

UNIVERSIDADE DO PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

PROGRAMAÇÃO DA ALTA HOSPITALAR DO IDOSO
UM CONTRIBUTO PARA A CONTINUIDADE DE CUIDADOS

Estudo exploratório

Jacinta Pires Martins

Porto, Abril 2003

UNIVERSIDADE DO PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

PROGRAMAÇÃO DA ALTA HOSPITALAR DO IDOSO
UM CONTRIBUTO PARA A CONTINUIDADE DE CUIDADOS

Estudo exploratório

Dissertação apresentada para a obtenção
do Grau de Mestre em Ciências de
Enfermagem, sob a orientação de Maria
Júlia Silva Lopes Rodrigues (Mestre em
Ciências de Educação)

Jacinta Pires Martins

Porto, Abril 2003

"Pelo sonho é que vamos, comovidos e mudos.
Chegamos? Não Chegamos?
Haja ou não haja frutos,
Pelo sonho é que vamos".

Sebastião da Gama

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de expressar os nossos agradecimentos a todos quantos tornaram possível a elaboração desta dissertação.

A minha primeira homenagem é para a Mestre Júlia Silva Lopes Rodrigues, o nosso profundo reconhecimento, pelo incentivo, objectividade e sugestões pertinentes de quem se sente implicado no trabalho.

Aos professores do 7º Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem, pelo contributo dado à nossa formação.

Aos colegas de trabalho da Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado de Chaves, pelo apoio e compreensão dispensados.

Às Instituições de Saúde pela autorização para a realização da colheita de dados.

Aos enfermeiros do Hospital e Centro de Saúde, pela disponibilidade e contribuição tornando possível este estudo.

Aos idosos e suas famílias pela sua colaboração.

Ao Luís Barbosa, pela ajuda na formatação e edição do texto.

Ao Abel e ao João pela compreensão, e apoio incondicional.

RESUMO

O crescente envelhecimento populacional e suas implicações, adquire na actualidade alguma pertinência que justifica a necessidade de investir na análise e reflexão dos cuidados às pessoas idosas, já que face aos resultados se poderá melhorar a qualidade dos mesmos.

Este estudo analisa as opiniões dos enfermeiros sobre as práticas realizadas na programação da alta hospitalar do idoso e na continuidade de cuidados, e ainda as opiniões dos idosos e/ou suas famílias, como utilizadores desses cuidados.

Enquadra-se numa metodologia qualitativa, do tipo exploratório e descritivo.

Os dados obtidos foram colhidos por entrevista semi-estruturada, aos enfermeiros (hospital e centro de saúde) e aos idosos ou família utilizadores dessas práticas.

Desenvolveu-se em duas fases: na primeira fase colhemos os dados referentes aos enfermeiros do hospital e do centro de saúde e numa segunda fase aos idosos/família em contexto domiciliário.

De acordo com os dados obtidos, o estudo mostra que cada profissional, presta cuidados indiferenciados não havendo intenção explícita de programação da alta nem de continuidade de cuidados.

As equipas interdisciplinares de saúde não funcionam no seu verdadeiro sentido, ou seja na complementaridade de funções.

Os vários constrangimentos referidos, reflectem que os diversos técnicos de saúde (hospital e centro de saúde) trabalham de forma individual, e

de "costas viradas", havendo dificuldade em "comunicar" entre os profissionais das diferentes equipas de saúde.

Relativamente às opiniões dos idosos/familiares, a maioria manifesta insatisfação quanto aos cuidados recebidos na programação da alta.

Poderão ser desenvolvidas novas formas de organização de cuidados que passam pela criação de projectos de parceria e o uso das diferentes formas de comunicação, incluindo a carta de alta de enfermagem. Esta deverá conter a informação pertinente para a continuidade dos cuidados de enfermagem, traduzindo eficazmente a individualidade do utente/família.

ABSTRACT

The progressive population ageing process and its implications gain importance in present times, justifying the need for investing in the analysis and study of care for the elderly, considering that the results of such studies can only contribute to its improvement.

This study analyses the opinion of the nursing staff about the procedures performed for the elderly patient's discharge from the hospital and the follow-up care, plus the opinion of the elderly and their families, as users of the care system.

This study fits into a qualitative methodology scheme, using research and descriptive techniques.

The data were obtained through semi-structure interviews with the nursing staff from the hospital and health care centre, as well as with the elderly or families which utilize such procedures.

There were two phases of study: the first was to obtain data referring to the nursing staff from the hospital and health care centre, and the second was to obtain it from the elderly/families at their home environment.

According to the data obtained, the study shows that each worker provides care without coordinating with each other whether there is the intention to discharge a patient as well as the follow-up care.

The multidisciplinary health care teams do not function according to their real meaning, one of complementing functions.

The various constraints referred to above show that the different health care professionals (at hospitals and health care centres) work individually

with "their backs facing each other", with communication problems between the different health teams.

In relation to the opinion of the elderly and their families, the majority expresses dissatisfaction towards the care received during the discharge procedure.

New types of organization of care can be developed, encompassing the creation of partnership projects and the use of different types of communication, including a discharge letter from the nursing department which should contain the relevant information for the follow-up nursing care, clearly explaining the individual case of the user/family.

SUMÁRIO

0 – INTRODUÇÃO.....	13
PRIMEIRA PARTE: ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	22
CAPÍTULO I: ASPECTOS RELACIONADOS COM O ENVELHECIMENTO E PESSOA IDOSA	23
1 – O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	23
1.1 – O envelhecimento humano – os conceitos	24
1.2 – Mitos e estereótipos relacionados com o envelhecimento.....	30
1.3 – Saúde e bem estar no idoso	37
1.4 – Autonomia, dependência e independência	45
1.5 – Necessidades globais do idoso e a enfermagem	50
1.6 – Objectivos do cuidar idosos	60
2 – AS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE E SUA ARTICULAÇÃO.....	65
2.1 – O hospital	65
2.2 – O centro de saúde.....	73
2.3 – Rede de apoio ao idoso	80
2.4 – A continuidade de cuidados	91
2.5 – Equipas em cuidados de saúde.....	99
2.6 – O planeamento da alta hospitalar do idoso	105
SEGUNDA PARTE: PROGRAMAÇÃO DA ALTA HOSPITALAR DO IDOSO, UM CONTRIBUTO PARA A CONTINUIDADE DE CUIDADOS – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS E IDOSOS	119
CAPÍTULO I – CONTEXTOS DE IMPLEMENTAÇÃO E METODOLOGIA..	120
1 – O ESTUDO E AS OPÇÕES METODOLÓGICAS	120
1.1 – Finalidade e objectivos do estudo.....	123
1.2 – Tipo de estudo.....	124
1.3 – Locais de realização do estudo.....	125
1.4 – População e amostra	127

1.5 – Instrumento de recolha de informação / dados	128
1.6 – Tratamento da informação	130
CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	132
1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	132
2 – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS REFERENTES ÀS PRATICAS DE PROGRAMAÇÃO DA ALTA HOSPITALAR E OPINIÕES DOS IDOSOS	136
3 – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS REFERENTES ÀS PRATICAS DE CONTINUIDADE E OPINIÕES DOS IDOSOS	162
4 – CONCLUSÕES DO ESTUDO	190
5 – CONCLUSÃO	195
6 – BIBLIOGRAFIA	199
ANEXOS	215
ANEXO I – Pedidos de autorização para a colheita de dados.....	216
ANEXO II – Guião das entrevistas.....	217
ANEXO III – Expressões mais significativas das entrevistas referentes aos enfermeiros e idosos / família	218

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro N^o1 – Caracterização dos enfermeiros do hospital

Quadro N^o2 – Caracterização dos enfermeiros do centro de saúde

Quadro N^o3 – Caracterização dos idosos

Quadro N^o4 – Práticas realizadas pelos enfermeiros na programação da alta hospitalar do idoso

Quadro N^o5 – Intenção de programar a alta hospitalar

Quadro N^o6 – Abordagem com a família

Quadro N^o7 – Trabalho em equipa multidisciplinar

Quadro N^o8 – Articulação hospital/centro de saúde

Quadro N^o9 – Práticas realizadas em cuidados continuados aos idosos/família

Quadro N^o10 – Cuidados de reparação

Quadro N^o11 – Cuidados de promoção e prevenção

Quadro N^o12 – Trabalho em equipa multidisciplinar

Quadro N^o13 – Articulação centro de saúde/ hospital

Quadro N^o14 – Visita domiciliária/ domicílios

Quadro N^o15 – Estratégias preconizadas pelos enfermeiros do CS para melhorar a continuidade de cuidados.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1 – Principais factores que afectam a saúde do indivíduo

Figura nº 2 – Distribuição da população residente do concelho de Chaves, por sexo e pessoas com mais de 65 anos.

SIGLAS

- AVC – Acidente Vascular Cerebral
- CIE – Conselho Internacional de Enfermagem
- CS – Centro de Saúde
- CSD – Cuidados de saúde Diferenciados
- CSP – Cuidados de saúde Primários
- DL – Decreto-lei
- DR – Diário da República
- INE – Instituto Nacional de Estatística
- MS – Ministério da saúde
- SLS – Sistema Local de Saúde
- SNS – Sistema Nacional de Saúde

0 – INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico entendido como um fenómeno resultante do aumento da proporção de pessoas com mais de 60 ou 65 anos de vida, associado a uma diminuição da natalidade, é um processo irreversível ao longo dos próximos anos nos países industrializados (Fernandes, 1997).

As estatísticas mostram-nos, que somos uma população envelhecida. De acordo com últimos censos (2001), a população idosa, supera já a população jovem, numa razão de 103/100. Isto devido essencialmente a dois factores: aumento da esperança de vida e diminuição das taxas de natalidade.

Esta alteração social a que os epidemiologistas designam por "transição demográfica" tem provocado alterações profundas a todos os níveis. Acredita-se que esteja relacionada essencialmente com dois factores: declínio progressivo das taxas de mortalidade, mercê do aumento da esperança de vida e declínio das taxas de natalidade (Costa et al, 1999).

Face ao aumento da população idosa nos últimos anos, tem-se verificado alguma preocupação por parte das políticas governamentais, para os problemas decorrentes do mesmo, nomeadamente sociais, de saúde e económicos. No entanto, essa preocupação ainda está muito aquém de uma política de Terceira Idade adequada e capaz, no sentido de proporcionar aos idosos apoios de natureza variada, através de um plano gerontológico nacional, da família, habitação, do mercado de trabalho, ocupação de tempos livres, do apoio domiciliário, a fim de melhorar a qualidade de vida dos mesmos (Santos, 2000).

Acerca desta problemática, o Ministério da Saúde recomendou como estratégias de saúde no virar do século e no que diz respeito à autonomia e bem estar das pessoas idosas, "promover uma maior intervenção dos

serviços da saúde na melhoria da articulação interpessoal, intergeracional, familiar, interinstitucional e de solidariedade na comunidade, - contribuir para a promoção do autocuidado e da melhoria dos cuidados prestados pelas famílias" (Costa et al, 1999: 36-37), e ainda "articular os cuidados hospitalares com outros níveis e actores do sistema, tais como o centro de saúde, a família e rede de apoio a idosos".

Por um lado a velhice representa uma fase da vida em que as capacidades e resistências físicas vão gradualmente diminuindo (Costa, 1998), e por outro, os cuidados de saúde tendem a aumentar, já que os idosos são os maiores consumidores de cuidados de saúde (Natário, 1991).

O facto de se viver mais tempo, torna as pessoas mais vulneráveis perante a adversidade e dificuldades que vão surgindo, acrescidas da probabilidade de se juntarem várias patologias, bem como a possibilidade de vir a desenvolver dependência de terceiros. Esta situação constitui preocupação especial, cujas respostas não podem ser dissociadas de todo o enquadramento social, económico, familiar, geográfico, habitacional, em que o idoso está inserido, devendo ser concretas num contexto de adaptação progressiva.

A dependência seja ela física ou mental surge como um desafio, tanto para os idosos como para as suas famílias e prestadores de cuidados.

Por outro lado, o aumento do número de idosos internados coloca várias questões, nem sempre fáceis de solucionar, umas relacionadas com a qualidade dos cuidados prestados ao idoso e família, e outras com as necessidades particulares de cada um.

Os conhecimentos científicos actuais sobre a importância da promoção da saúde ao longo da vida, para prevenir ou retardar situações de doença ou dependência nas pessoas, em particular nas idosas e o seu impacto nas famílias, exigem a definição de linhas orientadoras para a promoção da autonomia dos idosos dependentes bem como para a melhoria da capaci-

dade de intervenção dos prestadores de cuidados de saúde em geral e em particular dos enfermeiros.

As mudanças a que a profissão de enfermagem tem sido sujeita nos últimos anos, tanto ao nível científico como tecnológico e ainda pelas mudanças sociais atrás referidas, bem como às diferentes concepções que a prática do cuidar tem vindo a acompanhar, para dar resposta às diferentes solicitações, leva-nos a pensar que é urgente e pertinente reflectir, sobre as práticas realizadas pelos enfermeiros ao idoso e família na programação da alta hospitalar, no sentido da continuidade de cuidados.

Seja revelado pela literatura ou pela experiência quotidiana, apercebemo-nos que para a maioria das pessoas, a experiência do internamento constitui por si só um problema. A separação do seu meio familiar, a doença, o medo da dor, do desconhecido, do futuro e da morte, fazem desta vivência uma crise que é preciso gerir.

Para Gibbon (1988), citado por Martins (2000:134) "a hospitalização pode criar enorme ansiedade quer nos doentes quer nos familiares", qualquer que seja o motivo do internamento. Ainda segundo o mesmo autor, "aquando da admissão hospitalar, os parentes dos doentes, geralmente têm de renunciar ao seu papel de dar assistência. São muitas vezes desencorajados de participar activamente nos cuidados a prestar ao doente, e não só são reduzidos à condição de visitantes, como também não estão envolvidos na determinação do tipo de assistência que o doente recebe. Neste ponto os familiares sentem-se invisíveis" (ibidem).

A família é a maior parte das vezes o suporte para a recuperação e a reintegração do doente idoso dependente. Autores como Leme e Silva, (1996) consideram a família como o habitat natural da pessoa, e o seu papel é importante em qualquer estágio da vida.

A este propósito, Collière (1999) diz-nos que, o valor que se pode dar à família parte do conceito saúde /doença, que visa permitir às pessoas gerir o património da sua saúde, sendo gratificante tanto para quem recebe como para quem presta cuidados.

Tal como o internamento, a alta hospitalar do idoso dependente, gera também e na maior parte das vezes ansiedade e medo tanto ao próprio, como às suas famílias, em níveis iguais ou superiores ao do momento do internamento devido, por um lado, à falta de preparação/informação e por outro, devido a problemas socio-familiares difíceis de contornar.

A qualidade de vida dos idosos impõe uma reflexão e análise sobre os cuidados que lhe são prestados no sentido de caminhar para a excelência e humanização dos mesmos.

Nesta perspectiva, concordamos com a ideia de Collière (1999), quando diz que, a razão de ser da prática de enfermagem consiste em oferecer cuidados de saúde essenciais, universalmente acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias, por meios que lhe sejam aceitáveis e acessíveis, com a sua plena participação.

Na perspectiva do *cuidar* de idosos, e relativamente ao papel do enfermeiro, o Art. 80 do Código Deontológico dos enfermeiros refere: "cabe aos enfermeiros salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica, social e o auto-cuidado, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida"(Dec. Lei n.º 104/98 de 21 de Abril).

O enfermeiro pode auxiliar muito as pessoas idosas, prolongando a vida, ajudando a viver, ajudando a morrer, aliviando o sofrimento e introduzindo mais felicidade na vida pessoal (Collière, 1999).

A continuidade de cuidados, no sentido de ajuda às famílias deverá ser sempre assegurada, encarando-a como um todo, inserida num contexto social, cultural e sanitário.

Nesta perspectiva, a mesma autora supra citada, refere que todos os intervenientes deverão ser corresponsabilizados, isto é, pessoal de saúde, clientes e suas famílias, inseridos no mesmo contexto, e assim os cuidados assumem um projecto de acção de saúde, assegurando a sua continuidade.

A este respeito o MS (1999) refere que a curto prazo é essencial a articulação dos cuidados hospitalares com outros níveis e actores do sistema, incluindo os parceiros da área de intervenção social, essencial para a adopção de novos modelos de prestação de cuidados e da sua organização, devendo institucionalizar-se através de protocolos escritos.

Partimos do pressuposto de que todas os idosos e famílias devem ter igual acesso às oportunidades e recursos da comunidade, bem como a cuidados de saúde de qualidade face às suas necessidades e prioridades.

Para Almeida (1999), a programação da alta hospitalar do utente com algum grau de dependência assenta nos seguintes pressupostos com os quais concordamos:

- Identificar o mais cedo possível as necessidades em cuidados durante e para depois da alta;
- Desenvolver com a participação do doente e dos familiares planos de cuidados apropriados, que minimizem o risco de readmissões ou de complicações;
- Promover o auto cuidado através de programas de ensino quer ao doente quer aos familiares;

- Assegurar que os recursos necessários estejam disponíveis no momento da alta, de forma a evitar situações de prolongamento do internamento;
- Informar e orientar o doente e familiares sobre os recursos disponíveis na comunidade de residência e na procura de alternativas.

Um especial e particular interesse pelos idosos tem-nos acompanhando ao longo de alguns anos de actividade profissional, quer na prestação de cuidados no Hospital e Centro de Saúde, quer actualmente como docente numa Escola Superior de Enfermagem, motivando-nos para o aprofundamento desta problemática. A mesma lançou-nos para a necessidade de reflectirmos sobre as práticas realizadas pelos enfermeiros e identificação das opiniões dos idosos, incentivando-nos ao estudo sobre *"a programação da alta hospitalar do idoso – um contributo para a continuidade de cuidados"* no âmbito do Mestrado em Ciências de Enfermagem.

A questão que nos move, prende-se com as práticas realizadas pelos enfermeiros na programação da alta hospitalar do idoso: que contributo para a continuidade de cuidados?

A experiência vivenciada no contacto com idosos internados com algum grau de dependência, as altas proteladas, as dificuldades das famílias em assumir o cuidar dum familiar idoso e dependente, os reinternamentos, e a desarticulação entre o hospital e o centro de saúde, fez emergir no nosso espírito, uma inquietação para a qual gostaríamos de encontrar senão uma resposta, pelo menos um conhecimento mais aprofundado que nos permita compreender a realidade.

Como finalidade do estudo, pretendemos contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados através da análise e reflexão das práticas dos enfermeiros, na programação da alta hospitalar do idoso e na continuidade de cuidados.

Reconhecendo a importância da programação da alta hospitalar do idoso dependente, no que diz respeito às práticas realizadas pelos enfermeiros, bem como os benefícios que daí resultam para os idosos e seus familiares, definimos para este estudo os seguintes objectivos:

- Analisar as opiniões dos enfermeiros sobre as práticas realizadas na programação da alta hospitalar do idoso, e na continuidade de cuidados aos mesmos.
- Conhecer as opiniões dos idosos acerca dos cuidados prestados pelos enfermeiros na preparação da alta face à continuidade de cuidados;
- Identificar as necessidades do idoso após o internamento hospitalar;
- Conhecer o sistema de comunicação e articulação entre os enfermeiros do Hospital e os enfermeiros do Centro de Saúde.

Sabemos que existem várias opções metodológicas para a abordagem desta temática, no entanto considerando a Enfermagem uma profissão de cariz humanista, com toda a subjectividade que o conceito encerra, optamos por um estudo do tipo descritivo/exploratório com uma abordagem do domínio da investigação qualitativa, já que "os métodos qualitativos são humanistas... quando reduzimos as palavras e actos das pessoas a equações estatísticas, perdemos de vista o aspecto humano da vida social" (Bogdan et al 1996:21).

A investigação qualitativa amplia o conhecimento sobre os significados, experiências e processos, o que nos permite uma melhor compreensão do mundo que nos rodeia, no sentido de que, se indaga a essência do significado, permitindo iluminar o dinamismo interno das situações (Ludke e André, 1986). Por outro lado possibilita encontrar respostas para questões centradas na experiência social, permitindo múltiplas interpretações da mesma realidade (Streubert e Carpenter, 2000).

Centrar-nos-emos em dois contextos de prestação de cuidados de enfermagem: Hospital, (serviços com idosos) e Centro de Saúde, (na continui-

dade de cuidados); e contexto domiciliário onde o idoso reside após a alta hospitalar, que pretendemos analisar na perspectiva dos intervenientes.

Segundo Coulon (1993), citado por Costa (1998:83), "todas as práticas constituem a rotina de toda a organização social. Fazem parte do meio, não existindo apenas na cabeça das pessoas. São culturalmente organizadas e baseiam-se em inúmeros microfactos que balizam a vida quotidiana dos membros da organização".

Numa primeira fase elaboraremos duas entrevistas semi estruturadas, uma dirigida enfermeiros a trabalhar no Hospital Distrital em serviços com idosos e outra dirigida a enfermeiros a trabalhar nos dois Centros de Saúde existentes no concelho de Chaves. Numa segunda etapa elaboraremos uma outra entrevista dirigida aos idosos que estiveram internados nos serviços hospitalares e residentes no concelho e que ainda necessitam de cuidados continuados.

Este trabalho será estruturado em duas partes principais. Na primeira parte, num primeiro capítulo, abordaremos algumas temáticas relacionados com o envelhecimento e idoso e num segundo capítulo abordaremos o hospital e o centro de saúde em Portugal e sua articulação.

Na segunda parte efectuaremos a análise das práticas dos enfermeiros na programação da alta hospitalar do idoso, e na continuidade de cuidados, bem como faremos a análise das opiniões dos idosos que estiveram internados.

Esta parte será dividida em quatro capítulos, onde no capítulo um, faremos referência aos contextos de implementação do estudo e metodologia. No capítulo dois, faremos a apresentação, análise e discussão dos dados. No capítulo três, apresentaremos a discussão e conclusões do

estudo e finalmente apresentaremos as conclusões do trabalho e as sugestões.

Este trabalho não estaria completo se a bibliografia citada e consultada, dele não fizesse parte. Em anexo apresentaremos ainda a documentação que achamos pertinente para a contextualização dos factos.

PRIMEIRA PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I: ASPECTOS RELACIONADOS COM O ENVELHECIMENTO E PESSOA IDOSA

Este capítulo tem por objectivo organizar o referencial teórico que serve de suporte ao estudo, já que e segundo Polit e Hungler (1995), uma boa investigação não existe no vazio.

Iniciamos por fazer uma abordagem ao envelhecimento, conceitos associados e suas modificações; abordaremos as necessidades de saúde do idoso; cuidar do idoso numa perspectiva de enfermagem, o impacto do internamento e a alta hospitalar do idoso.

Numa segunda parte falaremos da dinâmica das organizações de saúde, nomeadamente do Hospital e Centro de Saúde e a continuidade de cuidados.

1- O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

As questões relativas ao envelhecimento humano assumem na actualidade reflexão e pertinência, devido sobretudo ao rápido crescimento da população com mais de sessenta e cinco anos, ou da chamada terceira idade.

Particularmente nas últimas décadas, a esperança de vida aumentou, não existindo qualquer previsão de inversão desta tendência, antes pelo contrário, prevê-se num futuro não muito longe, o aumento gradativo da população idosa.

Esta situação é geradora de fortes preocupações, ao nível social, político e sanitário, que a todos diz respeito, não só como cidadãos, mas também como futuros idosos, justificando estudos na área da gerontologia.

Actualmente não é particularmente fácil estabelecer os limites de idade onde começa a chamada terceira idade, pois se a idade da reforma (65 anos) era um marco, e considerado pela OMS como a idade "oficial" de

ser idoso no sentido de uniformização de critérios, hoje as pessoas reformam-se cada vez mais cedo, por razões que não se prendem apenas com a idade, mas derivado da situação de incapacidade, de desemprego, novos reformados etc. Por tudo isto torna difícil só por este critério, dizer quem é e quem não é idoso.

No dizer de Costa et al (1999), a emergência da velhice, está fortemente relacionada com a institucionalização das reformas, determinando algumas alterações sociais. É do conhecimento geral que sob o ponto de vista económico, um trabalhador chega a velho quando deixa de ser produtivo, passando a viver de uma pensão de reforma. Por muito bem que desempenhe a sua função, numa idade convencionada e estabelecida por lei, o trabalhador é afastado da sua profissão. A reforma é assim para a grande maioria das pessoas um acontecimento que marca a entrada na velhice.

1.1 - Envelhecimento humano – os conceitos

O envelhecimento da população humana é o resultado da aquisição e desenvolvimento de uma sociedade, pois o ser humano à semelhança de outros seres biológicos, partilha sistemas biológicos idênticos, que lhes permitem em termos ecológicos adaptarem-se aos diferentes meios (Cardoso, 1990).

