidades de registo, tendo estas sido criadas, por sua vez, com base no trabalho exploratório do *corpus* de análise, mas também atendendo de alguma forma ao quadro teórico de referência. Assim, através de sucessivos ensaios, de leituras e releituras, estabelecemos um sistema de categorias, que mais adiante abordaremos em profundidade, e que deriva concretamente do material em análise e da problemática teórica estruturada. A fidelidade do processo analítico foi assim garantida na sua vertente intracodificadora, mas também com o recurso a pessoas externas ao trabalho, de forma a compararmos os dois tratamentos possíveis do material e encontrarmos uma perspectiva mais consensual (vertente intercodificadora).

Contudo, pôr em prática qualquer trabalho de investigação, seja ele de índole quantitativa, qualitativa ou mista, implica que se reflita nos comportamentos que o investigador deverá ter durante o desenrolar do processo. Nesse sentido, é mandatário considerar qual a conduta moralmente boa que deve ser adoptada, nomeadamente porque, neste caso, os sujeitos a estudar são seres humanos. O respeito pelos direitos das pessoas, que se apresentam em situação particularmente vulnerável, deve imperar, pelo que é necessário que o assentimento destas à pesquisa, seja conseguido através de um esclarecimento acessível ao seu nível de compreensão. Por outro lado, têm que ser dadas garantias de que o voluntário será protegido contra danos e perigos, mantendo-se o anonimato das informações disponibilizadas. Para formalizarmos este compromisso com os participantes na investigação, concebemos uma declaração de consentimento informado (ver declaração de consentimento informado no Anexo VI), cujo preenchimento em duplicado permitiu a efectivação deste “contrato”.

É claro que, mesmo estando atentos às múltiplas questões e dificuldades que surgem, este trabalho acarreta em si o facto de se constituir como uma realização que padece de algumas limitações. Temos a consciência que cada objecto de estudo pode ser abordado de diversas formas e que, como tal, exigem-se tomadas de decisão. Ora, decidir é escolher entre várias modalidades possíveis. Desta forma, optamos por um estudo de carácter circunstancial, em que, pelo reduzido número de observações feitas, os seus resultados não são passíveis de generalização à população em geral. Este *handicap* deriva assim, das características do próprio trabalho e não de procedimentos erróneos durante o seu desenvolvimento. No âmbito da interpretação dos dados, e uma vez que esta fase envolve um elevado risco de deturpação, é imperioso um doseamento até limites racionais, daquilo que a individualidade de quem interpreta acrescenta aos resultados. Embora essa preocupação esteja sempre presente, é problemático determinar se houve um real enviesamento dos próprios resultados.

Sendo assim, partimos, de seguida, para a apresentação e tratamento dos dados. Dentro da dimensão da categorização tencionamos confrontar os dados que resultarem das entrevistas com as cinco vertentes principais que a Educação para a Saúde deve contemplar, a primeira refere-se à protecção da saúde ou prevenção da doença através da eliminação de comportamentos de risco; a segunda, à necessidade de mecanismos de disponibilização de recursos financeiros em caso de doença, a terceira, à preparação individual (psicológica) para a consciencialização sobre a fragilidade humana, a quarta caracteriza-se pelo envolvimento verdadeiro e activo no processo terapêutico, simétrico na relação com o profissional, por último a importância da percepção de finitude da vida humana (Neves, 2003: 436-442).

2. Apresentação e Tratamento dos dados

Os dados que emergiram da aplicação do instrumento de colheita de dados revelaram um conjunto multifacetado de perspectivas no que diz respeito ao objecto de estudo. Sendo a entrevista semi-estruturada elaborada aos enfermeiros, composta por sete questões abertas, a entrevista elaborada para os doentes composta por quatro questões, abriu-se espaço, com a sua aplicação, para a constituição de um *corpus* de análise que seguidamente sofrerá um tratamento analítico. As matrizes alcançadas e que iremos apresentar seguidamente, resultam do confronto das ideias expostas pelos entrevistados, com os objectivos definidos para as questões presentes no instrumento de colheita de dados.

Dessa forma, propomos cinco categorias: protecção da saúde e prevenção da doença; obstáculos às práticas de Educação para a Saúde; oportunidades de melhoria quanto às práticas de Educação para a Saúde; indicadores de qualidade; participação activa do doente. Seguidamente propomos cinco categorias para os doentes: protecção da saúde e prevenção da doença; reflexão sobre a doença; participação activa na doença; obstáculos para as práticas de Educação para a Saúde; indicadores de resultado para as práticas de Educação para a Saúde. Cada categoria é enquadrada por múltiplas unidades de registo, sendo estas por sua vez, consubstanciadas pelas respectivas unidades de contexto. As unidades de contexto constituem-se enquanto extractos do texto configurado como resultado da transcrição das entrevistas aos enfermeiros e doentes. Assim, antes de passarmos aos quadros matriciais, convém esclarecer o significado da simbologia utilizada:

- excerto de texto não relevante no momento para a análise – (...)
- pausa no discurso do entrevistado -...
- codificação das unidades de registo (Ex: X2 – unidade de registo n°2)
- codificação das entrevistas (Ex: D1 – entrevista relativa ao entrevistado D1, enfermeiro D)

Análise de Conteúdo às entrevistas aos enfermeiros

Categoria: Protecção da Saúde ou Prevenção da doença através da eliminação de comportamentos de risco (Prevenção da doença)

Unidade de registo	Unidade de contexto
<i>(X1) Prevenção da depressão</i>	<p>“Nos doentes, que têm uma propensão a ficarem deprimidos, temos que trabalhar neste sentido, de modo a motivá-los no seu trabalho, para que o resultado final seja melhor para ele.” A3</p> <p>“Temos doentes com depressão, que preferiam estar em casa e não aqui.” A2</p>
<i>(X2) Promoção do Auto-cuidado</i>	<p>“Neste caso, muitos idosos não têm tanta percepção sobre a alimentação. Nós podemos transmitir os nossos conhecimentos, que as pessoas desconhecem. No caso do banho, nós podemos ensinar técnicas para facilitar.” B1</p> <p>“No caso da alimentação, um doente com sonda nasogástrica, que tem de aspirar conteúdo gástrico, verificar se tem a sonda no estômago, lavar com água...esses cuidados.”B1</p> <p>“Os cuidados a ter com a higiene, tentar perceber um bocadinho os hábitos dessas pessoas, as condições habitacionais, se tem casa de banho, se tem banheira, se tem duche, tentar perceber essa parte” B1</p> <p>“Torná-los mais autónomos, e se houver necessidade envolver um familiar.” A3</p> <p>“Primeiro tentar ensinar o doente a comer sozinho, depois colaborar com o familiar, ajudar a que ele próprio tenha participação na sua própria alimentação, porque muitas vezes vemos o familiar ou a auxiliar a substituí-lo, mas não, devemos aproveitar o potencial do doente. Pode demorar duas, três horas a</p>

	<p>comer, mas vai beneficiar muito mais com isso.” B1</p> <p>“por exemplo doentes com AVC, ao comer a maçã, porque nós é sempre a dar, porque temos outro <i>timing</i>, porque eles são mais lentos, enquanto nós somos muito rápidos. Sabe-lhes muito melhor a comida, eles contam que se sentem úteis, não dependem de ninguém para lhes dar de comer, não é.” B1</p> <p>“Insistir mais na Educação para a Saúde, nos ensinamentos, nos posicionamentos nas transferências, insistir mais nesses ensinamentos.” B2</p> <p>“Tem mais a ver com as actividades de vida diárias, alimentação, posicionamentos, tipos de mobilidades, de exercícios que se podem fazer, promoção da autonomia dos doentes, integração da família e preparação da alta, mesmo de forma a promover a autonomia do doente em casa, ensinamentos quanto à hipertensão, alimentação, diabetes basicamente são esses.” B3</p> <p>“é mesmo a promoção da autonomia, eles sentem-se capazes de fazer algumas actividades que até aí não faziam, alguém que fazia tudo, de repente deixar de fazer, o impacto é aí, ajudá-los a voltar a conseguir fazer algumas actividades apesar das limitações patológicas que lhe foram criadas, é mesmo esse impacto. Promover a autonomia do doente, uns mais rápidos, outros mais graduais mas acho que sim.” B3</p>
<p>(X3) <i>Gestão do Regime terapêutico</i></p>	<p>“[...] na alimentação, quais os tipos de alimentos que podem comer, mesmo as bebidas, o síndrome alcoólico, tivemos casos, principalmente aqui no Norte, os filhos bebem, toda a vida beberam, matam o porquinho, fazem os fumados é complicado.” B1</p> <p>“No caso de um doente toxicod dependente fumador, não consegues que um doente deixe de fumar na unidade, às quatro da manhã está a fugir da unidade para ir fumar, ou estabeleces regras que o doente consegue cumprir e vais estabelecendo objectivos para</p>

tentar cumprir.”A1

“Lidar com o stress, a percepção de si, a auto-imagem, cada doente tem uma necessidade.”A1

“Se o doente, quando sair daqui, leva consigo a informação, não sabemos se vai mudar na sua vida, não acompanhamos” A2

“Depois dos ensinios feitos, existe o preenchimento de uma folha em que vamos descrever de forma sumária os ensinios que foram feitos, e se demonstraram capacidade, competência e disponibilidade para saber mais. Existe a parte teórica e a parte prática, os treinos. A parte formal do ensino funciona desta forma. Depois, existe a parte informal que é todo o processo de relação com o utente, em que vais falando e vais orientando a tua conversa, diálogo cuidados, de forma que seja do interesse do doente e familiar para ensinar alguma coisa.” A1

Categoria: Obstáculos às práticas de Educação para a Saúde

Unidade de registo	Unidade de contexto
<p><i>(X4)</i> <i>Falta de tempo</i></p>	<p>“O tempo, principalmente a falta de tempo, porque somos poucos. O tempo é o que mais nos limita, porque não podemos despende de duas horas para o doente comer, ou dar-lhe tempo para se lavar, não podemos. Não temos essa disponibilidade, por isso tem de ser educações para a saúde mais curtas. “ B1</p> <p>“Muitas vezes o tempo, não é muito.” B5</p> <p>“Não digo que às vezes o tempo não seja uma limitação.” C4</p>
<p><i>(X5)</i> <i>Falta de metodologia</i></p>	<p>“A definição de objectivos, já se procura fazer, a rede pretende isso, os gerais estão lá, mas a definição de concretos, específicos precisa de maior envolvimento de todas as pessoas. Não havia o hábito de trabalhar desta maneira, as pessoas começam agora a trabalhar assim, é uma mudança, sempre que existe uma mudança as coisas são mais devagar.” A1</p> <p>“Uma questão de organização, sentarmo-nos e conversarmos” A2</p> <p>“Era melhorar a nossa organização.” A2</p>
<p><i>(X6)</i> <i>Falta de recursos humanos</i></p>	<p>“Precisávamos de mais pessoas para trabalhar, organizar melhor as coisas, às vezes estamos em número limitado para cumprir inúmeras tarefas que estão ao nosso encargo. “ A2</p> <p>“Na prática, a falta de recursos humanos, porque muitas vezes somos poucos para despendermos tempo, que não é despende, usarmos o tempo para estarmos com o doente, fazermos mais Educação para a Saúde.” B3</p>
<p><i>(X7)</i> <i>Família</i></p>	<p>“Às vezes o doente também é um obstáculo, a família também.” B3</p> <p>“Não temos um suporte familiar que nos permita fazer Educações para a saúde para dar continuidade dos cuidados no domicílio.” B4</p> <p>“Só que quando convidamos os familiares para virem ter connosco,</p>

é difícil: ou inventam desculpas ou não colaboram nada conosco. Passam os doentes a casos sociais, porque não temos uma rede social, que suporte a afluência de doentes, para “escoar” estes doentes para lares ou para o domicílio.” B4

“A indisponibilidade por parte da família, é importante que venham para aquilo.” B5

“O grande obstáculo é as pessoas não estarem sensibilizadas para isso. É a nossa cultura, as pessoas vêem o internamento, como a pessoa necessita de cuidados que só podem ser prestados por profissionais com formação.” C1

“Muitas vezes o doente, cuidador ou família podem oferecer algum entrave para fazer alguma coisa que eles conseguem fazer, por falta de vontade para o fazer, por acharem que não é da sua competência.” C1

“Algumas famílias pensam que o doente vem para aqui acamado e que vai sair daqui a andar.” C1

“A abertura das famílias para receber os seus familiares em casa, por exemplo em muitos casos, o doente entra por trinta dias, e no segundo dia a família já está a perguntar como podem prolongar até noventa dias.” C2

“Outros familiares que trabalham todo o dia, às vezes a vontade até existe, mas não existe disponibilidade. Envolver mais as famílias no processo de reabilitação, as pessoas ainda confundem com um lar, e quando o visitam, é a típica visita de quando o doente está no hospital.” C2

“As pessoas apesar dessa educação, desse ensino, ainda chamam o enfermeiro, ou o auxiliar para a transferência do pai para a cadeira. É preciso mudar mentalidades.” C2

“Por vezes a família ignora os problemas do doente, o próprio doente também não aceita.” C3

“Não percebem a necessidade que tem, por vezes nem ligam nenhuma” C3

	<p>“Outra dificuldade sentida é quando tentamos abordar o prestador de cuidados acerca dos cuidados, sobre a doença, o que podem fazer. Alguns prestadores mostram-se renitentes a participar e a incluírem-se, e nós fazemos um esclarecimento.” C4</p> <p>“Termos mais tempo, principalmente com os prestadores de cuidados, porque o prestador responsabiliza-se mas, marca-se o ensino, se for necessário, uma segunda marcação, e não tem disponibilidade, isso deixa-nos intrigados como será no domicílio. Se eles agora não podem como é que vão poder em casa.” C4</p>
<p>(X8) <i>Passividade do doente</i></p>	<p>“Os doentes não colaboraram tanto como nós pensávamos, porque se colaborassem nós insistíamos nos ensinamentos, às vezes tornam-se apreensivos, mandam-nos dar uma voltinha. “ B2</p> <p>“Às vezes o doente também é um obstáculo, a família também.” B3</p> <p>“Acho que não há em concreto entraves, porque nós quando estamos com o utente, nós temos oportunidade, a menos que o doente não esteja motivado.” B6</p> <p>“Não vejo entraves, a menos que o doente não tenha a mínima vontade.” B6</p> <p>“Por vezes a família ignora os problemas do doente, o próprio doente também não aceita.” C3</p> <p>“Não percebem a necessidade que têm, por vezes nem ligam nenhuma.” C3</p> <p>“Quando é direccionado ao doente, por vezes o nível de compreensão, nos AVC's às vezes está comprometido, então quando estão com disartria, ficamos sem perceber se o doente percebeu ou não.”C4</p> <p>“Não vejo entraves, a menos que o doente não tenha a mínima vontade.” B6</p> <p>“É complicado, depende das capacidades de compreensão e de aceitação, nem sempre as pessoas estão dispostas a aceitar a mudança de hábitos marcados.” C6</p> <p>“É precisamente isso, alguns doentes não colaboram na medida</p>

	<p>das suas possibilidades, não diria bem acomodar, alguns acham que não vale a pena tentarem fazer algumas coisas que eram capazes de fazer, porque podem ser substituídos. Temos muita dificuldade nesse sentido.” C6</p>
<p>(X9) Falta de Espaço</p>	<p>“O espaço também é pequenino, o material também não é muito. Ter equipamento para mostrar imagens, fazer uma sessão, por exemplo imagens de úlceras de pressão. Temos que nos posicionar, se não acontece-nos isto” B2</p>
<p>(X10) Falta de recursos na comunidade</p>	<p>“Quando estão os doentes internados, tudo bem, mas quando têm alta, as pessoas sentem-se sem rede, mesmo porque o apoio lá fora não é tanto quanto isso. As pessoas não têm a quem se agarrar, se as pessoas pudessem telefonar a alguém, médico ou enfermeiro, podia ser suficiente para acalmar os ânimos.” A3</p> <p>“Quando os doentes até colaboram em casa, quando não têm muita retaguarda, ou as condições físicas do meio não ajudam.” C3</p>
<p>(X11) Comunicação</p>	<p>“Ao nível da comunicação, que nem sempre aceitam as alterações que lhes propomos.” B7</p> <p>“É importante comunicar e passar a informação importante.” B6</p>

Categoria: Oportunidades de melhoria às práticas de Educação para a Saúde

Unidade de registo	Unidade de contexto
<p><i>(X12) Relação Empática</i></p>	<p>“ [...] a maior parte dos doentes não são muito dependentes, mas são doentes que precisam de ter alguém ao pé deles, que falem com eles, que brinquem com eles, que não se vê muito.” A1</p> <p>“Se estivermos a falar dos típicos cuidados de higiene, posicionamentos, talvez consigas, da área do fazer, mas na área do estar, mudança de comportamentos, alimentares, tabágicos e assim é mais difícil.” A1</p> <p>“Insistir mais na Educação para a Saúde, nos ensinamentos, nos posicionamentos nas transferências, insistir mais nesses ensinamentos.” B2</p> <p>“Mais tarde se calhar era importante, devemos corrigir este erro, termos um método uniforme para fazermos Educação para a Saúde.” B4</p> <p>“Quando os doentes estão aqui três meses, nós temos mais tempo para avaliar as necessidades, quando está apenas um mês o tempo torna-se pouco, e percebemos que ficou muita coisa por abordar ou aprofundar. É mais por aí, o tempo e a disponibilidade das famílias.” C3</p> <p>“Sou a favor de ser individual e não em grupo, para melhor percebermos os problemas.” C4</p> <p>“Acho que era útil que a rede tivesse enfermeiro de referência por pessoa internada. Era bom tanto para o doente, como para a família, porque às vezes existe uma falha, nem todos fazemos da mesma maneira.” C5</p>
<p><i>(X13) Monitorização da Educação para a Saúde</i></p>	<p>“Às vezes temos alguns reinternamentos, doentes com patologia de AVC, que depois daqui foram para o domicílio, no domicílio provavelmente não haverá uma continuidade dos cuidados da rede,</p>

da equipe do Centro de Saúde que faz parte da rede responsável por ir ao domicílio, ver se o doente é bem tratado, se cumprem os ensinamentos que fizemos, se a família colabora.” B4

“ [...] o nosso entrave para além na unidade, é no domicílio, acompanhar o doente no domicílio, para adquirir estilos de vida saudáveis no domicílio não existe continuidade de cuidados, não existe grande acompanhamento, fazemos a carta de alta para o Centro de Saúde.” B4

“A verdade é que a nossa avaliação não é muito correcta, não há uma avaliação inicial que percebas quais são as necessidades e uma final que percebas se a pessoa entendeu ou não aquilo que lhe tentamos ensinar.” B5

“Não está bem definido, isto é, empiricamente fazer inicialmente quais os défices, as necessidades e passamos ao prestador de cuidados.” B5

“É segundo a nossa observação e depende de cada profissional.” B5

“O doente é responsabilizado aqui na unidade, a partir do momento em que tem alta, não damos continuidade.” B5

“Se o doente, quando sair daqui, leva consigo a informação, não sabemos, se vai mudar na sua vida, não acompanhamos.” A2

“Neste momento o que fazemos, é se os ensinamentos foram transmitidos ou não, se o doente captou ou não o ensinamento que lhe transmitimos ou fizemos.” B2

“Não, por exemplo essa pessoa leva os ensinamentos sobre posicionamentos, deambulação, se o enfermeiro do Centro de Saúde, ou os enfermeiros das equipas integradas na rede, fizessem uma avaliação, podiam verificar caso o prestador não demonstrasse podíamos perceber que na unidade o conjunto falhou. Mas não existe.” C5

“Deviam haver mais acções de formação, divulgação, colocar a

	<p>informação em cartazes sobre assuntos mais pertinentes, algumas coisas são mais sazonais, outras são permanentes. A alimentação, temos outras valências, onde estão afixados cartazes para os doentes e família”C5</p>
<p>(X14) <i>Espírito crítico</i></p>	<p>“Tomando atitudes e trabalhando de uma forma mais assertiva. Tudo o que forem reflexões, pararem para pensar estou a fazer bem ou estou a fazer mal.” A1</p> <p>“Mais ensinios, talvez, temos muitos doentes com AVC, diabéticos, incidir na alimentação, exercício.” B7</p>
<p>(X15) <i>Envolver a família</i></p>	<p>“Tentamos falar com os familiares envolventes, depois quando eles vão para casa não sei se cumprem ou não, mas ficamos com a consciência que eles perceberam.” B1</p> <p>“ [...] o doente tem alta e tem que ter em casa os mesmos cuidados que tem aqui, porque o doente aqui sente-se seguro e depois tem medo.” B2</p> <p>“Envolver a família logo no primeiro dia, penso que é o mais importante e o mais difícil.” B3</p> <p>“ [...] a ideia de reunirmos a família, explicar os objectivos, desde o primeiro dia trabalhar com eles para Educação para a Saúde, porque depois quando a família os vem visitar, de certa forma cortam o que fizemos aqui, porque nós pedimos para eles se alimentarem e a família vem e dá-lhes de comer.” B3</p> <p>“Era muito importante a ajuda de familiares, que por vezes não colaboram nada, já chegamos a marcar ensinios e não apareceram.” B4</p> <p>“ [...] passam os doentes a casos sociais, porque não temos uma rede social, que suporte a afluência de doentes, para “escoar” estes doentes para lares ou para o domicílio.” B4</p> <p>“Acho que no pré internamento, deveria ser melhor explicado ao doente e família em que consiste o internamento aqui. Em todas as sessões que costumamos fazer, damos sempre um panfleto que devem ler, se tiverem alguma dúvida devem contactar-nos,</p>

telefonar-nos. Durante o internamento vamos verificar se há alguma coisa que ainda não está bem implementada.” C1

“Temos conhecimento de reinternamentos, por repetição de AVC, que poderá ter a ver também por não ter acontecido a mudança de comportamentos para além da patologia de base.” C1

“Acho que temos que incluir mais a família, mesmo na hora da visita, em vez de deixá-los cá fora, aproveitar a hora da visita para incluir o familiar. Muitas vezes fazemos os ensinamentos e perguntamos se percebeu ou não, mas se os incluirmos na hora da visita já conseguimos perceber se percebeu ou não.” C4

“Acho que poderíamos envolver mais a família, fazer com que participassem mais, ao nível do centro de saúde cativarem a família a colaborar mais. Aqui é um bocadinho difícil, não sei.” C6

Categoria: Indicadores de resultado das práticas de Educação para a Saúde

Unidade de registo	Unidade de contexto
<i>(X16)</i> <i>Ausência de indicadores</i>	<p>Não, não existem, só existem indicadores observáveis, os registos de enfermagem e a passagem de turno. A1</p> <p>“Indicadores, não existem. Podemos ter uma conversa informal, com um ou outro cuidador, porque dizemos sempre que podem voltar ou telefonar para tirar uma dúvida, mas não temos nada palpável.” A2</p> <p>“Penso que não, que não há nada.” A3</p>
<i>(X17)</i> <i>Mudança de comportamentos</i>	<p>“Neste momento, não temos nenhum específico. Podemos avaliar de acordo com uma escala. Neste momento o que fazemos, é se os ensinamentos foram transmitidos ou não, se o doente captou ou não o ensinamento que lhe transmitimos ou fizemos.” B1</p> <p>“Uma coisa simples, por exemplo na alimentação, o facto de ele</p>

começar a alimentar-se sozinho, colaborar connosco no levantar.”

B3

“Não, é feito empiricamente. A verdade é que a nossa avaliação não é muito correcta, não há uma avaliação inicial que percebas quais são as necessidades e uma final que percebas se a pessoa entendeu, ou não, aquilo que lhe tentamos ensinar. Não está bem definido isto, é empiricamente, fazer inicialmente quais os défices, as necessidades e passamos ao prestador de cuidados. É segundo a nossa observação e depende de cada profissional.”

B5

“Não, ainda não nos foi possível criar indicadores, claro que nós vemos pelo comportamento do utente.” B6

“Não, é mais o dia-a-dia, vamos avaliando os hábitos de vida.”

