


View metadata, citation and similar papers at core.ac.uk

brought to you by  **CORE**

FACTORES QUE CONDICIONAM A PROMOÇÃO DA AUTONOMIA DA PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO

Lourenço, M.*
Sousa, P.**

* Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor Adjunto; e-mail: marisa@esenf.pt

** Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor coordenador; e-mail: paulino@esenf.pt

RESUMO

O objectivo deste estudo foi identificar os factores que condicionam a reconstrução da autonomia no autocuidado após um evento gerador de dependência. Os dados foram colhidos por intermédio de entrevistas semi-estruturadas, em Outubro de 2010. Foram entrevistadas 13 pessoas no domicílio que já tinham estado internadas numa unidade de convalescença da rede nacional de cuidados continuados na área do grande Porto e que aceitaram participar voluntariamente no estudo, com idades compreendidas entre os 50 e os 75, sendo 8 do sexo feminino e 5 do sexo masculino. Os dados foram organizados através do Nvivo7 e analisados segundo o método de codificação descritos por Strauss e Corbin (1998, 2008). Tendo emergido como categorias de maior nível de abrangência: capacidade funcional; consciencialização; respostas do domínio psicológico à situação de dependência; falta de acesso à informação; conhecimento adquirido com experiências anteriores; percepção da mudança/diferença; dor, pessoas significativas; potencialidade do domicílio; processo patológico e intervenções dos prestadores de cuidados de saúde.

A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência é influenciada por factores intrínsecos e extrínsecos à pessoa, que podem ser facilitadores ou inibidores no processo de mudança.

Palavras-chave: autocuidado; autonomia; dependência; enfermagem.

ABSTRACT

The purpose of this study was to identify some factors that determine the recovery process of the autonomy of the person that is self care dependent. Data was collected by semi-structured interviews, October 2010. Participants are thirteen home-dwelling persons, discharged of a unit to promote autonomy in Porto, aged 50-75 years; five were male and eight female. Participants had been hospitalized from 30 to 45 days in the unit for recovery of autonomy in activities of daily living. All participants agreed to participate in the study voluntarily. The data was organized by Nvivo7 and analyzed by the method of coding described by Strauss and Corbin (1998, 2008). The results were the highest-level categories: physical functioning, responses to the psychological state of dependency, lack of information, knowledge from experience; perception of change, process familiar; ability of home; interventions by health caregiver. The reconstruction of autonomy is influenced by factors intrinsic and extrinsic to the person, facilitators or inhibitors to change.

Keywords: self care; autonomy; dependence; nursing.

INTRODUÇÃO

O momento inovador vivenciado com a Rede Nacional de Cuidados prescreve uma nova e diferenciada concepção ao nível dos cuidados com um aumento de interesse pelo domínio da promoção da autonomia no âmbito do autocuidado, situando as pessoas e as suas famílias no centro do atendimento, evidenciando alguns dos seguintes princípios:

- Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência;

- Definição periódica de objectivos de funcionalidade e autonomia;
- Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia.

Promover autonomia da pessoa no âmbito do autocuidado é promover a saúde pois a capacidade para o autocuidado está intimamente ligada com a saúde, sendo considerado como o factor que mais contribui para que as pessoas possam viver nas suas casas. Viver no domicílio é o indicador de qualidade de vida menos dispendioso para qualquer Serviço Nacional de Saúde, sendo um aspecto cada vez mais valorizado ao nível das políticas de saúde. Ao otimizar o autocuidado estamos a promover a qualidade de vida das pessoas, a aumentar a satisfação e por essa via a diminuir o recurso aos serviços de saúde. Apoiar no autocuidado implica aumentar a capacidade, a confiança e a auto-eficácia das pessoas (Backman e Hentinen, 1999; Soderhamn, 2000; Department of Health, 2006).