A velhice surge então como uma fase ou estado biológico, consequência do progresso e desenvolvimento humano numa determinada sociedade, que deixando de ser exceção, como anteriormente sucedia pois apenas chegavam a velhos os mais fortes, passa a transformar-se em regra.

Envelhecer pode significar simplesmente, mostrar os sinais do tempo. As diversas fases do ciclo vital são interdependentes, pois o programa da vida desenvolve-se numa sucessão de etapas – embrionária, fetal, infantil, juvenil, adulto e velhice, em que cada etapa prepara a seguinte.

Então, "envelhecer refere-se a mudanças regulares, que ocorrem em organismos geneticamente maduros, que vivem em condições ambientais específicas, à medida que a idade cronológica avança" (Birren e Renner citados por Costa, 1998: 49).

É um período importante da vida, com as suas vantagens e inconvenientes. A pessoa idosa é adulta madura, em constante mudança. A velhice é a última fase do ciclo vital durante o qual o organismo sofre transformações sucessivas a nível fisiológico, conduzindo a alterações funcionais de vários órgãos, susceptíveis de causar doença.

O envelhecimento é um processo universal, complexo e contínuo ao longo da vida, sendo que a sua evolução é mais rápida e notória nas últimas décadas da vida de uma pessoa.

Para Zimerman (2000), ser idoso é um "mais", tem mais experiência, mais vivência, mais anos de vida, mais doenças crónicas, mais perdas, sofre mais preconceitos e tem mais tempo disponível.

A velhice fará sempre parte do destino biológico do ser humano, embora não se saiba concretamente o que o determina, "o envelhecimento traduz-se por uma diminuição das capacidades de adaptação ao meio e às agressões da vida" (Costa, 1998: 48).

Para a mesma autora, envelhecimento como processo vivencial, interliga-se com a noção de pessoa como "categoria de pensamento produzido em todas as sociedades e que traduz um modelo de relações entre os membros dessa sociedade e, simultaneamente, a relação destes com o contexto social em que se inscrevem" (Lima e Viegas 1998) citado por Costa (ibidem).

Da mesma forma ele é um processo diferencial, já que cada um envelhece de forma diferente dos restantes indivíduos independentemente de pertencerem à mesma sociedade. Cada um tem as suas experiências, vivências e um contexto biológico que o caracteriza e "as modalidades de

senescência variam imenso de uma para outra população humana, bem como no interior de uma mesma população” (Berger; 1995:124).

De acordo com os autores, Ferreira (1985), Alba (1986), Berger (1995), embora se pense, que no processo de envelhecimento interferiram vários factores, ainda não são todos conhecidos, nomeadamente no que se refere aos genéticos. No entanto sabe-se que a raça e o género influenciam a longevidade.

Ainda a respeito do processo diferencial no envelhecimento, mesmo ao nível individual, apesar de existirem diferenças a nível celular, ao nível dos órgãos, dos sistemas corporais, a pessoa envelhece como um todo integrado dentro da sua unicidade.

Ao nível individual, têm influência negativa no envelhecimento, problemas como a obesidade, hábitos tóxicos (tabaco, álcool, drogas), excessos alimentares, que associados ao sedentarismo prejudicam todo o processo de um envelhecimento saudável. Contudo, os factores que parecem contribuir para um acelerar do envelhecimento, são a incidência de doenças e ou acidentes traumáticos.

Entendemos a velhice como um processo diferencial. Apesar da idade cronológica ser o único denominador comum, cada pessoa terá de ser avaliada cuidadosamente, a partir de critérios específicos ligados, sobretudo à capacidade de adaptação ao meio envolvente, aos esforços que cada um faz e desenvolve para se adaptar de forma satisfatória, evoluindo num contínuo global de vida e saúde.

De acordo com a literatura consultada, o ritmo de envelhecimento é pois, variável de homem para homem, de órgão para órgão, e mesmo de célula para célula, é um processo diferencial. As diferenças parecem estar relacionadas com factores biológicos, psicológicos, económicos, sociais e vicissitudes da vida.

Associados ao envelhecimento surgem conceitos como a *senescência* e *senilidade*, que passamos a clarificar.

A senescência é segundo Berger (1995: 125), entendido como "um processo multifactorial que arrasta uma deteriorização fisiológica do organismo, intimamente ligado ao processo de diferenciação e de crescimento".

Ocorre quando o indivíduo passa a sofrer alterações na condição física, que o podem levar à dependência, correspondendo a uma velhice avançada. Não sendo uma doença, pode levar a uma variedade de afecções, dada a redução de reserva fisiológica dos órgãos e sistemas corporais. O equilíbrio homeostático desaparece, ocorrendo problemas de variada ordem, em momentos de stress e debilidade psíquica, pois o organismo possui menos reservas para resistir às agressões, no sentido de manter as suas funções.

O sinal mais evidente da senescência, e de acordo com a mesma autora é "a diminuição da capacidade de adaptação do organismo face às alterações do meio ambiente".

O conceito de senilidade, não sendo sinónimo de senescência designa "uma degenerescência patológica, que tem origem em disfunções orgânicas" (ibidem).

Na senilidade o cérebro já não exerce a sua função de adaptação, a pessoa torna-se dependente de outrem, necessitando de cuidados.

Com o passar do tempo sobre o organismo humano, o desgaste é inevitável. Não sendo patológica, a velhice é uma fase na qual o homem poderá ficar mais susceptível às doenças.

Na fase do envelhecimento propriamente dito, predomina a destruição sobre a reconstrução, caracterizando-se por uma involução morfológica e fisiológica dominante, em que é manifestamente sentida a acção do tempo sobre o indivíduo (Santos, 2000).

Envelhecer é um processo normal, inevitável e irreversível, que pressupõe no entanto, alterações físicas e psíquicas no organismo da pessoa (Zimerman, 2000).

Para além das alterações consideradas "normais" no processo, a senescência arrasta na sua esteira, problemas particulares, tais como as fracturas decorrentes de quedas acidentais, por vezes simples, mas que no idoso são geradoras de complicações mais ou menos importantes. Problemas como a desnutrição e a solidão andam normalmente ligados às condições sócio - familiares económicas e ambientais que envolvem o idoso.

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, (CIE:2000:47), o envelhecimento é um fenómeno de enfermagem, que se define da seguinte forma "é um tipo de desenvolvimento físico com as seguintes características específicas: processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, desde a idade adulta até à velhice, aproximadamente de acordo com a idade e estádios de crescimento e desenvolvimento, acompanhada por declínio dos processos corporais devida à diminuição da capacidade de regeneração das células, perda de massa e coordenação muscular e das competências psicomotoras, perda de pêlos, pele fina e enrugada".

Segundo Schroots e Birren (1980) citados por Cordeiro (1999) e Pimentel (2001), a par deste envelhecimento biológico existe o envelhecimento social e o envelhecimento psicológico. O primeiro é relativo aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para este nível etário. O segundo é definido pela auto-regulação do indivíduo no seu ambiente,

pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de envelhecimento.

Costa (1998), citando Townsend considera que o envelhecimento deverá ser entendido como a passagem de um papel fundamentalmente profissional para um papel familiar. O idoso teria uma função de ajuda e colaboração, e não tanto a função tradicional de transmissor de saberes experienciais às gerações novas.

A idade cronológica determinada pelo calendário, só por si não tem sentido no contexto do envelhecimento, pois a ela se juntam outras "idades": a biológica pode ou não coincidir com a anterior. A sua apreciação implica a avaliação das capacidades funcionais e vitais do organismo; a idade social refere-se aos papéis e hábitos da pessoa em relação com o seu grupo social e meio, e a idade psicológica, que se relaciona com a capacidade dos indivíduos em se adaptarem ao seu meio, envolvendo capacidades adaptativas como a memória, a inteligência a motivação, os sentimentos... (Costa, 1998).

Pela mesma ordem de ideias, há autores que defendem que o idoso deve definir-se não em relação às "suas idades", mas sim às suas competências sociais (Zimerman, 2000).

O envelhecimento é o produto de múltiplas determinantes, como sendo a hereditariedade, o meio, a qualidade de vida, os hábitos, e a saúde, (Pimentel 2001).

Diremos então, que o envelhecimento é um processo complexo cujas causas e desenvolvimento não se conhece em pormenor, sendo justificado por diferentes teorias, e diferentes pontos de vista sobre as suas peculiaridades.

1.2 - Mitos e esteriótipos relacionados com o envelhecimento

Ao longo da história, várias foram as formas com que foi visto o idoso. A forma como se envelhece e a maior ou menor valorização que lhe é dada, depende do tipo de sociedade em que está integrado e impera no momento.

Relativamente à evolução do estatuto social do idoso ao longo dos tempos, as opiniões divergem. De um modo geral, defende-se a ideia de que nas sociedades pré-industrializadas lhe era reconhecida sabedoria e prudência, legitimando-o para ocupar cargos importantes na comunidade. O idoso seria assim uma pessoa respeitada, integrada e apoiada no seio da sua família (Pimentel 2001). Nestes casos o idoso provinha de uma família extensa, caracterizada por valores como a estabilidade, a hierarquia de papéis e poderes.

No dizer de Roussel (1990), citado por Pimentel (2000:55), "a imagem de um passado em que a velhice era respeitada em coexistência amena no seio da família é irreal"; a este respeito diz ainda que, "a coexistência era em grande parte tensa e os velhos eram encarados como um fardo, uma figura inútil". A imagem dos idosos e o seu valor, foi sempre atribuído em função do que a sociedade necessita ou prefere em determinada momento (Costa, 1999). É em função do tipo de valores e de práticas que determinada sociedade defende que se atribui maior ou menor importância ao papel do idoso.

Provavelmente em sociedades mais conservadoras e tradicionais, os idosos são enaltecidos pelo seu conhecimento, pela sua experiência, enquanto que em sociedades em que se "cultiva" o corpo e a juventude, a beleza, a vitalidade física, o materialismo, ou as tecnologias, a velhice é sinónimo de incapacidade e rejeição. Nestas sociedades o trabalho dos idosos é visto com obsoleto, inadequado para a constante evolução, sen-

do desvalorizado, já que não corresponde aos parâmetros sociais vigentes.

Verifica-se desta forma uma cultura de marginalidade e dependência a que muitos idosos estão sujeitos, não sendo necessariamente consequência do envelhecimento fisiológico.

Não só socialmente o idoso é desvalorizado, como também relativamente aos papéis sociais, nomeadamente os familiares, que até ali desempenhara e deixou de os desempenhar. Nessa altura a maioria dos filhos já abandonou a casa paterna agravando sentimentos de desamparo, solidão e inutilidade, já que a grande maioria dos idosos, os únicos investimentos que fizeram ao longo da sua vida, foi o trabalho e a família.

Consideramos que pelo facto de viver mais tempo não significa desprezo, abandono, doença, pelo contrário pode significar maturidade, sabedoria e disponibilidade.

Hoje sabemos, através de pesquisas, que o homem vive mais tempo, é mais saudável e mais vigoroso. Wiklund (1992:96), referindo-se à necessidade do seu reconhecimento diz-nos que "é, (...) altura de perceber que o idoso é um enorme valor. Os jovens têm que compreender que o idoso representa um grande valor na sociedade, e o próprio idoso tem de perceber quais os contributos que ainda é capaz de dar à sociedade". No entanto, a maior parte dos sinónimos da palavra "velho" (ancião, ultrapassado, gasto, decrépito, vulnerável, senil, velhote e outros) têm na maioria de quem os pronuncia, um sentido negativo.

Consciente ou inconscientemente, estes conceitos ou preconceitos têm exercido influências no aparecimento de alguns mitos e estereótipos relativos aos idosos. Segundo Berger, (1995:64) um mito é definido como "uma construção do espírito que não se baseia na realidade", um estereótipo é "um chavão, uma frase feita, uma fórmula banal desprovida de qualquer originalidade. Trata-se de uma percepção automática, não adaptada à situação... pode ser positivo ou negativo". São então repre-

sentações simbólicas. Estas representações surgem normalmente do desconhecimento do processo de envelhecimento, que pode influenciar as atitudes sociais relativamente aos idosos e à velhice.

Há elementos que na opinião da autora acima citada, influenciam as atitudes face ao idoso, nomeadamente: a perda da aparência física, a proximidade da morte, aumento da dependência, comportamentos geralmente mais lentos e imagens veiculadas pela comunicação social.

Estudos feitos por Ebersole e Hess (1985), citados por Berger (1995:67), revelaram a identificação de sete mitos particularmente persistentes face aos idosos, que passamos a citar:

1. *"A maioria dos idosos é senil ou doente.* A senilidade, termo pejorativo, sem ligação específica ao envelhecimento, descreve os sintomas de uma doença degenerativa do sistema nervoso. A maior parte dos idosos não é mentalmente perturbada e apenas 4 a 5% dos idosos com 65 anos ou mais estão institucionalizados... Esta proporção aumenta ligeiramente depois dos 75 anos e, sobretudo depois dos 85. O envelhecimento normal não afecta as faculdades mentais de uma forma previsível.

2. *A maior parte dos idosos é infeliz.* Em contrapartida, estudos efectuados demonstraram que o nível de satisfação de vida dos idosos é relativamente elevado e compara-se facilmente ao dos adultos.

3. *No que se refere ao trabalho, os idosos não são tão produtivos como os jovens.* Ao contrário desta opinião, os estudos tendem a demonstrar que os trabalhadores idosos têm uma taxa de absentismo menos elevada, têm menos acidentes e um rendimento mais constante.

4. *A maior parte dos idosos está doente e tem necessidade de ajuda para as suas necessidades quotidianas.* Este mito sobre a dependência, é um dos mais persistentes. A dependência não é de forma alguma sinóni-

mo de terceira idade; pelo contrário faz parte das diversas fases da vida de cada um de nós.

5. *Os idosos mantêm obstinadamente os seus hábitos de vida, são conservadores e incapazes de mudar.* É verdade que as pessoas quando envelhecem, são mais estáveis; mas os idosos não recusam totalmente a mudança. Quando surgem situações novas, são capazes de se adaptar a elas, tal como as outras pessoas.

6. *Todos os idosos se assemelham.* Isto é falso. À medida que o ser humano envelhece, diferencia-se dos outros sob diversos aspectos (humor, personalidade, modo de vida, filosofia pessoal etc.).

7. *A maioria dos idosos está isolada e sofre de solidão.* Os estudos provam, pelo contrário, que um grande número de idosos mantém elos de amizade, permanece em contacto estreito com a família e participa regularmente em actividades sociais. No entanto, os estudos sobre a solidão e o isolamento social não são concludentes e demonstram resultados contraditórios”.

Como atrás dissemos, os mitos estão fortemente relacionados com o desconhecimento de todo o processo de envelhecimento, ao nível social. Este desconhecimento reflecte-se também nos estereótipos, frases desprovidas de qualquer originalidade que a sociedade tem do idoso, causando-lhes grande perturbação uma vez que negam o seu processo de crescimento e os impedem de reconhecer as suas potencialidades.

Sabe-se que com o avançar da idade existe menos confiança, mais dificuldades, mais limitações, menos projectos para o futuro, no entanto é preciso não esquecer que cada um tem a idade que sente que tem, existindo grandes diferenças individuais em função das vivências, do temperamento e das oportunidades.

A respeito dos mitos sociais, Zimmerman (2000: 134), explica dando um exemplo: "quando um jovem volta para buscar o guarda-chuva é porque o esqueceu; quando o velho volta, é porque está ficando esclerosado".

A mesma autora apela à necessidade de libertar o idoso de complexos gerados pelos preconceitos que vêm da sociedade, que consiga acreditar que também tem o direito de se esquecer do guarda chuva, sem que isso seja encarado como um sinal de senilidade.

É necessário, portanto modificar atitudes e comportamentos face à velhice, pois que, no dizer de Pearson (1992), é importante reconhecer que os idosos são uma fonte de recursos, um activo componente social.

De acordo com Guimarães, (1998: 68-69) existem situações em que os idosos são vítimas de abusos e exploração tanto ao nível social como familiar devido a diferentes condicionantes tais como:

- *Insuficiência de rendimentos* provocados pelas baixas prestações pecuniárias dos regimes da segurança social;
- *Alteração da estrutura familiar* – a fragmentação familiar e a promoção de uma concepção nuclear de família, subvalorizam o idoso e o seu papel;
- *Difícil acesso à informação* – a pessoa idosa é afastada das modernas tecnologias de informação o que agrava a sua exclusão e dificulta a sua defesa;
- *Baixo poder reivindicativo* – as pessoas idosas estão pouco conscientes do seu poder enquanto eleitores, consumidores e membros activos da sociedade sendo pouco expressivos as iniciativas na área do associativismo e da reivindicação organizada;

- *O isolamento* – decorrente da inacessibilidade dos recursos;

- *Fragilidade física e psicológica* – que fomenta a dependência gradual e se apresenta como factor de erosão da auto-estima.”

Desta forma muitos idosos apresentam dificuldades de variada ordem, constituindo um grupo de risco, susceptível à exploração económica à humilhação e infantilização nas instituições e na família. A imagem desvalorizada do idoso é não só fruto da ausência de estruturas concebidas para a prestação de cuidados humanizados e personalizados, mas também, da insuficiência de recursos humanos que potencia o stress, aumentando o pesado ónus da dependência e da doença.

Esta por sua vez, origina “uma verdadeira subversão da relação de paridade. Na qualidade de utilizador dos serviços de saúde, o idoso está dependente do cuidador, que assume desta forma um ascendente e detém um poder desequilibrado face ao utente” (ibidem).

A mesma autora enumera quatro práticas censuráveis que se podem encontrar nos diversos serviços de saúde, e que não constituindo crime, nem afectando directamente a integridade física ou a vida do idoso, podem “violiar a sua esfera jurídica e pôr em causa a sua dignidade, que deve ser respeitada como princípio moral e como disposição de direito positivo” (Ibidem), que passamos a citar:

- “Tratamento excessivamente familiar, utilizando diminutivos ou expressões artificiais de carinho (...), fomentam a sua infantilização;

- Omissão de informação no que respeita ao seu estado de saúde, (...) com o alibi de proteger as pessoas devido à sua idade, é um atestado de menoridade;

- Pouca sensibilidade e falta de paciência relativamente à queixa do doente idoso no que se refere à dor, à incomodidade e ao isolamento;

-Violação da privacidade durante a realização dos cuidados de higiene ou tratamentos por se considerar erradamente, que a idade ou a incapacidade dilui o pudor". (ibidem)

Também este respeito Berger (1995) diz-nos que todos os comportamentos que infantilizam o idoso revelam um grave atentado à integridade da pessoa, desvalorizando-a e ameaçam seriamente a sua independência. Isto torna-se mais grave quando o idoso necessita de cuidados de saúde. Aos olhos das mais variadas instituições o idoso aparece como um "peso económico", talvez um doente que merece menos investimento, ou simplesmente "um caso social". É importante e urgente reconhecer e respeitar a autonomia da pessoa idosa, isto é, aceitá-la como familiar, vizinho, amigo, colega, ou simplesmente com indivíduo capaz de fazer escolhas e tomar decisões em função dos seus princípios e capacidades.

Num contexto quase que global de desvalorização do idoso, opondo-se ao enaltecimento da juventude e de valores como a beleza, a força física, o conhecimento tecnológico, leva a que se veja o envelhecimento como um peso e espécie de doença. Se a esta ideia juntarmos a ideia de que os idosos são inúteis e improdutivos, que só dão gastos, e encargos, estaremos seguramente a contribuir para que o fosso entre gerações se torne maior e possivelmente gerador de conflitos.

Parece-nos que socialmente o problema não será tão somente a despesa pública, mas sim a integração das pessoas com 65 ou mais anos na sociedade, onde poderão desenvolver e desempenhar funções úteis não só para a sociedade como e essencialmente para eles próprios.

Uma das causas que contribuiu para o agravamento dos problemas dos idosos é na opinião de Pimentel (2001), a referente às alterações das relações familiares e sociais.

A crescente desvalorização da importância das relações familiares, de vizinhança e de comunidade a que assistimos nos nossos dias, principalmente nas cidades, dificulta a manutenção e reprodução de modos de vida solidários, baseados no parentesco, na amizade e na ancoragem. Pimentel (2001:83) reforça que o "individualismo e a forma impessoal como os indivíduos se relacionam tendem a enfraquecer as formas de sociabilidade ligadas à solidariedade de proximidade".

1.3 – Saúde e bem estar no Idoso

Falar de saúde não é tarefa fácil, pois o conceito encerra em si subjectividade, andando ligado aos percursos do indivíduo e ao seu meio sócio cultural.

Saúde tal como a define a OMS, é um estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Esta definição está longe de ser consensual e tem sido alvo de algumas críticas, nomeadamente pelo reducionismo e absolutismo que encerra, pois "completo bem-estar" pressupõe-se que seja estático, sendo difícil também estar em completo bem estar só pelo facto de não ter nenhuma enfermidade. É pouco frequente uma pessoa estar ao mesmo tempo de perfeita saúde e num estado completo de bem-estar físico, mental e social. Se tal acontecer poderá ser simplesmente em um momento e passageiro (Berger, 1995).

Numa abordagem ao conceito de saúde Proulus (1989: 52), refere que a saúde "é o estado de harmonia resultante do equilíbrio das tendências do ser humano, a conservação da integridade biológica e conservação da própria vida, o crescimento com a procura de um nível de realização elevada mobilizando toda a energia disponível".

Dunn (1973) citado por Berger (1995) analisou o conceito de saúde e descreveu-o como sendo o estado que permite à pessoa funcionar com

todo o seu potencial, ao mais alto nível, num determinado aspecto específico.

Ambos os conceitos veiculam o dinamismo e a permanente adaptação do indivíduo a todos os níveis, sendo válidos para todas as idades.

Para uma pessoa se sentir saudável, o organismo deve preservar a sua autonomia e ao mesmo tempo ser capaz de se integrar harmoniosamente nos diferentes contextos, estando esta capacidade ligada à flexibilidade de adaptação do organismo, bem como ao conceito de equilíbrio dinâmico.

No entender de Antonovsky (1979) citado por Cordeiro (1999), a saúde não pode ser percebida a partir de uma perspectiva patogénica, privilegiada pelo modelo médico tradicional que domina o conceito de doença. Em sua substituição propõe um modelo que denominou de salutogénico, ou seja orientada para a saúde, em vez de orientada para a doença.

Entendemos, pois saúde como a capacidade de desenvolvimento contínuo da pessoa humana, que lhe permita fazer face ao contexto em que está inserida.

Destas novas concepções de saúde, ressaltam novos vocábulos associados com o conceito de saúde, como a adaptação, a integração, a criatividade, o equilíbrio e o contexto ambiental.

Em outro sentido, ao tentarmos usar o conceito de saúde, temos sempre que reportarmo-nos à subjectividade que o mesmo encerra, quando estamos face a pessoas.

No dizer de Berger (1995: 109), "o ser humano saudável descreve-se como alguém que se sente bem na sua pele, que pode fazer o que deseja e gosta, desenvolvendo plenamente o seu potencial". Desta forma a saúde é uma adaptação do ser humano, tentando manter o equilíbrio e satisfazer as suas necessidades dentro do seu meio.

A percepção global de saúde de uma pessoa pressupõe então que se reconheça a diversidade dos factores susceptíveis de influenciar a adaptação harmoniosa ao seu meio.

Na opinião de Costa (1998: 50) a saúde no idoso, pode ser definida sob duas perspectivas: "a presença ou ausência de doença, ou ainda em função do seu bem estar funcional da pessoa idosa. A primeira resulta da observação, exame e dados complementares de diagnóstico; a segunda perspectiva baseia-se no nível funcional".

Assim, o estado de saúde nos idosos depende mais do ciclo de vida, pois está sujeito a variações de percepção individual e, por conseguinte subjectiva, do que da sua idade cronológica.

A noção de bem estar nos idosos representa um estado de equilíbrio entre todos os factores internos e externos passíveis de influenciar a pessoa idosa (Berger 1995).

O significado de "estar bem de saúde" é variável dentro da população idosa podendo-se encontrar pessoas que subestimem as suas capacidades, menosprezando a sintomatologia, por considerarem serem próprios da velhice, ou pessoas que se preocupam demasiado com um pequeno problema.

De acordo com Berger (1995) os indivíduos que se julgam doentes, agem como tal, mesmo na ausência de sinais clínicos evidentes e reais; enquanto que as que se julgam com saúde assumem-se como tal. Da mesma forma as pessoas que são tratadas como se fossem doentes, tendem a agir como tal, adoptando comportamentos de doentes.