B7

“Existe uma folha de satisfação, em que um ou dois indicadores devem ser relativos a isso, uma parte refere que a informação dada à admissão e durante o internamento como a considerou a família, e o doente também pode responder...” C1

“Nós planeamos uma série de actividades, o doente tem um grau de dependência maior à entrada do que à saída é uma forma de avaliar a Educação para a Saúde.” C1

“Nós quando marcamos as sessões mais formais de ensino, tentamos avaliar as capacidades. Isto é muito ambíguo, o que para mim pode parecer demonstrar capacidades, para um colega meu pode não ser. Existe uma folha de registos, um modelo, com vários itens, que engloba, por exemplo no alimentar por sonda nasogástrica, se demonstra capacidades na avaliação de conteúdo gástrico.” C2

“Sim, sim, principalmente após os ensinamentos informais, nós já notamos que eles se esforçam para aplicar o que nós lhes ensinamos.” C3

“Não, mas temos a escala de Lawton, que nos ajuda a perceber

o que foi reabilitado. Também através da nossa observação, registos de enfermagem podemos tirar as nossas elações.” C4

“O que nós fazemos é o registo dos itens de ensino no processo de cada doente, temos uma folha própria que está anexa ao processo do doente.” C6

“Fazemos as devidas sessões de acordo com as necessidades ao doente e família, mas é um bocado, não é uma forma metodológica, é mais das atitudes dos cuidadores e dos doentes que nós vemos.” C6

“Não temos forma de avaliar, podíamos avaliar *a posteriori*... não sei. *A posteriori* não, tem de ser na hora, se mostra habilidades.”

C7

“Ao nível da mudança de comportamentos, estilos de vida saudáveis, referentes à diabetes, hipertensão não podemos comprovar, porque não temos uma avaliação *a posteriori*, se calhar é isso que falta.” C7

“No pós alta não existe, no internamento, se ele é capaz ou não de fazer, nos ensinamos com a família, a família faz a demonstração dos cuidados que aprendeu, alimentação, hidratação, conforto, higiene, referentes ao estilo de vida difícil, a alimentação, o nº de refeições por dia, o exercício físico, não fazemos.” C7

“Muitas vezes são doentes que conseguiram atingir determinados objectivos no internamento, mas depois vão para casa, ou por maus cuidados do cuidador ou más condições agravam o seu estado e voltam a ser integrados na rede.” C6

“Outras vezes o que é que acontece, é que doentes internados nas unidades de média e longa duração e não têm nenhum tipo de suporte, vão para casa algum tempo e depois voltam.” C6

***Categoria: Participação activa no processo terapêutico
(Participação na assistência à doença)***

Unidade de registo	Unidade de contexto
<p><i>(X18) Incentivo</i></p>	<p>“Pelo incentivo, apenas, responsabilização não. Não existe um modelo de responsabilização.” A1</p> <p>“Claro, se eles não colaboram não adianta estarmos a forçar. Temos que levar o doente a compreender os riscos, a perceber o porquê, o que estamos a dizer. Não adianta dizer frases de cor, coisas bonitas, não vale a pena, não apanham e não ficam. É preciso mostrar e levá-los a compreender.” A2</p> <p>“Ah, sim. Eu acho importante porque sentem-se mais úteis. Tudo o que puderem e conseguirem fazer, é isso que os vai ajudar a reabilitarem e a voltarem a ser a pessoa que eram, nós empenhamo-nos muito e falámos muito com eles, porque é um trabalho muito duro para eles, mas falamos com eles, porque o proveito é para eles e não para nós. Temos tido bons resultados, eles querem recuperar, nota-se isso. Também temos casos em que é o contrário. Em que com o fisioterapeuta fazem, mas connosco para a alimentação, lavar a cara, recusam.” B1</p> <p>“Se o doente não colaborar, é muito pior. Tento-lhe dizer para colaborar connosco se não, não vai conseguir melhorar.” B2</p> <p>“Depende muito do doente, alguns doentes responsabilizamos mais, pedimos mais a colaboração deles, de certa forma mais activos na reabilitação deles e na forma como eles vão colaborar.” B3</p> <p>“Alguns, se calhar, achamos que naquela altura não são muito receptivos, depende muito da nossa avaliação, nós aqui passamos muito tempo com os doentes. Avaliamos também o grupo social que ele se integra e toda a história do doente, a partir daí, alguns responsabilizamos mais pelo seu processo de</p>

	<p>reabilitação, alguns se calhar têm um papel mais passivo no início, temos de ser nós a fazer, para lhes dar vontade de fazer, de pedir, para nos sentarmos, vamos trabalhar.” B3</p>
<p>(X19) Responsabilização</p>	<p>“Na prática diária, incentivamos os doentes ao auto-cuidado, a partir do momento em que incentivamos o auto cuidado, incentivamos a reabilitação, incentivamos para todos os auto cuidados, os doentes conscientes, orientados colaboram, normalmente os ensinamentos são eficazes, eles colaboram muito bem connosco.” B3</p> <p>“Só que quando convidamos os familiares para virem ter connosco, é difícil: ou inventam desculpas ou não colaboram nada connosco. Passam os doentes a casos sociais, porque não temos uma rede social, que suporte a afluência de doentes, para “escoar” estes doentes para lares ou para o domicílio. O doente é responsabilizado aqui na unidade, a partir do momento em que tem alta, não damos continuidade.” B3</p> <p>“É o ponto de partida, o doente tem que ter muita força de vontade, estar motivado, o nosso maior interesse é dar-lhe estimulação e algumas técnicas para que eles tenham facilidade em atingir os objectivos. Mas ele tem que estar dentro do processo de reabilitação, sozinhos não fazemos nada.” B5</p> <p>“Sim, ele tem que estar consciencializado, e ajudar no fim na sua reabilitação. Temos casos concretos em que nos dizem, que nunca se viram assim, o AVC, mudou a vida deles, pedem para beber um copo de água, ir à casa de banho. Se eles estão numa em que acham que não vão conseguir, prejudica-os, porque eles entram na unidade e depois de uma semana querem ver resultados, quando não vêem esses resultados, acham que não vão ser capazes.” B6</p>

“Porque nós dizemos aos doentes, é que se eles recuperarem melhor, mas depende de como o AVC os atingiu porque pode não ser possível recuperar tudo, nós estamos aqui para ajudar e encontrar estratégias para o doente fazer as coisas, nem que seja de outra maneira. Tem que ser responsabilizado para se ajudar a ele mesmo. Se não só nós não conseguimos.” B6

“Nós vemos situações, que avaliados pela equipa de reabilitação, não têm grande potencial, mas têm uma força psicológica, e outros o contrário. Nós notamos que alguns doentes, não se quiseram ajudar, não é que não queiram, mas o psicológico está afectado, mas sabemos que qualquer pessoa que entra cá quer se reabilitar.” B6

“Tentamos envolvê-lo em tudo para ele sentir alguma responsabilidade.” B7

“Nós essencialmente responsabilizamos o doente, na medida em que ele funciona, trabalha connosco, trabalhamos os dois para ele, e ele trabalha para ele. Será nesse sentido: trabalhamos com ele para ele, e ele trabalha com ele e para ele próprio. É-lhe transmitida toda a informação, todas as dúvidas são esclarecidas, a família é envolvida nos cuidados.”

“Tem que se inculcar responsabilidade, ele tem de ter a percepção que a primeira pessoa que tem de ajudar é ele, nós estamos aqui para o acompanhar. Sem a vontade deles não vamos a lado nenhum.” A3

Análise de conteúdo às entrevistas aos doentes

Categoria: Protecção da Saúde ou Prevenção da doença através da eliminação de comportamentos de risco (Prevenção da doença)

Unidade de registo	Unidade de contexto
<i>(X20) Cuidados com a alimentação</i>	<p>“ter muita higiene, que já a tinha, mas aqui, são muito esmerados, melhor se fica, na alimentação, fazer uma alimentação mais adequada mais equilibrada.” D1</p> <p>“A alimentação, acho que fazia a minha alimentação para a minha saúde, não sei se estava correcta ou não, mas para mim estava, só se era mais um bocado de pão ou arroz, mas comia muitos legumes, verduras, saladas, queijo, iogurtes, em geral tudo magro.” D2</p> <p>“Eu não vou dizer que tinha, porque não tinha e demais era diabética, comia pouquinho, mas de tudo. Menos sal, porque diziam, que era a morte da saúde, pão comia integral, às vezes tinha desejos comia um bocadinho do normal.” D4</p> <p>“Sou diabética, às vezes pico o dedo, às vezes fico, parece que me deitaram um copo de água por mim a baixo, vinha a minha filha, pica-me o dedo, nem chegava aos 50, lá comia umas bolachas, era o meu tratamento.” D4</p> <p>“Tinha uma boa alimentação, acho que é o principal. Comia como calhava, batatas cozidas com peixe, carne cozida e fruta. Banana não porque eu sou diabética. Sabe que a gente, não sendo rica come o que calha.” D7</p> <p>“Na hora de comer, comer, tomar sempre os remédios. Comer bem, a sopinha, de manhã dois triguinhos.” D6</p> <p>“Podendo comer é o essencial, injeções quanto menos melhor.” D6</p> <p>“É assim que curei o meu marido com diabetes, e olhei por</p>

	<p>ele, é como tenho tratado com os problemas que ele tem e com os meus. Uma malguinha de leite para o meu marido, e para mim mais um bocadinho que eu gosto muito de leite, depois ao meio-dia um pratinho de comer, sempre a comida diferente, depois se nos apetecer uma peça de fruta comemos, tomamos sempre um cafezinho. A meio da tarde, comemos ou uma torradinha, mas tudo integral, ou um bocadinho de queijo ou margarina “becel” e uma malguinha de leite com cevada ou só leite. À noite, é a malga da sopa, que não queremos mais nada, o prato da sopa com muita hortalíça. Às 10.30 da noite, são as bolachas com o leite, e ainda havia de ser para o meu marido a meio da manhã, mas ele não quer, que ele dorme.”</p> <p>D5</p>
<p>(X21) <i>Deslocação aos serviços de saúde</i></p>	<p>“porque eu até à idade dos 40 anos nunca fui aos médicos, nem tomei medicamentos, depois dos 40 anos apareceu-me a artrite reumatóide, comecei a andar de médico em médico e enfim. Sempre a gastar dinheiro.” D3</p>
<p>(X22) <i>Prática de Exercício físico</i></p>	<p>“exercícios não fazia, como o meu trabalho era de pé, eu chegava a casa queria era deitar-me ao comprido...” D2</p> <p>“Como o que posso comer, vejo o que posso comer e faço por andar. Porque eu já estive em Braga, no terceiro andar, andava tanto como aquele senhor [refere-se a um senhor acamado que se encontrava ao lado].” D6</p>
<p>(X23) <i>Cuidados de higiene</i></p>	<p>“ter muita higiene, que já a tinha, mas aqui, são muito esmerados, melhor se fica, na alimentação, fazer uma alimentação mais adequada mais equilibrada.” D1</p>
<p>(X24) <i>Ausência de hábitos adictos</i></p>	<p>“Já não bebo, isso faz-me bem. Deixei de fumar há um ano, deixei de beber há um ano e tal. Tive a trombose há 2 anos. E eu sei porquê que foi.” D8</p> <p>“Sim, não fumava, não bebia bebidas chocas, não me metia com certas companhias, porque certas companhias levam a maus caminhos.” D6</p>

(X25)
Responsabilização
peessoal

“Educar, já não há quem eduque, porque ela estraga-se pela mão da gente. A começar pelas mulheres, quando não querem ter filhos. É assim que eu penso, não penso de outra maneira. Porque a minha mãe criou 10 filhos e nunca deixou nenhum cá fora. Porque as mulheres hoje não querem andar mamadas, não querem andar mijadas, não querem que lhes puxe pelos peitos e depois é tudo à base de remédios, pode ser que eu me engane mas não me engano, graças a Deus.” D6

Categoria: Preparação individual, psicológica, para a consciencialização sobre a fragilidade humana (reflexão sobre a doença)

Unidade de registo	Unidade de contexto
<p><i>(X26)</i> <i>Doença enquanto alteração dos papéis na família</i></p>	<p>“Às vezes até digo ao meu marido: isto que eu tive foi um sinal para vós, não foi para mim, foi para vos ensinar a trabalhar e dar valor à mulher, porque vós não sabíeis dar. Estavas habituado à velhinha para tudo, não sabia quando é que tinha de pagar a luz, água, o telefone, ainda hoje sou que pago a renda, tem que fazer umas contas, sou eu que as faço, fica à minha espera para fazer isso. Eu digo estás à minha espera para fazer isso, ele diz, ó Maria tu consegues bem fazer isso.” D2</p> <p>“Descobri qualidades, lá se vai arranjando, vai cozinhando mais ou menos como eu, eu é que daqui lhe dou dicas do hospital, eu estou aqui e estou lá.” D2</p>
<p><i>(X27)</i> <i>Doença enquanto processo de aprendizagem</i></p>	<p>“Não, por isso é que eu digo aos meus filhos para não fumarem, não beberem para não darem cabo da saúde deles como eu dei da minha.” D8</p> <p>“A nossa vida é assim, todos os dias fazemos isso assim, e ainda assim a gente é doente, quanto mais se desistíssemos dessa guerra.” D5</p>
<p><i>(X28)</i> <i>Doença enquanto foco de baixa auto-estima</i></p>	<p>“Esse aspecto, falo, muitas vezes: ó homem, eu agora não presto para nada, já não sou como era antigamente, ele diz-me: ó Maria isso não tem nada a ver, tu não te achas tão parada, há pessoas que tiveram AVC, ficaram todas paralisadas, tu não, já me vais ensinando a cozinhar, depois de estar aqui, já me ajudaste em algumas coisas, isto é um exemplo para vós, Deus quis pôr-vos à prova, porque é verdade, estavam sempre à espera da Maria.” D2</p> <p>“Eu disse, que às vezes isto dá divórcios, eu disse-lhe mesmo, eu já não valho o que valia (pisca o olho), tu não me queres deixar?” D2</p>

***Categoria: Participação activa no processo terapêutico
(Participação na assistência à doença)***

Unidade de registo	Unidade de contexto
<p><i>(X29) Participação problematizadora</i></p>	<p>“Aprendi na alimentação, era mais ou menos a que eu como, não é muito diferente da minha, não gosto muito de brócolos, couve-flor, mas como, mas a alimentação é mais ou menos a minha em menos quantidade, fora o resto não sei.” D2</p> <p>“Eu, aqui para melhorar a minha saúde, praticamente, vou ser franco, o que eu aprendi e nada, foi a mesma coisa, eu já vinha cheia de andar em ginásios e fisioterapia, a fisioterapia é igual aos outros ginásios. Eu só não ando no caminho, à hora, a fisioterapeuta vem me buscar e traz-me e eu não ando nos caminhos, isso interessa ao doente, tá mais sossegado, mais tranquilo.” D3</p> <p>“Aqui estou bem a nível das tensões, tão controladas, para mim o sistema nervoso é que me sobe as tensões, mas aqui não tenho motivos para me enervar, tenho tudo à minha frente, não tenho grande coisa a dizer.” D2</p> <p>“Sei me vestir, sou independente, dependente ou independente?!, independente, a única coisa que ainda não consigo é apertar o soutien, de resto calço-me, visto-me, roupas práticas, um botão das calças não consigo, visto um casaco, tomo banho só, deito-me na cama só, levanto-me da cama só, acho que já faço muita coisa. Para ir para casa, acho que já estou desenrascada.” D2</p>
<p><i>(X30) Participação tipo bancária</i></p>	<p>“Faço o que eles me dizem, para não comer com açúcar, porque é o que faz mal. Para não comer fruta doce, a banana.” D7</p> <p>“Tenho que seguir o que o médico me disser.” D7</p>

<p>(X31) Ausência de Participação (Falta de conhecimento sobre o regime terapêutico)</p>	<p>“Ai, não sei. Não sei dizer que tratamento é.” D7</p>
---	--

Categoria: Indicadores de resultados

Unidade de registo	Unidade de contexto
<p>(X32) Hábitos alimentares</p>	<p>“Aprendi na alimentação, era mais ou menos a que eu como, não é muito diferente da minha, não gosto muito de brócolos, couve-flor, mas como, mas a alimentação é mais ou menos a minha em menos quantidade, fora o resto não sei. “ D2</p>
<p>(X33) Taxa de sucesso</p>	<p>“Vi que um doente saiu bom.” D8</p>

2.1 Interpretação de dados

Os enfermeiros e doentes entrevistados abordaram múltiplos aspectos sobre as práticas de Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que serão de seguida tratados. A investigação foi desenvolvida tendo em conta cinco categorias definidas *a priori* e três categorias que surgiram da análise de conteúdo dos dados resultantes da aplicação do instrumento de colheita de dados.

A primeira categoria aborda a importância da protecção da saúde ou prevenção da doença, com o conhecimento de que existem factores intrínsecos ao ser humano que os predispõem para afecções, e também factores extrínsecos, originários do ambiente envolvente ou resultado do comportamento humano que prejudicam a manutenção da homeostasia do estado de saúde. O conceito de saúde é pela primeira vez celebrado como positivo na Conferência de Alma-Ata (1978), passando a incluir o completo bem-estar físico e mental, e não apenas a ausência de doença. Nesse sentido, assistimos ao enfatizar, por parte dos enfermeiros, da necessidade de práticas dirigidas à prevenção da depressão, (“Nos doentes, que tem uma propensão a ficarem deprimidos, temos que trabalhar neste sentido, de modo a motivá-los no seu trabalho, para que o resultado final seja melhor para ele” A1). Ao considerarmos a depressão como uma das doenças do século XXI, altamente incapacitante e responsável pelo desenvolvimento de outras doenças, facilmente entendemos a repercussão negativa, nos domínios pessoal, profissional, económico e social.

Os enfermeiros consideram primordial a promoção dos auto-cuidados, ou seja, a promoção da autonomização dos doentes, (“é mesmo a promoção da autonomia, eles sentirem-se capazes de fazer algumas actividades que até aí não faziam, alguém que fazia tudo, de repente deixar de fazer, o impacto é aí, ajudá-los a voltar a conseguir fazer algumas actividades apesar das limitações patológicas que lhes foram criadas, é mesmo esse impacto. Promover a autonomia do doente, uns mais rápidos outros mais graduais mas acho que sim.” B3). A autonomia é vista como um factor salutogénico, visto que contribui positivamente para o bem-estar biopsicossocial do doente (“por exemplo doentes com AVC, ao comer a maçã, porque nós é sempre a dar, porque temos outro *timing*, porque eles são mais lentos, enquanto nós somos muito rápidos. Sabe-lhes muito melhor a comida, eles contam que se sentem úteis, não dependem de ninguém para lhes dar de comer, não é” B1). Sendo um objectivo de qualquer doente internado numa unidade de convalescença ou reabilitação, o regresso a casa, é dada a

importância de alargar a promoção dos auto-cuidados à família (“Primeiro tentar ensinar o doente a comer sozinho, depois colaborar com o familiar, ajudar a que ele próprio tenha participação na sua própria alimentação, porque muitas vezes vemos o familiar ou a auxiliar a substituí-lo, mas não, devemos aproveitar o potencial do doente. Pode demorar duas, três horas a comer, mas vai beneficiar muito mais com isso.” B1). *Grosso modo*, alguns enfermeiros defendem que devem “insistir mais na Educação para a Saúde, nos ensinamentos, nos posicionamentos nas transferências, insistir mais nesses ensinamentos” (B2), de modo a “torná-los mais autónomos, e se houver necessidade envolver um familiar” (A3).

A última unidade de contexto que emergiu desta categoria foi a eficaz gestão do regime terapêutico. Os enfermeiros consideram fundamental o estabelecimento de normas e regras (“No caso de um doente toxicodependente fumador, não consegues que um doente deixe de fumar na unidade, às quatro da manhã está a fugir da unidade para ir fumar, ou estabelecemos regras que o doente consegue cumprir e vais estabelecendo objectivos para tentar cumprir.”A1). Evidenciou-se a influência do contexto familiar na dificuldade na adesão ao regime terapêutico (“na alimentação, quais os tipos de alimentos que podem comer, mesmo as bebidas, o síndrome alcoólico, tivemos casos, principalmente aqui no Norte, os filhos bebem, toda a vida beberam, matam o porquinho, fazem os fumados é complicado.” B1). Por outro lado, verificou-se que não existe um *follow-up* que permita avaliar a adesão do doente quanto ao regime terapêutico (“Se o doente, quando sair daqui, leva consigo a informação, não sabemos se vai mudar na sua vida, não acompanhamos” A2).

A segunda categoria, não foi definida *a priori*, emergiu das dificuldades sentidas pelos enfermeiros para a implementação da Educação para a Saúde na sua concepção globalizante. Foi denominada, obstáculos às práticas de Educação para a Saúde. Começaram por apontar a falta de recursos na comunidade (“Quando estão os doentes internados, tudo bem, mas quando têm alta, as pessoas sentem-se sem rede, mesmo porque o apoio lá fora não é tanto quanto isso. As pessoas não têm a quem se agarrar, se as pessoas pudessem telefonar a alguém, médico ou enfermeiro, podia ser suficiente para acalmar os ânimos” A3). Uma outra perspectiva esmiúça a necessidade de uma metodologia eficaz de Educação para a Saúde (“A definição de objectivos, já se procura fazer, a rede pretende isso, os gerais estão lá, mas a definição de concretos específicos precisa de maior envolvência de todas as pessoas. Não havia o hábito de trabalhar desta maneira, as pessoas começam agora a trabalhar assim, é uma mudança, sempre que existe uma mudança as coisas são mais devagar” A1). Acrescentam que é “uma

questão de organização, sentarmo-nos e conversarmos” (A2). É realçada a componente comunicacional como um vector fundamental para a Educação para a Saúde (“É importante comunicar e passar a informação importante” B6). Porém “ao nível da comunicação, nem sempre aceitam as alterações que lhes propomos.” (B7) Num processo proactivo como a Educação para a Saúde, a passividade do doente é entendida por alguns enfermeiros como um *handicap*, pois os doentes “não percebem a necessidade que tem, por vezes nem ligam nenhuma” (C3), focando os doentes que sofreram acidentes vasculares cerebrais “por vezes o nível de compreensão, nos acidentes vasculares cerebrais às vezes está comprometido, então quando estão com disartria, ficamos sem perceber se o doente percebeu ou não” (C4) insistem que “é complicado depende das capacidades de compreensão e de aceitação, nem sempre as pessoas estão dispostas a aceitar a mudança de hábitos marcados” (C6), por outro lado, alguns doentes com mais potencial de reabilitação “não colaboram na medida das suas possibilidades, não diria bem acomodar, alguns acham que não vale a pena tentarem fazer algumas coisas que eram capazes de fazer, porque podem ser substituídos. Temos muita dificuldade nesse sentido” (C6). Sendo o doente um ser biopsicossocial, a família ocupa um lugar de destaque no processo de reabilitação. Contudo, alguns enfermeiros apontam uma desresponsabilização por parte das famílias na execução das práticas de Educação para a Saúde, uma vez que “por vezes a família ignora os problemas do doente, o próprio doente também não aceita” (C3), revela-se “a indisponibilidade por parte da família, quando é importante que venham para aquilo” (B5), referem-se aos ensinamentos, na panóplia de cuidados necessários, para a reabilitação do doente, pois “as pessoas apesar dessa educação, desse ensino, ainda chamam o enfermeiro, ou o auxiliar para a transferência do pai para a cadeira. É preciso mudar mentalidades.” (C2). Verificámos a falta de conhecimento por parte das famílias quanto aos objectivos do doente internado numa unidade, “o grande obstáculo é as pessoas não estarem sensibilizadas para isso. É a nossa cultura, as pessoas vêem o internamento, como a pessoa necessita de cuidados que só podem ser prestados por profissionais com formação” (C1), pois muitas vezes “o doente, cuidador ou família podem oferecer algum entrave para fazer alguma coisa que eles conseguem fazer, por falta de vontade para o fazer, por acharem que não é da sua competência” (C1), é primordial avançar no sentido de “envolver mais as famílias no processo de reabilitação, as pessoas ainda confundem com um lar, e quando o visitam, é a típica visita de quando o doente está no hospital.” (C2). Na mesma linha de pensamento, “algumas famílias pensam que o doente vem para aqui acamado e que vai sair daqui a andar” (C1), outros “o doente entra por trinta dias, e

no segundo dia a família já está a perguntar como podem prolongar até noventa dias” (C2). Um dos objectivos do internamento numa unidade, é o desenvolvimento de práticas de Educação para a Saúde junto do cuidador, mas nem sempre é facilmente exequível, (“outra dificuldade sentida é quando tentamos abordar o prestador de cuidados, sobre a doença, o que podem fazer, alguns prestadores mostram-se renitentes a participar e a incluírem-se, e nós fazemos um esclarecimento.” C4), alguns enfermeiros afirmam-se preocupados com o futuro dos doentes após a alta da unidade “porque o prestador de cuidados responsabiliza-se mas marca-se o ensino, se for necessário uma segunda marcação, não tem disponibilidade, isso deixa-nos intrigados como será no domicílio, se eles agora não podem como é que vão poder em casa.” (C4).