O presente estudo é parte integrante de um projecto que emerge de um percurso de Investigação-Ação, centrado na “Promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado: Que modelo de cuidados?”, que está a ser desenvolvido no contexto de uma Unidade de Convalescência, e tem como principal finalidade, projectar conjuntamente com os enfermeiros que trabalham no contexto desta unidade, um modelo de intervenção promotor da autonomia da pessoa dependente no autocuidado, capaz de a reintegrar no seio familiar e social.

Identificar “os factores condicionantes no processo de reconstrução da autonomia para o autocuidado, percepcionados pelos clientes internados na unidade de convalescência” é uma das estratégias projectadas para dar resposta à primeira de quatro fases que compõem o referido projecto, dado que, consideramos imperativo compreender do ponto de vista empírico, os aspectos que influenciam a eficácia no processo adaptativo face à incapacidade/dificuldade no autocuidado, e a sua evolução para a independência na dimensão intrínseca ao sujeito. E ainda, acreditando, que o reconhecimento desses factores, por parte do enfermeiro, será um contributo de modo a objectivar a sua tomada de decisão relativamente à escolha do diagnóstico e respectiva intervenção; à quantificação dos progressos; ao estabelecimento de novas prioridades e na avaliação da efectividade do programa.

A literatura refere o autocuidado como sendo um conceito situacional e cultural; envolvendo a capacidade de agir e tomar decisões; sendo influenciado pelo conhecimento, nível educacional, competências, valores, motivação, atitudes; o ambiente físico e sociocultural; o tempo; os recursos económicos; a percepção sobre o controlo individual de saúde; a informação; o locus de controlo; a auto-eficácia e auto-conceito; o status psicológico, a co-morbilidade, a etnia, a satisfação com os cuidados, e as crenças de saúde (Gantz, 1990; Proot, I, 1999, 2000, 2002, 2007; Jaarsma et al, 2000; Wýdra, 2001; Backman e Hentinen, 1999, 2001; Sacco- Peterson e Borell, 2004; Pereira, R., 2008).

Pelo que, pensar um modelo de cuidados processual e proactivo capaz de capacitar a pessoa dependente no contexto dos cuidados continuados, para o regresso a casa, potenciar e desenvolver competências cognitivas e técnicas nos doentes e/ou prestadores de cuidados de forma a estes serem capazes de auto regularem a sua condição de saúde dotando-os de recursos internos e externos que fomentem a continuidade dos cuidados, a qualidade de vida e a manutenção ou melhoria da sua condição de saúde, torna-se num desafio complexo e integral, sendo inevitável uma resposta interdisciplinar e multiprofissional no âmbito da saúde.

METODOLOGIA

Face à problemática do estudo, a opção metodológica recai num estudo exploratório e descritivo, em que os dados qualitativos recolhidos foram organizados com o auxílio do software NVivo7, e analisados segundo o método de codificação descrito por Strauss e Corbin (1998, 2008), dividindo-se em três tipos de codificação: aberta, axial e selectiva.

Participantes

Os participantes foram seleccionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- Pessoa com alta da unidade de convalescença, onde está a decorrer o trabalho de investigação.
- Aceitar participar no estudo de forma voluntária
- Ter capacidade de interacção.
- Residir na área do grande Porto.

Após uma selecção prévia, através da base de dados informática do serviço de secretariado da unidade de convalescença, fizemos um primeiro contacto via telefone com as pessoas seleccionadas, onde nos identificamos e apresentamos de forma breve o objecto e a finalidade do estudo, tendo sido agendado um encontro no domicílio das pessoas, que cumpriam os critérios de inclusão definidos. Com a obtenção do consentimento informado, no momento agendado para a realização da entrevista os participantes passaram a ser incluídos no estudo.