Na opinião da mesma autora, o perfeito bem estar está fora do nosso alcance, mas pode-se combater a doença e minimizar as incapacidades, promovendo em cada indivíduo um estado saudável, que de acordo com

a sua idade e estado, lhe permita realizar actividades físicas, mentais e sociais susceptíveis de provocar bem estar.

Na avaliação do estado de saúde da pessoa idosa deve-se ter em conta dois aspectos: a avaliação subjectiva, percepção individual do idoso do seu estado de saúde e a avaliação objectiva, avaliando e referenciando os problemas reais de saúde (Berger 1995). Depreende-se pois, a importância que estes dois aspectos têm na apreciação do estado de saúde.

Relativamente ao aspecto subjectivo "a maioria dos idosos considera-se saudável, apesar de terem problemas crónicos" (ibidem). Esta subjectividade advém da percepção que cada um tem do seu estado de saúde. Cada um ajuíza dos seus limites e capacidades. Nesta perspectiva, o tratamento da doença não é apenas uma norma biológica, mas também uma realidade pessoal, uma estratégia paralela, no sentido de encontrar um bom estado de saúde e uma vida mais satisfatória. É neste sentido que o conceito de saúde deixa de se centralizar na ausência de doença, passando a centralizar-se na noção de autonomia e capacidade funcional.

Esta atitude salutogénica revela-se deveras importante, quando se trata de pessoas idosas, pois muitas vezes, mesmo com doenças crónicas, onde a cura não é possível, o idoso pode sentir-se bem de saúde ou procurar um estado de bem estar.

No aspecto objectivo, a avaliação do estado de saúde é também importante, sendo necessário a utilização da observação, o exame físico e meios auxiliares de diagnóstico.

Nesta perspectiva e numa visão global de saúde, situando as pessoas idosas no seu contexto de vida, existe necessidade de reconhecer a diversidade de factores susceptíveis de a prejudicar ou favorecer, nomeadamente: factores biológicos, meio ambiente e condições sócio-económicos, familiares, hábitos de vida e apoios sociais e de saúde.

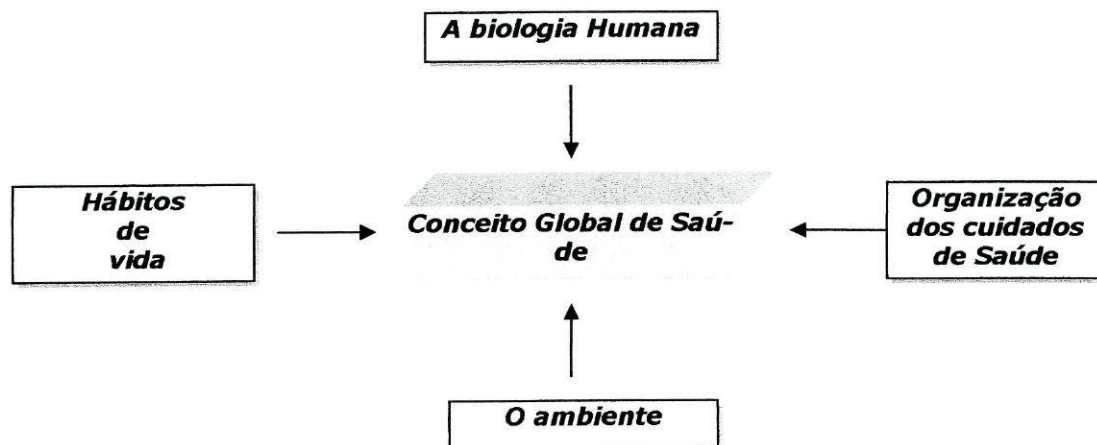
Nos idosos mais que a saúde, o que conta é a sua capacidade de adaptação, a sua capacidade funcional, pois as alterações que não causam incapacidade, tornam-se menos importantes, pois a manutenção da autonomia e independência, são os principais desafios para os prestadores de cuidados.

Berger (1995:109), citando um documento de 1974, intitulado *nouvelle perspective sur la santé des canadiens*, identifica quatro factores susceptíveis de influenciar a doença e a mortalidade, com os quais concordamos:

- "Biologia humana: todos os aspectos da saúde física e mental que têm origem no interior do organismo e que dependem da estrutura biológica do ser humano;
- Hábitos de vida: conjunto de decisões que cada pessoa toma e que têm repercussões na saúde (riscos deliberados);
- Ambiente: conjunto de factores exteriores ao corpo humano que têm incidência na saúde;
- Organização dos cuidados de saúde: a relação entre a população e os recursos atribuídos aos cuidados de saúde (sistema de cuidados)".

Para melhor clarificação, apresentamos o esquema na fig. 1.

Fig. 1 - Principais factores que afectam a saúde do indivíduo



Fonte: Adaptado de Berger e Poirier (1995: 109), *Pessoas Idosas uma Abordagem Global*

Vista sob esta óptica a saúde é multifactorial, pois permite elaborar uma perspectiva mais vasta face ao estado de saúde do ser humano. Deste modo a saúde é um processo dinâmico resultante da adaptação do ser humano ao seu meio.

A saúde e a doença fazem parte de um contínuo, numa espécie de escadada ao longo da vida, que na opinião de Berger (1995), vai do bom, perfeito estado de saúde, ao mau, a morte. Nesta base, a pessoa vai-se adaptando às diferentes situações de doença, ou não. Então, precisa de ajuda para se adaptar. A forma como é ajudada a gerir o processo de doença é extremamente importante para conseguir essa adaptação, quer à doença em si, quer às limitações decorrentes da mesma.

Muitas vezes é necessário ajudar a adquirir a auto- imagem, a independência, a auto-estima, bem como a mudança de papéis sociais. Tudo isto implica uma readaptação, que se percebe que seja individual, dependente no entanto do suporte sócio-familiar que o idoso possua.

Na perspectiva de Cordeiro (1999), existem cinco dimensões que é necessário ter em conta pelos prestadores de cuidados, na avaliação do estado de saúde da pessoa idosa para uma correcta avaliação dos dados objectivos (colhidos através da observação, do exame físico e funcional) e dos dados subjectivos (obtidos através da entrevista), que passamos a referir:

- Percepção individual de saúde: que diz respeito ao grau de conhecimento e compreensão que o idoso tem do seu estado de saúde;
- Hábitos, costumes e preferências: pelo que é sentido, pelo impacto emocional, pela repercussão que cada pessoa sente numa dada situação;
- Actividades de vida diária: que podem estar afectadas, ou modificadas pela perda de autonomia ou regime terapêutico;

- Estado funcional: este pode ser avaliado em termos de poder fazer parcialmente, de não poder fazer determinada coisa. Isto poderá dizer respeito ao funcionamento dos órgãos dos sentidos (diminuição da visão, da audição etc.) e poderá ainda avaliar-se em termos do conhecimento de saber fazer;

- Ambiente: engloba um conjunto de factores externos ao organismo humano, que podem interferir na saúde, nomeadamente a família, condições económicas, sociais e culturais.

Pensamos que a partir dos dados recolhidos, abordando as dimensões atrás referidas, poderemos equacionar uma assistência global promotora da autonomia e da independência da pessoa idosa.

A doença no idoso repercute-se como é óbvio no sistema familiar, pelo que também é necessário ajudar as famílias a adaptarem-se, para poderem assumir um papel efectivo de apoio ao idoso doente. O apoio bem como a forma como o doente e a família são cuidados pela equipa de saúde é extremamente importante, quando se pretende humanizar os cuidados.

Há famílias que têm idosos a seu cargo e necessitam de ajuda, nomeadamente no que se refere a informações precisas e detalhadas, sobre os cuidados a prestar aos seus idosos em contexto domiciliário.

Muitas vezes a família organiza-se em função do seu idoso e esquece-se de deixar espaço para continuar a crescer como família.

Isto pode levar a um desgaste enorme, levando-as a fecharem-se sobre si mesmas, não tendo capacidades para procurar e utilizar os recursos disponíveis.

Ao enfermeiro cabe também o papel de ajudar estas famílias, em situações de risco, no sentido de evitar o seu desgaste.

É imperativo o papel do enfermeiro junto dos idosos e suas famílias, na sensibilização para a necessidade de um envelhecimento saudável, de forma a que as perdas associadas ao processo natural do envelhecimento, sejam aceites tranquilamente e com serenidade.

Concordamos com a ideia de K rouac (1994) citada por Lopes (1999), quando afirma que a prática centrada nos cuidados   pessoa, indivíduo, família e comunidade, em interacção contínua com o seu ambiente vive experiências de saúde.

Neste sentido é urgente mudar atitudes tradicionais de carácter predominantemente autoritárias de poder, para uma relação que fomente a participação conjunta, assente em princípios  ticos e de autonomia, em que o doente passe de *objecto* dos cuidados para *sujeito* dos cuidados. A este respeito Carapineiro (1993:108) diz que, "o modelo assistencial clássico, integra a obediência indiscutível   autoridade médica, espera-se que o doente seja o recipiente passivo dos cuidados com o único objectivo – a cura".

Esta visão remete-nos para uma reflexão e necessidade de implementação de processos de mudança nos contextos das práticas dos profissionais de saúde.

A este respeito Hesbeen (2000:12) refere que "*o corpo sujeito ou corpo que se  , é aquele que não se pode limitar a um conjunto de órgãos, de membros e de funções. É diferente da soma das partes que o compõem.   animado de uma vida particular, pode mesmo dizer-se excepcional, feita de projectos, de desejos, de prazeres, de riscos, de alegrias e de dores, e de fontes de motivação, de decepção, mas também de esperança, é aquele que não pode submeter-se inteiramente à racionalidade do outro nem corresponder às teorias e aos instrumentos utilizados pelos profissionais. É por isso que tem necessidade de uma atenção especial*

que lhe seja particular e não de actos e palavras ou até de acções respeitantes aos indivíduos em geral”.

1.4 – Autonomia, dependência e independência

Um dos grandes desafios com que se deparam a maioria dos poderes políticos dos países ditos desenvolvidos consiste no crescimento da dependência relacionada com o envelhecimento da população, (Voisin e Palma, 1992).

Falar de dependência nos idosos é falar de inúmeros e variadíssimos aspectos relacionados essencialmente com três aspectos essenciais: de saúde, económicos e sócio-familiares.

No que diz respeito à garantia dos direitos das pessoas idosas que necessitam de cuidados, Quaresma (2000) afirma que a questão central, situa-se ao nível da pessoa em situação de necessidade, a qual tem direito a cuidados de qualidade e ainda à autodeterminação face aos mesmos. O envelhecimento populacional diz respeito não só ao idoso e sua família, mas também aos prestadores de cuidados, pois traz implicações a todos os níveis.

Segundo a maioria dos autores envelhecimento demográfico é um dado irreversível, mas não é necessariamente uma ameaça. O aumento das pessoas de idade muito avançada, não será acompanhado do aumento equivalente das situações de grande incapacidade e dependência. Reduzir as situações de incapacidade e dependência passa por continuar a investir na melhoria das condições de vida da população geral, dando ênfase necessária ao grupo dos jovens idosos, ou aos adultos em situação de pré-reforma e ainda respeitar e fazer respeitar os direitos da pessoa humana.

Dos direitos fundamentais do cidadão português, Quaresma, (2000:107-109) enfatiza os direitos específicos da pessoa idosa, que passamos a citar:

- "Os cidadãos idosos têm direito a ter cuidados de qualidade, em tempo útil e em condições que respeitem a sua dignidade como pessoas, o seu direito de escolha bem como a possibilidade das suas famílias desempenharem os papéis específicos que lhes competem, no afecto, na continuidade da história, na solidariedade desejada e consentida; este direito será tanto mais respeitado quanto melhores condições forem dadas para que as famílias possam exercer o papel complementar que lhes cabe ou o papel principal que voluntariamente decidem desempenhar;
- Direito à informação – área fundamental, designadamente pela importância que nesta fase da vida dos indivíduos (informação sobre direitos, deveres, oportunidades criativas e culturais, sobre serviços de apoio, etc.). Informação que constituirá também factor decisivo na construção de uma imagem da pessoa idosa, cidadão sujeito de direitos e deveres, parte do capital humano das nossas sociedades;
- Direito a serviços de qualidade, que garantam o respeito pelo direito de escolher e decidir, bem como ao acesso a novas tecnologias enquanto facilitadoras e promotoras da qualidade de vida das pessoas idosas;
- Direito a participar nas decisões, designadamente as que decorrem da necessidade de prestação de cuidados".

Em todas as situações associadas à prestação de cuidados às pessoas idosas, impõem-se os seus direitos como necessidades, entendidas no sentido da exigência, no entanto quando nos reportamos às pessoas ido-

sas dependentes os mesmos assumem um carácter especial de atenção reforçada.

Falar de dependência implica falar de independência e de autonomia, conceitos difíceis de operacionalizar, dado o seu grau de subjectividade. No sentido de os clarificar passaremos a defini-los.

Autonomia

Frequentemente este conceito se associa à capacidade de "poder fazer", no entanto ele é mais abrangente e refere-se também aos planos mental e social. Segundo a Associação Suíça de Enfermeiros (1994), autonomia significa poder dispor livremente de si, implicando a possibilidade, a vontade ou desejo de decidir, manifestando-se por um "poder fazer", mas, sobretudo, por um "poder ser".

A autonomia pode ser definida "como um estado de vontade que obedece apenas a regras que dela provêm. Condição de pessoa ou colectividade que a si mesma impõe a lei que obedece", Lobo (1989), citado por Santos (2000:48).

Na sua forma mais lata e de acordo com o Grande Dicionário Enciclopédico (2000), pode ser entendida como "liberdade moral ou intelectual, condição de um indivíduo que em face de determinados conceitos não depende de ninguém". Serrão e Nunes (1998), referem-se à autonomia como o exercício da liberdade da pessoa enquanto agente social.

Para Berger (1995: 197), autonomia do idoso é "o poder de agir ou não agir, de mudar ou orientação da sua conduta".

Numa situação de hospitalização de uma pessoa idosa, ainda autónoma no plano mental e social, é necessário tomar algumas precauções, pois pode-se correr o risco de ela as poder vir a perder devido à maior dificuldade de adaptação a novas situações e ao stress daí resultante.

Enquanto profissionais de saúde, o princípio de respeito pela autonomia individual implica reconhecer no doente o direito de decidir, de ser envolvido nas decisões terapêuticas.

Podemos afirmar que de uma forma geral, a perda de autonomia é um dos fenómenos que, sobretudo a nível psicológico, maior impacto exerce na vida dos idosos e na qualidade da mesma.

Autores como Albarede e outros (1987), consideram a autonomia como sendo a capacidade e ou o direito que uma pessoa tem de ela própria escolher os actos e os riscos que pode correr.

A perda ou ausência de autonomia é exactamente o contrário, isto é, a incapacidade e ou a interdição de uma pessoa escolher as regras da sua conduta, a orientação dos seus actos e os riscos que possam vir a ocorrer. Diremos então que a autonomia é a capacidade individual, para a realização da sua própria vontade, isto é, privilegia o "poder ser", ou autonomia comportamental.

Constituindo a autonomia uma componente fundamental e essencial para o bem estar da pessoa idosa, então uma abordagem terapêutica de excelência exige uma intervenção ao nível dos factores que promovam a saúde, mantendo essa mesma autonomia.

Independência e dependência

O conceito de independência anda ligado com o conceito de autonomia, senão vejamos; ter independência "significa alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades, através de acções adequadas que o indivíduo realiza por si mesmo, sem ajuda de outra pessoa", (Santos, 2000:49).

No entanto pode-se ser independente e não autónomo, já que a perda de autonomia surge no idoso quando lhe é interdita a escolha de regras do seu comportamento e ou conduta, e não por situação de dependência,

quer física quer psíquica, mas porque não lhe é permitido fazer escolhas das regras das suas actividades, não por incapacidade, mas por se encontrar simplesmente numa instituição ou mesmo na família, onde a pessoa idosa na maior parte dos casos, perde parcial ou totalmente o seu papel social e a sua autonomia.

Dependência é definida "como sendo a incapacidade do indivíduo para adoptar comportamentos ou de realizar por si mesmo, sem ajuda de outros, acções que lhe permitam alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades". Este nível aceitável de satisfação, " é um nível que permite a presença de um equilíbrio fisiológico e psicológico que se manifesta por um estado satisfatório de bem estar" (Phaneuf, 1993:28).

Pela simples razão de uma pessoa idosa não conseguir realizar sem ajuda, as principais actividades de vida, quer sejam físicas, psicológicas, sociais ou económicas, torna-se dependente. Nos idosos esta particularidade resulta essencialmente de diversos factores como a diminuição das capacidades físicas, mentais, isolamento, pobreza, solidão, falta de família e de apoios sociais.

A independência refere-se à capacidade do idoso em saber e poder fazer, sem orientação, supervisão ou ajuda, o desenvolvimento das suas actividades de vida diária e as instrumentais (Berger, 1995).

Na opinião de Santos (2000), a independência e autonomia, relacionam-se tendo a vantagem de mostrar diferentes combinações quando se fala de idosos:

Pode-se ser autónomo e independente; pode-se ser dependente e autónomo, isto é, pode necessitar de ajuda para a realização das actividades de vida, mas pode ser autónomo, porque decide o seu modo de vida; pode-se ser independente e não autónomo, a perda de autonomia pode surgir por lhe ser interdito, o direito de fazer escolhas, de decidir sobre

as regras da sua conduta (situação frequente em meio institucional), e por fim pode-se ser dependente e não autónomo.

1.5 - As necessidades globais do idoso e a enfermagem

Como já tivemos oportunidade de referir, a saúde é baseada na percepção pessoal e por isso subjectiva. No que se refere aos idosos, tanto a dimensão subjectiva como a dimensão objectiva, devem ser valorizadas na avaliação global da pessoa.

A natureza biológica do ser humano, enquanto ser vivo, remete-nos para um certo número de necessidades, de cuja satisfação depende a sua sobrevivência.

Tal com a saúde não depende somente de um aspecto, as necessidades também não são absolutas quando falamos do Ser Humano. Elas decorrem e dizem respeito a todo um conjunto de valores, crenças, pressupostos e atitudes, e também aos contextos em que elas se desenrolam (Costa, 1998).

De acordo com Phaneuf (1986) as dimensões que caracterizam o ser humano são biológicas, psicológicas, espirituais, sociais e culturais, identificando de igual modo as necessidades que o mesmo apresenta.

Quando falamos de necessidades no sentido da resposta que os profissionais de saúde podem oferecer, são entendidas como necessidades humanas básicas, requisitos fundamentais para a sobrevivência e bem estar.

Maslow em 1953 operacionalizou-as, hierarquizando-as numa pirâmide onde as seguintes só têm razão de ser, quando as anteriores estiverem satisfeitas, pois na base figuram as fisiológicas, seguidas das de segurança, de pertença, de estima e a auto-realização.

Segundo Rodrigues (1999), a hierarquização das motivações na *pirâmide de Maslow* sistematiza as intervenções do processo de enfermagem, relativamente aos diversos níveis de motivação, permitindo ao enfermeiro valorizar aspectos comportamentais, patológicos ou não, identificando, as necessidades/motivações, no sentido de uma actuação justa e personalizada.

Ainda segundo o mesmo autor, é na terceira idade que a sistematização das intervenções de enfermagem se mostra mais paradigmática em relação aos níveis hierárquicos das necessidades/motivações de Maslow, já que, tal acontece porque a terceira idade não é só o declínio progressivo da vida activa plena, que começa a afastar-se, mas pode ser também a fase vital de "*tornar-se inteiramente próprio*".

É pois necessário que o idoso preserve a identidade e para isso é fundamental que problemas fisiológicos e de relacionamento social, sintomas de doença mais frequentes neste grupo etário, mas sobretudo o conhecimento dos factores necessários ao bem-estar, sejam do conhecimento do enfermeiro, só assim ele poderá pôr em prática o processo de enfermagem nos idosos.

No sentido de percebermos as necessidades / motivações no idoso, Ebersole e Hess (1981), autores dedicados aos problemas de saúde mental dos idosos, citados por Rodrigues (1999), enumeraram da seguinte forma as motivações e factores correspondentes na terceira idade:

- *Motivações de Segurança*, os factores de estar em lugar seguro, dispor de equipamento sensorial e de mobilidade;
- *Motivações de posse e amor*, os factores de propriedade territoriais (mesmo que só o seu canto), ter amizades, família, tertúlia, modo próprio de encarar a sua vida, ter um confidente;

- *Motivações de apreço*, os factores de controlo, de êxito e de sentir-se útil (ser necessário);

- *Motivações de auto-realização*, os factores de poder ter opinião, de ser confrontado com situações novas, de transcender-se e ser estimado.

Este conhecimento da hierarquização das motivações no idoso, permite ao enfermeiro valorizar aspectos comportamentais patológicos ou não, identificando as necessidades/motivações destes utentes, actuando com justiça, dignificando e personalizando os cuidados prestados.

De acordo com a teoria conceptual de enfermagem de V. Henderson (1978), citada por George (2000), o ser humano possui catorze necessidades básicas diferentes, para satisfazer: respirar, comer e beber, eliminar, movimentar-se e manter uma postura correcta, dormir e repousar, vestir-se e despir-se, manter a temperatura do corpo dentro dos limites normais, estar limpo, cuidado e proteger os tegumentos, evitar os perigos, comunicar com os seus semelhantes, agir segundo as suas crenças e valores, ocupar-se com vista à sua realização, recrear-se e aprender.

Este modelo fala também de saúde, da independência do indivíduo na satisfação das suas necessidades, bem como do papel do enfermeiro em todo este processo. Refere-se a acções dependentes e autónomas da enfermagem, referindo-se ao utente como agente da sua própria saúde. Trata-se de uma abordagem, em que o ser humano é considerado um ser completo e integrado no seu meio.

A enfermagem como profissão de saúde tem como finalidade ajudar os indivíduos famílias e comunidade a aproveitarem ao máximo as suas capacidades funcionais, qualquer que seja a sua idade, ou o seu estado de saúde.

Teve sempre a seu cargo os cuidados prestados às pessoas idosas, cuidados que restituem ao homem a sua vida e a sua morte; o enfermeiro pode auxiliar muito a pessoa idosa, prolongando a vida, ajudando a viver, ajudando a morrer, aliviando o sofrimento e introduzindo mais felicidade na vida pessoal do idoso (Collière, 1999).

Não é fácil o trabalho com idosos, bem como ajudá-los. Todos os enfermeiros conheceram a infância, a juventude, a dor, a doença... Contudo, ainda não conheceram a velhice, o que torna mais difícil compreender a complexidade das vivências da pessoa idosa, e de considerar a velhice como uma etapa de crescimento e de evolução, (Berger, 1995).

Assim o enfermeiro que trabalhe com idosos deve ser polivalente, com grande capacidade de adaptação e dinamismo, possuidor de qualidades particulares de maturidade, empatia, amor aos outros, objectividade, suporte psíquico, paciência e criatividade.

Os cuidados de enfermagem em gerontologia identificam-se com a filosofia humanista. Os idosos são pessoas globais, capazes de se adaptar, de crescer e de aprender. (Zay, citado por Berger 1995).

A acção de enfermagem situa-se na aplicação de competências do domínio científico, técnico e humano ou relacional, no sentido de favorecer o desenvolvimento da saúde e bem estar aos indivíduos, famílias e comunidades, tendo por base as suas necessidades.

Dada a sua natureza, enfermagem é por excelência uma profissão de ajuda (Berger, 1995). O estabelecimento de qualquer relação implica comunicar, faz parte do ser humano e do dia a dia de todos nós.

Quando falamos de profissionais de saúde, a comunicação com o utente assume um carácter terapêutico, no sentido de ajuda. A humanização dos cuidados passa a maior parte das vezes pelo estabelecimento de uma

comunicação verdadeira e eficaz, facilitando a relação entre o enfermeiro e o utente.

O estabelecimento de uma relação começa quando há envolvimento pessoal, isto é quando se estabelece a confiança por parte do utente em relação ao profissional.

Rogers em 1983 foi um dos pioneiros no estudo das competências básicas para a relação com o outro, através da utilização de conceitos como: a compreensão empática, a aceitação incondicional, a autenticidade e o respeito.

Na concepção de Berger (1995), a relação enfermeiro – utente é o resultado de uma série de interações, num período de tempo determinado, durante o qual os dois participantes em conjunto, (enfermeiro e utente) evoluem para a maturidade. Por um lado existe uma pessoa que ajuda, com a sua personalidade, crenças e valores, talentos e competências, por outro, o utente também com a sua personalidade, as suas necessidades e os seus problemas.