Outro aspecto assinalado diz respeito à gestão das unidades, mais especificamente aos recursos humanos considerados insuficientes para a prestação de cuidados de qualidade, a maioria dos enfermeiros afirma: “ precisávamos de mais pessoas para trabalhar, organizar melhor as coisas, às vezes estamos em número limitado para cumprir inúmeras tarefas que estão ao nosso encargo” (A2). Outros enfermeiros vão mais longe referindo que uma das razões para não se realizarem mais práticas de Educação para a Saúde deve-se à falta de recursos humanos (“na prática, a falta de recursos humanos, porque muitas vezes somos poucos para dispendermos tempo, que não é dispender, usarmos o tempo para estarmos com o doente, fazemos mais Educação para a Saúde.” B3). O aspecto temporal também é referido “muitas vezes o tempo, não é muito” (B5), acrescentam “não digo que às vezes o tempo não seja uma limitação”(C4). Alguns relacionam os dois factores, a falta de recursos humanos e o tempo (“o tempo, principalmente a falta de tempo, porque somos poucos, o tempo é o que mais nos limita, porque não podemos dispender de duas horas para o doente comer ou dar-lhe tempo para se lavar, não podemos. Não temos disponibilidade, por isso tem de ser educações para a saúde mais curtas” B1). A questão logística foi também levantada “o espaço também é pequenino, o material também não é muito. Ter equipamento para mostrar imagens, fazer uma sessão, por exemplo imagens de úlceras de pressão, temos que nos posicionar, se não acontece-nos isto” (B2).

Para dar resposta à categoria anterior, nasce a terceira categoria, caracterizada por oportunidades de melhoria quanto às práticas de Educação para a Saúde. Os enfermeiros enfatizam a importância da relação empática, (“a maior parte dos doentes não são muito dependentes, mas são doentes que precisam de ter alguém ao pé deles, que falem com eles,

que brinquem com eles, que não se vê muito.” A1). Alguns atribuem ao factor temporal as dificuldades na construção da relação empática (“quando os doentes estão aqui três meses, nós temos mais tempo para avaliar as necessidades, quando está apenas um mês o tempo torna-se pouco, e percebemos que ficou muita coisa por abordar ou aprofundar” C3). Acreditam que a implementação do enfermeiro de referência, (o enfermeiro responsável pelo doente durante o internamento) potenciará o sucesso das práticas de Educação para a Saúde, uma vez que tem a possibilidade acompanhar o doente durante todo o processo de cuidados, construindo uma relação e incrementando cuidados de modo contínuo e sistematizados (“Acho que era útil que a rede tivesse enfermeiro de referência por pessoa internada. Era bom tanto para o doente, como para a família. Porque às vezes existe uma falha, nem todos fazemos da mesma maneira” C5). Grosso modo, os enfermeiros consideram pertinente a monitorização da Educação para a Saúde, desde o internamento do doente na unidade, mas sublinham lacunas neste processo (“a verdade é que a nossa avaliação não é muito correcta, não há uma avaliação inicial que percebas quais são as necessidades e uma final que percebas se a pessoa entendeu ou não aquilo que lhe tentamos ensinar” B5). A avaliação é aplicada de modo heterogéneo “é segundo a nossa observação e depende de cada profissional” (B5). Revelaram-se as dúvidas quanto ao sucesso da Educação para a Saúde (“se o doente quando sair daqui, leva consigo a informação, não sabemos, se vai mudar na sua vida, não acompanhamos” A2). É realizada uma tentativa de avaliação (“neste momento o que fazemos, é se os ensinamentos foram transmitidos ou não, se o doente captou ou não o ensino que lhe transmitimos ou fizemos.” B2). Contudo, é no período pós-alta, que se encontra a busilis da questão, pois não existe um *follow-up* dos doentes internados nas unidades. Os enfermeiros evidenciam que alguns reinternamentos se devem a negligência nos cuidados no domicílio (“às vezes temos alguns reinternamentos, doentes com patologia AVC, que depois daqui foram para o domicílio, no domicílio provavelmente não haverá uma continuidade dos cuidados da rede, pela equipe do Centro de Saúde que faz parte da rede, responsável por ir ao domicílio, ver se o doente é bem tratado, se cumprem os ensinamentos que fizemos, se a família colabora.” B4). Verificou-se que o sucesso da Educação para a Saúde, resulta de uma abordagem multidisciplinar de modo contínuo, desde o internamento do doente até o *follow-up* no domicílio (“por exemplo, essa pessoa leva os ensinamentos sobre os posicionamentos, deambulação, se o enfermeiro do Centro de Saúde, ou os enfermeiros das equipas integradas na rede, fizessem uma avaliação, podiam verificar caso o prestador não demonstra-se, podíamos perceber que na unidade o conjunto falhou, mas não existe.” C5). Foi

realçado por alguns enfermeiros, a importância de desenvolver o espírito crítico durante a prestação de cuidados (“tomando atitudes e trabalhando de uma forma mais assertiva. Tudo o que forem reflexões, pararem para pensar se estou a fazer bem ou se estou a fazer mal.” A1).

Mais uma vez, os enfermeiros demonstram a importância do papel da família no processo de reabilitação do doente, afirmando que envolvimento da família constitui uma oportunidade de melhoria para as práticas de Educação para a Saúde, dado que estes acompanham o doente e são elementos facilitadores para a criação de condições harmoniosas ao longo da vida do doente. Assim, a celeuma será “envolver a família logo no primeiro dia, penso que é o mais importante e o mais difícil” (B3) defendem “a ideia de reunirmos a família, explicar os objectivos, desde o primeiro dia trabalhar com eles para a Educação para a Saúde. Porque depois quando a família os vem visitar, de certa forma cortam o que fizemos aqui, porque nós pedimos para eles se alimentarem e a família vem e dá-lhes de comer” (B3). Dentro do mesmo ponto de vista, também, afirmam: “acho que no pré internamento, deveria ser melhor explicado ao doente e família em que consiste o internamento aqui. Em todas as sessões que costumamos fazer, damos sempre um panfleto, que devem ler se tiverem alguma dúvida, devem contactar-nos” (C1).

Durante o período de internamento do doente na unidade, acreditam “que temos que incluir mais a família, mesmo na hora da visita, em vez de deixá-los cá fora, aproveitar a hora da visita para incluir o familiar. Muitas vezes fazemos os ensinamentos e perguntamos se percebeu ou não, mas se os incluirmos na hora da visita já conseguimos perceber se percebeu ou não” (C4). Uma outra perspectiva, reitera que a falta de envolvimento da família, prejudica o funcionamento eficaz da rede, uma vez que “passam os doentes a casos sociais, porque não temos uma rede social, que suporte a afluência de doentes, para “escoar” estes doentes para lares ou para o domicílio” (B4) o que congestiona a afluência de outros doentes a esta oferta de cuidados. A família juntamente com a equipa multidisciplinar formam um binómio essencial ao doente durante o seu processo de reabilitação, de modo que alguns apontam “temos conhecimento de reinternamentos, por repetição de acidentes vasculares cerebrais, que poderá ter havido também por não ter acontecido a mudança de comportamentos para além da patologia de base “(C1).

Na sequência das políticas da qualidade na prestação de cuidados de saúde, não poderíamos deixar de envolver a qualidade nas práticas de Educação para a Saúde. Evidenciaram-se possíveis indicadores de qualidade no que diz respeito às práticas de Educação para a Saúde. Apesar de existirem três tipos, dedicámo-nos aos de resultado. O primeiro a ser

erguido foi a taxa de reinternamentos, (“outras vezes o que é que acontece, é que os doentes internados nas unidades de média e longa duração não têm nenhum tipo de suporte, vão para casa algum tempo e depois voltam.” C6); (“muitas vezes são doentes que conseguiram atingir determinados objectivos no internamento, mas depois vão para casa, ou por maus cuidados do cuidador ou más condições agravam o seu estado e voltam a ser integrados na rede.” C6); a redução do grau de dependência, (“uma coisa simples, por exemplo na alimentação, o facto de ele começar a alimentar-se sozinho, colaborar connosco no levantar.” B3); (“fazemos as devidas sessões de acordo com as necessidades do doente e família, mas é um bocado, não é uma forma metodológica, é mais das atitudes dos cuidadores e dos doentes que nós vemos.” C6), (“nós planeámos uma série de actividades, o doente tem um grau de dependência maior à entrada do que à saída, é uma forma de avaliar a Educação para a Saúde.” C1) a mudança de comportamentos (“ao nível da mudança de comportamentos, estilos de vida saudáveis, referentes ao diabetes, hipertensão não podemos comprovar, porque não temos uma avaliação *a posteriori*, se calhar é isso que falta.” C7); (“não, é mais o dia-a-dia, vamos avaliando os hábitos de vida”B7).

A participação activa no processo terapêutico, é levada a cabo por alguns enfermeiros pelo incentivo (“pelo incentivo, apenas, responsabilização não. Não existe um modelo de responsabilização.”A1), outros por sua vez acreditam que “tem que se incutir responsabilidade, ele tem de ter percepção que a primeira pessoa que tem de ajudar é ele, nós estamos aqui para acompanhar. Sem a vontade deles não vamos a lado nenhum” (A3). Uma outra abordagem é a solicitação de colaboração “se o doente não colaborar, é muito pior. Tento lhe dizer para colaborar connosco se não, não vai conseguir melhorar” (B2), é estabelecida uma relação contratual entre o doente e o enfermeiro, em partes iguais, (“nós essencialmente responsabilizamos o doente, na medida em que ele funciona, trabalha connosco, trabalhamos os dois para ele. Será nesse sentido. Trabalhamos com ele e para ele, e ele trabalha com ele e para ele próprio. É lhe transmitida toda a informação, todas as dúvidas são esclarecidas, a família é envolvida nos cuidados” B6).

Do ponto de vista dos doentes, a protecção da saúde ou a prevenção da doença baseia-se nos cuidados com a alimentação (“[...] na alimentação, fazer uma alimentação mais adequada mais equilibrada.” D1). No caso dos doentes diabéticos, verificaram-se comportamentos negligentes (“eu não vou dizer que tinha, porque não tinha e demais era diabética, comia pouquinho, mas de tudo. Menos sal, porque diziam, que era a morte da

saúde, pão comia integral, às vezes tinha desejos comia um bocadinho do normal” D4), (“sou diabética, às vezes pico o dedo, às vezes fico parece que me deitaram um copo de água por mim a baixo, vinha a minha filha, pica-me o dedo, nem chegava aos 50, lá comia umas bolachas, era o meu tratamento” D4). Os cuidados de higiene são apontados, não mensurando a hipótese de micro-organismos serem responsáveis pela patogenia, mas são valorizados (“ter muita higiene, que já a tinha, mas aqui são muito esmerados, melhor se fica [...]” D1). Também a prática de exercício físico é apontada como um cuidado promotor da saúde, apesar de admitirem não ser praticado condignamente (“exercícios não fazia, como o meu trabalho era de pé, eu chegava a casa queria era deitar-me ao comprido...” D2). A ausência de hábitos adictos, constitui uma hipótese para justificar a prevenção de enfermidades (“Sim, não fumava, não bebia bebidas chocas, não me metia com certas companhias, porque certas companhias levam a maus caminhos” D6). Por outro lado, o abandono de adições demonstra a procura da saúde (“Já não bebo, isso faz-me bem. Deixei de fumar há um ano, deixei de beber há uma ano e tal. Tive a trombose há dois anos. E eu sei porque é que foi” D8). A deslocação aos serviços de saúde ou a ausência da necessidade de serviços de saúde, é entendida por alguns doentes como sinal de saúde (“porque eu até à idade dos 40 anos nunca fui aos médicos, nem tomei medicamentos, depois dos 40 anos apareceu-me a artrite reumatóide, comecei a andar de médico em médico e enfim. Sempre a gastar dinheiro” D3). Porém, e de qualquer modo, a doença não deixa de ser perspectivada, tendo em conta que a montante se encontra a responsabilidade pessoal pela mesma (“Educar, já não há quem eduque, porque ela estraga-se pela mão da gente. A começar pelas mulheres, quando não querem ter filhos. É assim que eu penso, não penso de outra maneira. Porque a minha mãe criou dez filhos e nunca deixou nenhum cá fora. Porque as mulheres hoje não querem andar mamadas, não querem andar mijadas, não querem que lhes puxe pelos peitos e depois é tudo à base de remédios, pode ser que eu me engane, mas não me engano, graças a Deus” D6).

A preparação individual humana, a partir da reflexão sobre a doença, foi uma das categorias definidas *a priori*, que ganhou visibilidade junto dos doentes, pela descrição das diferentes experiências. A doença enquanto complexificadora da estrutura familiar instituída, com a inerente necessidade de readaptação de papéis dos elementos restantes é um dos aspectos a realçar no que diz respeito ao impacto da situação do doente crónico internado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (“Eu agora, já não descasco batatas, tu é que cozinhas”, “estende roupa, coisa que ele nunca fez, apanha a roupa, ele dobra a roupa, às

vezes mistura uma toalha da casa de banho com os panos da cozinha, eu tiro e não digo nada, pronto, começo-me a rir. Faz, um bocado mal, mas faz” D2). A actual conjuntura familiar, origina irremediavelmente mudança de hábitos e comportamentos quotidianos (“às vezes até digo ao meu marido, isto que eu tive, foi um sinal para vós, não foi para mim, foi para vos ensinar a trabalhar e dar valor à mulher, porque vós não sabíeis dar. Estavas habituado à velhinha para tudo, não sabia quando é que tinha de pagar a luz, água, o telefone, ainda hoje sou que pago a renda, tem que fazer umas contas, sou eu que as faço, fica à minha espera para fazer isso. Eu digo estás à minha espera para fazer isso, ele diz, ó Maria tu consegues bem fazer isso” D2).

A multiplicidade de alterações criadas, atribui à doença um carácter auto-destrutivo, nomeadamente na dimensão da sexualidade (“Esse aspecto, falo, muitas vezes, ó homem eu agora não presto para nada, já não sou como era antigamente, ele diz-me, ó Maria isso não tem nada haver, tu não te achas tão [...]; há pessoas que tiveram acidentes vasculares cerebrais, ficaram todas paralisadas, tu não, já me vais ensinando a cozinhar, depois de estar aqui, já me ajudaste em algumas coisas, [...] eu disse, que às vezes isto dá divórcios, eu disse-lhe mesmo, eu já não valho o que valia (pisca o olho), tu não me queres deixar?, diz ele - tás tola Maria!” D2). Apesar das dificuldades evidencia-se a capacidade de aprendizagem, durante o processo de doença, do doente e familiares envolvidos (“Descobri qualidades, lá se vai arranjando, vai cozinhando mais ou menos como eu, eu é que daqui lhe dou dicas do hospital, eu estou aqui e estou lá” D2). Dada a vulnerabilidade em que o doente crónico se encontra, revela-se o medo e a angústia quanto ao futuro (“Tenho medo disso, tenho... olhe vou para um lar, ele (o marido) diz que eu estou tola! Eu já me achava mais que na obrigação de tratar do meu marido, mas ele acho que não está preparado para tratar de mim. Mas fez coisas, que eu nunca pensei que fizesse, ele nem do IRS, era só trabalhar, em casa nada” D2). As circunstâncias criadas propiciam o surgimento ou a aproximação de pessoas relevantes, junto do doente, tornam-se elementos facilitadores durante o processo, (“A minha família, tem ajudado, as minhas irmãs passam a ferro, tem chave, vão lá a casa, vêem se há roupa para lavar, o meu marido lá dobra a roupita, as meias, as cuecas” D2).

Relativamente à participação do doente crónico no processo terapêutico, alguns assumem uma postura problematizadora, na medida em que existe um envolvimento efectivo [“Como o que posso comer, vejo o que posso comer e faço por andar. Porque eu já estive em Braga, no terceiro andar, andava tanto como aquele senhor. “ (refere-se a um senhor acamado

que se encontrava ao lado) D6]. Verificámos situações, em que a abordagem era autónoma, apesar das idiossincrasias (“Aprendi por minha conta, muito lá (na Alemanha, onde estive emigrada), nem em viciar-me em medicação, é preciso sofrer um bocadinho, se não é só medicação.” D5). Em alguns doentes percebemos a capacidade observacional como um dos mecanismos de aprendizagem (“não posso dizer mal disto. Mas não me disseram nada, mas não sou parva, os olhos vêem e a gente aprende. Só um cego é que não vê, não aprende” D4). Inversamente, deparamo-nos com uma participação do tipo bancário (Freire), em que o profissional de saúde opera a partir de um banco de dados que só ele domina, mantém a distinção entre profissional e doente, revelando-se a dominação de uns pelos outros (Ribeiro-Dias, 2009: 190) (“Faço o que eles me dizem, para não comer com açúcar, porque é o que faz mal. Para não comer fruta doce, a banana.” D7), (“Tenho que seguir o que o médico me disser.” D7). Posição mais extrema, é encontrada em alguns doentes que se demitem de qualquer participação na sua reabilitação, quando confrontados acerca de qual o tratamento em que participam (“Ai, não sei. Não sei dizer que tratamento é” D7).

Atendendo ao facto de a esmagadora maioria dos doentes entrevistados relacionar os hábitos alimentares com a manutenção da condição de saúde, o indicador de resultado mais assinalado quanto à eficácia das práticas de Educação para a Saúde, incide numa alimentação equilibrada, (“podendo comer é o essencial, injeções quanto menos melhor.” D6), [“comer, é mais ou menos como veio agora, (referindo-se a carne cozida) mas não é sempre o mesmo” D6]. Apesar das diferentes predisposições demonstradas pelos doentes para terem uma dieta equilibrada, alguns referem que no domicílio não serão tão rigorosos. (“Sinto muito a diferença, quando for para casa da minha filha, a minha filha põe um bocadinho de colorau, cebola e pimenta.” D6). O sucesso verificado pelos doentes a respeito de outros doentes que tiveram alta da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, foi alvo de atenção, “ (vi que um doente saiu bom” D7), é considerado um indicador de resultado na medida em que a evolução quanto ao grau de dependência física, é também um dos objectivos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e assenta nas práticas de Educação para a Saúde, uma vez que a condição de autonomia é favorecedora do ser biopsicossocial e espiritual.

2.2 Discussão dos Resultados

A expressão “Educação para a Saúde” está relacionada com a protecção da saúde e com a prevenção da doença, consequência das influências conceptuais do paradigma patogénico, em que Pasteur foi pioneiro com as suas descobertas no âmbito da prevenção da contaminação. O modelo higienista ou sanitário tornou-se a base conceptual para a Educação para a Saúde no século XX, debruçando-se as práticas de Educação para a Saúde apenas sobre as questões da salubridade básica e a vacinação. Assim, pensava-se que, com instrumentos como as vacinas e a informação sobre estilos de vida saudáveis e hábitos de higiene, seria o suficiente para controlar e prevenir a doença ou os efeitos da mesma. Com efeito, actualmente os doentes internados na rede nacional de cuidados continuados revelam os efeitos deste paradigma (a grande maioria encontra-se na faixa etária dos 60 aos 70 anos). Referem os cuidados com a higiene, com a alimentação, o evitar de adições e a prática de exercício físico como os cuidados necessários para a prevenção da doença e promoção da saúde. A maioria dos doentes atribuiu às características da sua alimentação, o busílis da manutenção da sua saúde.

Acreditam que se não mantivessem um regime alimentar controlado teriam outras enfermidades associadas. Mas apesar de aparentemente alguns doentes dominarem um regime alimentar saudável, resultado de experiências com familiares e profissionais, outros são menos rigorosos quanto à prospectiva do regime alimentar no domicílio após a alta da unidade. A maior parte dos doentes tem conhecimento que incorre num comportamento desviante ao nível do regime alimentar, mas ainda assim pensam cometê-lo.

Será resultado de um processo educativo puramente instrutório que apenas resulta a breve trecho e numa circunstância de internamento, e que a longo trecho se revela infrutífera, pois no domicílio e sem a supervisão de profissionais de saúde, o doente será (como anteriormente) o responsável pela sua saúde. Neste sentido, parece-nos mais sensato respeitar a dignidade humana de quem opta por formas de vida consideradas menos saudáveis, pois é a única possibilidade para nos aproximarmos e podermos ser escutados (Oliveira, 2008: 8). Outros doentes, por sua vez, rejeitaram adições, como fumar e beber vinho com a intenção de manterem o equilíbrio da sua saúde. Alguns doentes apontaram a deslocação aos serviços de saúde, como um cuidado que passaram a ter após a situação de doença, a fim de evitar problemas maiores, reduzindo a concepção de saúde à mera ausência de doença.

Na perspectiva dos enfermeiros, um dos cuidados que concorre para a prevenção da doença ou protecção da saúde é a prevenção da depressão. Desta forma, vão de encontro ao conceito de saúde que compreende o equilíbrio entre as dimensões biológica, psicológica, sociológica e também espiritual e que estas se articulam com as influências genéticas, os serviços de saúde, os estilos de vida (Tones e Tilford, 2001: 48). O ser humano é uma espécie racional, simultaneamente é uma das espécies mais vulneráveis, sobretudo devido à capacidade afectiva (MacIntyre, 1999). Os enfermeiros afirmam que o doente que sofreu acidente vascular cerebral, encontra-se mais vulnerável, mais propenso a desenvolver uma depressão principalmente durante o período de reabilitação. O desencadeamento de um processo de depressão pode estar associado a vários factores, mas a noção de serem um fardo na vida daqueles que mais amam é profundamente auto-destruidora das suas identidades e desencadeadora de sofrimento (Oliveira, 2009a: 4).

Neste contexto, convém distinguir de forma sumária o conceito de dor do conceito de sofrimento. Assim, o conceito de dor está associado à percepção subjectiva de um corpo, de auto-percepção de perigo à integridade física e está relacionado com a doença pontual, enquanto o conceito de sofrimento é algo sistémico, envolve o todo da pessoa e a família, encontra-se relacionado com as doenças crónicas (ibidem: 3). Face à dependência física, alterações ao nível da sexualidade, da situação social e profissional, numa sociedade contemporânea que prima pela competitividade e pela independência económica e emocional, é difícil ao doente crónico manter-se saudável mentalmente, principalmente aos que já fizeram parte deste retrato.

Segundo Lovejoy, no livro *Reflections on Human Nature* (Oliveira, 2004), três características humanas estão a ser imensamente valorizadas nas sociedades ocidentais contemporâneas, são a auto-estima elevada, aprovação pelos outros e emulação. No doente crónico, existe a mesma vontade de atingir estas características, mas com a dificuldade que a doença crónica lhes confere. A não concretização destas características afecta-lhes a saúde (biopsicossocial e espiritual). Todavia, destacámos o papel dos enfermeiros, pois têm a possibilidade de diagnosticar potenciais doentes em risco de depressão, orientá-los no sentido do desenvolvimento permanente e assistir na construção de projectos de vida. Torna-se fundamental que consigam construir formas de educação eficazmente salutogénica, envolvendo as visões ecológicas pois visam um objectivo comum, o equilíbrio e auto-regulação complexificante da vida (Neto, Aitken, Paldron, 2004, Oliveira, 2004).