Incluímos um total de 13 participantes que passamos a caracterizar: Sexo - oito participantes do sexo feminino e cinco do sexo masculino; Idade - cinco participantes no intervalo entre 50-55 anos, dois entre os 56-60 anos, um entre os 66-70 anos e cinco entre os 71-75 anos; Estado civil - cinco participantes casados, cinco viúvos; dois divorciados e um solteiro; Habilitações Literárias - um dos participantes não frequentou qualquer estabelecimento de ensino, sete dos participantes com o primeiro ciclo, dois dos participantes com o 1º ano do 2º ciclo, um participante com o segundo ciclo, um participante com o ensino secundário e um participante com o primeiro ano da licenciatura em economia; Diagnósticos médicos - cinco dos participantes com patologia do sistema osteomular, cinco com patologia do sistema circulatório (acidentes vasculares cerebrais), dois com diagnóstico de síndrome de desuso e um com neoplasia (meningioma); Pessoa com quem vive - oito dos participantes coabitam com o cônjuge ou companheiro, um com a irmã e quatro vivem sozinhos.

Instrumento de recolha de dados

Utilizamos, como estratégia para a recolha de dados, a entrevista semi-estruturada, com definição prévia do tema central, dos objectivos e das perguntas orientadoras, tendo sido nossa aspiração que os participantes falassem livremente. Optamos por realizar audiograções das entrevistas, após devidamente autorizadas pelos participantes, garantindo desta forma a fiabilidade e validade da informação. Como método adicional, escolhemos as notas de campo, que reportam as observações de comportamentos considerados significativos durante a entrevista.

Procedimentos

Após a recolha dos dados iniciámos a codificação dos mesmos, tendo presente que a codificação é “a operação através da qual os dados são quebrados, conceptualizados, e repostos juntos de modos novos” (Lopes, 2003; p. 68), utilizando o método de análise comparativa constante descrito por Strauss e Corbin (1998, 2008) que se divide em três tipos de codificação:

- Codificação Aberta - processo analítico, pelo qual, os conceitos são identificados e as suas propriedades e dimensões são descobertos.
- Codificação Axial - procedimento de codificação onde os dados fracturados na codificação aberta são reorganizados, desta vez já agrupados em categorias, onde são estabelecidas relações entre elas. Processo complexo que envolve o pensamento dedutivo e indutivo.
- Codificação Selectiva - depois de cumpridos todos os procedimentos de codificação anteriores, chegou o momento de integrar as categorias emergentes e suas relações numa categoria central, que como o nome indica possui os outros conceitos integrantes de estrutura teórica girando em seu torno, procurando dar resposta à problemática inicial.

Codificar os dados de acordo com aos autores referenciados, para além da descrição, coloca-nos num modo conceptual de análise. Pelo que, os resultados da presente categorização foram focalizados no modelo teórico das transições de Meleis et al, (2000) e no modelo teórico de Beckman e Hentinen (1999, 2000).

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Centra-se nos factores que condicionam o processo de reconstrução da autonomia da pessoa dependente no autocuidado. Após o processo de categorização efectuado nomeamos como categorias de maior nível de abrangência: capacidade funcional; consciencialização; respostas no domínio psicológico à situação de dependência; recursos; falta de acesso à informação; conhecimento adquirido com experiências anteriores; percepção da mudança/diferença; dor; pessoas significativas; potencialidade do domicílio e intervenções dos prestadores de cuidados de saúde. Algumas destas categorias foram densificadas pelas subcategorias seguintes:

Capacidade funcional - capacidade para o banho, capacidade para se vestir, capacidade para se arranjar, capacidade para se alimentar, capacidade para andar, capacidade para se transferir, capacidade para desempenhar actividades de lazer e capacidade para uso do sanitário.

Consciencialização – consciencialização adequada e consciencialização inadequada

Respostas do domínio das emoções face à dependência - sofrimento, confiança, esperança, desespero, sentimento de impotência, tristeza, solidão e insegurança.

Respostas do domínio das atitudes face à dependência - envolvimento, força de vontade, atitude passiva, adaptação, vontade de viver, e crença religiosa.

Recursos - apoio social, terapia, tempo, internamento na unidade de convalescença, potencial do prestador de cuidados e produtos de apoio.