Foram vários os autores a delinear os objectivos da relação de ajuda. Murray, Huelskoetter e O'Driscoll em 1980, citados por Berger (1995:23), enumeraram os principais objectivos para os utentes idosos, com os quais concordamos e passamos a apresentar:

- "Aumentar a auto-estima e o sentimento de segurança do cliente e levá-lo a desenvolver atitudes positivas face às suas capacidades;
- Diminuir a sua ansiedade até ao mínimo;
- Fazê-lo viver uma experiência positiva e gratificante;
- Ajudá-lo a melhorar as suas capacidades de comunicação e a entrar em comunicação com os outros;
- Proporcionar-lhe ocasiões para crescer no plano pessoal;
- Ajudá-lo a encontrar um sentido para a sua vida;

- Manter um ambiente estimulante no que se refere aos planos biológicos, mental, emocional e social;
- Compilar os dados necessários à realização de um processo exaustivo que permita prestar cuidados personalizados”.

O estabelecimento da relação de ajuda com o idoso, não representa necessariamente a solução para todos os problemas e necessidades, no entanto pode ajudá-lo a desenvolver capacidades, para que ele próprio possa enfrentá-los melhor e adaptar-se a eles.

Para que tal seja possível é necessário haver um ajustamento entre os objectivos do enfermeiro e do idoso. Uma das formas para que tal seja possível é reconhecer, por parte do enfermeiro, a singularidade e particularidades de cada idoso, adaptando-se a cada situação.

A relação de ajuda é um pressuposto essencial nas profissões de ajuda. Autores como Rogers (1968), Adam (1994), Collière (1999), Berger (1995), Lazure (1994), elaboraram conceitos precisos para definir relação de ajuda.

Ajudar, é sem dúvida uma das palavras mais usadas quando se fala de enfermagem. Para se poder ajudar de uma forma adequada, o enfermeiro deve antes de tudo, saber e acreditar que o utente, independentemente da natureza do seu problema, “é o único detentor dos recursos básicos para os resolver” Lazure (1994: 13).

Partindo deste pressuposto, o papel do enfermeiro consiste em oferecer aos utentes, sem impor, o necessário que lhes permitam reconhecer, descobrir os recursos individuais que deve utilizar, para poder resolver determinado problema. O enfermeiro “orienta-o e faculta-lhe cada uma das etapas do processo de resolução de problemas, não toma decisões por ele” (ibidem).

Identificar o trabalho dos enfermeiros implica conhecer os elementos que participam na construção do processo de cuidados de enfermagem.

As competências de natureza científica, técnica e humana, que suportam a prática de enfermagem, decorrem de um conjunto de conhecimentos adquiridos, não só ao longo da sua formação académica e profissional, mas também das suas crenças e valores relativamente aos cuidados que prestam (Pearson e Vaughan, 1992).

Ser competente em enfermagem não é um dado adquirido, nem estático, mas sim dinâmico, que implica o uso do raciocínio lógico, no sentido de dar resposta a situações novas, realizando as adaptações necessárias.

Sendo um processo dinâmico, a competência caracteriza-se pela interação de inúmeros factores, ajudando e possibilitando a tomada de decisão e as melhores escolhas.

Sobre a égide da formação de enfermeiros para trabalhar com idosos, Costa (1998:148), reconhece que é fundamental uma formação incentivadora da relação de ajuda, já que "os cuidados aos idosos mobilizam formas de ajuda diferenciadas; ensinar a 'saber ajudar' implica o reconhecimento de que o idoso é uma pessoa com passado presente e futuro; um campo aberto a um 'ensino no social' da pessoa idosa, reabilitador das suas potencialidades".

A prática de enfermagem requer ter por base pressupostos teóricos que dêem consistência e uniformizem a linguagem dentro da equipa. Esses pressupostos designados por Pearson e Vaughan (1992) de modelos, assumem uma série de vantagens para toda a equipa de enfermagem e essencialmente para o utente. Não importa qual, importa que seja um que se acorde aceitar por toda a equipa de enfermagem.

De acordo com as mesmas autoras, o modelo biomédico assumiu o papel de modelo credível de referência ao exercício profissional de enfermagem, contribuiu para a prática objectiva e eficiente, tendo sido relevante para o desenvolvimento da enfermagem.

No entanto, "o modelo biomédico é de abordagem reducionista e dualista, não só reduz o corpo humano a um conjunto de partes relacionadas, como separa a mente do corpo, e a sua aplicação em enfermagem revela-se restritiva, não dando resposta às necessidades globais do indivíduo, surgindo como um modelo tradicional que deu contributos ao exercício de enfermagem não podendo no entanto, vigorar como base para a prática de enfermagem actual" (ibidem: 27).

Apesar das desvantagens e críticas este modelo ainda subsiste, pois "muitas escolas médicas continuam a considerar que o modelo biomédico é uma representação exacta da realidade clínica" (ibidem: 16).

Ao observarmos o trabalho dos enfermeiros num serviço hospitalar, por exemplo, no turno da manhã, rapidamente nos apercebemos de um mundo de rotinas, onde as tarefas se sucedem umas às outras, dando-nos a ideia de estarem padronizadas e estandardizadas.

Dá-se valor aos aspectos visíveis dos cuidados, tais como: a higiene, cumprimento imediato do tratamento e das prescrições, camas, armários e enfermarias arrumadas. Técnicas como electrocardiogramas ou colheitas de sangue das veias são mais valorizadas do que a habilidade de confortar as pessoas que sofrem, ou partilhar a informação com os que têm dificuldade em compreender a situação em que se encontram.

Actualmente é impensável para qualquer profissão a não existência de um corpo de conhecimentos reconhecido e validado, cuja especificidade traduza fielmente a sua aplicabilidade prática.

Esse corpo de conhecimentos funcionará como guia orientador, recebendo subsídios de diferentes teorias e modelos para o exercício profissional.

Reflectir sobre a enfermagem implica considerar a utilização de saberes facultados por várias teorias que subjazem o modelo de referência à sua prática.

Teorias como a do desenvolvimento, da família, do stress, das necessidades, da mudança, da adaptação, contextualizam conceitos orientadores da actividade profissional.

Na opinião de Collière (1999), mais do que privilegiar uma ou outra teoria é desejável tornar acessível, a quem presta como a quem recebe cuidados, conhecimentos de diferentes naturezas, conhecimentos que dominarão por si próprios, ao ser descoberta a sua pertinência e a forma de os utilizar em função das diferentes situações de cuidados.

A teoria do desenvolvimento pela forma como esquematiza o ciclo vital ou curso vital, é uma das principais teorias subjacentes aos modelos de actuação em enfermagem, pois é essencial para a compreensão global do comportamento humano e para a previsão das dificuldades que surgem durante o desenvolvimento humano. (Pearson e Vaughan, (1992).

O estudo do ciclo vital, da compreensão da psicologia do desenvolvimento, envolve elementos tão diversos como a maturidade biológica, aptidão psicológica, mecanismos de defesa, complexos sintomáticos, comportamento social, cognição, percepção, desenvolvimento da linguagem e relacionamentos interpessoais.

Os vários modelos do ciclo vital descrevem as principais fases do desenvolvimento, salientando que existe uma ordem no curso da vida humana, apesar da vida de cada indivíduo ser única.

O ponto mais importante da teoria do ciclo vital sustenta que o desenvolvimento humano ocorre em estadios, etapas ou períodos sucessivos e claramente definidos, sucedendo cada estágio ao anterior e cada um

deve ser satisfatoriamente superado para o desenvolvimento ocorrer sem problemas.

Este conhecimento adquirido na formação de base dos enfermeiros serve de orientação à compreensão do indivíduo ao longo do seu ciclo vital.

As teorias que sustentam com maior representatividade os modelos teóricos de enfermagem são: a teoria dos sistemas, que veicula o conceito de homem como suprassistema, cuja homeostasia está dependente da harmonia funcionante de todos os seus subsistemas e a teoria da interação simbólica, que veicula os conceitos de humanismo e holismo como conceitos subjacentes na promoção e operacionalização da relação interpessoal.

Os modelos de actuação preconizados para a prática de enfermagem baseiam-se nos modelos conceptuais que fornecem um quadro de referência cuja essência emerge do "cuidar".

As teorias mais recentes que assumem o cuidar ("*caring*") como a essência da enfermagem, pertencem à escola do *caring*. Esta escola tem como principais representantes Jean Watson (1979) e Madeleine Leninger (1980), (citados por George (2000)).

Para Leninger citada por George (2000:300), cuidar são "as acções e actividades dirigidas para a assistência, o apoio ou a capacitação de outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar uma condição humana ou forma de vida ou para encarar a morte".

Watson (1979) citada por George (2000:254), considera o cuidado como "o atributo mais valioso que a enfermagem tem para oferecer à humanidade... todo o contacto é uma relação interpessoal, transcende o aqui e agora, visto que o encontro entre duas pessoas, envolve mais do

que é objectivamente visível". Cada ser humano está "carregado" com a sua história, vivências e experiências que vão interferir na relação, enriquecendo-a ou limitando-a.

Hesbeen (2000), designa o acto de cuidar como estar atento a alguém, numa acepção estritamente associada ao domínio da atenção. No contexto de enfermagem o conceito de prestar cuidados ou cuidar designa essa *atenção especial* que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular, visando ajudá-la a promover a saúde.

Ainda na opinião do mesmo autor, os cuidados de enfermagem designam os actos através dos quais se "cuida" integrados na perspectiva do cuidar revestem-se de um significado, isto é, dos "cuidados" que se teve com uma pessoa.

Collière (1999) explicita a amplitude do conceito na sua dimensão holística no cuidar, no prestar cuidados, a "atenção ao outro é omnipresente".

No contexto de Chalifour (1993), a forma de manifestar preocupação e cuidados pelo doente inclui o manifestar respeito. Considerando que ao manifestar respeito caloroso pelo doente o enfermeiro revela:

- Reconhecer a sua unicidade;
- Reconhecer o direito de opção;
- Reconhecer o seu valor, que é digno de atenção e que o enfermeiro o respeita na sua integridade e unicidade.

1.6 – Objectivos do cuidar idosos

Os principais problemas de saúde dos idosos, susceptíveis de causar um internamento hospitalar, dizem respeito aos problemas cardiovasculares, as neoplasias, as fracturas, decorrentes de quedas, doenças das vias respiratórias, doenças do foro psiquiátrico, doenças reumáticas e a diabetes (Natário, 1991). Segundo este autor cerca de 10% dos idosos apresen-

tam grande incapacidade funcional para a realização das actividades de vida diária, necessitando de apoio de terceira pessoa.

A associação das Enfermeiras Americanas em 1973 estabeleceu normas aplicáveis aos cuidados de enfermagem em gerontologia, que foram reavaliadas em 1976. Baseiam-se em factores essenciais, que devem ser valorizados na prestação de cuidados a idosos, os quais passamos a apresentar:

- As múltiplas facetas do processo de envelhecimento;
- Os ritmos pessoais do envelhecimento;
- As numerosas perdas associadas ao envelhecimento;
- O trabalho de luto para aceitar as perdas;
- As relações entre os factores biológicos, sociais, económicos e psicológicos;
- A resposta atípica do idoso face à doença e ao tratamento;
- Os efeitos cumulativos das doenças crónicas e ou dos processos de senescência;
- Os valores e atitudes sociais associados ao envelhecimento, (Berger, 1995).

O número e a complexidade de todos estes factores obrigam os profissionais que prestam cuidados, nomeadamente os enfermeiros que trabalham em Gerontologia, a possuírem uma formação muito vasta e diversificada sobre o processo de envelhecimento.

Factores como o aumento do tempo de recuperação, a diversidade, a coexistência de problemas, as sequelas permanentes que acentuam a perda de autonomia, a instabilidade do estado físico e mental, a interacção dos factores bio-psico-sociais e culturais e as adaptações necessárias, implicam a mudança de atitude face à filosofia relativa à velhice.

O estudo feito por Costa et al (1998), sobre a relação entre a formação dos enfermeiros e a produção de cuidados com idosos, revelou que as

práticas de cuidados identificadas se orientam e aglutinam em torno da satisfação das Necessidades Humanas Básicas de sobrevivência, bem como para os cuidados dependentes da prescrição médica. "Estes cuidados... servem mais a lógica de quem cuida do que as necessidades de quem é cuidado", (ibidem:111).

Na pessoa idosa, tal como em outros grupos etários, existem múltiplas variáveis inerentes à adaptação a uma doença, como as decorrentes da realidade do doente, pois é muito mais do que um ser biologicamente afectado.

Cuidar de idosos, pelas suas características de heterogeneidade e singularidade representa um desafio para os prestadores de cuidados.

O papel do enfermeiro em gerontologia passa antes de mais pela determinação que possa revelar em fazer reconhecer a importância e a especificidade da profissão de enfermagem. O local onde a maioria dos idosos recebe cuidados de enfermagem é sem dúvida o meio institucional, apesar da tendência actual em desenvolver programas que favoreçam a permanência do idoso no seu domicílio.

As exigências das instituições de saúde são cada vez maiores e complexas, e os enfermeiros terão que aceitar o desafio no sentido de humanizar os cuidados nas instituições, onde os idosos continuarão a ser os maiores consumidores de cuidados de saúde.

Na opinião de Berger (1995), duas tendências se perspectivam na actividade dos enfermeiros: o aumento da importância atribuída aos Cuidados de Saúde Primários, e a presença cada vez mais frequente e importante do enfermeiro nos cuidados directos à população.

A mesma autora (1995:578), apresenta as linhas orientadoras possíveis para os caminhos da enfermagem em gerontologia:

- "Colaborar no desenvolvimento de programas que visem manter e promover um bom nível de bem estar da pessoa idosa, e viver de forma autónoma no seu meio ambiente";
- Participar na análise dos cuidados de saúde prestados aos idosos, ajudando a elaborar estratégias, pela utilização da experiência acumulada no cuidar de idosos;
- Defender a humanização dos cuidados, bem como a abordagem holística, isto é, centrados na pessoa que se é, lutando contra a fragmentação dos cuidados, que ainda é visível na maioria das instituições;
- Privilegiar uma abordagem orientada para os cuidados de enfermagem ("*to care*"), em vez dos cuidados médicos ("*to cure*");

- Promover orientações e modelos de cuidados que sejam do agrado das pessoas idosas, visando a continuidade dos cuidados e o retorno à autonomia;

- Empenhar-se no desenvolvimento de abordagens interdisciplinares, que permitam alargar as perspectivas de cuidados e otimizar os resultados, pelo uso de uma comunicação eficaz, coordenando os cuidados de enfermagem com outros tipos de cuidados, partilhando responsabilidades pelo uso das suas competências;

- Encontrar e desenvolver novas formas, em oposição à tradicional, relativamente aos cuidados domiciliários. Estes, fora do âmbito institucional, requerem mais autonomia por parte dos enfermeiros; "as enfermeiras devem determinar de maneira mais precisa o seu papel junto da família e dos prestadores naturais de cuidados que necessitam de apoio, informação e suporte...partilhar o seu saber,...dirigir a sua actividade para o doente, os que cuidam dele e da família;

- Completar os seus conhecimentos nos diferentes domínios, tornando-se mais competente em cuidados de enfermagem;

- Tornar-se defensora dos direitos dos idosos, particularmente do direito à autonomia e tentar modificar "a tendência ao paternalismo bem como as atitudes erróneas no contacto com os idosos".

Ainda relativamente às competências e papéis susceptíveis de ir ao encontro das expectativas da população e das necessidades dos utentes idosos para a resolução dos seus problemas, Bevis e Bawes, citados por Berger (1995:14), identificaram oito papéis/categorias, que passamos a citar:

- "Comunicação: papel ligado com o estabelecimento de relações interpessoais, que visem a manutenção da saúde individual, familiar e comunitária;

- Planeamento: acções individuais e de colaboração com vista à resolução de problemas actuais e potenciais;

- Protecção: esforço para a manutenção do equilíbrio homeostático através de intervenções específicas que visem o utente e o seu meio;

- Cura: utilização de técnicas específicas que facilitem o regresso à saúde;

- Conforto: intervenções que visem aliviar a dor física, psicológica e social, bem como manter a dignidade e o bem estar;

- Ensino: acções que visem servir de veículo, analisar e sintetizar a informação para o utente;

- Reabilitação: intervenções que visem minimizar as limitações e elevar ao mais alto nível as suas capacidades;

- Coordenação: papel de organização e de equilíbrio das diferentes actividades do utente relacionadas com as suas necessidades e com os objectivos estabelecidos”.

Cada um destes papéis e categorias identifica as dimensões da natureza das profissões de ajuda. A filosofia de intervenção que suporta estes papéis, é a filosofia humanista, que defende o respeito pela pessoa humana em particular do idoso dentro da equipa, promovendo a interdisciplinaridade e fomentando o estabelecimento de redes interinstitucionais.

2 - AS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE E SUA ARTICULAÇÃO

Antes de abordarmos a organização dos serviços de saúde em Portugal, pensamos ser importante fazer uma breve referência às duas grandes instituições de saúde existentes (Hospital e Centro de Saúde), na medida que à sua volta giram todas as outras, públicas ou não, onde se produzem cuidados dirigidos aos idosos.

A Lei de Bases da Saúde 48/90 de 24 de Agosto, no que diz respeito às entidades prestadoras de cuidados (Base XII) refere que “o sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvem actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades”. Neste tipo de actividades enquadram-se o Hospital e o Centro de Saúde.

2.1 - O Hospital

Embora exista uma pluralidade de interpretações sobre o hospital como organização com existência de inúmeras definições, diversos pontos de vista e quadros conceptuais, citamos alguns autores que enfatizaram as

relações informais desenvolvidas pelos diferentes profissionais, os conflitos de poder entre os diferentes grupos sociais e profissionais, por as reconhecermos fulcrais no cuidar dos idosos e suas famílias.

Segundo Turner (1987) citado por Carapinheiro (1993), o hospital pelas suas características de prestação de cuidados de saúde diferenciados representa uma instituição crucial nos sistemas de saúde modernos.

Não é nossa intenção fazer uma referência profunda sobre a evolução dos hospitais portugueses, pois ultrapassa os limites da nossa abordagem, no entanto convém referir que os hospitais sofreram uma grande evolução desde os seus primórdios.

De instituição devotada a tratar os pobres e os indigentes, transformouse gradualmente num estabelecimento onde novas técnicas de diagnóstico e terapêutica estão disponíveis para todas as pessoas, e onde a especialização vai assumindo uma importância crescente. Tornou-se insidiosamente o centro dos cuidados de saúde (hospitalocentrismo).

Segundo Campos 1984, citado por Carapinheiro (1993), o hospital a partir de 1946 até ao início dos anos 60, foi considerado a peça central do sistema de saúde português, tendo a partir dessa altura passado a ser considerado uma "peça superior, mas não central do sistema de saúde" (Ibidem: 20).

Esta mudança relativamente ao hospital, e segundo o mesmo autor, foi devida às modificações políticas, que "substituíram o hospitalocentrismo pelo sanitarismo", introduzindo legalmente a filosofia de prevenção e promoção da saúde, com o esforço da organização dos serviços dos cuidados de saúde primários.

É habitualmente entendido como um espaço onde se centraliza a produção de cuidados de saúde, não só pela concentração de profissionais com

múltiplas e diversas especializações, mas também pela acumulação de tecnologias sofisticadas.

Na opinião de Marriner (1989), o hospital como organismo de saúde dirige as suas prioridades para a pessoa doente, incluindo actividades de promoção e protecção da saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (1998:3), "o hospital é um estabelecimento de saúde, de diferentes níveis de diferenciação, constituído por meios tecnológicos e humanos, cujo objectivo nuclear é a prestação de cuidados de saúde durante 24h por dia... a sua actividade é desenvolvida através do diagnóstico, da terapêutica e da reabilitação quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio. Deve ter a capacidade de organização, para se adequar às reais necessidades de saúde da população, de forma a que os resultados da sua prestação ou desempenho correspondam a ganhos em saúde".

Ainda em torno do conceito de hospital, Bolander (1998:475), considera-o como "uma instituição que presta cuidados e tratamentos médicos e cirúrgicos a doentes ou indivíduos com lesões, podendo atender mulheres saudáveis aquando do parto".

Para Friedson (1970), citado por Carapinheiro (1993) o hospital enquanto organização social de divisão do trabalho envolve profissionais com um estatuto social e profissional elevado, sendo regulado pela sua autoridade, mais do que pela autoridade administrativa, explicando-se desta forma, a rigidez, o mecanicismo, o autoritarismo e a coordenação, com que se têm caracterizado os serviços de saúde.

Este poder profissional é por vezes gerador de conflitos e tensões com o serviço administrativo (...), bem como poder influenciar ou interferir nas políticas da organização, "através da centralização dos circuitos de reco-

lha de informações e através da sua manipulação" (Carapinheiro, 1993:53).

De entre todas as categorias profissionais envolvidas na complexa divisão do trabalho no domínio da saúde, "a única que é verdadeiramente autónoma é a profissão médica. A sua autonomia é sustentada pela dominação do seu saber e da sua competência técnica na organização da divisão do trabalho e, como consequência, dirige e avalia o trabalho de todas as restantes categorias profissionais sem, em contrapartida, ser objecto de direcção e avaliação de ninguém" (ibidem).

Ainda de acordo com a mesma autora, as outras profissões, articuladas com a profissão médica experimentam na relação com o seu trabalho quotidiano formas de alienação social, semelhantes às existentes em instituições burocráticas e totalitárias.

Goffman (1968), citado por Carapinheiro (1993:55), faz a caracterização de instituição totalitária como "um lugar de residência e de trabalho, onde um número elevado de indivíduos, colocados na mesma situação, separados do mundo exterior por um período relativamente longo, vivem em comum uma situação de reclusão, cujas modalidades são explícita e minuciosamente reguladas".

Ainda relativamente ao poder dentro das instituições hospitalares e no que diz respeito às relações profissionais entre médicos e enfermeiros, geram-se por vezes situações de conflito, nomeadamente no que diz respeito a actuações que ponham em causa a autoridade médica, como sendo a actuação em situação de urgência, transmissão de informações ao doente associadas ao diagnóstico.

"O facto de os enfermeiros não terem autoridade para informarem os doentes sobre o diagnóstico da sua doença tende a estabelecer como cláusula informal que também não disponham de autoridade para infor-

marem sobre aspectos acessórios ao diagnóstico, decisão que se estipula pertencer exclusivamente ao médico" (Carapinheiro, 1993:191).

Estas situações que quebram as regras da autoridade médica geradoras de conflitos são na maioria das vezes geridos pelos enfermeiros chefes, que servem como mediadores entre a autoridade médica e a enfermagem. Por um lado, solidarizando-se com o enfermeiro pela posição tomada e por outro têm que *reparar* a ameaça da autoridade médica.

A este respeito, a mesma autora, refere que "os enfermeiros chefes mitigam o compromisso ideológico com o seu corpo profissional de pertença para conservarem as alianças com a autoridade médica, na dependência da qual se alimenta a sua própria autoridade".

Os grupos que em cada momento controlam uma organização são os que desempenham as tarefas mais difíceis e críticas. Estas são as que não podem ser rotinizadas nem atribuídas a pessoas com baixos níveis de qualificação. São as características destes grupos que determinam as políticas hospitalares e os objectivos organizacionais, (Perrow 1963, citado por Carapinheiro, 1993).

No nosso entender, o hospital deve ser um local onde o sentir, o pensar e o agir permitam construir projectos de cada um e dos outros com competência, em que a participação e o respeito mútuo, a justiça e a solidariedade complementando-se, sejam postas em prática, considerando o indivíduo, profissional ou utente, como um ser individual, entidade única e diferente de qualquer outro.

O hospital deve ser um espaço onde são criadas condições para a inclusão e participação de todos, permitindo a cada um o seu desenvolvimento pessoal, profissional e social.

No entanto, o hospital é uma boa ilustração de combinações complexas que se estabelecem entre os diferentes tipos de objectivos, os pessoais e os organizacionais, "assim os objectivos oficiais do hospital definem-se como sendo o tratamento, a cura, ou a recuperação da doença, sublinhando a organização das actividades das diferentes categorias profissionais, com estes objectivos coexistem, quase sempre de forma não pacífica, os objectivos operatórios próprios de cada grupo, ligados aos fins particulares que pretendem atingir no contexto do conjunto dos objectivos abstractos do hospital" (Carapinheiro, 1993:59).

O hospital como sistema

Para entendermos melhor a actividade hospitalar, reportamo-nos ao conceito de sistema, que segundo Chiavenato (1998), surgiu na Biologia a partir do estudo dos seres vivos e da sua dependência e adaptação ao meio ambiente, estendendo-se posteriormente a outras disciplinas científicas.

Para este autor, um sistema é definido como "um conjunto de elementos dinamicamente relacionados entre si, formando uma actividade para atingir um objectivo, operando sobre entradas (informação, energia ou matéria) e fornecendo saídas (informação, energia ou matéria) processadas" (1998:682).