A promoção dos auto-cuidados é apontada pela esmagadora maioria dos enfermeiros, como um dos cuidados mais explicitados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, ou seja incidem na aprendizagem dos doentes para o desenvolvimento de competências para a realização de actividades de vida diárias. A ideia meramente prática da aquisição de competências, remonta ao modelo biomédico, puramente instrutor e autoritário. Segundo a Declaração de Nairobi (UNESCO, 1976) os fenómenos educativos consistem em criar condições para que cada ser humano possa desenvolver integral e harmoniosamente todas as suas dimensões (Ribeiro-Dias, 2009: 39). Assim, a autonomia física e mental do doente, principalmente a mental, é fundamental para o desenvolvimento harmonioso da pessoa em todas as dimensões da sua vida.

Os actos educativos pretendem provocar aprendizagem em outras pessoas, usualmente, apesar de existirem fenómenos auto-educativos. Normalmente os actos educativos são do tipo intencional por parte do profissional de saúde, mas podem ser inúteis, se o doente não se encontrar no mesmo nível de significação do profissional de saúde. Assim, para que o acto educativo possa ser eficaz, é necessário um acoplamento estrutural entre ambos, para tal, o profissional tem de aceder a partir da linguagem analógica ou cinestésica do doente ao seu padrão auto-organizativo. Porém ninguém manifesta a sua auto-organização em quem não confia, por isso o educador tem que ser alguém que dê provas de ser confiável pela generosidade, autenticidade, humildade e auto-exposição (Oliveira, 2004: 42).

Para que aconteçam fenómenos educativos, o enfermeiro tem que conhecer o seu padrão auto-organizativo e revelá-lo ao doente, para aceder ao padrão auto-organizativo do doente. Apesar de ser um encontro entre dois padrões auto-organizativos diferentes, deve existir um esforço, principalmente atribuído ao enfermeiro para se aproximar do nível de significação em que o doente se encontra. As práticas que o doente observa mesmo se tratando de actividades de vida diárias tem que fazer sentido, ao nível de significação do doente, e ao seu quotidiano, para que exista aprendizagem e complexificação. A aprendizagem de competências resume-se a garantir a manutenção de padrões que se construíram face às perturbações a que estiveram sujeitos, mesmo estes implicam uma flexibilização por parte do doente e um acoplamento estrutural entre o enfermeiro e o doente. A flexibilização consiste em moldar-se a um contexto específico, deste modo o doente construiu um padrão com um determinado significado de si no mundo, numa situação de doença crónica, poderá ter necessidade de não

abolir o seu padrão dominante, mas encontrar outro padrão contextualizado, que lhe permita continuar atribuir significado a si no mundo.

O doente que sofreu um acidente vascular cerebral e perdeu a mobilidade do lado direito do corpo, terá que se adaptar à situação de mobilidade limitada, mas procurando estratégias para ultrapassar as dificuldades de mobilização, como utilizando o lado esquerdo do corpo para executar as tarefas. Contudo, não descarta a possibilidade de reabilitar o lado do corpo afectado, mobiliza os seus recursos de resistência e o sentido de coerência (Antonovsky, 1988), para se capacitar e continuar o processo de reabilitação.

Os fenómenos auto-observacionais e auto-educativos integram-se holisticamente nas significações orgânicas das quais surgem, onde se constroem os padrões auto-organizativos.

Na linhagem de um processo educação/reabilitação, um terceiro aspecto apontado pelos enfermeiros foi a eficaz gestão do regime terapêutico. Esta resulta de uma relação de confiança entre doente-profissional, tendo início no reconhecimento da pessoa como ser integral, com vontades e razões que o doente tem (Ramsey, 1970: 75), e na conversão da condição de doente para a de parceiro. Neste sentido, surgiu o consentimento informado, que veio preencher uma lacuna, nomeadamente na assimetria existente entre os intervenientes na relação de cuidados. Entendido como a celebração de um “contrato” entre o profissional e o doente, subentende a partilha de objectivos e o entendimento no desígnio das estratégias para prossecução. Implica necessariamente uma comunicação analógica, digital e bidireccional, respeitando os símbolos culturais e as capacidades interpretativas dos intervenientes. Rejeitámos a banalização do consentimento-informado associado apenas à dimensão jurídica e formal das instituições onde se utilizam, mas evidenciámos o respeito incondicional pela pessoa doente. É nesta base de respeito mútuo, mas incidindo no profissional de saúde, como foi interpretado pela Associação Médica Mundial (1981) na Declaração sobre os “Direitos do Doente”, que o profissional tem o dever, uma vez que ocupa uma posição superior, de tomar a iniciativa e desenvolver esforços para o restabelecimento de uma relação igualitária (Neves, 2003: 429-430). Todavia, os direitos acarretam deveres, sendo um deles a responsabilização do doente pela sua saúde, não somente em contexto inter-relacional, mas também no plano social. Não pretendemos com esta abordagem privilegiadora do *empowerment* psicológico, desresponsabilizar as entidades de poder, ou os profissionais de saúde que se encontram ao serviço dos doentes, mas sim incentivá-los a fomentarem a responsabilização dos doentes com vista a obterem melhores resultados no âmbito da saúde dos cidadãos.

Na mesma linha de pensamento, os enfermeiros acreditam que o respeito encontra-se na base de uma relação empática (acoplamento estrutural), passando por entender o nível de significação do doente, para que com ele se construam objectivos exequíveis. De modo que o profissional tem de respeitar as crenças e rituais do doente, compreender as influências do contexto social e familiar em que o doente se encontra inserido, para aproximar-se do seu padrão organizacional. Caso contrário, o doente não vai permitir o acoplamento estrutural e não vai aderir eficazmente ao regime terapêutico, a menos que de modo aleatório.

A gestão do regime terapêutico encontra-se implícita ao *empowerment* psicológico, à apetência do doente para mobilizar conhecimentos e competências no sentido de gerir a sua saúde. Do ponto de vista de alguns enfermeiros, muitos doentes não desenvolvem eficazmente esta capacidade o que prejudica a incrementação do *stock* de saúde do doente. O doente que sofreu um acidente vascular cerebral encontra-se dependente fisicamente, vulnerável emocionalmente e com baixa auto-estima. Encontra-se na equipa de enfermagem a possibilidade de desenvolvimento do *empowerment* psicológico, a habilidade para a pessoa controlar a sua própria vida, não necessitar que seja a partir de outros, mas sim de si próprio e não estar dependente da participação em organizações ou grupos de intervenção comunitária. Por fim, os enfermeiros assinalam que não tem *feedback* sobre a gestão do regime terapêutico no domicílio.

A Educação para a Saúde implica que o doente participe activamente no seu processo terapêutico, procure informar-se, se esforce por compreender e não se demita num assunto que é do seu maior interesse, a sua saúde.

A última década, sofreu uma revolução, quanto à conversão do papel passivo do doente para um papel activo na procura do exercício da cidadania (Neves, 2003: 426). Este movimento de consciencialização e responsabilização evoluiu do nível individual para o comunitário, através da criação de grupos de ajuda, associações de doentes com a mesma patologia. Passou de um problema do foro pessoal para a dimensão social, dado o aspecto político-económico envolvido. Para além de que o crescimento das associações e grupos de doentes trouxe para o domínio público a reflexão sobre a condição de doente crónico e consequentemente a reivindicação de direitos. Contudo, não verificámos esta realidade, a grande maioria dos enfermeiros apenas incentiva os doentes, uma minoria utilizou a expressão “responsabilização” para conotar a acção que era dirigida ao doente durante o processo terapêutico. Verificámos a dicotomia entre o modelo biomédico, em que a culpabilização do doente se encontra inerente à sua *performance*, e o modelo do *empowerment*, no sentido em que existe consenso quanto ao aspecto em que o

doente não consegue resultados positivos se não estiver motivado e capacitado da importância do seu papel no processo terapêutico.

Atendendo à ausência da definição de um modelo de Educação para a Saúde que sirva de fio condutor para o desenvolvimento das práticas, emergem relatos derivados da implementação de uma pedagogia bancária. Alguns doentes não tinham qualquer conhecimento sobre o seu regime terapêutico, nem demonstraram descontentamento por esse facto, o que é revelador do analfabetismo funcional (analfabetização funcional corresponde à falta de iniciação aos múltiplos códigos de comunicação existentes nas diferentes dimensões em que cada pessoa se insere) que existe na condição de algumas pessoas doentes. Outros, apresentam alguns conhecimentos mas consequência de uma abordagem mecanicista, na qual o doente foi moldado. Em minoria, observámos uma doente que se envolveu activamente no processo de reabilitação e assumiu a responsabilidade pela sua saúde nas diferentes dimensões.

Na linguagem de Paulo Freire, o homem, é por natureza, um ser inacabado, imperfeito e sujeito a um processo que poderá ser de humanização quando o meio lhe oferece condições para o seu desenvolvimento, ou desumanização, quando as condições são de carência ou alienação da realidade. O autor desafiou as pessoas a revoltarem-se e a libertarem-se “Já que não se pode afirmar que alguém liberta alguém ou que alguém se liberta sozinho, mas que *os homens se libertam em comunhão*” (Ribeiro-Dias, 2009: 190).

Sendo a Educação para a Saúde o resultado de dois pilares da sociedade, a saúde e a educação, envolto em teorias e modelos distintos em que as diferentes classes profissionais não encontram consenso, seria expectável que existissem obstáculos às práticas de Educação para a Saúde. Verificou-se a ausência de uma metodologia eficaz aplicada às práticas de Educação para a Saúde. Inferimos que a educação bancária, o processo passivo, em que o doente representa um mero receptor, revelou-se ineficiente, principalmente durante o processo de reabilitação em que o factor temporal é de difícil previsão. Concomitantemente a dimensão motivacional poderá influenciar o desenrolar do processo, sendo importante revolucionarmos a pedagogia com a intenção de humanizar e favorecer o desenvolvimento do “ser pessoa”. Torna-se fundamental a mudança de paradigma, a “revolução pedagógica”, dar lugar ao diálogo, incentivando à acção-reflexão em detrimento do agir mecanicista, resultado de pedagogia meramente instrutora. O *empowerment* psicológico incita a este reencontrar-se consigo próprio, à procura pela própria palavra e pelo seu lugar no mundo, ou seja, dá lugar ao *desenvolvimento da consciência* ou a uma *consciência em desenvolvimento* (Ribeiro-Dias, 2009: 191).

O desenvolvimento da alfabetização funcional, possibilita ao adulto, a capacidade de se movimentar como pessoa dentro de vários subsistemas, compreendendo o controlo do próprio desenvolvimento. No limite, aproxima-se do *empowerment* comunitário, quando esperamos que tais capacidades possibilitem uma intervenção na comunidade em que os doentes se encontram inseridos. A alfabetização não é um conceito linear, encontra-se dependente da quantidade de códigos que as pessoas dominam, nomeadamente a quantos códigos tem realmente acesso e finalmente o número de anos cumpridos no subsistema escolar, que despoletou o sentido de educação ao longo da vida e a educação como um todo (Ribeiro-Dias, 2009: 181).

Posteriormente, os enfermeiros atribuem à família do doente a responsabilidade pela ineficiência do processo de Educação para a Saúde. Durante a descrição das causas, levantaram-se acusações quanto à falta de comparência nas sessões de ensinamentos programadas, analfabetismo funcional quanto à filosofia das unidades, a vontade de prolongar o internamento nas unidades e a desmotivação e desinteresse no processo de aprendizagem (que está relacionado com o processo terapêutico do doente). Esta perspectiva revela-se especialmente importante se pensarmos que a família ou o cuidador (familiar ou não) será co-responsável pelo processo terapêutico do doente, até que este seja autónomo. Desenvolver a capacidade da família compreender a situação clínica do doente, envolver-se activamente e ainda (ou o mais importante) conseguirem juntamente com o doente, construir novos sentidos para os seus contextos existenciais. Para tal, é necessário que o profissional de saúde se responsabilize por fomentar este vínculo afectivo, apesar das idiosincrasias. Centrando-nos na formação académica dos enfermeiros, tendo como base, o paradigma holístico, privilegiador do papel da família no conceito de saúde, não será difícil estabelecer uma aliança com a família na intenção de incrementar os mecanismos de equilíbrio homeostático.

A passividade do doente foi foco de atenção por grande parte dos enfermeiros entrevistados, realçando a falta de motivação, o nível de compreensão comprometido em consequência do acidente vascular cerebral e os problemas emocionais que transtornam a aceitação da doença. Muito provavelmente, os doentes encontram-se em sofrimento e numa fase de negação da doença, o que desencadeia a apatia. A permanência num corpo doente e a vontade de estar num saudável, face a este *double bind* (Gregory Bateson, 1990: 228-229) defende a capacidade de persistência, não criar falsas expectativas, mas procurar no presente fontes de prazer.

Torna-se fundamental aceitar a perturbação (a doença) e atribuir-lhe um significado, de modo a facilitar a passagem para níveis de aprendizagem diferentes, demonstrando a flexibilização do padrão auto-organizativo. Se aliada à dimensão profana emergir a procura da dimensão sagrada (espiritual ou religiosa), é revelador da necessidade de acalmar o sofrimento com o auxílio de uma entidade superior (Oliveira 2006a: 7).

Outras causas que se revelaram obstáculos às práticas de Educação para a Saúde aferem à falta de recursos humanos, o que conseqüentemente leva à falta de tempo para a realização de cuidados de Educação para a Saúde. Inversamente ao que foi manifestado pelos enfermeiros entrevistados, surgiram os resultados do relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados do 1º semestre de 2009, em que um dos objectivos era apurar o grau de satisfação dos profissionais. Destaco os enfermeiros que se demonstraram satisfeitos, realçando o bom ambiente de trabalho, logo de seguida a realização pessoal e boas condições de trabalho. A maioria dos respondentes são jovens até aos 35 anos, apenas 1,4% apresentavam 56 anos ou mais. A carência de recursos na comunidade é apresentada pelos enfermeiros como um factor prejudicial para a adaptação do doente e família à nova condição, sendo consubstanciada pela ausência de *follow-up* dos doentes que estiveram internados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Um estudo da Eurobarometer (*Health and long-term care in the European Union 2007*) verificou que acima de 80% dos inquiridos prefere ser cuidado em casa, ainda assim, um resultado inferior em relação aos inquiridos em outros países da União Europeia. O desenvolvimento de estratégias no domicílio, para além de ser uma recomendação internacional vai de encontro das preferências das pessoas doentes. A Comissão Europeia, no *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion* (2008) admite que a prestação de cuidados na domicílio são preferíveis aos prestados em instituições, contudo existe um longo caminho a percorrer, uma vez que é necessário atrair profissionais e treiná-los (Nogueira, 2009: 4). A relação terapêutica (pedagógica) implica uma comunicação eficaz e espaços próprios, aspecto este também lembrado pelos entrevistados. Como já foi referido anteriormente, a comunicação não se cinge à componente digital (Bateson), mas também à analógica. Esta facilita o conhecimento do padrão auto-organizativo do doente, o início da incursão no processo de aprendizagem simétrico e humanizante, que dará lugar a uma diferente significação do acontecimento. O acoplamento estrutural entre o enfermeiro e o doente é a base para uma abordagem comunicacional eficaz.

A categoria anterior, os obstáculos às práticas de Educação para a Saúde, possibilitou a investigação de oportunidades de melhoria às práticas de Educação para a Saúde. Deste modo, foi possível averiguar as sugestões dos enfermeiros, nomeadamente quanto à própria performance profissional. Os enfermeiros realçaram a importância da relação empática, ou na linguagem autopoietica, acoplamento estrutural. Demonstram a importância do acoplamento estrutural, para que ocorra o fenómeno educativo no processo de reabilitação. Alguns apontaram a necessidade de desenvolver o espírito crítico, demonstrando na linguagem de Freire, que o educador é também um educando. A verdade é que “ninguém sabe tudo, ninguém sabe nada, ninguém nasceu só para ensinar e ninguém nasceu só para aprender” (Freire, 1970: 79). Ou seja, encontramos-nos continuamente a aprender uns com os outros. A transformação do papel de educador para o de educando deve-se à possibilidade de observar um mundo periférico que outrora não conhecia, o que origina a aprendizagem em simultâneo dos intervenientes (Oliveira, 1999:78).

No sentido de avaliar a metodologia das práticas de Educação para a Saúde aplicadas aos doentes internados, alguns enfermeiros sugeriram a implementação de um mecanismo de monitorização das mesmas, uma vez que depois de o doente ter alta da unidade, os enfermeiros não têm *feedback* sobre os resultados das práticas de Educação para a Saúde. Por último, mas não menos enfatizado pelos enfermeiros, a importância de envolver a família a partir do primeiro dia de internamento do doente. Os enfermeiros atribuem à família, a dimensão comunitária que é constitutiva da identidade biológica do doente. Uma vez que com a comunidade partilhamos objectivos, construímos mundos. É do tipo holista, a interacção contínua que mantemos com quem construímos projectos de vida em comum, pois não somos partes, formamos uma unidade composta (Oliveira, 1996:166). A partilha destes mundos de significação, são caracterizados por nichos e apesar de distinguirmos as pessoas que fazem parte dele, ao nível da construção de significação, fazem parte do nicho e cria-se uma dinâmica contínua.

Atendendo, às possibilidades de melhoria quanto às práticas de Educação para a Saúde, tornou-se pertinente encontrarmos indicadores de resultado das mesmas. Na perspectiva dos enfermeiros, era importante aferir aos resultados da taxa de reinternamento, uma vez que esta poderia demonstrar a qualidade dos cuidados prestados ou por outro lado a qualidade dos cuidados no domicílio. Contudo, evidenciou-se a falta de conhecimento dos enfermeiros entrevistados quanto aos resultados dos relatórios de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Outro dos aspectos

apontados pelos enfermeiros para aferirem ao resultado dos cuidados prestados, é a redução do grau de dependência, utilizam uma escala para avaliar o grau de dependência do doente no momento de entrada na unidade e voltam a avaliar no momento da alta. Um outro indicador poderia visar a mudança de comportamentos do doente, contudo este implicaria um *follow-up* do doente no domicílio e a criação de escalas de monitorização.

A preparação individual humana, a partir da reflexão sobre a doença, foi uma das categorias definidas *a priori*, que ganhou visibilidade junto dos doentes, pela descrição das diferentes experiências. A doença enquanto complexificadora da estrutura familiar instituída, com a inerente necessidade de readaptação de papéis dos elementos restantes é um dos aspectos a realçar no que diz respeito ao impacto da situação do doente crónico internado numa unidade, visto que a restante família necessita de reformular as funções de cada um na estrutura e dinâmica familiar, pois um responsável por vários papéis encontra-se ausente o que implica que outros familiares serão encarregues de o substituir. Esta alteração nos papéis familiares normalmente é causadora de stress. A actual conjuntura familiar, origina irremediavelmente mudança de hábitos e comportamentos quotidianos, como por exemplo a aprendizagem de determinada tarefa que anteriormente, não era desempenhada por aquela pessoa. Mas esta aprendizagem, na linguagem autopoietica, significa a flexibilização do padrão auto-organizativo, apesar de a pessoa não abolir o seu padrão dominante, encontrou um padrão alternativo naquele contexto específico. Apesar das dificuldades evidencia-se a capacidade de aprendizagem, durante o processo de doença, do doente e familiares envolvidos.

A multiplicidade de alterações criadas atribui à doença um carácter auto-destrutivo, nomeadamente na dimensão da sexualidade. Alguns doentes puseram em causa a solidez do casamento por se sentirem diminuídos nesta dimensão. A grande maioria dos doentes sentiu-se apoiada por amigos e familiares, contudo numa fase inicial, os doentes crónicos são apoiados, mas com o passar do tempo, as alterações na vida do doente crónico tornam-se normais para a família, portanto deixam de ser alvo de tantos cuidados e preocupações. (Oliveira 2006b:4)

As circunstâncias criadas propiciam o surgimento ou a aproximação de pessoas relevantes, junto do doente, tornam-se elementos facilitadores durante o processo. Dada a vulnerabilidade em que o doente crónico se encontra, revela-se o medo e a angústia quanto ao futuro, neste momento, cabe ao enfermeiro orientar para a construção de sentido na vida do doente, promover aceitação da perturbação, flexibilizando o padrão auto-organizativo e parando de lutar contra ele próprio.

Quanto à categoria que aborda a precaução em relação a uma previsível situação de doença através da disponibilização de recursos financeiros e a categoria que foca a assunção da mortalidade, categorias definidas *a priori*, nesta amostra não encontramos evidência para as mantermos como vertentes da Educação para a Saúde. Por outro lado emergiram outras categorias que facilitam a melhoria contínua das práticas de Educação para a Saúde no seio da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

3- Conclusão

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados emergiu da parceria entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Segurança Social, no sentido de dar resposta às pessoas dependentes e idosas. Constituiu um nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, reduzindo uma lacuna que nenhum dos modelos anteriores conseguiu resolver. Deste modo, em doentes que não se justifique um internamento numa unidade de agudos, mas que necessitem de cuidados especializados, podem (se existirem vagas) ser internados numa das unidades ou receber cuidados de uma das equipas que constitui a Rede.

Na realidade, este modelo revolucionou os cuidados prestados aos doentes dependentes, uma vez que se aproximou das necessidades dos doentes, famílias e ou cuidadores e criou respostas adequadas que não existiam até há altura. Trata-se de uma abordagem individualizada, sistemática e articulada o que permite a mobilização do doente pelos diferentes níveis de cuidados que constituem a Rede e o prolongamento dos internamentos para optimização dos cuidados em prol da saúde do doente.

O fenómeno das práticas de Educação para a Saúde constitui o cerne do processo de reabilitação para os doentes internados nas unidades de Convalescência e Reabilitação, uma vez que necessitam de aprender a viver com a perturbação que sofreram para continuar a viver. Os doentes que sofreram acidentes vasculares cerebrais constituem o maior grupo internado na Rede, pelo que foi pertinente compreender como é que percebem as práticas de Educação para a Saúde, uma vez que existe o risco de repetição da patologia. Por outro lado, foi fundamental investigar a opinião dos enfermeiros, pois caracterizam-se como os motores das práticas de Educação para a Saúde, dado que deve começar por eles o processo de aprendizagem que posteriormente será construído pelo doente.

A fundamentação teórica dividiu-se em três partes essenciais, em que a primeira descreve a conceptualização globalizante de Educação para a Saúde como fundamental para a reabilitação e para a mudança de comportamentos. A segunda consiste na explanação da Teoria da Autopoiesis de Humberto Maturana e Francisco Varela, para compreensão da aprendizagem em situação de perturbação da homeostasia da pessoa e da possibilidade de flexibilidade do padrão auto-organizativo para continuar a viver. A terceira parte, aborda o Modelo do Empowerment, relacionando as características do modelo com as consideradas pertinentes para a base dos cuidados prestados na Rede. Para a segunda parte da Dissertação, reservamos a

temática sobre as percepções sobre as práticas de Educação para a Saúde nos doentes e enfermeiros no seio da Rede, constituindo o resultado do estudo empírico que desenvolvemos. Os dados que recolhemos foram submetidos a interpretação com posterior discussão dos resultados.

O trabalho de campo inseriu-se no âmbito da investigação qualitativa, constituindo-se enquanto estudo exploratório-descritivo. O método de colheita de dados (entrevista semi-estruturada) foi aplicado aos doentes e enfermeiros, sendo os resultados posteriormente tratados através de análise de conteúdo.