Intervenções do prestador de cuidados de saúde - elogiar, relacionar, encorajar, treinar, explicar, tranquilizar e instruir.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Um dos critérios de selecção dos participantes foi terem estado internados numa unidade de convalescença, o que implica, de acordo com a definição desta valência de internamento, pertencente à rede nacional de cuidados continuados, serem portadores de dependência funcional. Relativamente ao fenómeno que rotulamos por **capacidade funcional**, todos os participantes o percebem, pela via da sua condição de dependência face às actividades de vida diária. Ficou claro, pela análise dos dados que “estar dependente nas actividades de vida diária” é considerado uma experiência geradora de grande nível de stress, sendo acompanhado por uma panóplia de sentimentos geradores de elevados níveis de vulnerabilidade e fragilidade, que segundo os participantes, podem por em causa a sua vontade de continuar a viver.

Tal como em Meleis et al (2000), também no nosso estudo a consciencialização por parte dos participantes, da sua condição de dependência física e subsequente incapacidade para o autocuidado foi considerada como essencial para dar início ao processo de mudança e para a definição do nível de envolvimento e volição dos participantes nesse mesmo processo. Desta forma os participantes que revelaram uma percepção distorcida da sua condição de saúde adquiriam comportamentos de resposta às suas necessidades de vida diária desajustadas ao seu potencial de autonomia, pondo em risco a sua condição de saúde. Outro aspecto que realça da análise dos dados é que todo este processo de consciencialização da realidade acerca da condição da pessoa parece variar ao longo do tempo e de pessoa para pessoa.

As respostas do domínio psicológico face à dependência foram consideradas pelos participantes como de grande influência no processo de reconstrução da autonomia. Salientando a **força de vontade**, a **vontade de viver** e o **envolvimento**, como atitudes reveladoras de uma força interior e um interesse pela vida, que leva a pessoa a envolver-se na situação vivenciada e atingir determinada meta. Estas atitudes surgem associadas sobretudo a causas do domínio pessoal, familiar e a **crenças religiosas** e constituem-se como um factor facilitador do processo de recuperação. Neste domínio salientamos ainda sentimentos de **tristeza**, **solidão**, **desespero**, **sentimento de impotência e insegurança** que surgem associados: à percepção da incapacidade e da dependência; à falta de visitas por parte dos familiares, sobretudo os que viviam sozinhos; à falta de informação por parte dos profissionais de saúde e a processos patológicos desenvolvidos durante o internamento, que desencadearam um novo internamento no hospital de agudos e, como nos referem “um voltar ao início”.

Os recursos, mais referidos pelos participantes como facilitadores do processo de recuperação foram os **produtos de apoio**. Os participantes reconhecem ganhos a nível da autonomia, nos diferentes domínios do autocuidado,

quando os prestadores de cuidados de saúde têm intervenções no âmbito do ensinar/instruir e treinar, com alguns dos produtos de apoio existentes na unidade de convalescença (barras laterais de apoio, elevador de sanita e auxiliares de marcha). O **internamento na unidade de convalescença** foi considerado também, pela maioria dos participantes como muito favorável no processo de recuperação, estes declaram, que as pessoas que usufruíram desta oportunidade, podem-na considerar como um privilégio. Associado ao tratamento diário com **fisioterapia** e às atitudes de disponibilidade, empatia e profissionalismo dos **prestadores de cuidados de saúde**.

O **tempo** de internamento é na maioria das entrevistas relatado como insuficiente, pois, os participantes consideram que o nível de dependência nas actividades de vida diária e nas actividades instrumentais de vida, no momento da alta, os tornam ainda, na maior parte dos casos, dependentes dos seus familiares, situação que seria minimizada se prorrogassem a alta. O **potencial do prestador de cuidados** é reconhecido como um recurso importante, na reintegração dos participantes no domicílio e na continuidade dos cuidados.

A **falta de acesso à informação** por parte dos profissionais de saúde emerge mormente associada: à condição de saúde e incapacidade funcional; à finalidade de transferência para a unidade de convalescença; ao tratamento proposto, e às vantagens na utilização de produtos de apoio. Os participantes consideram a falta de acesso à informação, um factor inibidor da consciencialização, do envolvimento e da motivação, características consideradas por Meleis et al (2000) como essenciais para que a transição ocorra. Em suma, parece não haver dúvidas, que intervenções no âmbito do informar por parte dos profissionais de saúde são essenciais para o sucesso do processo de reconstrução da autonomia da pessoa dependente.