Os hospitais são organizações extremamente complexas, que desenvolvem a sua actividade num sistema composto por múltiplos agentes, de natureza e níveis diferentes, que interagem praticamente com todas as expressões do tecido social e da sociedade civil.

Ao visualizarmos o hospital como um sistema aberto, considerámo-lo como um todo e como parte integrante do seu meio ambiente. A actividade desenvolvida numa das partes afecta a actividade da outra.

Nesta perspectiva sistémica e de acordo com Rodrigues (1999), o hospital servirá para:

- Atingir um ou mais objectivos (constitui a própria finalidade para a qual foi criado);
- Operar sobre dados, energia e matéria (constitui as entradas de recursos necessários para o sistema operar, os utentes, informação), colhidos no meio ambiente que circunda o sistema e com o qual interage dinamicamente;
- Fornecer informações, energia e matéria (constituem as saídas ou actividades do sistema: ganhos em saúde, informação).

As organizações não vivem isoladas, nem são auto-suficientes, trocam recursos com o ambiente externo e dependem dele para a sua sobrevivência.

Qualquer organização importa do meio ambiente diversas coisas, utilizando-as para posteriormente as transformar em produtos ou serviços resultantes de todo o processo.

Ainda na perspectiva sistémica e em termos de continuidade de cuidados, consideramos a informação ao mesmo tempo *entrada e saída* do sistema, pois é fundamental e necessária em todo o processo ou "missão" hospitalar – durante o acolhimento, internamento e na alta hospitalar.

Tipos de hospitais

O hospital como instituição de saúde faz parte do Sistema Nacional de Saúde, e por conseguinte deverá estar cada vez mais integrado com os restantes níveis de cuidados e outros hospitais, numa rede articulada.

Segundo o Ministério da Saúde (1998), a estrutura dos Cuidados de Saúde Diferenciados, organiza-se por diferentes tipos de hospitais consoante a composição dos seus serviços e sua hierarquia técnica, podendo ser classificados em nacionais, centrais e distritais.

Os hospitais nacionais são aqueles que respeitam, ao mesmo tempo os seguintes critérios:

- Dispõem de valências diferenciadas e altamente diferenciadas, abrangendo a população além da sua;
- O total da população seja superior a um milhão de habitantes;

Os hospitais centrais classificam-se deste modo, se respeitarem um dos dois critérios:

- Detenham actualmente a classificação de centrais, não estando abrangido nos anteriores;
- Possuam uma área de atracção superior a 400 mil habitantes, dispondo de diferenciação.

Os hospitais distritais classificam-se em A e B, consoante a diferenciação das suas valências e conforme a sua área de atracção ultrapasse ou fique aquém dos 150 mil habitantes.

Os actuais hospitais de nível I, cujas áreas de atracção coincidem com a de um concelho, são classificados de distritais se a dimensão e área de atracção o justifique, ficando em estreita ligação com o seu hospital de referência. Para os restantes hospitais aponta-se para uma tendência a converte-los em hospitais de cuidados continuados.

Poderemos, pois afirmar que os hospitais são organizações muito complexas, desenvolvendo a sua actividade num sistema composto por múltiplos agentes, de natureza e níveis de diferenciação. A relevância social e individual da sua actividade implica uma enorme responsabilidade sobre os resultados dos cuidados prestados, tanto na dimensão colectiva e social como a nível individual dos utilizadores.

2.2 - O Centro de Saúde

Os serviços de CSP representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos famílias e comunidade com os serviços de saúde. Constituem assim o primeiro elemento de todo um sistema de cuidados de saúde.

O Centro de Saúde "é a unidade física e funcional que assume a responsabilidade de prestar cuidados de saúde primários a uma comunidade social, demográfica e geograficamente definida garantido a promoção da saúde, a prevenção da doença e problemas de saúde, mediante intervenção directa, casuística ou programada", (Ministério da Saúde, 1998:31).

Assim, espera-se que o centro de saúde, dentro das suas áreas de intervenção através de um "sistema de vigilância epidemiológica, de um sistema de avaliação/garantia de qualidade das intervenções, e de uma articulação com os hospitais e outros serviços da comunidade, para a consecução dos objectivos, de forma a assegurar a participação dos profissionais nas diversas áreas" (ibidem: 32).

Actualmente com as exigências cada vez maiores das populações relativamente ao acesso e à satisfação das suas necessidades de saúde, com níveis de qualidade acrescidos, impõe-se uma gestão equilibrada dos recursos existentes numa determinada região em matéria de saúde.

Evolução dos Centros de Saúde

Não é nossa intenção falar da perspectiva histórica e evolução dos Centros de Saúde em Portugal de uma forma exaustiva, importa-nos sobretudo o contexto actual em que a maioria dos mesmos desenvolve as suas actividades, no entanto para a sua compreensão evolutiva, importa focar três marcos, que em nossa opinião se revelaram importantes.

Os Centros de Saúde de 1ª Geração, de 1971 até 1983, foram criados pelo DL 413/71 de 27 de Setembro, e posteriormente regulamentados

pelo Despacho Normativo n.º 97/83 de 28 de Fevereiro, tendo por base quatro princípios fundamentais:

- "Reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, cabendo ao Estado a responsabilidade de lha assegurar";
- Política unitária de saúde da responsabilidade do Ministério da Saúde;
- Integração de todas as actividades de saúde e assistência a nível local e regional, de modo a rentabilizar os recursos humanos e financeiros;
- Planeamento central e descentralização na execução, de modo a permitir a escolha de prioridades que mais impacto poderiam ter na saúde das populações e a dinamização dos serviços".

Assim, foi criada a primeira rede de Centros de Saúde dependentes da Direcção Geral da Saúde, orientada para a Saúde Pública e medicina preventiva. A sua organização era por valências com prioridade na saúde materno-infantil.

Os Centros de Saúde de 2ª Geração de 1983 até 1996, foram criados pelo DL 254/82 de 29 de Junho. Aqui aparecem com nova filosofia de prestação de cuidados preventivos e curativos, ficando assim com os cuidados globais das famílias, prestados tanto no Centro de Saúde como no domicílio.

Alguns centros de saúde, especialmente os localizados em zonas da periferia, foram dotados de serviço de internamento permanente, possibilitando dessa maneira, a melhoria no acesso aos cuidados, mais perto dos locais de residência das populações.

Neste período foi implementada a carreira médica dentro da qual figura a do clínico geral, organizando-se o trabalho por serviços e grupos profis-

sionais, havendo predomínio dos aspectos estruturais: hierarquias, regulamentos etc.

Pelo Despacho Normativo de 97/93 de 28 de Fevereiro, o centro de saúde é definido como "uma unidade integrada, polivalente e dinâmica, prestadora de cuidados primários, que visa a promoção da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo globalmente a sua acção, ao indivíduo, à família e à comunidade".

Os Centros de Saúde de 3ª Geração foram criados pelo DL 157/99 de 10 de Maio. Tornou-se um imperativo a sua remodelação, tanto nos seus aspectos formais e funcionais, como nos aspectos normativos de gestão, uma vez que, e de acordo com o referido Decreto-lei "a evolução da prestação de cuidados de saúde, caracterizada por uma crescente complexidade técnica, bem como a actual exigência de instituições e serviços de saúde que, numa perspectiva multidisciplinar e de forma efectiva e eficiente, sejam centrados no cidadão e orientados para a obtenção de ganhos em saúde tornaram, entretanto, obsoleto o enquadramento normativo dos centros de saúde, designadamente pela inexistência de autonomia".

A sua organização é feita por zonas urbanas ou rurais, tendo sido desenhado a partir das necessidades em saúde, definidas em termos de risco para a comunidade. Fica responsável pelos cuidados ao indivíduo, às famílias e a grupos sociais, possuindo capacidade de coordenar os recursos disponíveis.

Este novo diploma contém inovações organizativas, passando de uma organização do tipo centralista para uma organização do tipo descentralizada por equipas. Desta forma redistribui o poder e cria condições para um maior empenho dos profissionais.

De acordo com o disposto no Art. 2º do Decreto Lei acima referido, tem como principais objectivos:

- "Melhorar o nível de saúde da população da área geográfica por eles abrangida;
- Promover, vigiar, prevenir, diagnosticar e tratar a doença, através do planeamento e da prestação de cuidados globais;
- Desenvolver e contribuir para a investigação em saúde;
- Participar activamente na formação de diferentes grupos profissionais".

Da sua estrutura organizacional importa referir que passam a estar organizados em *unidades funcionais*, nomeadamente: a unidade de saúde familiar, unidade de cuidados na comunidade, unidade operativa de saúde pública, unidade de meios de diagnóstico e de especialidades, unidade de internamento e unidade básica de urgência.

Iremos focalizar aquelas que na nossa opinião se relacionam com a nossa área de estudo.

A unidade de saúde familiar é considerada "a unidade elementar de prestação de cuidados de saúde a uma população" e tem como missão "a prestação de cuidados de saúde de forma personalizada, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos, (Art. 12º ponto 1 e 2).

Outra unidade preconizada é a unidade de cuidados na comunidade que tem como missão "a prestação de cuidados de enfermagem e de apoio psicossocial de base geográfica e domiciliária, com identificação e acompanhamento das famílias com situações de maior risco ou vulnerabilidade de saúde, e em especial quando existem grávidas, recém nascidos, pessoas com marcada dependência física e funcional ou com doenças que requeiram acompanhamento mais próximo e regular", (Art. 13º ponto 1). Esta unidade assenta numa equipa multiprofissional, sendo a única que tem como director um enfermeiro.

Este tipo de Centro de Saúde localiza-se em princípio na sede do Concelho e serve uma população de vinte a trinta mil habitantes. Pode organizar-se em extensões para poder cobrir toda a população de acordo com a sua dispersão.

Com este "desenho" dos cuidados de saúde primários, parece-nos que não seria difícil fazer face aos diferentes problemas e desafios emergentes contemporâneos, no que diz respeito aos cuidados aos idosos. No entanto a qualidade dos serviços ainda está longe do ideal, não só devido ao aumento progressivo de idosos e dos muito idosos com dependência, como também à falta de profissionais qualificados.

Na opinião de Ramos (2000:35), "os serviços de saúde do SNS estão organizados e têm regras e culturas organizacionais que ainda espelham os alicerces da administração pública portuguesa criados na década de 30, nos alvares do regime autoritário, este e o modelo da pirâmide hierárquica são ineficazes, no ambiente democrático do país, gerando-se vazios de poder e irresponsabilidade a todos os níveis".

Sistemas Locais de Saúde

Um SLS, e de acordo com o Art. 2º do DL nº 156/99 "é constituído pelos centros de saúde, hospitais e outros serviços e instituições, públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos, com intervenção directa ou indirecta no domínio da saúde, numa determinada área geográfica de uma região de saúde. Cabe-lhe assegurar, no âmbito da respectiva área geográfica, a promoção da saúde, a continuidade da prestação dos cuidados e a racionalização dos recursos".

Os SLS têm como principal finalidade colocar o cidadão no centro do sistema, na obtenção de ganhos em saúde, eficiência e eficácia, através dos seguintes objectivos;

- Orientar a procura de acordo com o circuito lógico para os cidadãos;

- Evitar duplicação de cuidados e custos;
- Melhorar a qualidade dos cuidados;
- Aumentar a eficácia e a rapidez das decisões dentro do sistema.

A política de saúde foi durante muito tempo centralizada nas instituições de saúde, nomeadamente no hospital nos médicos especialistas das diferentes especialidades (cuidados de saúde diferenciados) e nos centros de saúde, nos médicos de clínica geral (cuidados de saúde primários).

Nos últimos tempos, vários factores contribuíram para alterar o paradigma da intervenção política e social de saúde, em termos de uma visão mais abrangente e pluridisciplinar dos mesmos. A dicotomia entre cuidados primários e diferenciados tem-se revelado incorrectamente entendida, pela própria procura dos mesmos, resultando daqui prejuízos em termos de qualidade de serviços prestados aos utentes.

A principal linha orientadora da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), é a repartição entre o Estado, a iniciativa privada da responsabilidade pelos cuidados de saúde e ainda repartir com os cidadãos a responsabilidade pela sua própria saúde, tanto individual como colectiva, o dever de a defender e promover.

A Base V da referida Lei, direitos e deveres do cidadão, determina que os cidadãos são os "primeiros responsáveis pela sua própria saúde individual e colectiva", tendo o dever de a defender e promover e têm direito a que os "serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os legítimos interesses". É também reconhecida a liberdade de "escolha no acesso à rede nacional de prestação de cuidados de saúde", com limitação aos recursos existentes e de organização dos serviços.

Só com a imprescindível articulação funcional entre os cuidados primários e os cuidados diferenciados, e após a aprovação da legislação competente (Lei de Bases da Saúde - Lei n.º 48/90, Estatuto do Serviço Nacional

de Saúde – Dec. Lei n.º 11/93, Regulamento das Administrações Regionais de Saúde – Dec. Lei n.º 335/93 e as Normas de articulação entre hospitais e Centros de Saúde – Despacho n.º 24/94 de 16 de Maio), é que estão reunidas as linhas orientadoras e as condições para a implementação das Unidades de Saúde.

A ligação entre os cuidados de saúde diferenciados e os cuidados de saúde primários está preconizada na lei portuguesa (Dec. Lei nº 11/93 de 15 de Janeiro), que aprova o Estatuto Nacional de Saúde. Também a opção estratégica dos Serviços de Saúde em Portugal 1998-2002, emanada do Ministério da Saúde (1999), aponta para o desenvolvimento de Unidades Funcionais de Saúde como verdadeiros “sistemas locais de saúde”, efetivamente articulados com uma rede de referência hospitalar, pondo de lado a dicotomia Centro de Saúde/Hospital, e ainda o desenvolvimento de parcerias, bem como, o reforço da participação do cidadão e da comunidade.

Esta articulação permite um trabalho em equipa multidisciplinar, constituída por um conjunto de profissionais, que se complementam na prestação de cuidados de saúde de qualidade ao indivíduo, família e comunidade.

Surge desta forma a Unidade Local de Saúde constituída por um Hospital Central, Hospital Concelhio e Centros de Saúde de uma determinada área geográfica.

Esta articulação consistirá no funcionamento em complementaridade técnica dos Centros de Saúde e do Hospital de uma determinada área geográfica, de forma a satisfazer as necessidades da população, evitando a repetição de actos e serviços, facilitando a comunicação e a circulação da informação e dos utentes.

Deve ser organizado por zonas urbanas ou rurais, desenhado a partir das necessidades em saúde, definidos em termos de risco da comunidade (mortalidade, morbidade, incapacidade e deficiência), responsável pelos cuidados a prestar ao indivíduo, às famílias e aos grupos (cuidados de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação), com capacidade de coordenar os recursos disponíveis, no sentido de obter ganhos em saúde, eficiência e satisfação das populações.

Somos da opinião de que se os utentes do serviço de saúde usufruírem de bons cuidados, tanto primários como diferenciados de qualidade, correctamente planeados e articulados entre si, certamente terão cuidados continuados cada vez mais personalizados, humanizados, a caminho da excelência.

2. 3 - Rede de apoio a idosos

O envelhecimento da população, a evolução da tecnologia médica, as modificações dos hábitos de saúde e de estilos de vida, as alterações familiares, as migrações, a contenção de custos na saúde e nas áreas sociais, tem levado nestes últimos anos a pensar em alternativas que privilegiem a assistência domiciliária e ambulatória, que favoreçam a manutenção da pessoa idoso no seu domicílio.

Há mais ou menos 50 anos, envelhecer não constituía problema. O membro mais velho da família gozava de um estatuto privilegiado, sendo o chefe venerado e incontestado até morrer.

Nunca passaria pela cabeça dos seus descendentes, colocá-lo numa instituição especial para pessoas idosas. Concordamos com Agreda (1999) quando diz que, cada sociedade no seu contexto e momento histórico tem dado um papel à velhice, positivo ou negativo, o qual depende do modelo de homem ideal que impera em cada momento, umas vezes valorizado, outras vezes rejeitado.

Lima e Viegas (1988) citado por Paúl (1997:18), abordam a velhice sob a forma como cada sociedade "conceptualiza esta fase de vida (...), inscrita numa conjunturalidade histórica", e referiam-se concretamente às sociedades rurais e de cultura oral, onde por exemplo era assegurado a herança familiar, valorizando os laços de parentesco. O acesso à herança era feito mediante os cuidados prestados à velhice.

Nas sociedades mais desenvolvidas, as pessoas idosas, que esperariam poder ajudar a sua família, com a sua experiência, vão descobrindo um mundo em evolução constante, um ritmo de vida acelerado, em que, o que eles têm para oferecer, já tem pouco significado no mundo, pois o seu saber foi adquirido em circunstâncias e contextos diferentes (Rodrigues 1999).

Desta forma, o idoso perde a seu estatuto de privilegiado e de poder, à medida que os filhos crescem e constituem a sua própria família.

A alteração das estruturas económica e familiar, a introdução das reformas, entre outros factores, pôs em causa o sistema tradicional de segurança da velhice, por um lado e por outro, a transmissão do saber, que conferia aos idosos o poder do saber acumulado ao longo das experiências de vida, deixou de ser feito oralmente de geração em geração.

Segundo Costa (1999) os problemas que emergem da transição demográfica das últimas décadas, relacionam-se com duas vertentes, a saber:

- Velhos que o são precocemente, porque são afastados do mundo do trabalho, exigindo reflexão e intervenções de saúde e de educação, já que requerem acompanhamento preventivo efectivo uma vez que o seu potencial de capacidades e de experiências colocam-nos no alvo e fonte de saberes em que pode dar e receber;
- O aumento da esperança de vida faz com que os idosos mais velhos seja cada vez maior, relacionada com a evolução técnico-científica, nos campos das ciências da saúde, com o reverso da medalha a nível dos

serviços de saúde, pois os idosos são os maiores consumidores de cuidados de saúde.

Pelos motivos focados, vão proliferando instituições, juntamente com o conceito de terceira idade, para dar resposta às diferentes solicitações. Desde os asilos, lares de terceira idade, hospitais, às universidades da terceira idade, enfim um conjunto de instituições e equipamentos sociais, que pretendem dar resposta às necessidades mais prementes das sociedades em geral e do idoso em particular. "A velhice passa a ser encarada como uma espécie de doença social" (Lima Viegas 1988, citado por Paúl 1997:19).

Actualmente e concretamente no nosso país existem alguns factores que são preponderantes no que diz respeito aos problemas do envelhecimento, que na opinião de Costa (1999) são os seguintes: alteração na estrutura das relações familiares; desmoronamento do familismo tradicional; organização social e económica; visão social do trabalho dos idosos.

As alterações na estrutura das relações familiares têm a ver com o aumento das taxas de divórcio a nível da faixa etária dos 50 anos, facto que coincide com períodos de pré-reforma, reformas antecipadas, perda do poder económico;

O familismo tradicional alterou-se; a família de várias gerações a viver sob o mesmo tecto já não existe, devido a factores socio-económicos e migratórios.

A organização social e económica remete os idosos para uma inactividade quase obrigatória, o que leva a ver o trabalho do idoso como obsoleto, inadequado para a constante evolução, sendo desvalorizado, já que não corresponde aos parâmetros sociais vigentes.

Face à problemática que representa o envelhecimento nas sociedades e comunidades, estas vão encontrando formas, conjunto de recursos, no

sentido de gerir esta alteração demográfica, dando possíveis soluções às situações problemáticas de muitos idosos.

Não há dúvida que tudo isto nos preocupa, não só como agentes de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação da doença, nesta etapa da vida, como também, que algum dia nos aconteça vivê-la.

Apoio formal

A problemática associada à prestação de cuidados às pessoas idosas, tem vindo a assumir uma importância crescente, enquanto grupo social em crescimento na nossa sociedade. Assim, impõe-se uma análise sobre a forma de como a rede de apoio, de equipamentos, serviços sociais de apoio, está organizada e articulada no sentido de (cor) responder às necessidades do idoso.

Perista (1999:97) citando um estudo de 1997, realizado pelo Centro de Estudos para a Intervenção Social em parceria com a Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, sobre " Inventar solidariedades – o local como eixo dinamizador do apoio social às pessoas idosas", revela que os utentes abrangidos pelas instituições que prestam apoio social, são pessoas muito idosas, maioritariamente mulheres, que participam em actividades das instituições (tarefas), com pouca ou nenhuma acção na organização de actividades, tratando-se de uma participação com reduzida autonomia e capacidade de intervenção.

O mesmo estudo, no que diz respeito à atribuição de responsabilidades, revela ainda a primazia "do Estado e da Família, enquanto entidades prioritariamente responsabilizadas relativamente à prestação de cuidados às pessoas Idosas, em contrapartida a uma quase invisibilidade das instituições particulares" (ibidem).

O desenvolvimento das políticas de acção social, na sua área de intervenção direccionada às pessoas idosas, tem-se revelado numa tentativa de diversificação dos suportes formais de apoio.

Sabe-se que a necessidade de ajuda das pessoas idosas vai aumentando progressivamente com o avançar da idade, nomeadamente nos idosos com mais fracos recursos, pois, "mais complicado do que ser velho é ser pobre e chegar a velho" (Paúl, 1997:22). Assim, a vulnerabilidade anda quase sempre ligada à condição de pobreza e de exclusão social, entendida como um processo que leva progressivamente a um afastamento dos idosos do tecido social.

Em Portugal 47% dos agregados familiares pobres são constituídos por idosos (Pimentel, 2001). Existem carências de variada ordem, no entanto, não faz sentido que se pense nos idosos como uma população de risco, seja do ponto de vista social, seja do ponto de vista psicológico (Paúl, 1997).

Na opinião de Fernandes (1997), a intervenção do Estado na década de trinta pela Constituição de 1933, limitou-se a promover o surgimento de instituições especificamente criadas para suprir as necessidades de risco, doença e velhice.

Decorridos quase setenta anos a esta parte, o Ministro do Trabalho e da Solidariedade, no discurso de abertura do Seminário "Envelhecer um Direito em construção" (1999) referiu que no domínio da acção social tem-se vindo a criar respostas objectivas e contextualizadas, traduzindo-se na oferta alargada de centros de equipamentos, nomeadamente lares, centros de dia, centros de convívio, acolhimento familiar e estruturas para pessoas em situações de grande dependência.

É certo que a sociedade tem evoluído, mas a um ritmo muito lento, para as necessidades da população que cada vez mais é mais velha, daí que

tenham surgido projectos mais ou menos inovadores, como sendo o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), que segundo o Ministro acima citado, tem procurado responder de uma forma articulada e integrada, através de projectos de promoção local e central, a necessidades comuns nas áreas da solidariedade e da saúde.

Na opinião de Cadete (1993), o apoio comunitário aos idosos exige a reorganização de respostas de qualidade que tenham em consideração cada pessoa na sua individualidade, e singularidade, com os seus costumes, os seus desejos e nas suas expectativas, onde os seus direitos e decisões sejam respeitados. Desta forma descreveu quatro princípios orientadores do apoio à pessoa idosa, com os quais concordamos: manter o idoso no domicílio pelo máximo de tempo; institucionalizar o mínimo possível, e o mais tarde possível; humanizar os serviços e articular as actividades inter-serviços.

A este respeito Ministério da Saúde do Trabalho e da Solidariedade, no Despacho conjunto n.º 407/98 de 18 de Junho nº 1, ditou as orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência, com o objectivo de: "Promover a autonomia das pessoas em situação de dependência e o reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, como lógica de intervenção, privilegiar a prestação de cuidados no domicílio sem prejuízo da possibilidade de recurso ao internamento em unidades residenciais sempre que este se mostre necessário ao processo de reabilitação com promoção de condições de autonomia que habilitem as pessoas a regressar ao domicílio". No mesmo Despacho são delineadas as respostas de âmbito de apoio social, nomeadamente:

- Serviço de Apoio domiciliário – privilegia a permanência do idoso no seu ambiente, junto dos familiares, amigos e vizinhos, permite aos indivíduos idosos manterem-se nas suas próprias casas e no ambiente em que sem-

pre viveram. Visam a prestação de Cuidados individualizados e personalizados a indivíduos e famílias quando por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanente, a satisfação das suas necessidades e ou as actividades de vida diária.

Este serviço, e ainda de acordo com o referido despacho: "visam constituir a forma mais humanizada de resposta às novas necessidades de certos grupos da população, nomeadamente as pessoas mais idosas (...), criando condições para a promoção da sua autonomia no domicílio e no ambiente sócio-familiar".

- Centros de dia – prestam um conjunto de serviços, que contribuem para a manutenção do idoso no seu meio sócio-familiar, nomeadamente, convívio, alimentação e conforto.