A estrutura formal do trabalho pretendeu favorecer a compreensão das percepções dos doentes e enfermeiros quanto às práticas de Educação para a Saúde na Rede, atendendo à multiplicidade de necessidades, experiências e desejos que estão presentes aquando da possibilidade de flexibilização do padrão auto-organizativo, permitindo às pessoas a mudança dos seus comportamentos. Perante uma situação tão complexa como o processo de reabilitação e num contexto (Rede) verificamos o predomínio do paradigma patogénico no seio dos doentes, uma vez que incidiram na prevenção da doença, no tratamento, no atenuamento das mesmas e atribuíram aos profissionais de saúde a maior parte da responsabilidade pelo processo de reabilitação. Consideramos que esta postura passiva e submissa da maioria dos doentes, seja efeito do Modelo Biomédico impregnado em algumas instituições, profissionais, cidadãos e comunidade em geral, a visão reducionista e mecanicista do Homem resultado de concepções de filósofos como Galileu, Descartes, Newton e Bacon (Carrondo, 2006: 33). Relacionado com a pedagogia bancária em que o profissional se encontra num nível superior ao doente e é o elemento dominador visto ser o detentor de todo o conhecimento. Também nas famílias, segundo os enfermeiros, salientamos a necessidade de fomentar o alfabetismo funcional dado que a maioria tem dificuldade em dominar as várias funcionalidades do ambiente em que se encontra. Nomeadamente, no que concerne os cuidados ao doente e a mobilização de recursos externos. Por outro lado, verificamos que os enfermeiros realçam o modelo biopsicossocial como orientador das suas práticas, atribuem aos aspectos psicológicos e sociais as causas e a evolução de doenças. Associam também os aspectos psicológicos do doente à adesão ao regime terapêutico.

Apesar da Rede caracterizar-se como um modelo dinâmico, integrado e contínuo, dispõe de diferentes tipologias de cuidados para o atingimento dos objectivos do doente o que vai de encontro à visão holística inerente ao paradigma da salutogénese, aferimos que não foram

criadas condições para incrementar os pressupostos do *Empowerment* psicológico, o processo de capacitação das pessoas para aquisição de capacidades, competências e mobilizá-las nas pluridimensões da sua vida. Visto a maioria dos doentes não se encontrar de modo participativo no processo de reabilitação, não apresentam conhecimentos sobre a sua situação de saúde e não constroem expectativas quanto ao futuro. Podemos constatar ainda que de forma incipiente, em alguns doentes a presença da salutogenia, focalizaram a saúde e os recursos gerais de resistência que são as capacidades que cada pessoa tem para enfrentar as perturbações. Para utilizar os recursos gerais de resistência é necessário sentido de coerência interna, constitui a capacidade para compreender, gerir e encontrar significado no mundo (Carrondo, 2006: 45).

A Educação para a Saúde ou mais recentemente a Promoção para a Saúde, tem percorrido um longo caminho, até o que actualmente é comumente aceite, deixou de ser definida como um conjunto de actividades passando a ser um processo. Desenvolveram-se Conferências Mundiais, formularam-se apelos à liderança política, com políticas públicas saudáveis, a mobilização e parcerias entre governos e à sociedade em geral, no sentido de construirmos condições de vida melhores (Carrondo, 2006: 37).

Torna-se mais claro o modelo de Empowerment psicológico quando relacionado com a perspectiva salutogénica de Antonovsky, como o ideal modelo de base para Rede, dado que conciliaria o objectivo do desenvolvimento das pessoas, aumentando os seus recursos gerais de resistência e um forte sentido de coerência (Carrondo, 2006: 37) o que consequentemente permitiria ser autónomo quanto à tomada de decisão, mobilizar diferentes funcionalidades e responsabilizar-se pela própria saúde.

Emergiu da investigação, a ausência de indicadores de resultado quanto às práticas de Educação para a Saúde, seria de extrema importância que se construíssem e operacionalizassem indicadores de modo a aferirmos ao resultado do nosso trabalho, que por sua vez, se traduziria em oportunidades de melhoria para o futuro. Nesta perspectiva, deixámos a sugestão de um trabalho de investigação no que concerne aos indicadores de resultado das práticas de Educação para a Saúde.

Bibliografia Referenciada

Livros e capítulos de livros:

ANDER-EGG, E. (1990). *Repensando la Investigación-Acción Participativa*. México. Editorial El Ateneo.

ANTONOVSKY, Aaron (1988). *Unraveling the mystery of health*. Londres. Jossey-Bass.

ATLAN, Henri (1972). *L'organisation biologique et la théorie de l'information*. Paris. Hermann.

BARDIN, Laurence (1997). *Análise de Conteúdo*. Lisboa. Edições 70.

BATESON, Gregory (1972). *Mind and Nature – a necessary unity*. Nova Iorque. Bantam Books.

BOGDAN, R. e BIKLEN, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação. Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto. Porto Editora.

BOYD, Carolyn O. (2001). Phenomenology: the method. In MUNHALL, Patricia L. (ed.) – *Nursing research. A qualitative perspective*. Sudbury, Massachusetts. Jones and Bartlett Publishers.

BROCKOPP, Dorothy Y. e HASTINGS-TOLSMA, Marie T. (2003). *Fundamentals of Nursing Research*. Sudbury, Massachusetts. Jones and Bartlett Publishers.

CASSEL, Eric (2004). *The nature of suffering and the goals of Medicine*. Oxford. Oxford University Press.

FREIRE, Paulo (1975). *A Pedagogia do Oprimido*. Porto. Afrontamento.

GHIGLIGONE, Rodolphe e MATALON, Benjamin (1997). *O Inquérito. Teoria a Prática*. Oeiras. Celta Editora.

ILLICH, Ivan (1997). *Limites para a Medicina*. Lisboa. Sá da Costa.

KÉROUAC, S. et al. (1994). *La Pensée Infirmière - Conceptions et stratégies*. Quebeque. Ed. Maloine.

LAVERACK, G. (2005). *Health Promotion Practice. Power & Empowerment*. London. Sage.

LESSARD-HÉBERT, M.; GOYETTE, G. & BOUTIN, G. (1990). *Investigação Qualitativa. Fundamentos e Práticas*. Lisboa. Instituto Piaget.

MACINTYRE, Alasdair (1999). *Dependent Rational Animals. Why Human Beings need the virtues*. Londres. Duckworth.

MATURANA, Humberto e VARELA, Francisco (1972). *De Maquinas y Seres Vivos*. Santiago del Chile. Editorial universitária.

MATURANA, H. (1978). Biology of language: the epistemology of reality. In *Psychology and biology of language and thought – Essays in honor of Eric Lenneberg*. Nova Iorque. Academic Press.

MORENO, A., GARCIA, E. & CAMPOS, P. (2000). *Enfermería Comunitária*. Madrid. McGraw Hill.

NEVES, Maria do Céu Patrão e GALVÃO, M. (2003). *Comissões de Ética. Das bases teóricas à actividade quotidiana*. Coimbra. Gráfica de Coimbra.

NETO, I.G., AITKEN, H. & PALDRON, T. (2004). *A Dignidade e o sentido da Vida*. Cascais. Pergaminho.

OLIVEIRA, Clara Costa (1999). *A Educação como Processo Auto-Organizativo. Fundamentos Teóricos para uma Educação Permanente e Comunitária*. Lisboa. Instituto Piaget.

OLIVEIRA, Clara Costa (2004). *Auto-Organização, Educação e Saúde*. Coimbra. Ariadne.

PACHECO; J. (1995). *O Pensamento e a Acção do Professor*. Porto. Porto Editora.

QUIVY, Raymond e VAN CAMPENHOUDT, Luc (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa. Gradiva Publicações.

RAMSEY, Paul (1970). *The Patient as a Person. Explorations in Medical Ethics*. New Haven/London. Yale University Press.

RIBEIRO-DIAS (2009). *Educação. O Caminho da Nova Humanidade: das Coisas às Pessoas e aos Valores*. Porto. Papiro Editora.

RORTY, R. (1989). *Contingência, Ironia e Solidariedade*. Lisboa. Editorial Presença.

TONES, Keith e TILFORD, Sylvia (2001). *Health Promotion. Effectiveness, Efficiency and Equity*. Nelson. United Kingdom. Thornes Ltd. Cheltenham

VON BERTALAFFY, Ludwing (1976). *Teoria dos Sistemas*. Rio de Janeiro. Ed. Fundação Getúlio Vargas.

VON WRIGHT, George Henrik (1971). *Explaining and Understanding*. Nova Iorque. Cornell University Press.

WITTRICK, M. C. (1989). *La investigación de la enseñanza II. Métodos cualitativos y de observación*. Madrid. Paidós Educador.

WRIGHT, Lorraine M. e LEAHEY, Maureen (1994). Family assesement and intervention. In WRIGHT, Lorraine M. e LEAHEY, Maureen – *Nurses and families. A guide to family assesement and intervention*. Philadelphia. Academic Press.

Documentos on line:

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1978). *Declaração de Alma Ata sobre os Cuidados Primários*. <http://saudemovimento.com.br/conteúdo> (22/12/02).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1986). *Declaração de Otawa sobre Promoção da Saúde*. <http://saudemovimento.com.br/conteúdo> (16/11/02).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1988). *Declaração de Adelaide sobre Promoção da Saúde*. <http://saudemmovimento.com.br/conteúdo> (22/12/02).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1991). *Declaração de Sundsvall sobre Promoção de Saúde*. <http://saudemmovimento.com.br/conteúdo> (16/11/02).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1997). *Declaração de Jacarta sobre Promoção de Saúde*. <http://saudemmovimento.com.br/conteúdo> (16/11/02).

Artigos:

BOELEN, C. et al. (1995). Developing Protocols for Change in Medical Education. *Report of an Informal Consultation*. (Seattle, Washington, USA, 11 a 14 Agosto 1992). Genebra. O.M.S.

GIBSON (1991). Concept Analysis of Empowerment. In *Journal Advanced Nursing*. Vol.16, nº3, 354-361.

OLIVEIRA, Clara Costa (1996). A estrutura epistemo-lógica dos sistemas autopoieticos. In *Aprendizagem e Desenvolvimento*. Vol. VI, nº21/22.

OLIVEIRA, Clara Costa (2008). A Medicina é uma Ciência? Uma interrogação filosófica. In *Pessoas e Sintomas*, nº 3.

OLIVEIRA, Clara Costa (2006a). Uma perspectiva Salutogénica das Doenças Crónicas- Educação para a Saúde e Educação médica. In *edit on web.com*.

OLIVEIRA, Clara Costa (2006b). A importância do Sofrimento na Educação para a Saúde. In *Pessoas e Sintomas*, nº1.

RISSEL, Christopher (1994). Empowerment: the holy grail of Health Promotion? In *Health Promotion International*. Vol.9, nº1, 39-47.

Outros Documentos:

CARRONDO, Ezequiel (2006). *Formação Profissional de Enfermeiros e Desenvolvimento da Criança – Contributos para um Perfil centrado no Paradigma Salutogénico*. Tese de Doutoramento – Área de Conhecimento – Currículo e Supervisão em Educação Básica, Ramo Estudos da Criança. Braga. Universidade do Minho.

DIÁRIO DA REPÚBLICA (2006a). *Decreto-Lei n.º101/2006 de 6 de Junho*.

DIÁRIO DA REPÚBLICA (2006b). *Despacho n.º 19040*. 2ª Série, n.º 181 de 19 de Setembro.

DIÁRIO DA REPÚBLICA (2006c). *Resolução de Conselho de Ministros*. 1ª Série, n.º 241 de 18 de Dezembro.

DIÁRIO DA REPÚBLICA (2005). *Decreto-Lei n.º99 de 23 de Maio*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2007). *Relatório de Monitorização da Implementação das experiências-piloto da Rede Nacional de Cuidados Continuados*. Documento policopiado.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2009). *Relatório de Monitorização da Implementação das experiências-piloto da Rede Nacional de Cuidados Continuados*. Documento policopiado.

NOGUEIRA, Abreu (2009) *Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados - Cuidados Continuados – Desafios*. Documento policopiado.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2009). *Relatório da Primavera*. Ministério da saúde. Documento policopiado.

UNESCO (1976). *Recommendation on the Development of Adult Education*. Nairobi. Documento policopiado.

Bibliografia Consultada

ANDORNO, Roberto (1998). *Bioética y Dignidad de la Persona*. Madrid. Tecnos.

ANTUNES, M.C. (2001). *Teoria e Prática Pedagógica*. Lisboa. Instituto Piaget.

BEAUCHAMP, Tom L. e CHILDRESS, James F. (1999). *Princípios de Ética Biomédica*. Barcelona. Masson.

CARVALHO, A. e CARVALHO, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Um estudo sobre as práticas de educação para a saúde, dos enfermeiros. Lisboa. Lusociência.

CHAPLIN, James P. (1981). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa. Publicações Dom Quixote.

COSTA, M. e LÓPEZ, E. (1996). *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid. Ediciones Pirámide.

DAMÁSIO, António (2000). *O Sentimento de Si. O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência*. Mem Martins. Publicações Europa – América.

DALAI-LAMA (2000). *Ética para o Novo Miléno*. Lisboa. Círculo de Leitores.

DAMÁSIO, A. (2003). *Ao encontro de Espinosa*. Mem-Martins. Europa-América.

DUPUIS, Michel (2001). “La Douleur étrangère (einführung et fürsorge) ”. In: AA.VV. - *Dor e Sofrimento. Uma perspectiva interdisciplinar*. Porto. Campo de Letras.

ENGELHARDT, Jr. e TRISTAM, H. (1998). *Fundamentos de Bioética*. São Paulo: Edições Loyola.

GUTIÉRREZ, Gustavo (1994). *On Job: God-talk and the suffering of the innocent*. Maryknoll, New York. Orbis Books.

HABIB, M.(2000). *Bases neurológicas dos comportamentos*. Lisboa. Climepsi Editores.

OWENS, Dorothy M. (1999). *Hospitality to strangers: empathy and the physician-patient relationship*. Atlanta, Georgia. Scholars Press.

PESSINI, Léo e BARCHIFONTAINE, Christian de Paul (1991). *Problemas actuais de Bioética*. São Paulo. Edições Loyola.

PIMENTEL, Luísa (2001). *O lugar do Idoso: contextos e trajetórias*. Coimbra. Quarteto Editora.

PINTO, José Rui da Costa (1990). *Questões actuais de ética médica*. Braga. Editorial A.O.

PRECIOSO, J. et al (org.) (1999). *Educação para a Saúde*. Braga. Universidade do Minho.

QUESADA, R. (2004). *Educación para La Salud. Reto de nuestro tiempo*. Madrid. Ediciones Díaz de Santos.

REDMAN, B. (2001). *A prática da Educação para a Saúde*. Lisboa. Lusociência.

SEKELARIDES, Constantino (2005). *De alma a Harry*. Coimbra. Almedina.

TOOMBS, Kay S. (1993) *The meaning of illness: a phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*. Dordrecht / Boston / London. Kluwer Academic Publishers.

ANEXO I

**Caracterização dos enfermeiros
entrevistados**

Caracterização dos enfermeiros entrevistados

(sexo, idade, tempo de serviço na unidade)

Sujeito A1 (Entrevista A1):

Sexo masculino, 28 anos, enfermeiro na unidade desde 2007.

Sujeito A2 (Entrevistas A2):

Sexo masculino, 32 anos, enfermeiro na unidade desde 2006.

Sujeito A3 (Entrevista A3):

Sexo masculino, 30 anos, enfermeiro na unidade desde 2006.

Sujeito B1 (Entrevistas B1):

Sexo masculino, 26 anos, enfermeiro na unidade desde 2006.

Sujeito B2 (Entrevista B2):

Sexo feminino, 26 anos, enfermeiro na unidade desde 2007.

Sujeito B3 (Entrevistas B3):

Sexo masculino, 30 anos, enfermeiro na unidade desde 2007.

Sujeito B4 (Entrevista B4):

Sexo feminino, 26 anos, enfermeiro na unidade desde 2008.

Sujeito B5 (Entrevista B5):

Sexo feminino, 29 anos, enfermeiro na unidade desde 2007.

Sujeito B6 (Entrevista B6):

Sexo feminino, 28 anos, enfermeiro na unidade desde 2006.

Sujeito B7 (Entrevista B7):

Sexo masculino, 29 anos, enfermeiro na unidade desde 2006.

Sujeito C1 (Entrevista C1):

Sexo masculino, 26 anos, enfermeiro na unidade desde 2007.

Sujeito C2 (Entrevista C2):

Sexo feminino, 26 anos, enfermeiro na unidade desde 2007.

Sujeito C3 (Entrevista C3):

Sexo feminino, 23 anos, enfermeiro na unidade desde 2008.

Sujeito C4 (Entrevista C4):

Sexo feminino, 22 anos, enfermeiro na unidade desde 2009.

Sujeito C5 (Entrevista C5):

Sexo feminino, 25 anos, enfermeiro na unidade desde 2008.

Sujeito C6 (Entrevista C6):

Sexo feminino, 26 anos, enfermeiro na unidade desde 2007.

Sujeito C7 (Entrevista C7):

Sexo feminino, 26 anos, enfermeiro na unidade desde 2007.

ANEXO II

Caracterização dos doentes entrevistados

Caracterização dos doentes entrevistados

(sexo, idade, profissão, grau de escolaridade)

Sujeito D1 (Entrevista D1):

Sexo masculino, 73 anos, reformado, 4^a classe.

Sujeito D2 (Entrevista D2):

Sexo masculino, 44 anos, operário fabril, 6^a classe.

Sujeito D3 (Entrevista D3):

Sexo feminino, 68 anos, reformada, 4^a classe.

Sujeito D4 (Entrevista D4):

Sexo feminino, 70 anos, reformada, 3^a classe.

Sujeito D5 (Entrevista D5):

Sexo masculino, 72 anos, reformado, 2^a classe.

Sujeito D6 (Entrevista D6):

Sexo feminino, 69 anos, reformada, 4^a classe.

Sujeito D7 (Entrevista D7):

Sexo feminino, 70 anos, reformada, 3^a classe.

Sujeito D8 (Entrevista D8):

Sexo feminino, 73 anos, reformada, 3^a classe.

ANEXO III

Transcrição integral das entrevistas

Entrevistas aos enfermeiros

Entrevista ao enfermeiro A1

Como é que define Educação para a Saúde?

Depois de detectarmos as necessidades do doente, nós vamos promover os cuidados necessários para satisfazermos essas necessidades. A educação passa por uma dessas necessidades. As pessoas têm de conhecer, têm que saber os cuidados em alguns aspectos e conhecimentos para outros aspectos. Penso que a Educação para a Saúde é a forma de nós ensinarmos às pessoas as necessidades sendo básicas ou menos básicas, por aí mais ou menos.

Quais são as práticas de Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)?

Podemos falar dos ensinamentos, treinamentos, de uma forma mais simplificada, mais formal. Nós após a detecção, muitas vezes essa detecção é feita nos hospitais de proveniência, mais ou menos continuado, muitas vezes é iniciado no hospital, nós procuramos continuar de forma gradual. Marcado para alturas em que a família possa cá vir, família ou cuidador nem sempre são a mesma pessoa. Isto de forma formal. Depois dos ensinamentos feitos, existe o preenchimento de uma folha em que vamos descrever de forma sumária os ensinamentos que foram feitos, e se demonstraram capacidade, competência e disponibilidade para saber mais. Existe a parte teórica e a parte prática, os treinamentos. A parte formal do ensino funciona desta forma. Depois existe a parte informal que é todo o processo de relação com o utente, em que vais falando e vais orientando a tua conversa, diálogo, cuidados, de forma que seja do interesse do doente e familiar para ensinar alguma coisa.

Quais são as práticas de Educação para a Saúde em que mais incidem?

A parte da envolvimento dos cuidados ao doente, não são os cuidados directos, é o estar com o doente, é muito importante, a maior parte dos doentes não são muito dependentes, mas são doentes que precisam de ter alguém ao pé deles, que falem com eles que brinquem com eles, que não se vê muito. Verificamos a necessidade de mudança de comportamentos mas é muito difícil a mudança de comportamentos. Por exemplo na alimentação, de uma forma mais assertiva conseguimos uma mudança de comportamento. No caso de um doente

toxicodependente fumador, não consegues que um doente deixe de fumar na unidade, às quatro da manhã está a fugir da unidade para ir fumar, ou estabelece regras que o doente consegue cumprir e vais estabelecendo objectivos para tentar cumprir.

De que forma, sentem o impacto da Educação para a Saúde na mudança de comportamentos?

Se estivermos a falar dos típicos cuidados de higiene, posicionamentos, talvez consigas, da área do fazer, mas na área do estar, mudança de comportamentos, alimentares, tabágicos e assim é mais difícil.

Existem indicadores de resultado?

Não, não existem, só existem indicadores observáveis, os registos de enfermagem e a passagem de turno.

Quais os obstáculos que identifica para que não se desenvolvam mais práticas de Educação para a Saúde na RNCCI?

A definição de objectivos, já se procura fazer, a rede pretende isso, os gerais estão lá mas a definição de concretos, específicos, precisa de maior envolvência de todas as pessoas. Não havia o hábito de trabalhar desta maneira, as pessoas começam agora a trabalhar assim, é uma mudança, sempre que existe uma mudança as coisas são mais devagar. O modelo é novo, todas as pessoas devem ter dificuldade, as pessoas vinham formatadas e essa mudança é complicada mesmo a nível nacional.

O que pensa que poderia fazer mais no âmbito da Educação para a Saúde na RNCCI?

Nós estamos a crescer, não diria diariamente, mas mensalmente. Tomando atitudes e trabalhando de uma forma mais assertiva. Tudo o que forem reflexões, pararem para pensar se estou a fazer bem ou estou a fazer mal.

Tem haver de doente para doente, lidar com o stress, a percepção de si, a auto-imagem, cada doente tem uma necessidade. As mais comuns, nem sempre é fácil de fazer esta avaliação, a deambulação, auto-cuidados, mas depende da nossa percepção.

Em que medida responsabilizam o doente pelo seu processo de reabilitação?

Pelo incentivo apenas, responsabilização não. Não existe um modelo de responsabilização.

Entrevista ao enfermeiro A2

Como define Educação para a Saúde?

Os enfermeiros incidem na mudança de comportamentos, com medidas de ensino para alteração de comportamentos.

Quais são as práticas de Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)?

Aquilo que eu faço, não existe uma regra, um modelo a seguir, vamo-nos apercebendo de situações, se for um problema mais contínuo debatemos na passagem de turno, contactamos a ajuda de um profissional.

Qual o impacto dos cuidados de Educação para a Saúde nos doentes?

Teria que me lembrar caso a caso, temos casos de sucesso e outros não. Nesta unidade de convalescença, são doentes com potencial. Temos doentes com depressão, que preferiam estar em casa e não aqui. Nós não fazemos uma avaliação profunda, alguns comportamentos são alterados, restringimos alguns alimentos, avisamos os familiares. Se o doente, quando sair daqui leva consigo a informação, não sabemos, se vai mudar na sua vida, não acompanhamos. Existe um seguimento com outros profissionais, não pela nossa equipa. Se verificarmos a necessidade, um problema, escrevemos na carta de enfermagem que fazemos para os enfermeiros do Centro de Saúde, eles depois dão seguimento e avaliam com a família. Eu não acompanho, não sei se a enfermeira chefe acompanha.

Quais os obstáculos que identifica para que não se desenvolvam mais práticas de Educação para a saúde na RNCCI?

Uma questão de organização, sentarmo-nos e conversarmos. Existe uma reunião semanal, que reúne os profissionais, médicos, terapeutas e nutricionista. Mas se calhar essa informação não chega a todos. Depois trabalhamos por turnos, não vimos aqui muitas vezes. Era melhorar a nossa organização.

O que pensa que se poderia fazer no âmbito da Educação para a Saúde na RNCCI?

Sinto-me muito à vontade na área dos posicionamentos, prevenção de úlceras de pressão, essa é área que falo mais, falo com os familiares com os próprios doentes. Depois a área da alimentação, os diabéticos.

Em que medida responsabilizam o doente pelo seu processo de reabilitação?