Intervenções dos prestadores de cuidados de saúde no domínio do **incentivar, elogiar, tranquilizar, encorajar, explicar e treinar**, foram referenciadas pelos participantes como muito facilitadoras do processo de reconstrução da autonomia no autocuidado.

A **Potencialidade do domicílio**, que definimos como o estado do domicílio para receber a pessoa dependente no autocuidado, foi referido pelos participantes como um factor inibidor do processo de recuperação. Os relatos eram dirigidos no sentido, de que, as condições de treino para o regresso a casa no contexto da convalescença, têm poucas semelhanças com a realidade de alguns dos domicílios. A maioria dos participantes refere que esta situação se coloca sobretudo ao nível da capacidade para usar o sanitário; capacidade para tomar banho, capacidade para se transferir e capacidade para uso de cadeira de rodas.

Percepção da mudança, isto é, os participantes consideram que o sentir-se diferentes ou serem visto de forma diferente durante o tempo de internamento, relativamente ao potencial de autonomia para o autocuidado é um factor que influenciou o processo de recuperação, facilitando-o ou inibindo-o, consoante o efeito e o **significado** atribuído pela pessoa a essa mudança.

O **controlo da dor** durante o internamento na unidade de convalescença emerge como um factor inibidor do processo de recuperação, devido á ineficácia do mesmo.

CONCLUSÃO

A reconstrução da autonomia para o autocuidado é uma experiência complexa e multidimensional, sujeita à influência de diversos factores. Podendo estes, serem intrínsecos e extrínsecos à pessoa e condicionarem o processo de mudança de forma facilitadora ou inibidora.

Concordamos com Meleis et al (2000), que os enfermeiros encontram-se muito bem posicionados para ajudar, a pessoa, nos processos de mudança, ou seja a alcançarem melhores níveis de saúde, integrando as suas perspectivas. Para tal é necessário trabalhar em função dos objectivos da pessoa e com ela.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BACKMAN, K. e HENTINEN, M. - Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 30, n.º3 (1999), p. 564-572.

BACKMAN, K. e HENTINEN, M. - Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol. 15 (2001), p. 195- 202.

Department of Health. Self Care - A Real Choice. *Self Care Support - A practical option. Improving Care Improving lives*. In <http://www.ich.ucl.ac.uk/cypph/downloads/learning/Self-Care.RealChoice.pdf>.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)*. Versão beta2. Genebra: Ordem dos Enfermeiros, 2002.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)*. Versão 1.0. Genebra: Ordem dos Enfermeiros, 2005.

JAARSMAN, T.; ABU-SAAD, H.; DRACUP, K.; HALFENS, R. - Self-care behaviour of patients with heart failure. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol. 14, n.º 2 (2000), p. 112-119.

MELEIS, A. - *Theoretical Nursing Development et Progress*. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott, 2007.

OREM, D. - *Nursing: concepts of practice* (4th ed.) St. Louis: Mosby, 1991.

PROOT, I.; CREBOLDER, H.; HUIJER, A.; MEULEN, R. - Autonomy in the rehabilitation of stroke Patients in nursing homes. A concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol. 12 (1998), p.139-145.

PROOT, I. - Autonomy in the care of stroke patients in nursing homes. *Nursing Ethics*. Vol. 8, n.º 1 (2001), p. 79-80.

PROOT, I, HUIJER, H; JAM, J. - Autonomy in stroke rehabilitation: the perceptions of care providers in nursing homes. *Nursing Ethics*. Vol. 9, n.º 1 (2002), p. 36-50.

SODERHAMN, O. - Self-care activity as a structure: A phenomenological approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, Vol. 7, n.º 4 (2000), p. 183-189.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. - *Pesquisa Qualitativa .Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*, 2º ed. São Paulo: Artmed, 2008.