- Acolhimento familiar – consiste em integrar em famílias idóneas, temporária ou permanente, idosos. Esta estrutura de apoio revela-se alternativa ao meio familiar, constituindo por vezes a resposta mais personalizada ao atendimento da pessoa idosa, evitando ou retardando, o mais possível, o recurso à institucionalização.

- Lar – consiste no alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, de idosos em situação de maior risco de perda de independência e ou de autonomia, ou quando não é possível a manutenção no seu meio familiar. Os lares constituem uma alternativa possível de alojamento e apoio temporário ou permanente, assegurando ao idoso a satisfação das necessidades humanas básicas.

- Centro de actividades ocupacionais – equipamento de pequena dimensão inserido na comunidade que visa a valorização pessoal e a integração social de pessoas com deficiência grave, permitindo o desenvolvimento das suas capacidades dentro do possível. Estas estruturas de apoio destinam-se a manter ou desenvolver no idoso as suas capacidades, proporcionando condições para programas de formação.

- A formação de recursos humanos, habilitando profissionais da área da saúde e acção social, e ainda familiares, vizinhos ou voluntários a uma prestação de cuidados qualificada;

- Centros de Apoio a Dependentes e centros de recursos locais, de pequenas dimensões, que prestam cuidados integrados a pessoas em situações de dependência;

- O Serviço Tele-Alarme é uma nova proposta na área das telecomunicações que permite uma intervenção rápida em caso de emergência, complementando o apoio e a prestação de cuidados integrados no domicílio. Constitui um elemento fácil de ligação à rede social de apoio. O Serviço de Tele-Alarme consta essencialmente de um equipamento central, que funciona na sede da Cruz Vermelha Portuguesa, e de unidades telefónicas instaladas no domicílio do idoso, pela Portugal Telecom. Pode ser accionado com a simples pressão de um botão, cujo alarme será identificado pela operadora de Tele-Alarme na Cruz Vermelha Portuguesa. Esta estabelecerá os contactos necessários para o encaminhamento da situação.

- Os Passes Terceira Idade, sem quaisquer restrições de horário, para as zonas urbanas e suburbanas do Porto e Lisboa;

- Projecto Saúde e Termalismo, que permite compartilhar despesas de alojamento a pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, de rendimentos mensais iguais ou inferiores ao salário mínimo nacional, e a quem o médico tenha prescrito tratamento termal.

Na implementação destas medidas de protecção à população idosa particularmente, o estado português preconiza igualdade de oportunidades para todos.

No entanto, a realidade nem sempre é satisfatória, dado o aumento deste grupo populacional, sua diversidade e singularidade.

Rede informal

O envelhecimento progressivo da população mundial, associado ao desenvolvimento e modificações nas sociedades actuais, nomeadamente as alterações dos padrões de vida, as migrações, a estrutura e dinâmica das famílias, trazem aos profissionais de saúde novos desafios, novas problemáticas, necessitando de reflexão e análise aprofundada, no sentido de encontrar estratégias para o futuro, colmatando desta forma necessidades emergentes, no apoio e cuidados continuados ao idoso.

De acordo com Cabete (1999: 95), "falar de cuidados continuados é falar de uma realidade recente que emerge numa sociedade em mudança acelerada...onde uma população envelhecida, com grande peso em doenças crónicas, necessita cada vez mais de cuidados, acompanhamento constante e durante um período de tempo mais longo".

A mesma autora define cuidados continuados como sendo "cuidados que proporcionam um acompanhamento integrado e contínuo das pessoas em situação de dependência física, psíquica ou social, quer se trate de uma situação de início súbito ou de evolução prolongada, podendo ser transitória ou permanente".

Os cuidados prestados no domicílio são uma forma de cuidados continuados ao idoso, permanecendo na sua casa, onde sempre viveu, integrado na sua família, aumentando a sua qualidade de vida, preservando o seu estado funcional e dessa forma garantir o seu bem estar aumentando os ganhos em saúde.

O papel da família

A permanência do idoso no seu ambiente sócio-familiar, é considerado o contexto ideal para qualquer pessoa que atinja a velhice, e procure vivê-la de uma forma equilibrada, sem grandes desvios, mantendo-se em

constante interacção com as pessoas que lhe são mais próximas (Pimentel, 2001).

A sociedade actual vive o fenómeno da globalização, em que, cada vez mais o relacionamento humano se desenrola num ambiente de diluição de decisões e de reacções tendencialmente generalizadas e despersonalizadas.

Neste contexto, torna-se necessário reflectir sobre o espaço que fica para a personalização e humanização no atendimento das necessidades de cada pessoa e especialmente a pessoa idosa.

De acordo com a mesma autora acima citada (2001: 36), "o apoio oferecido pelos familiares, e /ou amigos é, de um modo geral, mais adequado às necessidades específicas de cada indivíduo e, por isso mesmo o mais solicitado". É no cônjuge e na família que a maioria dos idosos procura o respectivo apoio para solucionar as suas necessidades afectivas e para receber assistência e cuidados, quando a sua saúde apresenta problemas.

Em alguns países da União Europeia (Alemanha, França e na Grécia), são atribuídas prescrições legais às famílias para que estas prestem os cuidados necessários. Em outros, como Portugal, Espanha e Itália, a família é o centro da tradição da responsabilidade colectiva, pela prestação de cuidados, devido à escassez de serviços organizados (Anderson 1992).

Em outros países como o Reino Unido, Bélgica e Países Baixos, a importância da ajuda familiar está a ter um papel preponderante nas políticas sociais, o que e na opinião do mesmo autor "... vem sublinhar a necessidade de implementar, apoiar e encorajar a prestação desses cuidados. De uma forma ou de outra, a ajuda familiar é a base da assistência aos idosos, fora do hospital ou das clínicas" (ibidem:50).

No entanto, existe frequentemente uma tendência para enaltecer as vantagens do papel da família e das formas de solidariedade informal, sem muitas vezes reflectir sobre as suas limitações, e mesmo ainda poder considerá-las substitutos das redes formais, sempre que estas não dêem resposta (Pimentel 2001).

Existem famílias com fracas fontes de suporte que facilmente se tornam vulneráveis à crise e à doença de um dos seus membros. Neste processo dinâmico, poderá converter-se numa doença familiar, que na opinião de Sorensan e Luckman (1998) desencadeia sentimentos de depressão, ansiedade, frustração e exaustão.

A este respeito Moreira (2001) refere também que os familiares cuidadores encontram-se sujeitos a sentimentos de isolamento social, privação do descanso, redução do rendimento económico, conflitos familiares, perdas de paciência, cansaço, irritabilidade, levando ao impedimento de exercer a sua actividade profissional.

Estudos efectuados ao nível da União Europeia (1992), nomeadamente pela Fundação Europeia, sobre a situação dos ajudantes familiares, realçam o grande contributo dos ajudantes familiares e sublinham a proporção elevada de mulheres, (entre 60 e 75%), que tradicionalmente assumem o papel de cuidadoras, (Anderson, 1992:50). Assim, por exemplo, na Alemanha todos os idosos que necessitam de cuidados domiciliários, são tratados por elementos da família, um terço dos quais são pessoas de idade avançada. Em Espanha 90% dos casos, são os familiares também que prestam a maior parte dos cuidados, quando o idoso está doente (Anderson, ibidem).

Actualmente, os estudos sobre as solidariedades familiares, a entre - ajuda, o suporte relacional e comunitário adquiriu importância crescente, dada a evolução dos sistemas de protecção social e do papel do Estado na prossecução do bem estar social, (Pimentel 2000).

Na opinião da mesma autora, há um conjunto de factores desfavoráveis que levam ao empobrecimento dos sistemas de assistência e de segurança social, tais como: o crescente desemprego, o envelhecimento da população, a dificuldade de inserção social e profissional dos jovens, levando a um aumento das despesas de saúde.

2.4 – A continuidade de cuidados

Tendo como pano de fundo as modificações demográficas, sociais, sanitárias, económicas e políticas, implícitas na sociedade actual, importa cada vez mais, reflectir sobre a orientação das políticas de saúde, nas quais a assistência domiciliária se assume progressivamente como uma alternativa à hospitalização.

Os cuidados de saúde são por natureza, o resultado do trabalho multidisciplinar de diferentes profissionais e da intervenção de diversos níveis de serviços. Assim os hospitais e os centros de saúde só fazem sentido no SNS numa perspectiva integradora e globalizante.

Sendo a função primordial dos hospitais, suprir as necessidades de saúde das populações, que exigem e merecem uma prática humanizada, não se deverá esquecer que os utentes têm direito a “serem tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito”, (Base XIV, alínea c); Lei nº 48/90 de 24 de Agosto).

Decorridos quase cinco anos da aprovação do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, através do Dec. Lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro, foram criadas as novas Administrações Regionais de Saúde (ARS) revogando as anteriores, denominadas de regiões e sub-regiões de Saúde, com áreas geograficamente definidas. O DL acima referido visa estabelecer o conceito de unidades integradas de cuidados de saúde, formadas pelos hospitais e grupos personalizados dos centros de saúde de uma determinada

área geográfica, sendo que às unidades de saúde cabe-lhe "assegurar a continuidade de cuidados".

No que diz respeito à articulação entre as diferentes instituições que prestam cuidados de saúde dentro de uma determinada área geográfica, na alínea d) da Base II da Lei de Bases da Saúde lê-se: "os serviços de saúde estruturam-se e funcionam de acordo com o interesse dos utentes e articulam-se entre si e ainda com os serviços de segurança e bem estar social".

É claro que todos os serviços e intervenientes têm responsabilidade nesta matéria, no sentido de que seja exequível a continuidade de cuidados a todos os doentes que necessitem de cuidados continuados, nomeadamente os idosos.

O fracasso da implementação de uma rede articulada entre os diferentes prestadores, deve-se em grande parte ao isolamento das Instituições de Saúde e à burocracia, em que cada ou uma por si desenvolve a assistência que acha conveniente, (Almeida, 1999).

No entanto a lei é clara, pois de acordo com a Lei de Bases da Saúde, no ponto 2 da Base XIII, lê-se que "deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para situações deles carecidas e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes".

Esta nova política de saúde torna imprescindível o desenvolvimento de uma cultura de comunicação que favoreça a relação inter profissional nos diferentes níveis de cuidados. A este respeito Matorrales (1998), refere que se devem operacionalizar circuitos rápidos que permitam a chegada de informação entre médicos, enfermeiros e assistentes sociais dos dois níveis de cuidados, (CSP e CSD), aquando da alta hospitalar, bem como quando se efectua o internamento hospitalar.

Em Maio de 1999 o Governo português tendo em vista promover uma maior acessibilidade aos cuidados de saúde, bem como a garantia da sua efectiva continuidade, ampliou o conceito de unidade funcional no sentido da sua evolução, para uma amplitude mais alargada, englobando outros serviços, instituições públicas ou privadas que numa determinada área geográfica de saúde, desenvolvam actividades na área da saúde, ou com ela estreitamente ligadas, nomeadamente as autarquias locais e instituições do sector social.

No que concerne à produção de cuidados e sua articulação, no documento emanado do Ministério da Saúde em Dezembro de 1996, Saúde em Portugal – uma estratégia para o virar do século, pode ler-se o seguinte na Medida 11 “estabelecer, ao nível de cada unidade de saúde, metas para acesso e produção de cuidados de saúde de forma articulada entre os centros de saúde e os hospitais”; na medida 26 do referido documento acrescenta ainda, “articular ao nível das unidades funcionais de saúde, a política de recursos e o plano de investimentos com objectivos estratégicos”.

Ao instituir os SLS o Estado português teve como finalidade criar conjuntos de recursos articulados na base da complementaridade e organizados segundo critérios geográfico / populacionais, pretendendo-se que sejam facilitadores da participação social e que a lógica da articulação com a rede de referenciação hospitalar, concorra para um efectivo desenvolvimento e fortalecimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS), facilitando a continuidade de cuidados (Ministério da Saúde 1996).

Na opinião de Rafael e Miguel (1994), nos serviços de saúde, nomeadamente nos hospitais e centros de saúde, a forma como a generalidade dos doentes são atendidos, gera uma certa sensação de mal estar. As mesmas autoras identificam algumas razões que o justificam, nomeadamente a ausência de planeamento estratégico ao nível dos cuidados de saúde, a deficiente organização e distribuição dos meios técnicos e

humanos, a inexistência generalizada de trabalho em equipas multidisciplinares, e a ignorância e resignação da maior parte dos utentes. Face a esta realidade, as metas da humanização e articulação dos cuidados ainda nos parece longe.

A tendência actual dos cuidados de saúde é no sentido da sua "desinstitucionalização", (Grande, 1996). Também o MS assim o preconiza, pois refere que "a tendência dos cuidados médicos vai no sentido de incrementar o ambulatório. Os hospitais ao possuírem pessoal especializado e tecnologia moderna, são um parceiro indispensável. Deverão pois, organizar-se no sentido do ambulatório, privilegiando as consultas externas e os hospitais de dia, apoiando a medicina domiciliária", (MS, 1998:19).

Embora consignado na Lei, a articulação e continuidade de cuidados ainda está longe de ser uma realidade na maioria das instituições, uma vez que a sua articulação ainda é muito pouco consistente.

Falar de continuidade de cuidados é falar de uma temática relativamente recente, em que sobre o tema existe pouca literatura.

O conceito em si, *continuidade*, e segundo Costa e Melo (dicionário da língua portuguesa) significa "qualidade de contínuo; ligação não interrompida; duração contínua".

Para nós e no sentido que estamos a analisar, falar de continuidade de cuidados é falar da passagem adequada de cuidados para outros prestadores de cuidados, podendo estes ser a família, profissionais ou instituições.

Cabete (1998: 98), definiu continuidade de cuidados como sendo um "conjunto de acções que visem garantir uma transição adequada de cuidados quando há mudanças de prestadores". Assim e na opinião da mesma autora, "a passagem de turno, num serviço de internamento, ou

uma carta de alta ou transferência, são instrumentos da continuidade de cuidados”, (ibidem).

A continuidade de cuidados deverá garantir que um plano de intervenção prossiga, isto é, não deverá haver quebra na prestação de cuidados e a sua qualidade deverá ser assegurada.

A continuidade de cuidados é considerada um direito de toda a pessoa assistida e um dever dos profissionais e instituições envolvidas, uma vez que está consignado na Carta dos Direitos e Deveres do Doente emanada da Direcção Geral de Saúde (1999), na qual se pode ler que “ao doente e sua família são proporcionados os conhecimentos e informações que se mostrem essenciais aos cuidados que o doente deve continuar a receber no seu domicílio” e ainda “ao sair de um estabelecimento de cuidados de saúde, os doentes devem poder solicitar e obter um resumo escrito do diagnóstico, do tratamento e dos cuidados que necessitam”.

Garantir a continuidade de cuidados deverá ser uma constante preocupação dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, qualquer que seja a instituição onde trabalhem.

Concretizar este objectivo implica trabalhar em parceria com o doente, com a família e com os profissionais das instituições envolvidas. Esta parceria fundamenta-se na partilha e troca de informação, no diálogo, avaliando-se necessidades e problemas, para delinear objectivos de intervenção e em que cada um, instituição ou profissional, assume a sua quota parte de responsabilidade em todo o processo, (Cabete, 1999).

Nesta perspectiva não podemos deixar de fazer referência à legislação da carreira de enfermagem nomeadamente o DL 437/91 de 8 de Novembro, que no nº1 do Artigo 7º, refere que o enfermeiro da área de prestação de cuidados compete, “executar os cuidados de enfermagem planeados, favorecendo um clima de confiança que suscite a implicação do utente (indivíduo, família grupos e comunidades) nos cuidados de enfermagem e integrando um processo educativo que promova o autocuidado”. O referi-

do Artigo acrescenta ainda que o enfermeiro deve "integrar no planeamento e execução de cuidados de enfermagem ao indivíduo e à família a preparação da alta ou internamento hospitalar" e "participar nas acções que visem a articulação entre os cuidados primários e os cuidados diferenciados".

É através essencialmente da informação e da comunicação estabelecida, que todo o trabalho se vai realizando, tendo em conta um fio condutor sem interrupções e com qualidade para os doentes.

Para garantir a continuidade de cuidados e a utilização adequada dos recursos pela equipa de saúde, Almeida (1998:17), identifica cinco objectivos fundamentais:

- "Identificar o mais cedo possível as necessidades em cuidados aos doentes, durante e para depois da alta;
- Desenvolver com a participação do doente e dos familiares, planos de cuidados apropriados que minimizem o risco de readmissões ou de complicações;
- Promover o auto-cuidado através de programas de ensino quer ao doente quer aos familiares;
- Assegurar que os recursos necessários estejam disponíveis no momento da alta, de forma a evitar situações de prolongamento das altas;
- Informar e orientar o doente e familiares sobre os recursos disponíveis na comunidade e na procura de alternativas".

A complexidade de algumas situações problemáticas com que os profissionais de saúde se debatem no dia a dia em serviços com idosos (unidades de internamento onde se cuida de idosos), quer devido à sua situação física, psíquica ou sócio-familiar, e face aos objectivos acima referidos, bem como as suas necessidades, necessitam de intervenções pensadas e planeadas atempadamente, por todos os intervenientes da equipa assistencial.

Da mesma forma a parceria inter-institucional é necessária e fundamental, para dar resposta às diferentes necessidades dos idosos.

Esta cooperação e tendo em conta o preconizado na lei, deverá basear-se na circulação sistemática de informação, na complementaridade e na conjugação de esforços, devendo a mesma ser avaliada constantemente através de critérios objectivos.

Deverá utilizar-se linguagem e instrumentos comuns, bem como apoiar-se na construção de redes de comunicação entre profissionais das diferentes instituições e ainda ter em conta que o doente é o centro de todas as intervenções, devendo a sua vontade, autonomia, valores e padrões básicos de vida serem respeitados, (Cabete, 1999).

A este propósito e em jeito de estratégias para a mudança, sobre o hospital português e as formas de articulação no e com SNS, o Ministério da Saúde entre outros pretende "estimular a fixação de protocolos entre instituições de saúde para garantir a coordenação e continuidade de cuidados, à semelhança de parcerias/protocolos de cooperação com outras entidades no âmbito dos SLS" (1998:42).

A articulação entre o hospital e o centro de saúde, ainda está longe de ser uma realidade construída no sentido da inovação e mudança para a excelência. Esta situação é reconhecida também pelo próprio Ministério da Saúde, pois ao referir-se à grande procura dos hospitais em detrimento dos centros de saúde, percebe que "(...) a desarticulação e os modos de funcionamento dos diversos níveis e serviços de saúde têm contribuído para o excessivo recurso aos serviços de urgência", (ibidem:46).

Relativamente ao futuro modelo de hospital público, de acordo com a mesma fonte, deverá respeitar um conjunto de princípios e valores fundamentais, conciliando instrumentos de desburocratização, de agilidade e melhor uso dos recursos. Neste sentido deverá ter, entre outros, os seguintes objectivos: "manter a acção do hospital orientada sobretudo para o cidadão promovendo os seus direitos; promover a mais correcta

colaboração com os diferentes prestadores; potenciar a capacidade de resposta à mudança” (ibidem, 1998:48).

São muitos os problemas que se levantam ao trabalho inter-institucional, é um trabalho difícil, uma vez que implica partilha de conhecimentos, informação, decisões, compromissos, cedências, cooperação e não exigência, conhecimentos e respeito mútuo, (Cabete, 1999).

No entanto, em nossa opinião os benefícios são muitos, pois através de um trabalho em rede, rentabilizam-se recursos, conhecimentos, melhorando desta forma a qualidade das respostas, garantindo-se a continuidade de cuidados e o enriquecer da experiência de cada instituição, e que leva a uma intervenção social mais eficaz.

No dizer de Costa (1998:148), “os problemas de saúde dos idosos são complexos. A sua solução raramente é única; mobilizar recursos de colaboração inter-institucional é imprescindível, tanto para a rendibilização dos cuidados que se prestam, como para a satisfação dos próprios profissionais”.

Num futuro não muito longe esperamos todos que as novas tecnologias da informação dêem os seus frutos. Estas revelam-se fundamentais no processo de mudança.

A constituição de uma base de dados de utentes, já existente na maioria dos hospitais, e a sua utilização pelas redes informáticas vem criar expectativas acrescidas de melhoria da comunicação/informação, bem como da eficiência dos serviços de saúde, nomeadamente pelas potencialidades que o sistema tem na partilha de informação e continuidade de cuidados aos diferentes utilizadores, independentemente das circunstâncias de tempo e lugar, (MS, 1998).

Em Portugal o primeiro passo deu-se com a introdução do Cartão de Utente do SNS, permitindo no futuro, segundo o Ministério da Saúde “a partilha de dados de identificação e de natureza clínica e social, com

promessas inequívocas de melhoria da personalização, continuidade e efectividade dos cuidados”, (MS, 1998:58).

As novas tecnologias de informação aumentam a disponibilidade, a comunicabilidade, a integração da informação clínica e administrativa dos doentes em base de dados de acesso condicionado que e de acordo com o Ministério da Saúde, “nelas parece assentar a gestão de cuidados do século XXI”, (ibidem).

2.5- Equipas em cuidados de saúde

A diversificação do saber científico que se tem desenvolvido na área da saúde nos últimos tempos, fundamentalmente nos países ditos desenvolvidos, torna necessário a formação e implementação de equipas multidisciplinares, que permitam manter a actualização dos conhecimentos e a pertinência das acções.

Também na continuidade de cuidados, pela sua complexidade e importância que assume nos dias de hoje, exige-se cada vez mais uma abordagem e intervenção multidisciplinar. O idoso dependente deve ser visto como um todo, numa perspectiva holística, exigindo-se uma união de esforços de diferentes profissionais, tendo em vista a garantia de uma continuidade de cuidados eficaz e sobretudo de qualidade.

Por outro lado, quando se fala do binómio saúde/ doença, surge-nos na ideia a visão global e sistémica que o mesmo encerra.

A complexidade crescente dos problemas de saúde no início do século XXI fundamenta a necessidade de uma maior colaboração inter profissional, pois nenhum grupo profissional pode ousar resolver esses problemas isoladamente.

Urge pois, pensar e redimensionar as equipas e organizações de saúde, no sentido de "dar respostas e encaminhar, em consciência e na observância dos direitos da vida humana" (Gaspar, 1997:478).

Implícita na Lei de Bases da Saúde está a equipa multiprofissional de saúde, indicada anteriormente pela OMS ao definir as metas "saúde para todos ano 2000". Na meta 29 pode-se ler "em todos os estados membros, os sistemas de cuidados de saúde primários deverão apoiar-se na cooperação e no trabalho de equipa entre prestadores, indivíduos, famílias e grupos da comunidade". Passado o referido tempo para a concretização da referida meta, ainda estamos algo longe dessa filosofia assistencial.

Corroboramos a opinião de Carapinheiro, (1993:115), ao referir-se ao trabalho em equipa dentro do hospital, e no que diz respeito ao grupo profissional médico, "a conclusão que se pode tirar é a de que, apesar de apelarem à colaboração dos enfermeiros para a obtenção de informações sobre o estado de saúde do doente, as terapêuticas administradas e a realização de exames pedidos, não integram o processo de enfermagem no processo de cuidados médicos".

O não funcionamento das equipas de saúde, deve-se ao facto e segundo a mesma autora, a estruturas organizacionais rígidas e hierarquizadas, havendo desarticulação entre os vários profissionais, centralização da informação dentro dos vários grupos, desconhecimento das competências dos outros profissionais, centralização das tomadas de decisão e comunicação tendencialmente descendente.

O trabalho em equipa é hoje uma exigência e um desafio para aqueles profissionais e não profissionais, que estão empenhados na cooperação intersectorial em saúde, não basta que as pessoas intervenham com as suas competências próprias junto dos utentes, é necessário que actuem

numa convergência de atitudes, otimizando as capacidades e competências de cada um.

Define-se equipa como sendo "um pequeno grupo, baseado na cooperação e em contacto regular, contacto esse que não à distância, mas face a face, que está envolvido numa acção coordenada e cujos membros contribuem de maneira empenhada, competente e responsável para a realização de uma ou mais actividades concretas" (Graça, 1992 citado por Figueiredo 1997:19).

À formação de uma equipa multidisciplinar de saúde, subjaz sempre uma formação diversificada de diferentes técnicos, sendo complementares nas respectivas actividades. Na opinião de Grande (1999), este facto é particularmente sensível, pela circunstância de poder trazer ocasionalmente, sobreposição de competências.

A complexidade e natureza dos cuidados aos idosos, necessitam da colaboração de diversos profissionais, e deles próprios, já que neles intervêm múltiplos factores, biológicos, psicológicos, sociais e económicos.