Claro, se eles não colaboram não adianta estarmos a forçar. Temos que levar o doente a compreender os riscos, a perceber o porquê, o que estamos a dizer. Não adianta dizer frases de cor, coisas bonitas, não vale a pena, não apanham e não ficam. É preciso mostrar e levá-los a compreender.

Existem indicadores de resultado?

Não.

Entrevista ao enfermeiro A3

Como define Educação para a Saúde?

Será todos os ensinamentos que a gente possa transmitir às pessoas para que possam melhorar os cuidados no domicílio, e a prevenção de qualquer tipo de situação, anomalia ou doença.

Quais são as práticas de Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)?

As práticas mais correntes são os ensinamentos ao doente e família, e a distribuição de informação escrita que está distribuída pela unidade.

Qual o impacto dos cuidados de Educação para a Saúde nos doentes?

Torná-los mais autónomos, e se houver necessidade envolver um familiar. Mais da parte das famílias. O doente terá mais dificuldade em aceitar a condição nova, as famílias também tem dificuldade de aceitar. Também verificamos que as famílias que mais embirram, colocam questões, mais dificuldades colocam no momento da alta. Nota-se nas pessoas com mais grau académico, nota-se o abandono, as pessoas mais humildes têm noção que devem tratar dos seus. Na maior parte das pessoas em que se verifica o abandono nos hospitais, são pessoas

com instrução média ou média alta. Nos doentes que têm uma propensão a ficarem deprimidos, temos que trabalhar neste sentido, de modo a motivá-los no seu trabalho para que o resultado final seja melhor para ele.

O que pensa que se poderia fazer no âmbito da Educação para a Saúde na RNCCI?

Se calhar, mais nos cuidados ao próprio doente, por exemplo um doente acamado como se trata. Pois só quando acontece algo trágico é que ficam a saber, algumas pessoas acham que é obrigação do Estado tratar destes doentes, que não é responsabilidade deles. Deve haver uma consciencialização das famílias, porque se os pais deles trataram deles quando eram pequenos, então deviam retribuir o carinho e os cuidados.

Quais os obstáculos que identifica para que não se desenvolvam mais práticas de Educação para a saúde na RNCCI?

Precisávamos de mais pessoas para trabalhar, organizar melhor as coisas, às vezes estamos em número limitado para cumprir inúmeras tarefas que estão ao nosso encargo, arranjar um dia para preparar uma educação específica para um grupo de doentes com a mesma patologia, uma Educação para a Saúde em grupo, pessoas que já estejam habituadas a tratar que têm doentes em casa, variadíssimas experiências, pode ser útil essa troca de experiências. Verem que não é tão difícil assim. Quando estão os doentes internados tudo bem, mas quando têm alta, as pessoas sentem-se sem rede, mesmo porque o apoio lá fora não é tanto quanto isso. As pessoas não têm a quem se agarrar, se as pessoas pudessem telefonar a alguém, médico ou enfermeiro, podia ser suficiente para acalmar os ânimos.

Em que medida responsabilizam o doente pelo seu processo de reabilitação?

Tem que se inculcar responsabilidade, ele tem de ter a percepção que a primeira pessoa que tem de ajudar é ele, nós estamos aqui para o acompanhar. Sem a vontade deles não vamos a lado nenhum.

Tem indicadores de resultado?

Indicadores, não existem. Podemos ter uma conversa informal, com um ou outro cuidador, porque dizemos sempre que podem voltar ou telefonar para tirar uma dúvida, mas não temos nada palpável.

Entrevista ao enfermeiro B1

Como é que define Educação para a Saúde?

A Educação para a Saúde é muito importante, porque muitos doentes, neste caso muitos idosos, não têm tanta percepção sobre a alimentação. Nós podemos transmitir os nossos conhecimentos, que as pessoas desconhecem. No caso do banho, nós podemos ensinar técnicas para facilitar. No fundo Educar para a Saúde é ensinar, tentar transmitir conhecimentos para que seja mais fácil a recuperação, sair daquela fase de doença e saúde.

Quais são as práticas de Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)?

Os cuidados a ter com a higiene, tentar perceber um bocadinho os hábitos dessas pessoas, as condições habitacionais, se têm casa de banho, se têm banheira, se têm duche, tentar perceber essa parte. Mediante o que a pessoa nos disser, então vamos adaptar aqui no serviço essas condições, para facilitar a alta para casa. Convidamos os familiares a estarem presentes, tentamos demonstrar como fazemos, como não fazemos, é mais fácil assim, mas em minha casa tenho isto, nós tentamos encontrar soluções. No caso da alimentação, um doente com sonda nasogástrica, que tem de aspirar conteúdo gástrico, verificar se tem a sonda no estômago, lavar com água...esses cuidados.

Incidem em que áreas da Educação para a Saúde?

Ora bem, incidimos muito na parte da higiene, para que possam fazer a sua higiene, levamos à casa de banho, pomos em frente ao espelho. Na parte da alimentação, a importância de ele se auto-alimentar, o pentear o cabelo, vestir, saber escrever, pô-lo a escrever, mas é mais com a terapeuta. Começar a escrever o nome, recortes. Mas o fundamental é a higiene, alimentação e as actividades de vida diária... e o caminhar, tentar levantar e deambular.

O que pensa que se poderia fazer no âmbito da Educação para a Saúde na RNCCI?

Primeiro tentar ensinar o doente a comer sozinho, depois colaborar com o familiar, ajudar a que ele próprio tenha participação na sua própria alimentação, porque muitas vezes vemos o familiar ou a auxiliar a substituí-lo, mas não, devemos aproveitar o potencial do doente. Pode demorar duas, três horas a comer, mas vai beneficiar muito mais com isso. De momento não... há isso temos, na alimentação, quais os tipos de alimentos que podem comer, mesmo as bebidas, o

síndrome alcoólica, tivemos casos, principalmente aqui no Norte, os filhos bebem, toda a vida beberam, matam o porquinho, fazem os fumados é complicado. Tentamos explicar as vantagens e as desvantagens, e apercebemo-nos que é uma questão de cultura, educação porque já os pais o faziam e depois tentamos explicar que se come isto depois pode ter hipertensão, diabetes, associamos à patologia. Tentamos falar com os familiares envolventes, depois quando eles vão para casa não sei se cumprem ou não, mas ficamos com a consciência que eles perceberam.

Qual o impacto dos cuidados de Educação para a Saúde nos doentes?

Nota-se, eles próprios nos referenciam, por exemplo doentes com AVC, ao comer a maçã, porque nós é sempre a dar, porque temos outro timing, porque eles são mais lentos, enquanto nós somos muito rápidos. Sabe-lhes muito melhor a comida, eles contam que se sentem úteis, não dependem de ninguém para lhes dar de comer, não é.

Quais são os obstáculos que identifica na vossa unidade para que não se faça mais Educação para a Saúde?

O tempo, principalmente a falta de tempo, porque somos poucos. O tempo é o que mais nos limita, porque não podemos despende de duas horas para o doente comer, ou dar-lhe tempo para se lavar, não podemos. Não temos essa disponibilidade, por isso tem de ser Educações para a Saúde mais curtas.

Existem indicadores de resultado?

Penso que não, que não há nada. A partir do que eles nos dizem, ai vou fazer assim, mas depois de lhes ensinarmos não sabemos. Realmente a percepção que nós temos, é que eles sabem e que se esforçam, porque às vezes os familiares trazem uns miminhos de casa e nota-se que a partir do ensino, recusam comer aquilo, e mandam de volta para casa e dizem que a Enfermeira disse para não comer isso. É assim, nesta avaliação que nós avaliamos o doente.

Em que medida responsabilizam o doente pelo seu processo de reabilitação?

Ah, sim. Eu acho importante porque sentem-se mais úteis. Tudo o que puderem e conseguirem fazer, é isso que os vai ajudar a se reabilitarem e a voltarem a ser a pessoa que eram, nós empenhamo-nos muito e falamos muito com eles, porque é um trabalho muito duro para eles, mas falamos com eles, porque o proveito é para eles e não para nós. Temos tido bons

resultados, eles querem recuperar, nota-se isso. Também temos casos em que é o contrário. Em que com o fisioterapeuta fazem mas conosco para a alimentação, lavar a cara, recusam. A parte psicológica, não sei, é complicado. Porque não querem recuperar, nem voltar à situação em que estavam, mas são muito raros.

Entrevista ao enfermeiro B2

Como é que define Educação para a Saúde?

É como realizar ensinamentos aos familiares, sobre os cuidados de higiene, alimentação, posicionamentos e a medicação para adquirirem competências e insistirem sempre.

Quais são os cuidados de Educação para a Saúde que realizam na vossa unidade?

Sobre posicionamentos, cuidados de higiene, medicação e... transferências.

Nós insistimos um pouco nos cuidados com a transferência, explicar ao doente o que vamos fazer, temos que explicar tudo. Abordamos os dois, porque o doente tem alta e tem que ter em casa os mesmos cuidados que tem aqui, porque o doente aqui sente-se seguro e depois tem medo.

Qual o impacto dos cuidados de Educação para a Saúde nos doentes?

Todos os doentes colaboram e transmitem os nossos cuidados.

Existem indicadores de resultado?

Neste momento, não temos nenhum específico. Podemos avaliar de acordo com uma escala. Neste momento o que fazemos, é se os ensinamentos foram transmitidos ou não, se o doente captou ou não o ensinamento que lhe transmitimos ou fizemos. Não monitorizamos, neste momento não temos como.

O que pensa que se poderia fazer no âmbito da Educação para a Saúde na RNCCI?

Insistir mais na Educação para a Saúde, nos ensinamentos, nos posicionamentos nas transferências, insistir mais nesses ensinamentos.

Em que medida responsabilizam o doente pelo seu processo de reabilitação?

Se o doente não colaborar, é muito pior. Tento-lhe dizer para colaborar connosco se não, não vai conseguir melhorar.

Quais os obstáculos que identifica para que não se desenvolvam mais práticas de Educação para a saúde na RNCCI?

Os doentes não colaborarem tanto como nós pensávamos, porque se colaborassem nós insistíamos nos ensinamentos, às vezes tornam-se apreensivos, mandam-nos dar uma voltinha. O espaço também é pequenino, o material também não é muito. Ter equipamento para mostrar imagens, fazer uma sessão, por exemplo imagens de úlceras de pressão, temos que nos posicionar, se não acontece-nos isto.

Entrevista ao enfermeiro B3

Como é que define Educação para a Saúde?

Acho que é um conjunto de Ensinamentos que prestam a um grupo, doente ou familiares sobre um determinado cuidado para a saúde.

Quais são as práticas de Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)?

Tem mais a ver com as actividades de vida diárias, alimentação, posicionamentos, tipos de mobilidades, de exercícios que se podem fazer, promoção da autonomia dos doentes, integração da família e preparação da alta, mesmo de forma a promover a autonomia do doente em casa, ensinamentos quanto à hipertensão, alimentação, diabetes basicamente são esses.

Qual é na sua opinião o impacto dos vossos cuidados de Educação para a Saúde no doente?

Dependendo do doente, é mesmo a promoção da autonomia, eles sentem-se capazes de fazer algumas actividades que até aí não faziam, alguém que fazia tudo, de repente deixar de fazer, o impacto é aí, ajudá-los a voltar a conseguir fazer algumas actividades apesar das limitações patológicas que lhe foram criadas, é mesmo esse impacto. Promover a autonomia do doente, uns mais rápidos, outros mais graduais mas acho que sim. Talvez nos mais colaborantes, de início não são muito colaborantes, são revoltados, renitentes, com o tempo vão-se tornando mais

colaborantes. Querem participar, mais vontade de fazer as actividades, de nos ouvirem. Acho que vão participando mais nos cuidados de Enfermagem.

Em que medida responsabilizam o doente pelo seu processo de reabilitação?

Depende muito do doente, alguns doentes responsabilizamos mais, pedimos mais a colaboração deles, de certa forma mais activos na reabilitação deles e na forma como eles vão colaborar. Alguns se calhar achamos que naquela altura não são muito receptivos, depende muito da nossa avaliação, nós aqui passamos muito tempo com os doentes. Avaliamos também o grupo social que ele se integra e toda a história do doente, a partir daí, alguns responsabilizamos mais pelo seu processo de reabilitação, alguns se calhar tem um papel mais passivo no início, temos de ser nós a fazer, para lhes dar vontade de fazer, de pedir, para nos sentarmos, vamos trabalhar.

Existem indicadores de resultado na vossa unidade?

Uma coisa simples, por exemplo na alimentação, o facto de ele começar a alimentar-se sozinho, colaborar connosco no levantar.

O que pensa que se poderia fazer no âmbito da Educação para a Saúde na RNCCI?

Penso que as colegas já estão a fazer isso, a ideia de reunirmos a família, explicar os objectivos, desde o primeiro dia trabalhar com eles para Educação para a Saúde. Porque depois quando a família os vem visitar, de certa forma cortam o que fizemos aqui, porque nós pedimos para eles se alimentarem e a família vem e dá-lhes de comer. Envolver a família logo no primeiro dia, penso que é o mais importante e o mais difícil.

Quais os obstáculos que identifica para que não se desenvolvam mais práticas de Educação para a saúde na RNCCI?

Na prática, a falta de recursos humanos, porque muitas vezes somos poucos para dispendermos tempo, que não é dispender, usarmos o tempo para estarmos com o doente, fazermos mais Educação para a saúde. Porque perdemos muito tempo com outras coisas, porque somos em número limitado, perdemos um bocadinho de tempo, e gostaríamos de estar com eles, dar-lhes tempo, porque cada doente tem o seu tempo que muitas vezes não é compatível com o nosso tempo. Às vezes o doente também é um obstáculo, a família também. Alguns são obstáculos fáceis de transpor.

Entrevista ao enfermeiro B4

Como define Educação para a Saúde?

Educação para a Saúde é toda a informação que nós damos a um doente no sentido de promover os auto-cuidados, estilos de vida saudáveis que o doente pode adquirir ou não. Basicamente é isto. Poderá haver vários conceitos, mas destaco este, a informação que nós damos no sentido de promover o bem-estar do doente e a sua autonomia tanto ao doente como aos familiares.

Quais são as práticas de Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)?

Formações, dar a informação ao doente de forma informal, feita no dia-a-dia, por exemplo incentivar ao auto-cuidado. Não temos um método, nem o hábito de convidar os familiares para vir cá a uma formação programada. Basicamente será isso. Não temos um método estabelecido ou uniforme, o que por vezes atrapalha, cada enfermeiro tem o seu método. Mais tarde se calhar era importante, devemos corrigir este erro, termos um método uniforme para fazermos Educação para a saúde.

Qual o impacto dos vossos cuidados no âmbito da Educação para a Saúde nos vossos doentes?

Temos utentes que à partida quando o doente tem alta daqui, raramente voltamos a ter contacto com esse doente. Excepto, que em dois reinternamentos que tivemos, que às tantas não fomos eficazes na Educação para a Saúde que fizemos, porque se calhar se fossemos não voltavam a ser reinternados, ainda por cima pela mesma patologia. Salvo essas excepções, temos tido bons resultados, através da nutricionista quando vai para o domicílio, a carta de transferência para o Centro de Saúde, uma série de informação que permite dar continuidade aos cuidados. Indicadores palpáveis, quantificáveis não temos nada.

O que pensa que se poderia fazer no âmbito da Educação para a Saúde na RNCCI?

Talvez pedir uma maior colaboração por parte dos familiares, a maior parte dos doentes têm alteração do estado de consciência, défices sensoriais, motores no auto-cuidado, têm uma serie de alterações que não lhes permite ser autónomos. Era muito importante a ajuda de familiares, que por vezes não colaboram nada, já chegamos a marcar ensinos e não apareceram. Porque

no início tem muita preocupação mas quando o tempo passa. O que dificulta a Educação para a Saúde, a continuidade de cuidados, muitas vezes os doentes são transferidos para as unidades de longa duração porque são casos sociais por falta de cuidadores. Não temos um suporte familiar que nos permita fazer Educações para a Saúde para dar continuidade dos cuidados no domicílio.

Em que medida é que responsabilizam o doente pelo seu processo de reabilitação?

Na prática diária, incentivamos os doentes ao auto-cuidado, a partir do momento em que incentivamos o auto-cuidado incentivamos a reabilitação, incentivamos para todos os auto-cuidados. Os doentes conscientes, orientados colaboram, normalmente os ensinamentos são eficazes, eles colaboram muito bem connosco. Só que quando convidamos os familiares para virem ter connosco, é difícil ou inventam desculpas ou não colaboram nada connosco. Passam os doentes a casos sociais, porque não temos uma rede social, que suporte a afluência de doentes, para “escoar” estes doentes para lares ou para o domicílio. O doente é responsabilizado aqui na unidade, a partir do momento em que tem alta, não damos continuidade. Às vezes temos alguns reinternamentos, doentes com patologia de AVC, que depois daqui foram para o domicílio, no domicílio provavelmente não haverá uma continuidade dos cuidados da rede, da equipe do Centro de Saúde que faz parte da rede responsável por ir ao domicílio ver se o doente é bem tratado, se cumprem os ensinamentos que fizemos, se a família colabora. Tivemos o caso de um doente que foi reinternado com AVC, o que nos leva a crer que não fomos eficazes. Em termos de mudança de comportamentos, nós identificamos a necessidade de mudança de comportamentos ao nível da alimentação, estilos de vida, o nosso entrave para além na unidade, é no domicílio, acompanhar o doente no domicílio, para adquirir estilos de vida saudáveis no domicílio não existe continuidade de cuidados, não existe grande acompanhamento, fazemos a carta de alta para o Centro de Saúde.

Existem indicadores de resultado?

Não.

Quais os obstáculos que identifica para que não se desenvolvam mais práticas de Educação para a saúde na RNCCI?

A falta de recursos humanos, porque somos poucos para estarmos com o doente.

Entrevista ao enfermeiro B5

Como é que define Educação para a Saúde?

Educação para a saúde é ensinar algo, que a pessoa que vai receber a nossa informação, esteja mesmo a precisar dela, e mesmo que não perceba que precisa, que a maioria das vezes é o que acontece, isso é que é Educação para a Saúde, educar as pessoas para que uma necessidade que elas tenham, para que haja uma melhoria na saúde delas, tanto na saúde delas para recuperar de um estado de doença, como para haver uma prevenção.

Quais são as práticas de Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)?

Entregamos um panfleto, muitas vezes o que programamos é ensinamos com o prestador de cuidados, para os cuidados de higiene, alimentação, porque a maioria de doentes sofreu AVC, a maioria tem défices, dificuldade na transferência, posicionamentos, dificuldade em alimentar-se sozinho, o que nós cá fazemos, é incentivar o prestador de cuidados a dar maior autonomia, para isso é preciso marcar mais entrevistas. Quando normalmente os vêm visitar, querem fazer um carinho ao doente, querem alimentá-los, portanto é mais fácil marcar, para fazer uma Educação para a Saúde, pois pontualmente é complicado. Entregamos o manual do cuidador, pois quando entregamos o prospecto dirigido ao que a pessoa mais precisa de saber, por exemplo dar água com espessante, lerem todas as indicações, fixam mais, porque a maioria não tem muita instrução.

Existem indicadores de resultado?

Não, é feito empiricamente. A verdade é que a nossa avaliação não é muito correcta, não fazemos uma avaliação inicial que percebas quais são as necessidades e uma final que percebas se a pessoa entendeu ou não aquilo que lhe tentamos ensinar. Não está bem definido isto, é empiricamente, fazer inicialmente quais os défices, as necessidades e passamos ao prestador de cuidados.

É segundo a nossa observação e depende de cada profissional.

O que pensa que se poderia fazer no âmbito da Educação para a Saúde na RNCCI?

Indicadores. Penso que não, em termos de materiais temos tudo, posters, panfletos, é uma questão de organização, fazer grupos de trabalho, às vezes um enfermeiro não pode o outro também não.

Quais os obstáculos que identifica para que não se desenvolvam mais práticas de Educação para a saúde na RNCCI?

A indisponibilidade por parte da família, é importante que venham para aquilo. Para percebermos o que estão a fazer mal. Muitos doentes são deslocados, normalmente disponibilizo-me ao fim-de-semana, porque nós somos enfermeiros de referência, mas se for preciso e não estiver o de referência faz outro.

Nós também temos que nos adaptar a eles. Porque por exemplo um doente que nunca comeu de faca e garfo, não vai passar a comer. Tivemos uma doente que bebia como nas aldeias, com o dedo dentro do copo, é complicado para ela habituada a beber com malga, é difícil beber com o copo. Nós tentamos fazer a anamnese com a família, em termos de alimentação, as dietas são prescritas, uma dieta hipossalina para um doente pode ser motivo para o doente não comer, depois é com o prestador de cuidados, porque o doente até ao último dia queixa-se da comida sem sal e é difícil compreender que a dieta sem sal lhes é benéfica. Eles sabem que não podem comer sal, mas não sabem qual o motivo, falta-lhes instrução. Por vezes deprimem, dizem que querem morrer, por isso querem comer. Fumar, também é um hábito que tiveram, pedem muito e é complicado. Acho que estamos numa fase inicial, aqui não têm comida, tabaco o vinho, é um início, mas fora daqui?

É enviada uma carta de alta com o plano de cuidados que lhe prestamos, habitualmente com notas de observação, o doente leva a carta ao Centro de Saúde, porque aqui não há receitas, o doente tem que levar ao médico de família para lhe passar as receitas ou o que achar necessário. O enfermeiro de família supostamente se o doente não tiver oportunidade de ir ao Centro de Saúde, o enfermeiro vai ao domicílio do doente para fazer o acompanhamento. Enviamos a carta de alta, uns dias antes, para que chegue ao Centro de Saúde com tempo para programarem a visita domiciliária. Em alguns casos para fazer Educação para a Saúde.

Em que medida é que responsabilizam o doente pelo seu processo de reabilitação?

É o ponto de partida, o doente tem que ter muita força de vontade, estar motivado, o nosso maior interesse é dar-lhe estimulação e algumas técnicas para eles tenham facilidade em atingir os objectivos. Mas ele tem que estar dentro do processo de reabilitação, sozinhos não fazemos nada.

Qual o impacto dos vossos cuidados nos doentes?

São muito importantes, pequenas coisas do dia-a-dia para muitos se calhar puderem comer sozinhos, beberem sozinhos motiva-os para o processo de reabilitação, se lhes dissermos muito bem, faça assim, experimente assim, o ajudar, ajuda o processo de reabilitação. Eu falo muito nisto, porque é o que mais se evidencia, o comer sozinho, beber sozinho, andamos em cima das auxiliares para lhes dar tempo para comer, não dar com a colher, a colher vai até onde não se e provoca-lhes o vómito. Muitas vezes o tempo não é muito.

Entrevista ao enfermeiro B6

Como é que define Educação para a Saúde?

Não existe uma definição objectiva para Educação para a Saúde, cada enfermeiro, cada pessoa define à sua maneira, não é! Temos um grupo de pessoas, neste caso utentes para quem estamos a trabalhar, a informar sobre aspectos importantes para ele, dando um caso concreto, os doentes diabéticos estamos a fazer uma formação a um grupo de utentes, podemos ensinar várias coisas, o que é a diabetes, como as pessoas previnem a diabetes, como lidam com a sua doença, de maneira a ainda ter qualidade de vida e vários aspectos pronto. Mas é um formador, uma pessoa que está ajudar um grupo de pessoas, utentes a lidar melhor com certas situações.

Quais são as práticas de Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)?

Há vários, aliás como eu lhe disse há pouco, é um bom local para fazermos Educação para a Saúde. Por exemplo, no caso dos diabéticos, uma alimentação correcta para eles adoptarem. Ao nível da alimentação, a maior parte dos nossos utentes sofreram AVC, vêm para esta unidade para se reabilitarem. Fazemos vários ensinamentos acerca da postura, quando começam a treinar a marcha, nós ajudamos no treino de marcha. Uma coisa que eu acho muito importante na nossa

unidade é a preparação da alta. A preparação da alta, nós pensamos muito nas necessidades do doente quando estiver em casa, então preparamo-lo nesse sentido. Um diabético, como evitar as hipoglicemias.