Com efeito, um efectivo programa de cuidados gerontológicos, reconhece a importância e a necessidade da participação do idoso e da sua família, junto dos profissionais de saúde (Mellero, 1995).

Para que uma equipa funcione é necessário que alguns aspectos, considerados fundamentais por autores como Larson e Lafasto (1989), sejam conhecidos e respeitados por todos os intervenientes, nomeadamente: compreender claramente o objectivo da equipa e estar motivado para o atingir; possuir competência técnica e relacional com espírito de cooperação; estruturar adequadamente as estratégias às metas a alcançar; empenho e dedicação no cumprimento assumido; fomentar um clima de colaboração entre os diferentes profissionais, alicerçado em mútua confiança, abertura, honestidade e respeito;

Incentivar cada profissional a dar o seu melhor, pautando-se pela excelência.

É necessário um líder ou coordenador da equipa, no sentido da convergência, otimizando capacidades e competências para a consecução dos objectivos.

Compete ao coordenador ou líder, que tradicionalmente é um médico, podendo ser outro técnico, com capacidades de criar boas relações humanas, promovendo um forte espírito de cooperação entre todos os elementos (Mellero, 1995).

Nem todas as equipas funcionam da mesma maneira, o grau de colaboração e de integração dos diferentes contributos das várias disciplinas, progride da multidisciplinaridade à transdisciplinaridade.

Na multidisciplinaridade existe justaposição de competências dos diferentes profissionais, bem como a utilização paralela das diferentes disciplinas, mas sem relação entre elas, intervêm isoladamente, existindo pouca integração e colaboração.

Na pluridisciplinaridade há utilização combinada das diferentes disciplinas ou de elementos dessas disciplinas, estando à partida ao mesmo nível hierárquico.

Na interdisciplinaridade, apesar de realizarem isoladamente as suas avaliações e intervenções, têm compromisso formal de partilhar a informação acerca do plano de intervenção e do processo de avaliação. A prática em colaboração interdisciplinar implica partilha dinâmica e flexível do estatuto e da autoridade. A responsabilidade varia em função do grupo profissional ou do indivíduo de acordo com a competência requerida para a realização de uma tarefa particular numa determinada situação. As competências são reconhecidas e utilizadas segundo o potencial de cada

um. (Guyonnet e Adam (1992), Kerouac et al (1995), citados por Figueiredo (1997).

Nas equipas transdisciplinares os profissionais interagem, privilegiando o conhecimento que cruza as diferentes disciplinas. Em face de um problema de utente "a apreciação, planeamento e implementação são esforços colectivos, mas a execução é predominantemente realizada por um dos elementos da equipa de forma a evitar a fragmentação dos cuidados, uma das características dos actuais serviços de saúde" (Malfair (1992), citada por Figueiredo, 1997:20).

Numa abordagem transdisciplinar, todos os elementos da equipa devem assumir uma responsabilidade partilhada para ajudar a integrar a família na equipa e poder envolver-se em todo o processo.

Raramente os enfermeiros exercem as suas actividades isoladamente dos outros profissionais de saúde. No entanto no exercício profissional colocam-se grandes dificuldades para que os enfermeiros exerçam as suas funções como membros de pleno direito das equipas que integram dado o peso da tradição de subalternidade, pelo insuficiente desenvolvimento da enfermagem como ciência e como profissão, bem como pela sobreposição de papéis com outros profissionais de saúde, nomeadamente assistentes sociais e fisioterapeutas, entre outros (Collière, 1999).

A enfermagem foi durante muito tempo um prolongamento da medicina, em que as acções de enfermagem eram simplesmente o resultado da prescrição médica. Este peso histórico e o seu carácter invisível levam a que muitos enfermeiros ainda hoje subestimem o que resulta das suas competências, como sendo a educação para a saúde, o ensino sobre como cuidar de um idoso em casa, ou simplesmente estar presente junto de um doente que se sente só.

Presentemente como docente de enfermagem em ensino clínico, não raras vezes nos deparamos com situações, em que as equipas de enfer-

magem conscientes ou não, tendem a valorizar no aluno os aspectos visíveis da profissão como sendo a execução de pensos, a administração de terapêutica, desvalorizando as "pequenas coisas" que fazem parte do cuidar em enfermagem numa perspectiva holística e integradora, como sendo o estar presente, o ensino, a educação para a saúde e ou aconselhamento de um familiar.

"Trabalhar em equipa significa que os diferentes profissionais se empenhem para atingir os objectivos dos cuidados de saúde exercendo a sua autonomia profissional, mas simultaneamente reconhecendo a sua interdependência. A colaboração dos diferentes elementos da equipa passa pelo respeito pela competência, autonomia e responsabilidade de cada um, pela partilha do poder e pelo reconhecimento das zonas de sobreposição" (Figueiredo, 1997:22).

Para que esta perspectiva seja eficaz na prática, ou seja, para que exista paridade, isto é, o reconhecimento da diferença de cada disciplina, e a equidade, isto é, o reconhecimento da igualdade e do valor de cada disciplina, é necessário que os profissionais que integram as equipas possuam conhecimentos seguros e atuais sobre a sua área de actuação e compreendam claramente as competências e funções das outras áreas, gostem do que fazem e se sintam confortáveis no seu papel, o que lhe permite maior flexibilidade para poder integrar o ponto de vista do outro.

Segundo a mesma autora acima referida, o que dá eficácia a uma equipa é a diversidade dos contributos específicos dos diferentes grupos profissionais. "Só possuindo uma concepção clara e precisa do seu contributo profissional e social pode o enfermeiro projectar uma imagem positiva quer na sociedade quer nas equipas que integra e consciencializar os pontos de sobreposição da sua intervenção com o dos outros profissionais, num clima de respeito, confiança, cooperação e apoio" (Ibidem, 1997:22).

Cada elemento da equipa deve assumir funções de complementaridade, proporcionando ao idoso e família cuidados globais por forma a gerar melhor qualidade de vida e que responda às expectativas dos utentes.

2.6 – O planeamento da alta hospitalar do idoso

Antes de abordarmos a problemática da alta hospitalar do doente idoso, parece-nos que faz sentido falar do impacto do internamento, no que se refere aos seus aspectos psicológicos e implicações, no utente em geral e em particular na pessoa idosa.

O impacto da hospitalização sobre o indivíduo pode variar em função de múltiplos aspectos, nomeadamente a personalidade, o tipo de doença (crónica ou aguda), e sem dúvida a idade.

Seja revelado pela literatura ou pela experiência quotidiana, apercebemo-nos que para a maioria das pessoas, a experiência de um internamento constitui por si só um problema. A separação do seu meio familiar, a doença, o medo da dor, do desconhecido, do futuro e da morte, fazem desta experiência uma crise que é preciso gerir.

Devido à maior dificuldade de adaptação a novas situações e ao stress daí resultante, as pessoas idosas tornam-se particularmente vulneráveis, manifestando frequentemente reacções emocionais, que vão desde a recusa dos cuidados à total indiferença. A este respeito Cabete (1999:24), refere que podem por vezes verificar-se "o desencadeamento de síndromes confusionais com os quais os enfermeiros têm alguma dificuldade em lidar".

Hospitalizar uma pessoa é sempre uma decisão difícil. No entanto em algumas situações ela é necessária e imperativa, devido ao carácter agudo da doença.

A hospitalização de curta duração e efectuada correctamente pode ser uma forma de esclarecer uma situação patológica difícil e, por conseguinte instituir um tratamento eficaz. No entanto e não raras vezes, muitos de idosos são internados pelas mais variadas razões, não apenas de ordem sanitária.

Num estudo efectuado por Veneno (1990: 33), sobre *o idoso no hospital: aspectos de enfermagem*, revelou que "a maioria do pessoal se encontrava desmotivado manifestando expressões de desalento e saturação". Esta situação foi explorada pela autora, tendo chegado a algumas conclusões que se prendem com aspectos, entre outros relacionados com: "internamentos indevidos, por falta de estruturas sócio-económicas e familiares, por cansaço ou desinteresse dos familiares, a pedido dos familiares para poderem descansar ou tirar férias; internamentos de longa duração por falta de apoio domiciliário (idosos que vivem com outro idoso ou sozinhos), por rejeição da família, por atraso na realização de exames complementares de diagnóstico (o idoso fica sempre para uma ocasião mais oportuna), por atraso em intervenções cirúrgicas que têm que ser feitas, mas dá-se prioridade aos mais novos".

Outros dos aspectos considerados pela autora foram, sobretudo, problemas ligados ao pessoal de enfermagem nomeadamente, "número de enfermeiros insuficiente, falta de motivação dos enfermeiros por incompreensão da problemática da terceira idade, sentirem que têm de fazer o que outras estruturas deveriam fazer... Os nossos hospitais não estão preparados para lidar com a complexidade que apresentam os doentes idosos. Nestes doentes a manifestação da doença pode ser específica, o diagnóstico e o tratamento complicados, por uma multiplicidade de factores físicos e sociais"(ibidem).

A admissão num serviço hospitalar pode, só por si, representar um acontecimento gerador de ansiedade e stress. Por um lado a ansiedade decorre do desconhecido; "os sentidos do doente estão despertados e como que

sintonizados para esta atmosfera nova e desgastante" (Bolander, (1998:483), por outro o stress no idoso "coloca-se a nível quer do ambiente físico, quer humano" (Paúl 1997:81).

Mackenzie (1988:84), identificou variados problemas decorrentes do confronto com o hospital "ansiedade e ira; medo de rejeição; mudança de ambiente e perda de independência; falta de privacidade; restrição da actividade física; ameaças de alteração da imagem corporal; ameaça à vida".

A morte é geralmente uma realidade penosa para o doente quando confrontado com a realidade hospitalar.

Por outro lado, para muitos idosos dependentes, vulneráveis, sós, pobres, que vivem afastados da família, o internamento pode constituir um meio de alívio para alguns dos seus problemas, independentemente dos problemas de saúde, pois da nossa experiência prática ficou-nos essa constatação.

Deparámo-nos frequentemente com idosos que recusavam insistentemente a alta hospitalar, protelando-a, alegando que se sentem melhor quando internados. Daí que nestas situações ser fundamental, uma rede de apoio eficaz ao nível da sua comunidade de residência pois a "rede social de apoio dos idosos actua, (...) como preventiva do stress, ou para colmatar os efeitos do stress em situação de crise" (Paúl, 1997:83). Apesar destes casos não constituírem regra, torna-se fundamental também analisá-los e compreender estas situações.

A hospitalização do idoso é uma ruptura, uma mudança brusca no ritmo de vida e dos hábitos, num período da vida em que a adaptação a situações novas está diminuída. "Desde as primeiras horas de hospitalização pode-se assistir a transtornos psíquicos por vezes importantes, como a agitação, confusão mental, recusa viver, permanecendo no leito em estado de apatia" (Veneno, 1990:34).

Toda esta situação é geradora de ansiedade, devida essencialmente por ter que ficar numa situação de dependência, com perda de autonomia, agravada com a debilidade física e psicológica. Há um desencadear de situações, emoções, conflitos, que o idoso tem dificuldade em exprimir, levando-o a um estado de depressão e desorientação por vezes irreversível, comprometendo a sua qualidade de vida (Linhares e Cunha, 1999).

Para Carapinheiro (1993) o processo de admissão de um doente no hospital, entendido como um conjunto de procedimentos e operações que reduzem a pessoa a mais um doente, confirmam a tese de que o hospital é uma instituição totalitária: "note-se as formalidades da chegada ao hospital e ao sector de internamento, o despojo das roupas e valores pessoais, a atribuição de uma cama e a obrigatoriedade de a ocupar imediatamente, a circulação de papeletas e das pastas, onde vai ser registada outra biografia, a biografia de um homem doente. Neste processo clarifica-se que o hospital aceitou o doente segundo os seus próprios termos... e que espera que o doente se submeta às regras e aos regulamentos da instituição e às decisões de vários especialistas" (1993:56).

O doente tem que confiar em estranhos, perde a sua autonomia psíquica no controlo da tomada de decisões vital para se sentir bem e confortável (Bolander, 1998).

O medo aumenta ao ouvir barulhos que não lhe são familiares, vocábulos que desconhece, "vozes sussurradas", equipamentos estranhos, e talvez, por ver outras pessoas a sofrer, odores desconhecidos, ou susceptíveis de relembrar memórias associadas a experiências dolorosas, como tão bem descrevia Florence Nightingale.

"O idoso confronta-se com um ambiente adverso, despojado dos seus valores materiais e culturais, dependendo de pessoas que não conhece, inibindo os seus hábitos, forçado a rotinas que não as suas, podendo

levar a alterações de comportamento, erradamente visto com patológico" (Linhares e Cunha, 1999:13).

No primeiro impacto, toda a equipa deve estar sensibilizada para todos estes problemas. A aproximação inicial deve ser de franca disponibilidade, demonstrando atenção, respeito e consideração, para que o idoso hospitalizado, não sinta que vai ficar debaixo do poder e à mercê da equipa de cuidados, (Veneno, 1990).

No sentido de aliviar o sentimento de dependência e impotência, cabe ao enfermeiro a responsabilidade de explicar todos os procedimentos, e os cuidados necessários, em linguagem que lhe seja acessível, obtendo o seu consentimento esclarecido, implementando medidas de forma que o idoso e a família se sintam integrados numa equipa de cuidados, capazes de colaborar.

Neste contexto, a família face à situação de internamento de um familiar, seja devido a uma emergência ou devido a agudização de uma situação crónica, encara-o com níveis diferentes de ansiedade. Aquando do internamento hospitalar, a família tem de renunciar ao seu papel de dar assistência, são muitas vezes desencorajados de participar activamente nos cuidados a prestar ao seu familiar, sendo tão somente reduzidos a visitantes, não sendo portanto envolvidos na determinação do tipo de assistência, nem na sua colaboração. Neste ponto os familiares sentem-se invisíveis (Gibbon, 1988).

É importante não esquecer que neste trabalho o foco da nossa atenção é o idoso doente, exigindo um reajuste individual de todas as áreas do idoso, mas também da família, ou dos seus envolventes. O grau de adaptação da família à dependência do idoso passará pela sua capacidade de adaptação à mudança, pela forma como encara e supera o stress experimentado, principalmente quando se trata de doença súbita.

A análise da situação familiar do idoso com dependência deve ser vista sempre de forma individualizada.

A equipa de saúde, nomeadamente os enfermeiros, que permanecem vinte e quatro horas por dia com o doente, podem ter um papel importante na integração da família nos cuidados ao doente, sendo crucial no equilíbrio emocional, bem como na continuidade dos cuidados. A família deve receber apoio e suporte para os ajudar a superar a situação, e a compreender as necessidades do doente idoso.

Havendo um processo dinâmico entre o idoso e a sua família, "o profissional de saúde não é mais um perito, ou o especialista, único detentor do saber, mas apenas um facilitador a quem compete criar condições, as oportunidades e os meios para as famílias poderem utilizar as suas capacidades e adquirir novas competências. Só assim poderão ser autónomas e consolidar a sua dinâmica familiar (...) entregar o doente à família esquecendo a sua dinâmica, será atender apenas uma parte do indivíduo, pois (...) ele é pertença de uma família (Martins, 2002:152).

A mesma autora propõe o tipo de apoio a prestar às famílias dos doentes com AVC, que não sendo exclusivo das pessoas idosas, é uma entidade clínica muito frequente nesta facha etária, e conseqüentemente acarretando variados problemas. Assim, as atitudes a tomar por parte dos profissionais de saúde que tratam e cuidam destes doentes passam por um lado, no desenvolvimento de esforços para o estabelecimento de uma relação de parceria com cada família, proporcionando-lhe ajuda de acordo com os seus valores e prioridades e por outro lado, da tomada de uma nova atitude por parte dos profissionais. Para clarificar passamos a citar:

- "A abordagem deve ser individualizada, pois cada sistema tem necessidades e características específicas. Os interesses, os recursos e as prioridades da família têm que ser compreendidos e são únicos.

- A integração deve ter por base prioridades da família e comunidade onde está inserida e não apenas os objectivos organizacionais dos serviços ou instituições.

- A intervenção do profissional deve ter em conta o suporte da própria família (...) devendo implicar as redes de suporte social existentes" (Martins, 2002: 153).

Pensamos que este envolvimento deveria em nosso entender, fazer parte das práticas diárias de prestação de cuidados. Por vezes esquecemo-nos que "a promoção da continuidade dos cuidados pode representar sem dúvida, uma diminuição de custos pessoais, sociais e económicos quer para o doente, quer para a família e sociedade, na prevenção de complicações e internamentos recorrentes" (Moreira, 2002:13, in prefácio de Cuidados Continuados).

Segundo a mesma autora, o envolvimento da família torna-a um elemento proactivo do processo de cuidados, constituindo o primeiro elo de uma cadeia que se pode alargar a outros parceiros dos cuidados, nomeadamente àqueles a quem cabe assegurar os cuidados no domicílio.

O processo de (re) integração do idoso na família tem que ser uma intervenção e co-responsabilização dos diferentes agentes sociais, apesar de a ajuda às famílias requererem um esforço de liderança capaz de promover a participação de todos. O técnico assume uma posição de complementaridade (Martins, 2002).

Historicamente tem-se dado pouca atenção às necessidades da família enquanto cuidadora. Num projecto de parceria sobre cuidados continuados em Portugal e de acordo com Augusto et al, (2002:113), envolveram os familiares na prestação de cuidados, como forma de facilitar a continuidade de cuidados no domicílio, e na avaliação do projecto, a família reconheceu e agradeceu veemente o envolvimento proporcionado: "continuem assim. Não foi bom foi, foi óptimo. Muito obrigado pelo trato e simpatia" (ibidem).

A permuta de informação entre os enfermeiros das duas unidades de saúde (hospital e centro de saúde), a partilha desta e o ensino à família,

conduzirão a um melhor conhecimento da díade *idoso/família* e uma maior segurança para a prática dos cuidados informais.

Por um lado, a hospitalização para a família proporciona momentos e espaços diferentes daqueles com que estão familiarizados; a falta de privacidade é muitas vezes geradora de conflitos na relação familiar/doente. Por outro lado, o poder dentro do hospital assume um carácter subversivo face ao doente e ao seu familiar. Habitados a tomar decisões vêem-se privados de o fazer quase na sua totalidade.

O envolvimento dos familiares nos cuidados ao doente mantém e proporciona o direito que a família tem de estar unida. Podendo trazer a ambos tranquilidade, conforto, ajudando a reduzir a ansiedade e o medo, causados pelo desconhecido e pela ignorância acerca da situação do doente (Salt, (1991).

Assim um maior envolvimento dos familiares nos cuidados ao doente, nomeadamente ao idoso, tira-os de meros espectadores, ajuda a manter o lugar do idoso na família promovendo a continuidade de cuidados e a unidade familiar, entre o meio hospitalar e o meio sócio – familiar.

O mesmo autor refere que não é fácil gerir o envolvimento familiar no cuidado ao doente, necessitando de experiência e sensibilidade por parte de quem o faz.

O papel da equipa de saúde é fundamental no envolvimento da família nos cuidados ao doente durante o internamento, exige mudanças de atitudes e comportamentos e, sobretudo encarar a família como parceira e receptora de cuidados. "Se a equipa não desenvolver um bom trabalho, com boa resposta e relações de suporte com os familiares, pode resultar o caos, os mal entendidos e os conflitos que afectarão negativamente o doente" (ibidem: 13).

Cada vez mais a família será um recurso importante nos cuidados aos idosos, no entanto no exercício profissional dos técnicos de saúde, por vezes a família é esquecida; "a humanização e qualidade dos cuidados, só se torna possível se os idosos e a família participarem nas decisões relativas aos seus problemas. Implica trabalhar com e não para os idosos e as famílias, levando-os a ajudarem-se a si próprios" (Linhares e Cunha, 1999:13).

Cuidar dos idosos constitui um desafio que exige muito da dinâmica da equipa de saúde, obrigando-a a uma abordagem flexível e integral, colocando o idoso e sua família no centro dos cuidados, promovendo o auto cuidado na medida das suas possibilidades. "O ensino e a preparação da alta reveste-se de uma importância fundamental para que a família possa receber o idoso, cuidar dele, e evitar de alguma forma os reinternamentos sucessivos por cuidados deficitários no domicílio" (ibidem:14).

Projectos de planeamento da alta

Um conjunto diversificado de factores, como o aumento da esperança de vida nas últimas décadas, o envelhecimento populacional, o aumento das doenças crónicas, maior actividade da mulher fora de casa, têm contribuído para uma reorganização dos cuidados de saúde e consequentemente dos seus protagonistas: utentes e prestadores.

Os idosos são os grandes consumidores dos cuidados de saúde. Esta situação é evidente na grande maioria dos hospitais portugueses, sendo agravada pelas alterações que ocorrem da estrutura familiar e também pela insuficiência de redes de apoio e de suporte social.

Neste sentido, existe já em alguns hospitais portugueses, projectos de planeamento de altas hospitalares, decorrentes da constatação das dificuldades em reintegrar os idosos após um internamento hospitalar,

nomeadamente o do Hospital Egas Moniz em Lisboa e o do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.

No primeiro hospital o projecto tem como objectivo "implementar um modelo de planeamento de altas que permita reintegrar o utente em tempo útil, isto é, que a alta coincida com a saída efectiva do doente da organização e com a mobilização / disponibilização de recursos o mais adequados possíveis, para darem resposta às suas necessidades" (Baltar e Godinho 2000:22).

O projecto do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia tem como objectivos os seguintes:

- "Identificar o mais cedo possível as necessidades de cuidados para depois da alta de forma a rentabilizar os recursos existentes;
- Minimizar os riscos de reinternamento ou de complicações, desenvolvendo com a participação da família, planos de cuidados apropriados;
- Evitar situações de prolongamento do internamento, tentando que os recursos necessários estejam disponíveis no momento da alta;
- Informar / orientar o doente e a família sobre os recursos disponíveis na comunidade de forma a garantir a continuidade de cuidados" (Barbosa e outros 1997:5).

Ambos os projectos têm implícita a reintegração sócio-familiar do doente após um internamento hospitalar, com garantia da continuidade de cuidados adequados às suas necessidades.

Se bem planeada entre a equipa multidisciplinar, o doente e a família, o planeamento da alta hospitalar no seu sentido mais lato tem, segundo Bolander (1998), os seguintes objectivos:

- "Atender ao completo bem estar do doente;
- Ser baseado em conhecimentos actualizados e abrangentes dos recursos disponíveis;
- Resultar de decisões obtidas de comum acordo, relativamente às opções mais correctas, para garantir um acompanhamento continuado a longo prazo" (p. 491).

Já V. Henderson em 1960, citada por George (2000:66), reforçou a ideia de que o atendimento efectivo de enfermagem é sempre planeado de alguma forma. Um plano escrito força quem o faz a pensar sobre as necessidades do indivíduo.

Refere ainda que "o planeamento da alta é influenciado pelos membros da família" (2000:66). Os planos devem ser escritos, para que todos os outros que prestam cuidados, possam obedecer a uma sequência planeada, sendo específico o suficiente, para que possa ser implementado e ajustado.

Também Augusto (*et al* 2002), citando Mc Daniel (1998), refere que a programação da alta e participação da família deve ser protocolada, embora flexível obedecendo aos seguintes passos:

- "Conversa com a família logo que possível, de preferência nas 48 horas seguintes à admissão;
- Contacto com a equipa dos Cuidados de Saúde Primários;
- Comunicação com a família durante as visitas hospitalares;
- Apoio à família, ajudando-a a ajudar o doente, permitindo-lhe a sua presença na hora de cuidados e a sua participação dos mesmos, procedendo paralelamente a sessões educativas e à consulta de documentos;
- Programação antecipada da alta em conjunto com o doente e família;
- Com a aproximação da alta, estimular a família para a realização de uma reunião com a assistente social a fim de confirmar os recursos disponíveis e paralelamente receber do enfermeiro as últimas informações e formação sobre os cuidados após a alta, bem como as terapêuticas a assegurar;

- Reunião com a família antes da alta para assegurar que tem toda a informação necessária e está preparada para cuidar do seu familiar no domicílio “.

Após análise destes aspectos, reconhece-se a importância atribuída ao planeamento dos cuidados como à família para a continuidade e qualidade dos cuidados continuados, bem como a importância atribuída à comunicação com a equipa de cuidados de saúde primários.

O planeamento de cuidados segundo a metodologia científica de trabalho no contexto de enfermagem refere-se ao processo de enfermagem como modelo implícito na resolução de problemas do domínio da enfermagem no cuidar do utente. É o esquema subjacente à prática, que propicia uma ordem e direcção aos cuidados de enfermagem.

George (2000:21), definiu processo de enfermagem como sendo “uma actividade intelectual deliberada, na qual a prática é abordada de maneira ordenada e sistemática”.