A maior parte dos doentes internados, sofreram AVC, claro que alguns factores contribuíram para o doente ter sofrido o AVC, nomeadamente uma dieta rica em gorduras, em sal, estes são aspectos chaves, também os hábitos de vida pouco saudáveis, o tabagismo e o alcoolismo. Como já expliquei, a partir do primeiro dia, começamos a preparar a alta do doente, nós vamos ter que fazer com que a dieta seja pobre em sal e gorduras. Quando o doente for para casa, nós escrevemos uma cartinha com toda a informação, inclusivamente temos uma dieta especializada e única para aquele utente, por isso claro que identificamos os hábitos e tentamos mudá-los.

Existem Indicadores de resultado?

Não, ainda não nos foi possível criar indicadores, claro que nós vemos pelo comportamento do utente. Quando fazemos Educação para a Saúde, existe a passagem de informação entre o formador e um receptor e é importante esse feedback. Para mim a educação, a formação é positiva, quando o receptor é capaz de perceber a informação que lhe quisemos transmitir, isto é realmente, quando explicamos a um doente que este comportamento é negativo e ele realmente o segue. Quando existe uma boa recepção da mensagem, ou o formador não conseguiu passar a mensagem. A partir dos comportamentos nós vamos-nos apercebendo. Um caso concreto, uma doente diabética, que faz muitas hipoglicemias, ela própria previne-se, sente-se fraca, aqueles sinais de hipoglicemia, ela previne-se tendo alguma coisa na mesinha para se ajudar. Isso significa, que ela entende que para prevenir as hipoglicemias deve fazer aquilo. Um doente com AVC normalmente tem hemiplegias, parésias, com o braço ao “pendurão”, nós incentivamos a adoptar a postura correcta. Nós contrariamos o padrão espástico. Às vezes o doente com o outro lado tenta adoptar a postura que ensinamos. É difícil para nós percebermos isso, porque com alguns no domicílio, ainda temos algumas informações, outros nunca mais os vemos. Isto é uma rede, existem equipas domiciliárias no Centro de Saúde, que vão ao domicílio, para fazerem um penso e avaliar DX. Esta é uma forma. Também o aspecto da família, que eu ainda não falei, fazemos os ensinamentos ao utente e aos familiares, começamos a preparar a alta desde que o doente chega, avaliamos as necessidades, sempre a pensar na família ou prestador de cuidados, que pode não ser família. Ai com a ajuda da família, poderemos saber se o familiar ou utente poderá

adoptar esses comportamentos. É uma maneira de ter a certeza, aliás pela família pudemos perceber as necessidades e os aspectos mais importantes a ter em conta.

Quais são os obstáculos que identificam no âmbito da Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados?

Acho que não há em concreto entraves, porque nós quando estamos com o utente nós temos oportunidade, a menos que o doente não esteja motivado. Acho que a maneira de fazermos educação é falarmos com as pessoas, dando-lhes casos práticos, como uma doente diabética, porque por exemplo apresentar um diapositivo pode não ser o melhor, é preciso casos concretos. É importante comunicar e passar a informação importante. Não vejo entraves a menos que o doente não tenha a mínima vontade, e mesmo assim há muito a fazer, estamos sempre a fazer Educação para a Saúde, no treino da marcha.

Em que medida responsabilizam o doente no seu processo de reabilitação?

Sim, ele ter que estar consciencializado e ajudar no fim na sua reabilitação. Temos casos concretos em que nos dizem, que nunca se viram assim, o AVC mudou a vida deles, pedem para beber um copo de água, ir à casa de banho. Se eles estão numa em que acham que não vão conseguir, prejudica-os, porque eles entram na unidade e depois de uma semana querem ver resultados, quando não vêem esses resultados, acham que não vão ser capazes. Porque nós dizemos aos doentes que se eles recuperarem, melhor, mas depende de como o AVC os atingiu porque pode não ser possível recuperar tudo, nós estamos aqui para ajudar e encontrar estratégias para o doente fazer as coisas nem que seja de outra maneira. Tem que ser responsabilizado para se ajudar a ele mesmo. Se não, só nós não conseguimos. Nós vemos situações, que avaliados pela equipa de reabilitação, não têm grande potencial, mas tem uma força psicológica, e outros o contrário. Nós notamos que alguns doentes não se quiseram ajudar, não é que não queiram, mas o psicológico está afectado, mas sabemos que qualquer pessoa que entra cá quer se reabilitar.

O que pensa que poderia fazer mais no âmbito da Educação para a Saúde na unidade?

Nunca podemos dizer que está tudo feito, como já disse acho muito importante a comunicação entre enfermeiro e utente, devemos explicar, ter em atenção a prevenção, para evitarmos a dita

doença. Podemos colocar posters na unidades, distribuir panfletos, e deixá-los na unidade, sobre a importância de ingestão hídrica, alimentação saudável. Convidar talvez, outros enfermeiros para nos ajudarem na formação. Por exemplo, no caso de falarmos da prevenção da diabetes, devemos explicar que consequências podem sofrer, amputação de uma perna.

Entrevista ao enfermeiro B7

Como é que define Educação para a Saúde?

A educação para a saúde é fazer ensinamentos ao doente, sobre os cuidados a ter para a sua saúde.

Quais são as práticas de Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)?

Os cuidados a ter com alimentação, os cuidados de higiene, a importância do exercício físico.

Qual o impacto dos cuidados de Educação para a Saúde nos vossos doentes?

Depende do doente, normalmente os da aldeia são muito difíceis de alterar os hábitos de vida.

Existem indicadores de resultado?

Não, é mais o dia-a-dia, vamos avaliando os hábitos de vida.

Quais os obstáculos que identifica para que não se desenvolvam mais práticas de Educação para a saúde na RNCCI?

Ao nível da comunicação, que nem sempre aceitam as alterações que lhes propomos.

Existe uma abertura muito grande por parte de enfermeiros, utentes e funcionários, não existem obstáculos por parte da unidade.

Em que medida responsabilizam o doente pelo seu processo de reabilitação?

Tentamos envolvê-lo em tudo para ele sentir alguma responsabilidade.

O que pensa que se poderia fazer no âmbito da Educação para a Saúde na RNCCI?

Mais ensinamentos talvez, temos muitos doentes com AVC, diabéticos, incidir na alimentação, exercício.

Entrevista ao enfermeiro C1

Como define Educação para a Saúde?

Eu considero Educação para a Saúde como um conjunto de actividades elaboradas por uma série de profissionais com formação nesse sentido, de modo a transmitir toda a informação sobre os cuidados que devem ter para manterem o seu estado de saúde. Quer por um conjunto de dúvidas que as pessoas possam ter e procuram essa educação, quer a partir da nossa intenção, ideia de facilitar-lhes essa educação, esse conjunto de informação pertinente para o seu estado de saúde.

Em que medida responsabilizam o doente pelo seu processo de reabilitação?

Nós essencialmente responsabilizamos o doente, na medida em que ele funciona, trabalha connosco, trabalhamos os dois para ele, e ele trabalha para ele. Será nesse sentido trabalhamos com ele para ele, e ele trabalha com ele e para ele próprio. É-lhe transmitida toda a informação, todas as dúvidas são esclarecidas, a família é envolvida nos cuidados.

Quais são as práticas de Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)?

Não sei se poderei considerar os ensinamentos sobre os auto-cuidados como Educação para a Saúde, eu penso que sim. Quando preparamos a alta do doente, existe um padrão, uma série de assuntos que tem de ser abordados, efectuamos as sessões de ensino que são as sessões de Educação para a Saúde formais, em que a família vem, se o doente necessita de cuidados de insulino-terapia, pesquisa de glicemia, prótese do joelho, da anca, nós direccionamos a sessão para as necessidades que foram levantadas, as que forem levantadas durante a sessão. Ao doente é informalmente, durante o turno, manhã, tarde ou noite, explicamos. Com as famílias, cuidadores agendamos. Normalmente os maiores problemas são os AVC, relacionado com hábitos e estilos de vida. Mais em pessoas jovens, damos a orientação, mesmo problemas de base, muitas vezes durante o internamento conseguimos estabilizar os sinais vitais, assim como a colesterolemia. Após a alta presumimos que esses cuidados que forem informados sejam praticados. Actualmente, não existem equipas formadas para o domicílio e nós perdemos-lhes o rasto. Fazemos uma referência prévia, enviamos uma informação prévia.

Qual o impacto dos vossos cuidados?

Nós notamos, quando o doente tem capacidade de colaborar, noto que nas horas a seguir ou dia a seguir, já sabe aquilo que tem de fazer e sabe que nós queremos que ele colabore. Acho que é nessas situações, no período agudo, se é que se pode dizer, é durante o internamento. Depois da alta, presumimos que esses cuidados tenham sido interiorizados.

Existem indicadores de resultado?

Existe uma folha de satisfação, em que um ou dois indicadores devem ser relativos a isso, uma parte refere que a informação dada à admissão e durante o internamento como a considerou a família, e o doente também pode responder, também tem indicadores, que vamos começar a elaborar, o grau de dependência à entrada e à alta, úlceras de pressão. Este questionário é respondido pelo doente, familiares. Nós planeamos uma série de actividades, o doente tem um grau de dependência maior à entrada do que à saída é uma forma de avaliar a Educação para a Saúde. O nosso trabalho essencialmente conduz à promoção do auto-cuidado, da autonomia.

Quais os obstáculos que identifica para que não se desenvolvam mais práticas de Educação para a saúde na RNCCI?

O grande obstáculo é as pessoas não estarem sensibilizadas para isso. É a nossa cultura, as pessoas vêem o internamento como a pessoa necessitar de cuidados que só podem ser prestados por profissionais com formação. Muitas vezes o doente, cuidador ou família podem oferecer algum entrave para fazer alguma coisa que eles conseguem fazer, por falta de à vontade para o fazer, por acharem que não é da sua competência. É uma questão de cultura, mas tem vindo a melhorar, as famílias vêm com outra mente, vêm com a mente que o doente vem para reabilitar a sua autonomia, mas que quer o doente quer a família ou cuidador tem que colaborar connosco nesse sentido. Acho que é um problema de cultura, os profissionais sabem, nós não sabemos nada.

O que pensa que se poderia fazer no âmbito da Educação para a Saúde na RNCCI?

Acho que poderemos aprofundar em alguns aspectos. Acho que no pré internamento, deveria ser melhor explicado ao doente e família em que consiste o internamento aqui. Em todas as sessões que costumamos fazer, damos sempre um panfleto, que devem ler se tiverem alguma

dúvida devem contactar-nos telefonar-nos. Durante o internamento vamos verificar se há alguma coisa que ainda não está bem implementada.

Temos conhecimento de reinternamentos, por repetição de AVC, que poderá ter haver também por não ter acontecido a mudança de comportamentos para além da patologia de base.

Entrevista ao enfermeiro C2

Como define Educação para a Saúde?

É uma intervenção em que somos muito envolvidos para preparar as pessoas, preparar as famílias, no fundo a comunidade para situações que possam acontecer quer sejam de saúde ou não.

Quais são as práticas de Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)?

Será uma intervenção que acontece desde a entrada do doente até à sua saída, seja desde uma simples conversa com o doente, quer pelos ensinamentos mais formais que marcamos regularmente com todas as famílias. Vamos adaptando ao tipo de doentes, se for um doente dependente nas actividades de vida diárias, se for um doente que necessita numa patologia específica, ou se for diabético. A maioria nem sabe porquê que sofreu o AVC. Tem que ser uma abordagem desde o início, não há um timing para se iniciar Educação para a Saúde, tem que se tentar perceber quais são as reais necessidades do doente, para realmente se fazer uma educação válida que realmente seja útil ao doente. Não vale a pena falar em alimentação a um doente diabético, quando o problema dele é falta de exercício.

Qual o impacto dos vossos cuidados de Educação para a Saúde nos doentes?

Não é fácil falar sobre isso, porque se alguns estão ávidos de informação, outros não estão para isso. Temos casos em que as pessoas vêm para aqui porque lhes prometeram a salvação do mundo. Algumas famílias pensam que o doente vem para aqui acamado e que vai sair daqui a andar.

Existem indicadores de resultado?

Nós quando marcamos as sessões mais formais de ensino, tentamos avaliar as capacidades. Isto é muito ambíguo, o que para mim pode parecer demonstrar capacidades para um colega meu pode não ser. Existe uma folha de registos, um modelo, com vários itens, que engloba, por

exemplo no alimentar por sonda nasogástrica, se demonstra capacidades na avaliação de conteúdo gástrico.

Em que medida é que responsabilizam o doente pelo processo de reabilitação?

É primordial de toda a reabilitação na sua estadia cá. Na motivação para estar cá, na motivação para a reabilitação. Para no fundo estar motivado para se auto-mover, auto-cuidado, ir a casa ao fim-de-semana. Ele mais do que ninguém.

Quais os obstáculos que identifica para que não se desenvolvam mais práticas de Educação para a saúde na RNCCI?

A abertura das famílias para receber os seus familiares em casa, por exemplo em muitos casos, o doente entra por 30 dias, e no segundo dia a família já está a perguntar como podem prolongar até 90 dias. Outros familiares que trabalham todo o dia, às vezes a vontade até existe, mas não existe disponibilidade. Envolver mais as famílias no processo de reabilitação, as pessoas ainda confundem com um lar e quando o visitam é a típica visita de quando o doente está no hospital. As pessoas apesar dessa educação, desse ensino, ainda chamam o enfermeiro, ou o auxiliar para a transferência do pai para a cadeira. É preciso mudar mentalidades.

O que pensa que se poderia fazer no âmbito da Educação para a Saúde na RNCCI?

Mais ensinios.

Entrevista ao enfermeiro C3

Como é que define Educação para a Saúde?

Tendo como base a informação aos doentes acerca dos riscos para a sua saúde, sobre os comportamentos que devem evitar para prevenção de futuros problemas, e adopção de comportamentos saudáveis que poderão promover.

Quais são as práticas de Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)?

Nós geralmente baseia-se em sessões que realizamos com os doentes e familiares, vamos informando, detectamos em primeiro lugar algumas dificuldades que os doentes têm, definimos

as estratégias e comunicamos ao doente as estratégias para as superar, com ensino e demonstração. Um maior número de ensinamentos é informal.

Quais os obstáculos que identifica para que não se desenvolvam mais práticas de Educação para a saúde na RNCCI?

Por vezes a família ignora os problemas do doente, o próprio doente também não aceita. Não percebem a necessidade que têm, por vezes nem ligam nenhuma. Quando os doentes até colaboram em casa, quando não têm muita retaguarda, ou as condições físicas do meio não ajudam.

O que pensa que se poderia fazer no âmbito da Educação para a Saúde na RNCCI?

Quando os doentes estão aqui três meses, nós temos mais tempo para avaliar as necessidades, quando está apenas um mês o tempo torna-se pouco, e percebemos que ficou muita coisa por abordar ou aprofundar. É mais por aí, o tempo e a disponibilidade das famílias.

Existem indicadores de resultado?

Sim, sim, principalmente após os ensinamentos informais, nós já notamos que eles se esforçam para aplicar o que nós lhes ensinamos.

Em que medida é que responsabilizam o doente pelo seu processo de reabilitação?

Tentamos responsabilizar o doente, fazendo-o perceber que grande parte da reabilitação não depende só de nós mas principalmente dele. Tentamos chamá-lo atenção, dizendo-lhe que tem um problema mas que é possível recuperar, tentamos motivá-los dar-lhes um bocadinho de coragem. Potenciar as capacidades deles, valorizar as vitórias por mais pequenas que elas sejam, para que ele possa dar o seguinte. Eles sabem quais os comportamentos que devem mudar, mas alguns continuam a fazê-lo, quanto à alimentação, sedentarismo, tabagismo e contraceção.

Entrevista ao enfermeiro C4

Como é que define Educação para a Saúde?

A educação pode ser para uma população sobre uma causa ou uma doença, ou pessoal. Por exemplo para um grupo de diabéticos ou um esclarecimento individual. Pode ser feita ao nível da Prevenção primária, secundária ou terciária ou da Promoção.

Quais são as práticas de Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)?

Realizamos em maior número a doentes diabéticos, prevenção, complicações, vamos esclarecendo o doente e o familiar. Também aos doentes com AVC. Consoante o doente e a doença, mesmo que tenhamos um grupo de diabéticos, não o fazemos em conjunto, é sempre em particular para percebermos melhor as necessidades.

Quais os obstáculos que identifica para que não se desenvolvam mais práticas de Educação para a saúde na RNCCI?

Quando é direccionado ao doente, por vezes o nível de compreensão nos AVC's às vezes está comprometido, então quando estão com disartria, ficamos sem perceber se o doente percebeu ou não. Outra dificuldade sentida é quando tentamos abordar o prestador de cuidados acerca dos cuidados, sobre a doença, o que podem fazer. Alguns prestadores mostram-se renitentes a participar e a incluírem-se, e nós fazemos um esclarecimento. Quando estamos a trabalhar nós já fazemos, ao doente por exemplo sobre a transferência, ao familiar na hora da visita, convidámo-lo a entrar, a verem como se faz. Não digo que às vezes o tempo não seja uma limitação, mas é mais ao nível da compreensão e da adesão.

Qual o impacto das vossas práticas de Educação para a Saúde nos doentes?

É individual, porque nem todos a fazem da mesma maneira. Alguns só explicam e não demonstram. É diferente de enfermeiro para enfermeiro a forma como fazem o esclarecimento. Mas existem passos que todos seguimos, por exemplo no AVC, primeiro explicamos o que é, só depois é que explicamos como é que é o banho, o vestir e o despir.

Em que medida responsabilizam o doente pelo seu processo de reabilitação?

Responsabilizo, incluo muito no processo de reabilitação, porque se ele não colaborar comigo, não vou ter resultados positivos. Por isso digo-lhe que é uma chave fundamental para a reabilitação.

O que pensa que se poderia fazer no âmbito da Educação para a Saúde na RNCCI?

Acho que poderia haver, sinceramente não ocorre nada. Sou a favor de ser individual e não em grupo, para melhor percebermos os problemas. Acho que temos que incluir mais a família, mesmo na hora da visita, em vez de deixá-los cá fora, aproveitar a hora da visita para incluir o familiar. Muitas vezes fazemos os ensinamentos e perguntamos se percebeu ou não, mas se os incluirmos na hora da visita já conseguimos perceber se percebeu ou não.

Existem indicadores de resultado?

Não, mas temos a escala de Lawton, que nos ajuda a perceber o que foi reabilitado. Também através da nossa observação, registos de enfermagem podemos tirar as nossas relações.

Entrevista ao enfermeiro C5

Como define Educação para a Saúde?

É um processo de promoção de conhecimentos e de capacidades para determinadas acções. A Educação para a Saúde tem vários níveis de intervenção, ao nível dos conhecimentos, em que ensinamos, dotamos as pessoas de conhecimentos, depois um nível mais prático de instrução e treino. Dirige-se não só aos doentes, como a pessoas que tenham potenciais problemas, em todas as faixas etárias, temos que seleccionar os problemas que sejam mais pertinentes, digamos de acordo com as suas necessidades. É um processo de aquisição de conhecimentos, capacidades que os dote de recursos que lhes permitam enfrentar determinadas situações, de modo a darem uma resposta adequada no momento.

Quais são as práticas de Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)?

Fazemos Educação para a Saúde, no âmbito do doente diabético, doente com AVC, quanto à alimentação, gestão do regime terapêutico e da actividade física. Estamos numa unidade de

cuidados continuados, acreditamos na melhoria das capacidades dos doentes e preparamo-los para o regresso a casa, com aquisição de uma maior autonomia nos auto-cuidados, diabetes, hipertensão. Os mais frequentes são a alimentação e gestão do regime terapêutico.

Quais os obstáculos que identifica para que não se desenvolvam mais práticas de Educação para a saúde na RNCCI?

Termos mais tempo, principalmente com os prestadores de cuidados. Porque o prestador responsabiliza-se mas marca-se o ensino, se for necessário uma segunda marcação, não tem disponibilidade, isso deixa-nos intrigados, se eles agora não podem como é que vão poder em casa. Dentro da equipa a gestão das actividades que temos para desenvolver, às vezes o tempo não é o suficiente para a Educação para a Saúde. Tempo nosso e o de prestador de cuidados. Outro obstáculo é a articulação com os cuidados de saúde primários, nós fazemos uma carta com o que o doente necessita no domicílio, nós não sabemos até que ponto se faz o que sugerimos, por exemplo colocar uma barra na casa de banho. Por exemplo essa pessoa leva os ensinamentos sobre posicionamentos, deambulação, se o enfermeiro do Centro de Saúde, ou os enfermeiros das equipas integradas na rede, fizessem uma avaliação, podiam verificar caso o prestador não demonstra-se, podíamos perceber que na unidade o conjunto falhou. Mas não existe.

O que pensa que se poderia fazer no âmbito da Educação para a Saúde na RNCCI?

Acho que era útil que a rede tivesse enfermeiro de referência por pessoa internada. Era bom tanto para o doente, como para a família. Porque às vezes existe uma falha, nem todos fazemos da mesma maneira. Existe uma base, um conjunto de conhecimentos teóricos que devem guiar os nossos cuidados, o suporte crítico dos panfletos, digamos que é importante, mesmo para os Centros de Saúde saberem o que ensinamos. Não, ninguém me disse como se faz, faço de acordo com as necessidades identificadas. Os prestadores de cuidados acham que numa vez aprendem, eu fico receosa se eles sabem ou têm vergonha de perguntar.

Qual o impacto dos cuidados no doente?

Nota-se resultados imediatos, o escovar os dentes, um braço hemiparético. Procuramos dar ao doente o tempo que necessita para fazer a actividade. Num doente hipertenso, nós esperamos

que o doente o faça no domicílio, alertamo-lo para a alimentação que fazem aqui que devem manter em casa.

Existem indicadores de resultado?

Não.

Em que medida responsabiliza o doente pelo seu processo de reabilitação?

Quando um doente é consciente é capaz de intervir activamente, todos são capazes de intervir activamente, mais os que tem potencial cognitivo para o fazerem. Temos alguns doentes que pensam que estão aqui para os substituímos nas actividades e é lhes dito que depende deles, têm que ter um papel activo e é-lhe dito que apesar da dureza, aqui nos cuidados continuados não estão a fazer nada. O doente respondeu-me que eu estava a trabalhar, que eu tinha que cuidar dele, mas o cuidar dele não era substituí-lo. Eles tem que perceber, solicitar, ser muito interventivos e serem responsáveis. Nós não temos que estar sempre lá. Eles têm conhecimentos, capacidades. É muito difícil de explicar que os resultados das complicações não se vêem logo.

Entrevista ao enfermeiro C6

Como é que define Educação para a Saúde?

Acho que são os ensinamentos para atingir o bem-estar físico, mental.

Quais são as práticas de Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)?

Nós fazemos ensinamentos ao doente e família, porque quando percebemos alguma coisa, mesmo com as famílias. Tem a ver com os cuidados directos ao doente, alimentação, higiene, dieta do diabético.

Quais os obstáculos que identifica para que não se desenvolvam mais práticas de Educação para a saúde na RNCCI?

É complicado depende das capacidades de compreensão e de aceitação, nem sempre as pessoas estão dispostas a aceitar a mudança de hábitos marcados.

O que pensa que se poderia fazer no âmbito da Educação para a Saúde na RNCCI?

Deviam haver mais acções de formação, divulgação, colocar a informação em cartazes sobre assuntos mais pertinentes, algumas coisas são mais sazonais, outras são permanentes. A alimentação, temos outras valências onde estão afixados cartazes para os doentes e família.

Qual o impacto dos cuidados nos doentes?

O que nós fazemos é o registo dos itens de ensino no processo de cada doente, temos uma folha própria que está anexa ao processo do doente. Fazemos as devidas sessões de acordo com as necessidades ao doente e família, mas é um bocado, não é uma forma metodológica, é mais das atitudes dos cuidadores e dos doentes que nós vemos.

Existem indicadores de resultado?

Não. Acho que não temos uma taxa alta de reinternamentos, mas tenho conhecimento de que em outras unidades, existem reinternamentos. Muitas vezes são doentes que conseguiram atingir determinados objectivos no internamento, mas depois vão para casa, ou por maus cuidados do cuidador ou más condições agravam o seu estado e voltam a ser integrados na rede. Outras vezes o quê que acontece, é que doentes internados nas unidades de média duração e não têm nenhum tipo de suporte, vão para casa algum tempo e depois voltam.

Em que medida responsabilizam o doente pelo seu processo de reabilitação?

Responsabilizamos de forma informal, tentamos fazer ver ao doente, tentar fazê-lo perceber que sem a ajuda dele, não conseguimos que ele se recupere e readapta à sua situação. Normalmente eles são o centro da nossa actividade, mas a percepção da maior parte dos doentes, é que eles são um mero objecto e nós é que vamos implementar acções. Temos que os fazer ver que parte mais deles o processo de reabilitação do que da parte dos técnicos. Alguns doentes não colaboram na medida das suas possibilidades, não diria bem acomodar, alguns acham que não vale a pena tentarem fazer algumas coisas que eram capazes de fazer, porque podem ser substituídos. Temos muita dificuldade nesse sentido, por exemplo o comer é um bom exemplo, temos doentes que no início tinham alguma capacidade para comerem não a totalidade da refeição, nem todas as refeições, daí podem desenvolver com o tempo a capacidade de comerem sozinhos. Alguns acham que devem ser substituídos, que não vão conseguir, e a família também acha, porque acha que quando nós tentamos ajudá-lo a

recuperar, que não estamos ajudar, mas que estamos a ser mauzinhos. Mas eles à socapa substituem-no.

Acho que é o único que identifico, é a necessidade de colaboração.

Entrevista ao enfermeiro C7

Como é que define Educação para a Saúde?

Não sei muito bem, explicar não é, é uma técnica, uma maneira, de educar, ensinar comportamentos de forma a prevenir ou remediar comportamentos já existentes que podem prejudicar a sua saúde.

Quais são as práticas de Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)?

São as actividades de vida diárias, promover estilos de vida saudáveis, de alimentação, higiene, hipertensão e diabetes. Reforçar determinados estilos de vida, para nos adaptarmos à mudança de comportamentos para uma melhor qualidade de vida.

Quais os obstáculos que identifica para que não se desenvolvam mais práticas de Educação para a saúde na RNCCI?

A família, muitas vezes. É assim, nós fazemos Educação para a Saúde ao doente quando ele é consciente e colabora, fazemos diariamente em cada actividade que vamos fazendo, nós aproveitamos e fazemos educação para a saúde de determinado comportamento que tenhamos verificado, como por exemplo no banho, ou incentivar os cuidados de higiene. Efectuamos Educação para a Saúde à família, que é uma coisa programada ou não, mas a família muitas vezes marca ensinamentos connosco e não a parece, ou aparece com pressa, que tem horários a cumprir, um bocadinho para fugir aos ensinamentos. Porque ao nível da instituição, não há obstáculos, o tempo é um bocadinho limitado, mas podemos distribuir panfletos, aceder à Internet para pesquisar determinado assunto, se quisermos apresentar ao doente algum assunto. A família é um bocadinho renitente, acham que em casa não podem fazer assim, são renitentes à mudança de comportamentos.

O que pensa que se poderia fazer no âmbito da Educação para a Saúde na RNCCI?

Acho que poderíamos envolver mais a família, fazer com que participassem mais, ao nível do Centro de Saúde cativarem a família a colaborar mais. Aqui é um bocadinho difícil, não sei.

Como avaliam o impacto dos cuidados?

Não temos forma de avaliar, podíamos avaliar *a posteriori*. não sei. *A posteriori* não, tem de ser na hora, se mostra habilidades. Ao nível da mudança de comportamentos, estilos de vida saudáveis, referentes à diabetes, hipertensão não podemos comprovar, porque não temos uma avaliação *a posteriori*, se calhar é isso que falta. No pós alta não existe, existe no internamento, se ele é capaz ou não de fazer, nos ensinos com a família, a família faz a demonstração dos cuidados que aprendeu, alimentação, hidratação, conforto, higiene, referentes ao estilo de vida é difícil, a alimentação, o número de refeições por dia, o exercício físico, não fazemos.

Em que medida responsabilizam o doente pelo seu processo de reabilitação?

Fazê-lo participar em todas as actividades de vida diárias preconizadas no plano de cuidados daquele doente. Intervenção ao nível do banho, que ele seja o mais independente possível. É-lhe dito, que a recuperação dele depende da colaboração dele nas actividades. É-lhe explicado aquando da admissão. É um dos objectivos de internamento, é a colaboração dele e da família na sua recuperação. Verifico que se responsabilizamos os conscientes, querem eles próprios intervir nesse processo, eles próprios vão ter ao ginásio para a fisioterapia, não querem que os venham buscar. Vão começando o banho antes de chegarmos. De uma maneira geral vemos isso. Uma senhora vai ser transferida da convalescença para a média, ela acha que nem precisa, que já faz as coisas sozinha.

Entrevistas aos doentes

Entrevista ao doente D1

Já ouviu falar em Educação para a Saúde? O que é?

Sim, a saúde é preciso educá-la, havendo cuidado com alimentação e com as coisas que são precisas fazer-se.

Antes do seu internamento aqui, o que fazia pela sua saúde?

Eu muito pouco, por mim nada ou muito pouco, poderia até estar melhor se tivesse feito mais, mas pelo homem e pela filha fazia. Sei que é preciso ter cuidado. Não faço digestões, sou tão descuidado que quando fui operada podiam operar-me às duas hérnias, eu é que não me queixei.

O que apreendeu com os enfermeiros para melhorar a sua saúde?

Ora bem acho que ter muita higiene, que já a tinha, mas aqui são muito esmerados, melhor se fica, na alimentação, fazer uma alimentação mais adequada mais equilibrada.

O que sabe sobre o que deve fazer para reabilitar a sua saúde?

Disseram que tinha de ter muito cuidado com alimentação, e para não me precipitar, como o enfermeiro me vinha a dizer a respeito de eu me estampar lá no quarto, porque eu sou muito descuidada, porque às vezes o telefone toca. Eles vêm logo para eu atender, são uma simpatia e fazem-me as melhores recomendações, que nem sempre são ouvidas, que eu admito que sou descuidada.

Entrevista ao doente D2

Já ouviu falar em Educação para a Saúde? O que é?

Não, verdadeiramente não.

Antes do seu internamento aqui, o que fazia pela sua saúde?

Ora bem, exercício não fazia, como o meu trabalho era de pé, eu chegava a casa queria era deitar-me ao cumprido, não vou dizer que fazia porque não fazia. A alimentação, acho que fazia

a minha alimentação para a minha saúde, não sei se estava correcta ou não, mas para mim estava, só se era mais um bocado de pão ou arroz, mas comia muitos legumes, verduras, saladas, queijo, iogurtes em geral tudo magro. Não sei o quê que foi. Só se foi sistema nervoso.

O que aprendeu com os enfermeiros para melhorar a sua saúde?

Aprendi na alimentação, era mais ou menos a que eu como, não é muito diferente da minha, não gosto muito de brócolos, couve-flor, mas como, mas a alimentação é mais ou menos a minha em menos quantidade, fora o resto não sei.

Falou-me que tem um sistema nervoso facilmente alterável, aprendeu alguma coisa?

Ora bem, ainda não me falaram nisso, aqui estou bem, a nível das tensões tão controladas, para mim o sistema nervoso é que me sobe as tensões, mas aqui não tenho motivos para me enervar, tenho tudo à minha frente, não tenho grande coisa a dizer.

O que sabe que deve fazer para reabilitar a sua saúde?

Sei me vestir, sou independente, dependente ou independente? Independente, a única coisa que ainda não consigo é apertar o soutien, de resto calço-me, vesti-mo, roupas práticas, um botão das calças não consigo, visto um casaco, tomo banho só, deito-me na cama só, levanto-me da cama só, acho que já faço muita coisa. Para ir para casa, acho que já estou desenrascada.

A minha mãe quando esteve aqui há 14 anos, tive uma má impressão, eu e a minha irmã, acho que a minha mãe não estava a ser condignamente tratada, porque na hora da visita, estava sempre suja, coisa que não faltava roupa no armário, ao menos na hora da visita, para a gente não ver. A minha mãe esteve aqui um mês e tal, teve alta, não nos disseram se sabe pô-la enxuta, ensinar a mudar fraldas, calçá-la, ela não movimenta, para não ganhar chagas, nada!!!

Nós em casa é que aprendemos a tratar da minha mãe. Graças a Deus, a minha mãe nunca ganhou nenhuma chaga. Pronto, já não é de ganhar, não é! Ganhou o ano passado, porque esteve em coma por causa dos diabetes altos, mas depois veio para casa e nós lá a tratamos. Aprendeu a comer, temos lá a mulher que está um espectáculo.

Aqui, agora à muita higiene, aliás à aqui higiene que não vejo em Famalicão. Desinfectam os colchões todos os dias, a nível de enfermagem, também, se nos vêem de cabeça deitada, perguntam-nos se está tudo bem, se nos vêem de lágrima no olho, tentam-nos animar, portanto às vezes vou a casa só para me chatear, não vejo as coisas à minha ideia, às vezes até digo ao

meu marido, isto que eu tive, foi um sinal para vós, não foi para mim, foi para vos ensinar a trabalhar e dar valor à mulher, porque vós não sabíeis dar. Estavas habituado à velhinha para tudo, não sabia quando é que tinha de pagar a luz, água, o telefone, ainda hoje sou que pago a renda, tem que fazer umas contas, sou eu que as faço, fica à minha espera para fazer isso. Eu digo estás à minha espera para fazer isso, ele diz, ó Maria tu consegues bem fazer isso.

Esse aspecto, falo, muitas vezes, ó homem eu agora não presto para nada, já não sou como era antigamente, ele diz-me, ó Maria isso não tem nada a ver, tu não te achas tão ... ; há pessoas que tiveram AVC, ficaram todas paralisadas, tu não, já me vais ensinando a cozinhar, depois de estar aqui, já me ajudaste em algumas coisas.

Isto é um exemplo para vós, Deus quis pôr-vos à prova, porque é verdade, estavam sempre à espera da Maria.

Eu disse, que às vezes isto dá divórcios, eu disse-lhe mesmo, eu já não valho o que valia (pisca o olho), tu não me queres deixar? Diz ele - estás tola Maria!

Eu agora, já não descasco batatas, tu é que cozinhas. Diz ele, não descascas agora, mas vais descascar, assar cabrito e tudo. Tu não estás assim tão parada, ainda dás um beijicos e tudo. (risos) Tenho medo disso, tenho... olhe vou para um lar, ele diz que eu estou tola! Eu já me achava mais que na obrigação de tratar do meu marido, mas ele acho que não está preparado para tratar de mim. Mas fez coisas, que eu nunca pensei que fizesse, ele nem do IRS, era só trabalhar, em casa nada. Descobri qualidades, lá se vai arranjando, vai cozinhando mais ou menos como eu, eu é que daqui lhe dou dicas do hospital, eu estou aqui e estou lá. A minha família tem ajudado, as minhas irmãs passam a ferro, tem chave, vão lá a casa, vêem se à roupa para lavar, o meu marido lá dobra a roupita, as meias, as cuecas. Estende roupa, coisa que ele nunca fez, apanha a roupa, ele dobra a roupa, às vezes mistura uma toalha da casa de banho com os panos da cozinha, eu tiro e não digo nada, pronto começo-me a rir. Faz um bocado mal, mas faz.

Entrevista ao doente D3

Já ouviu falar em Educação para a Saúde? O que é?

Para ser franco, não lhe sei responder.

Antes do seu internamento aqui, o que fazia pela sua saúde?

Ora bem, tinha e não tinha porque eu até aos 40 anos nunca fui aos médicos, nem tomei medicamentos, depois dos 40 anos apareceu-me a artrite reumatóide, comecei a andar de médico em médico e enfim. Sempre a gastar dinheiro, corri os melhores médicos do Norte, e para nada. Desde aí é que eu comecei a tomar medicamentos e a tratar da saúde, mas aí já era tarde.

O que apreendeu com os enfermeiros para melhorar a sua saúde?

Eu aqui para melhorar a minha saúde, praticamente, vou ser franco, o que eu aprendi e nada, foi a mesma coisa, eu já vinha cheia de andar em ginásios e fisioterapia, a fisioterapia é igual aos outros ginásios. Eu só não ando no caminho, à hora, a fisioterapeuta vem me buscar e traz-me e eu não ando nos caminhos, isso interessa ao doente, está mais sossegado, mais tranquilo. No que diz respeito, à fisioterapia, não sei se vou ofender alguém ou não, mas nos outros ginásios, o médico vê o doente antes da fisioterapia, aqui não, são as fisioterapeutas que fazem ao entender delas, não é o médico que prescreve nada.

O que sabe sobre o que deve fazer para reabilitar a sua saúde?

Praticamente, não me dizem nada, como tenho andado bem, não me dizem nada, perguntam-me se preciso de alguma coisa. Para tratar da minha saúde tenho de tomar o medicamento certo para ir amparando.

Entrevista ao doente D4

Já ouviu falar em Educação para a Saúde? O que é?

Não.

Antes do seu internamento aqui, o que fazia pela sua saúde?

Eu não vou dizer que tinha, porque não tinha e demais era diabética, comia pouquinho, mas de tudo. Menos sal, porque diziam, que era a morte da saúde, pão comia integral, às vezes tinha desejos comia um bocadinho do normal. Comia muita hortaliça, eu e um filho gostávamos muito. Vinho passava-se 15 dias, às vezes num jantar melhoradito, bebia um copo de vinho. Mas antes bebia, um ou dois o que calhava, não era embebedar. Sou diabética, às vezes pico o dedo, às vezes fico parece que me deitaram um copo de água por mim a baixo, vinha a minha filha, pica-me o dedo, nem chegava aos 50, lá comia umas bolachas era o meu tratamento.

O que aprendeu com os enfermeiros para melhorar a sua saúde?

Olhe, o que aprendi foi no comer, que aprendi que a gente come sem sal, custa-me muito comer, a sopa sem sal, meu Deus... eu fazia meio sal, e o meu filho dizia que não tinha sal. Agora aqui a comida é sobre o insosso, mas eu em casa já fazia assim, agora a sopa sem sal!? O arroz é gostoso. Nunca me explicaram nada da alimentação, dão-me, mas eu como já estive no hospital há 2 anos já sabia.

Aprendi que são muito boas pessoas, muito carinhosas, para mim tem sido muito boas mesmo. Não posso dizer mal disto. Mas não me disseram nada, mas não sou parva, os olhos vêem e a gente aprende. Só um cego é que não vê, não aprende. Há 30 anos, não havia nada disto, não havia tantos médicos, enfermeiros. Não é nada do que é para comparar com o que é hoje. Nas aldeias, houve sempre um atraso, mas agora nas aldeias, tudo tem aumentado.

O que sabe sobre o que deve fazer para reabilitar a sua saúde?

Comer bem.

Entrevista ao doente D5

Já ouviu falar em Educação para a Saúde? O que é?

Não.

Antes do seu internamento aqui, o que fazia pela sua saúde?

Fazia muito, fumar nunca fumei, beber há 30 anos que não bebo, e também tenho lutado muito pela minha saúde, não com medicação, que eu não sou viciada, mas tomo a medicação certinha porque eu tenho mais problemas, não como salgados, gorduras e não como exagerado.

O que aprendeu com os enfermeiros para melhorar a sua saúde?

Aprendi muito, o bom tratamento, o respeito que têm pelas pessoas, muito carinhosas, fazem tudo por nós. É pena que eu não possa estar mais tempo.

O que sabe sobre o que deve fazer para reabilitar a sua saúde?

Que eu tenho que andar muito, ter força de vontade porque eu sou um bocado preguiçosa, e eles então dão-me muito nesse aspecto. Porque há dias em que me sinto triste e sem coragem para me movimentar, e é por isso que às vezes relaxo um bocadinho (risos), as coisas da vida também dão para isso. Eles não me dizem isso, eu é que digo. Eles nunca me disseram. Não, ainda não me falaram, mas também vêem que eu não como o prato todo. É assistência que me leva a comida, desde que o meu marido teve o AVC. Antigamente não havia isto dos continuados, foi para casa.

Mas trabalhou num hospital?

Sim, porque tinha trabalhado 20 anos num hospital na Alemanha. Se não fosse a minha experiência de ver e perguntar, ninguém me perguntou nada. Só me diziam para aguardar, e andou três anos na recuperação. Ainda estive umas três semanas à espera de ir para a recuperação. Era muito diferente, o meu marido tinha 54 anos, era muito diferente, a gente vê aqui.

Depois com o tempo começou a levantar-se, com uma canadiana, à coisa de 4 anos caiu, ganhou medo, em casa anda. Mas o pé do lado que lhe deu o AVC, ficou torto, nem todo o calçado lhe serve, a minha filha traz-lhe as sapatilhas da Alemanha. Até eu tenho medo que ele parta o pé, porque ele pousa mesmo o tornozelo, porque ele vira o pé todo. Nós víamos o que

púnhamos aos doentes, nós é que fazíamos o pequeno-almoço, o almoço, até às 3 da tarde fazíamos aquilo tudo. Porque a gente sabe o que come um diabético, um AVC. O meu marido é diabético, sou eu que o trato. Aprendi por minha conta, muito lá, nem em viciar-me em medicação, é preciso sofrer um bocadinho, se não só medicação.

É assim que curei o meu marido com diabetes, e olhei por ele, e como tenho tratado com os problemas que ele tem e com os meus. Uma malguinha de leite para o meu marido, e para mim mais um bocadinho que eu gosto muito de leite, depois ao meio-dia um pratinho de comer, sempre a comida diferente, depois se nos apetecer uma peça de fruta comemos, tomamos sempre um cafezinho. A meio da tarde, comemos ou uma torradinha, mas tudo integral, ou um bocadinho de queijo ou margarina “Becel” e uma malguinha de leite com cevada ou só leite. À noite, é a malga da sopa, que não queremos mais nada, o prato da sopa com muita hortalíça. Às 10.30 da noite, são as bolachas com o leite, e ainda havia de ser para o meu marido a meu da manhã, mas ele não quer, que ele dorme. A nossa vida é assim, todos os dias fazemos isso assim, e ainda assim a gente é doente, quanto mais se desistíssemos dessa guerra.

Entrevista ao doente D6

Já ouviu falar em Educação para a Saúde? O que é?

Educar, já não há quem eduque, porque ela estraga-se pela mão da gente. A começar pelas mulheres, quando não querem ter filhos. É assim que eu penso, não penso de outra maneira. Porque a minha mãe criou 10 filhos e nunca deixou nenhum cá fora. Porque as mulheres hoje não querem andar mamadas, não querem andar mijadas, não querem que lhes puxe pelos peitos e depois é tudo à base de remédios, pode ser que eu me engane mas não me engano, graças a Deus.

Antes do seu internamento aqui, o que fazia pela sua saúde?

Sim, não fumava, não bebia bebidas chocas, não me metia com certas companhias, porque certas companhias levam a maus caminhos.

O que apreendeu com os enfermeiros para melhorar a sua saúde?

Como o que posso comer, vejo o que posso comer e faço por andar. Porque eu já estive em Braga no terceiro andar, andava tanto como aquele senhor (refere-se a um senhor acamado que se encontrava ao lado).

O que sabe sobre o que deve fazer para reabilitar a sua saúde?

Podendo comer é o essencial, injeções quanto menos melhor.

Comer, é mais ou menos como veio agora, (referindo-se a uma carne cozida) mas não é sempre o mesmo. Pouquinho, como de tudo, mas muita coisa não como muito, por não levar sal, eu já disse à senhora doutora, para deixar deitar um bocadinho. A sopa nunca deixei a sopa. Na hora de comer, comer, tomar sempre os remédios. Comer bem, a sopinha, de manhã dois triguinhos. Quando for para casa da minha filha, a minha filha põe um bocadinho de colorau, cebola e pimenta. Na minha aldeia não tenho o zelo que aqui tenho, puxo um cordão e já estão elas aqui, às vezes demoram um bocadinho, mas também não é força para aqui estar. O comer da aldeia não compara nada com este, é melhor basta ser cozinhado na braseira. É tão diferente, como o frango do campo para o do aviário.

Entrevista ao doente D7

Já ouviu falar em Educação para a Saúde? O que é?

Não.

Antes do seu internamento aqui, o que fazia pela sua saúde?

Tinha, tinha, eu foi porque caí. Tinha uma boa alimentação, acho que é o principal. Comia como calhava, batatas cozidas com peixe, carne cozida e fruta. Banana não porque eu sou diabética. Sabe que a gente, não sendo rica come o que calha.

O que apreendeu com os enfermeiros para melhorar a sua saúde?

Faço o que eles me dizem, para não comer com açúcar, porque é o que faz mal.

Para não comer fruta doce, a banana. Aqui é dieta. Em minha casa era com um bocadinho de sal, aqui não tem nenhum. Agora vou para a fisioterapia, depois vou almoçar e à tarde não faço nada, não se faz nada.

O que sabe sobre o que deve fazer para reabilitar a sua saúde?

O tratamento.

Qual é o tratamento?

Ai, não sei. Não sei dizer que tratamento é. Tenho que seguir o que o médico me disser

Entrevista ao doente D8

Já ouviu falar em Educação para a Saúde? O que é?

É sobre o álcool, sobre o tabaco.

Antes do seu internamento aqui, o que fazia pela sua saúde?

Não, por isso é que eu digo aos meus filhos para não fumarem, não beberem para não darem cabo da saúde deles como eu dei da minha.

O que aprendeu com os enfermeiros para melhorar a sua saúde?

Não se houve falar em nada. Não, ouço no rádio.

Já não bebo, isso faz-me bem. Deixei de fumar há um ano, deixei de beber há um ano e tal. Tive a trombose há 2 anos. E eu sei porquê que foi.

O que sabe sobre o que deve fazer pela sua saúde?

Vi que um doente saiu bom. É a alimentação.

ANEXO IV

Guião das Entrevistas aos enfermeiros

Guião das Entrevistas aos enfermeiros

Como define Educação para a Saúde?

Quais são as práticas de Educação para a Saúde que prestam na RNCCI?

O que pensa que se poderia fazer no âmbito da Educação para a Saúde na RNCCI?

Quais os obstáculos que identifica para que não se desenvolvam mais práticas de Educação para a Saúde na RNCCI?

De que forma, sentem o impacto das práticas de Educação para a Saúde nos doentes?

Existem indicadores de resultado?

Em que medida responsabilizam o doente pelo seu processo de reabilitação?

ANEXO V

Guião das Entrevistas aos doentes

Guião das Entrevistas aos doentes

Já ouviu falar em Educação para a Saúde? O que é?

Antes do seu internamento aqui, o que fazia pela sua saúde?

O que aprendeu com os enfermeiros para melhorar a sua saúde?

O que sabe sobre o que deve fazer para reabilitar a sua saúde?

ANEXO VI

Declaração de consentimento informado

Declaração de consentimento informado

Caros Senhores, sou aluna do 2º ano do Mestrado em Educação para a Saúde da Universidade do Minho, e nesse sentido, pretendemos desenvolver uma dissertação sobre “a percepção dos doentes e enfermeiros sobre as práticas de Educação para a Saúde dos na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”.

Com este propósito, gostaríamos de obter a sua colaboração, ao conceder-nos uma entrevista, para a qual solicitamos a utilização de gravador, com o nosso compromisso de que serão respeitadas todas as imposições éticas inerentes a um trabalho de investigação, nomeadamente a preservação do anonimato e da intimidade dos entrevistados, pelo que as gravações serão destruídas após o cumprimento da sua finalidade.

Se se considera bem informado e aceita participar neste trabalho, por favor assine o documento.

Muito obrigado.

Braga,...../...../.....

O entrevistado

O entrevistador