Segundo a metodologia científica de trabalho, implicitamente deve estar o plano de alta hospitalar. Este, e de acordo com Bolander (1998:490), “é um processo de antecipação e planeamento de possíveis alterações das necessidades de cuidados do utente, à medida que este vai passando por várias fases de cuidados”. Deverá ser iniciado pelo enfermeiro que faz o acolhimento, e continuamos a citar o mesmo autor, “não é feito para o doente, é feito com o doente, envolvendo-o não só a ele como também a família e ou outras pessoas significativas” (ibidem).

Um plano de alta hospitalar do idoso, como qualquer plano de cuidados, deve ter subjacente uma abordagem multidisciplinar, pois de outra forma terá pouco sentido. Devem obter-se avaliações e orientações de todos os grupos profissionais implicados nos cuidados ao idoso, como sendo o die-

tista, o fisioterapeuta, o assistente social, o médico, bem como o enfermeiro (Bolander, 1998).

A alta hospitalar do idoso, vítima de uma situação patológica aguda como por exemplo um acidente vascular cerebral ou de uma fractura óssea complicada, é muitas vezes encarada pela família como um drama, que protela ao máximo o regresso do doente a casa. Esta situação poder-se-á dever à insegurança e falta de capacidades de resposta perante a nova situação, da família ou da pessoa que irá assumir o papel de cuidador.

Na opinião de Sapeta, (2000:4), "o protelamento sucessivo das altas hospitalares protagonizadas pelos familiares... constitui o primeiro sinal de alerta para uma realidade que precisa de ser estudada".

O hospital com os seus elevados custos dirige a sua actuação, essencialmente para situações agudas, em que a preocupação é a redução do tempo de internamento, promovendo a alta o mais precocemente possível.

A qualidade de ajuda que se pode dar a estes utentes depende em grande parte do apoio, informação e formação que se pode oferecer à família ou cuidador.

Os cuidados continuados exigem de toda a sociedade em geral e em particular dos profissionais de saúde uma mudança de mentalidade, de cultura, alterando a postura de delegação no sistema, para uma atitude de participação e responsabilidade no mesmo.

Apregoa-se que o idoso deva permanecer no seu domicílio, mas com que condições? Que respostas/ ajudas têm os enfermeiros para oferecer a um idoso/ família /cuidador, que inesperadamente se vê confrontado com as necessidades de cuidar de um idoso?

Na parte seguinte (parte II) apresentaremos o trabalho de campo sobre a programação da alta hospitalar do idoso, um contributo para a continuidade de cuidados.

**SEGUNDA PARTE – PROGRAMAÇÃO DA ALTA HOSPITALAR DO
IDOSO, UM CONTRIBUTO PARA A CONTINUIDADE DE CUIDADOS –
OPINIÃO DOS ENFERMEIROS E IDOSOS**

CAPÍTULO I – CONTEXTOS DE IMPLEMENTAÇÃO E METODOLOGIA

1- O ESTUDO E AS OPÇÕES METODOLÓGICAS

Actualmente a problemática dos idosos no geral e em particular dentro do seu contexto familiar, constitui um dos assuntos relevantes para debates e encontros, como se de uma emergência se tratasse. Longe de consensos, surgem constatações que não sendo novas apelam para a reflexão séria sobre a problemática em questão. Como refere Costa (1999: 20) “os problemas dos idosos têm que ter desenvolvimentos inequívocos nas ciências de enfermagem, passando de mera iniciativa individual em investigar, a projectos de pesquisa centrados nas famílias e comunidades que permitam perspectivar outras políticas de saúde e bem estar para os idosos”.

Percorrido o caminho inicial de alguma fundamentação teórica e reflexão sobre a problemática em estudo, reconhecemos por um lado, que o lugar do idoso, deve ser no seu contexto familiar, onde sempre viveu, e por outro, que os serviços de saúde e os seus profissionais se devem articular e comunicar eficazmente, de forma humanizada promovendo a continuidade de cuidados, tal como o preconizado na Lei portuguesa.

Como profissionais de enfermagem, acreditamos que a ciência deve fornecer informação sobre as experiências das pessoas que interagem e funcionam em sociedade, que vivem situações semelhantes em contextos diferentes, daí ser necessário examinar todas as partes da realidade, a objectiva e a subjectiva.

“A ciência humana e os métodos de pesquisa que a acompanham, proporcionam uma oportunidade para estudar e criar significado que enriquecerá e contribuirá para a compreensão da vida humana” (Carpenter e Streubert, 2000:9).

A experiência vivida durante o contacto com os idosos internados com algum grau de dependência, as altas "adiadas", os "poderes" instituídos/adquiridos por alguns profissionais de saúde, a dificuldade ou relutância da família em "assumir" em casa um idoso acamado, os reinternamentos, e a quase ausência de comunicação entre os profissionais de saúde dos CSD e CSP, fez emergir no nosso espírito, uma inquietação para a qual gostaríamos de encontrar senão uma resposta, pelo menos um conhecimento mais aprofundado que permita uma adequação a cada situação única.

O estudo da realidade social tem sido dominada pelo confronto do paradigma dito quantitativo e do paradigma qualitativo. Consideramos a abordagem qualitativa a que melhor responderá aos objectivos do estudo, já que "possibilita encontrar respostas para questões centradas na experiência social" (ibidem: 2).

Os humanistas valorizam a componente subjectiva da procura do conhecimento, pois reconhecem que os seres humanos são incapazes de total objectividade, "porque se encontram situados numa realidade construída por experiências subjectivas (ibidem :12).

As questões de pesquisa que irão dirigir a nossa investigação surgiram após as reflexões realizadas aquando da construção do quadro teórico e também da nossa motivação para a temática em estudo.

Da questão central do nosso estudo, "como os enfermeiros programam a alta hospitalar do idoso face à continuidade de cuidados? outras surgem com a finalidade de "saber mais" sobre a programação da alta hospitalar face à continuidade de cuidados ao idoso, no contexto da prática de cuidados dos enfermeiros a trabalhar no Hospital, em serviços com idosos e enfermeiros do Centro de Saúde do concelho de Chaves, que dão continuidade aos cuidados:

- Que práticas realizam os enfermeiros do Hospital e Centro de Saúde, na programação da alta do idoso, e na continuidade de cuidados aos idosos?
- Que práticas específicas desenvolvem os enfermeiros na programação da alta do idoso em parceria com ele e ou com a família?
- Que dificuldades identificam na prática de cuidados, que beneficiem a continuidade de cuidados ao idoso dependente, após a alta hospitalar?
- Que tipo de comunicação existe entre os enfermeiros do Hospital e Centro de Saúde?
- Como é que os enfermeiros "vêm" a articulação entre o hospital e o centro de saúde face á continuidade de cuidados ao idoso?

Numa segunda fase iremos identificar as opiniões dos idosos que estiveram internados, nos serviços por nós seleccionados, sobre a preparação que lhe foi feita para a alta hospitalar e como se processou a continuidade de de cuidados, nomeadamente:

- Como foi preparado para a alta e por quem?
- Foi esclarecido sobre os recursos existentes na sua área de residência?
- Quais as dificuldades que ainda sente?

Como parte fundamental do nosso trabalho, pretendemos emergir do nosso estudo, *as práticas realizadas pelos enfermeiros na programação da alta hospitalar e na continuidade de cuidados ao idoso, vistas pelos próprios, bem como, a opinião / satisfação dos utentes idosos face à preparação recebida e continuidade de cuidados.*

Foi uma questão que sempre nos preocupou, dado que cada vez mais se torna difícil a aceitação do idoso pela família em situação de alguma dependência. Segundo Veneno, (1990:34) "os casos de rejeição do idoso doente, são frequentes, mais sem dúvida, em meio urbano que em meio rural".

Esta problemática associada a uma vontade crescente de aprofundar as questões e implicações ligadas ao envelhecimento, bem como as orienta-

ções preconizadas pelo Ministério da Saúde (1999), leva-nos a prosseguir este estudo.

Antes de apresentarmos a metodologia a adoptar, abordaremos as finalidades e os objectivos do estudo.

1.1 – Finalidade e objectivos do estudo

Com este estudo pretendemos indagar as práticas na programação da alta do idoso internado, realizadas pelos enfermeiros, e como são percebidas pelos idosos, numa tentativa de compreender a importância que os fenómenos e as acções, têm para as pessoas (enfermeiros e idosos) (Bogadan e Biklen, 1994).

Tem como finalidade: - contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados através da análise e reflexão das práticas dos enfermeiros, relativamente à programação da alta hospitalar do idoso e à continuidade de cuidados.

O que inicialmente era uma questão, um problema, associada à vontade crescente de aprofundar os conhecimentos científicos no campo da acção, transformou-se num esboço de projecto que mais tarde originou um plano de investigação, com os seguintes objectivos:

- Analisar as opiniões dos enfermeiros sobre as práticas realizadas na programação da alta hospitalar do idoso, e na continuidade de cuidados aos mesmos após a alta.
- Conhecer as opiniões dos idosos /familiar acerca dos cuidados prestados pelos enfermeiros na preparação da alta hospitalar face à continuidade de cuidados.
- Identificar as dificuldades do idoso após o internamento hospitalar.

- Conhecer o sistema de comunicação e articulação entre os enfermeiros dos diferentes serviços prestadores de cuidados ao idoso.

1.2 - Tipo de estudo

Enveredamos por um estudo do tipo exploratório descritivo, no sentido de dar resposta às nossas questões de investigação.

Exploratório, porque implica que os temas de investigação, os fenómenos significantes apareçam à medida que decorre a recolha e análise da informação, isto é, no decurso da própria pesquisa. Aceita a colocação de um problema formulado provisoriamente, e permite a escolha de procedimentos metodológicos que assegurem a pertinência das informações a recolher. As hipóteses a serem verificadas cedem o lugar a uma linguagem hipotética mais flexível que constitui um quadro de problematização e de orientação ao trabalho de investigação; descritivo porque procura representar adequadamente situações e acontecimentos, por vezes descrever a sua interligação na esperança de obter informação útil (Bogdan, 1994).

Pretendemos fundamentalmente conhecer e compreender e não medir realidades, colocando-nos metodologicamente numa perspectiva do tipo fenomenológica e interpretativa da realidade estudar, "a programação da alta hospitalar do idoso num hospital distrital, um contributo para a continuidade de cuidados" – opinião dos enfermeiros e idosos.

A abordagem qualitativa permite-nos conhecer o fenómeno sob o ponto de vista dos intervenientes, como eles o experienciam. "Privilegia essencialmente a compreensão dos comportamentos a partir da perspectiva dos sujeitos de acção" (Bogdan e Biklen, 1994:16). Permite o estudo das relações dos seres humanos, por seres humanos, de forma a reconhecer o valor de todas as experiências. "Na investigação qualitativa a fonte

directa de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal; (...) a investigação qualitativa é descritiva (...) os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que pelos resultados ou produtos; (...) os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva; (...) o significado é de importância vital na abordagem qualitativa" (ibidem :47).

A opinião de Cuesta (1999), reforça que a investigação qualitativa amplia o conhecimento sobre os significados, experiências, e processos que nos permitem uma melhor compreensão do mundo que nos rodeia.

Situamo-nos no vivido dos sujeitos do estudo, na informação que os mesmos nos proporcionaram no decorrer das entrevistas, procurando compreender as práticas desenvolvidas na programação da alta hospitalar e continuidade de cuidados ao idoso, e posteriormente como os idosos as percepcionaram.

1.3 - Locais de realização do estudo

Dado a existência de diversos condicionalismos, nomeadamente o tempo que temos para a realização do estudo, bem como o tipo de estudo, conduz-nos a limitar o nosso campo de análise. Optamos por realizar o estudo no concelho de Chaves, mais concretamente no Hospital Distrital e nos dois Centros de Saúde do Concelho.

Obter a autorização para desenvolver o trabalho de campo, no sentido da sua realização, é na perspectiva de Bogdan (1994), o primeiro problema com que o investigador se depara. Atempadamente obtivemos a autorização das instituições por escrito (anexo I).

Chave é um dos seis Concelhos da Região do Alto Tâmega, situado na região Norte de Portugal, no distrito de Vila Real. A sede de concelho é a cidade de Chaves, a qual dista oito km da fronteira com Espanha. Confina

a Norte com a Galiza – Espanha, a Este pelos concelhos de Vinhais e Valpaços, a Sul pelos concelhos de Vila Pouca de Aguiar e a Oeste pelos concelhos de Montalegre e Boticas.

Os espaços de ruralidade predominam, aparecendo à medida que se deixa o vale e se inicia a caminhada ao longo das encostas em direcção às terras altas. Foi da montanha que se assistiu nos últimos cinquenta anos a uma saída de residentes para os centros urbanos e para outros países. Nos campos ficaram os mais idosos, penalizando o rejuvenescimento da população.

Quase todo o concelho é tradicionalmente agrícola, assegurada pela cultura de subsistência.

O concelho abrange "uma área de 600,12 km², é constituído por cinquenta freguesias com uma densidade populacional de 68,12 habitantes por km²", (www.cm-chaves.pt).

Relativamente aos censos de 1991, a população teve um pequeno aumento, conforme se pode observar na figura nº1.

Fig. Nº2 – Distribuição da população residente do Concelho de Chaves por sexo e pessoas com mais de 65 anos

População do Concelho de Chaves	1991	2001	Aumentos
População residente	40. 940	43. 668	Mais 2. 728
Sexo masculino	20. 046	21. 181	Mais 1. 135
Sexo feminino	20. 894	22. 487	Mais 1. 593
65 anos ou mais	7. 820	8. 678	Mais 850

Fonte: Censos 1991 e Resultados Provisórios dos Censos de 2001, INE.

Como se pode verificar através dos dados dos últimos censos (2001), a população do concelho de Chaves aumentou no geral e em particular nas pessoas com 65 ou mais anos, que pelas suas particularidades justificam a necessidade de um olhar adequado às suas necessidades.

1.4 - População e amostra

Este estudo de cariz qualitativo será desenvolvido com enfermeiros a trabalhar no Hospital Distrital de Chaves, enfermeiros a trabalhar nos Centros de Saúde n.º 1 e 2 existentes em Chaves e idosos que tiveram um internamento no Hospital durante os meses de Fevereiro a Março de 2002.

(A terminologia "enfermeiro", utilizado no nosso discurso, é aplicável ao género feminino e masculino).

Escolhida a população será necessário proceder à selecção da amostra, sobre a qual irá incidir a colheita de dados. A generalidade dos autores reconhece não só a sua importância, mas também a dificuldade na sua selecção, nomeadamente no que diz respeito à sua representatividade. Optamos assim por uma amostra de conveniência, e intencional, no sentido de ampliar o estudo para todos os serviços do hospital onde se encontram idosos internados.

A amostra de enfermeiros do Hospital será constituída por dois de cada unidade de internamento do Hospital (serviço de medicina I, medicina II, cirurgia I, cirurgia II, cirurgia III e ortopedia), num total de doze enfermeiros. Os enfermeiros serão seleccionados aleatoriamente, sem critérios pré-definidos, bastando que prestem cuidados de enfermagem nos serviços citados, e os que queiram voluntariamente participar no estudo.

No contexto dos Centros de Saúde, a amostra de enfermeiros será de seis, divididos igualmente pelos dois Centros de Saúde, 1 e 2. que voluntariamente queiram participar no estudo.

A selecção dos idosos será feita ainda em regime de internamento nos serviços hospitalares atrás designados, num total de dez tendo por base os seguintes critérios: ter necessidade de ajuda ou apoio após o internamento; possuir capacidades comunicativas, que permita a recolha de

dados; querer participar voluntariamente no estudo; residir no concelho de Chaves.

1.5 - Instrumento de recolha da informação/dados

A entrevista é o instrumento eleito para a recolha de dados. A modalidade escolhida será a entrevista semi-estruturada, por possibilitar que da dinâmica da interacção entrevistador/entrevistado pudessem emergir novas questões e novos dados não considerados previamente e simultaneamente não limitar as respostas, permitindo um clima de liberdade, um clima de à vontade para que os sujeitos do estudo falassem das suas experiências e vivências, por forma a enriquecer a informação a recolher.

A entrevista é um dos processos mais directos para recolher informação sobre um determinado fenómeno, consiste em formular questões a pessoas que, de algum modo, nele estão envolvidas (Tuckman, 2000). Pessoas diferentes tendem a dar respostas diferentes e por conseguinte reflectir as suas percepções e opiniões.

No nosso estudo, procuraremos adquirir uma informação que surja das experiências vividas pelos participantes. No sentido de maximizar a neutralidade de todo o processo, optamos por construir um esquema com as linhas orientadoras da entrevista, por forma a apresentar as mesmas questões aos diferentes participantes, que segundo Tuckman (2000), "é uma estratégia para obter uma variedade de perspectivas sobre essas mesmas questões".

É na perspectiva de Bogdan e Bilken (1994), o método de recolha de dados descritivos na linguagem dos próprios sujeitos, permitindo ao investigador desenvolver uma ideia de forma intuitiva, sobre o modo como os sujeitos interpretam aspectos da realidade vivida.

Com as entrevistas aos enfermeiros do hospital e do centro de saúde, pretendemos não só trazer para as palavras, aspectos que estão no seu pensamento, através do expressar de como executam as suas práticas em torno da programação da alta hospitalar do doente idoso e práticas na continuidade de cuidados, respectivamente, mas também aspectos em torno de "como pensam que deveria" ser a programação da alta do idoso e a continuidade de cuidados (anexo II).

Nas entrevistas aos idosos/ cuidador, pretendemos saber as opiniões sobre a preparação recebida no hospital, face às suas necessidades de cuidados.

Após a nossa apresentação, solicitamos autorização para a sua realização, bem como grava-la em suporte de fita magnética, tendo marcado a data e o local para ser efectuada. Aos enfermeiros do Hospital e do Centro de Saúde, optamos por realiza-las nos locais de serviço, após marcação da hora.

Explicitamos a finalidade da entrevista, a previsível duração da mesma, tendo sido garantido o carácter de confidencialidade e anonimato, e a inteira liberdade em interromper caso o desejasse, sem daí resultar qualquer consequência negativa.

Foi ainda dada garantia absoluta da destruição das "fitas magnéticas" usadas na gravação, bem como a não utilização pessoal ou outros fins.

Para os idosos seguimos as mesmas orientações éticas. De referir apenas que o local das entrevistas foi o domicílio do idoso e no caso de o idoso não puder de todo informar, ser o familiar cuidador a responder às nossas questões.

Com a finalidade de detectar deficiências e/ou lacunas na condução das entrevistas, bem como perceber o "peso" das questões, realizamos duas

entrevistas exploratórias a cada grupo de sujeitos, com as mesmas características, tendo sido necessário reformular uma ou outra questão no sentido de a clarificar.

1.6 - Tratamento da informação

A análise de conteúdo

No tratamento da informação proveniente das entrevistas, utilizaremos o método da análise de conteúdo. Este diz respeito essencialmente à organização da informação, com o objectivo de aumentar a sua compreensão e também permitir apresentar aos outros aquilo que se encontrou (Bogdan e Biklen, (1994).

Na opinião destes autores a tarefa analítica, ou seja, a tarefa de interpretar e tornar compreensíveis os dados recolhidos torna-se fundamental em qualquer projecto de investigação.

Trata-se da desmontagem do discurso, realizando um outro discurso, utilizando um processo de localização e atribuição de traços de significação, resultado da dinâmica que se estabelece entre as condições da produção do discurso, e as condições de produção da análise (Vala, 1986).

Não existindo uma forma única de apresentar dados em investigação qualitativa, são vários os autores como Bogdan e Bilken (1994), Goetz e Le Compte (1988), Quivy e Campenhoudt (1997), que preconizam que a mesma seja uma apresentação fácil, visível, clara, criativa, e sobretudo que se torne uma apresentação simples e agradável. Propõem sugestões, como o uso de quadros, pequenos parágrafos, frases curtas, esquemas, matrizes, citações, gráficos, entre outras formas, para visualizar os dados com objectividade e facilidade, levando-nos a uma análise detalhada dos mesmos.

Numa primeira fase, transcrevemos todas as entrevistas, após a audição integral de cada uma, em programa de processamento de texto informático. Uma vez lidas fomos identificando categorias, subcategorias e unidades de registo.

No que concerne à construção de um sistema de categorias ela pode ser elaborada *à priori* ou *à posterior*, ou ainda pela combinação destes dois processos (Bogdan, 1994).

No nosso estudo utilizamos a combinação destes dois processos, já que algumas foram surgindo à medida que fomos colhendo os dados.

As entrevistas serão identificadas em função dos sujeitos do estudo da seguinte forma: entrevistas dos enfermeiros do hospital – E1 a E12; entrevista dos enfermeiros do centro de saúde – EC1 a EC6, e as entrevistas dos idosos –I1 a I10.

Os dados e as informações contidas no texto de cada entrevista foram todos processados por nós em programa informático *Windows XP*, manipulados em “janelas” separadas, facilitando a visualização do texto ao longo de todo o documento, o que permitiu “copiar e colar” em diferentes documentos.

Decidimos respeitar e manter a linguagem dos informantes, tanto dos enfermeiros como dos idosos, pois reflecte a forma como os sujeitos expressam o vivido.

Após a organização e sistematização da informação obtivemos um conjunto de dados, que nos possibilitou a elaboração de alguns quadros para melhor objectividade e compreensão dos mesmos, que serão apresentados no capítulo seguinte.

CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Realizadas as etapas preconizadas pela análise de conteúdo, pretende-se nesta fase do trabalho reagrupar e reinterpretar os depoimentos obtidos através das entrevistas.

Em primeiro lugar serão apresentados os dados resultantes das opiniões dos enfermeiros do hospital sobre as suas práticas relativamente à programação da alta, contextualizados com os dados relativos à opinião dos idosos sobre a preparação recebida; e posteriormente apresentaremos os dados relativos à opinião dos enfermeiros do centro de saúde de igual modo intercalados com a opinião dos idosos.

No sentido de facilitar a visualização dos dados, serão elaborados quadros relativos aos sujeitos do estudo: enfermeiros do hospital designados por *E*; enfermeiros do Centro de Saúde *EC* e idosos designados por *I*.

1- CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra do nosso estudo como já foi referido, é composta por doze enfermeiros do Hospital de Chaves, seis enfermeiros do Centro de Saúde e dez Idosos.

Seguidamente apresentamos em quadros a caracterização da amostra, na sequência com que vamos posteriormente apresentar e discutir os resultados obtidos.

Quadro nº1 – Caracterização dos enfermeiros do hospital (E)

Enfermeiros	Sexo	Idade	Habilitação Académica	Categoria profissional	Anos de serviço
E1	F	38	CBE	Enf. Grad.	14
E2	F	28	CBE	Enf. Grad.	7
E3	F	31	Licenciada	Enf. Grad.	9
E4	F	30	Licenciada	Enfermeira	6
E5	F	39	Licenciada	Enf. Espec	17
E6	F	32	Licenciada	Enf. Grad	9
E7	F	45	Licenciada	Enf. Grad.	22
E8	F	24	Licenciada	Enfermeira	3
E9	F	40	CBE	Enf. Grad.	16
E10	F	43	CBE	Enf. Grad.	10
E11	F	34	Licenciada	Enf. Grad.	9
E12	M	36	CBE	Enf. Grad.	12

De acordo com as variáveis seleccionadas para a caracterização do grupo dos enfermeiros do hospital, verifica-se a predominância do sexo feminino; uma média de idades acima dos 30 anos; apenas cinco enfermeiros possuem o Curso de Bacharelato em Enfermagem, sendo os restantes Licenciados em Enfermagem; a maioria é graduada sendo apenas um especialista.

Quadro n.º 2 – Caracterização dos enfermeiros do Centro de Saúde (EC)

Enfermeiros	Sexo	Idade	Habilitação Académica	Categoria profissional	Anos de serviço
EC1	M	34	Licenciada	Enf. Grad.	10
EC2	F	41	Licenciada	Enf. Grad.	17
EC3	F	42	Licenciada	Enf. Grad.	15
EC4	F	39	Licenciada	Enf. Grad.	5
EC5	M	39	Licenciada	Enf. Grad.	17
EC6	F	33	Licenciada	Enf. Grad.	10

De acordo com as variáveis seleccionadas para a caracterização do grupo dos enfermeiros do Centro de Saúde, verifica-se igualmente a predominância do sexo feminino; uma média de idades de 38 anos; todos os enfermeiros possuem o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, portanto licenciados. Relativamente à categoria profissional são todos graduados.

Quadro nº3 – Caracterização dos idosos (I)

Idosos	Sexo	Idade	Estado civil	Serviço	Motivo de Int.	Tempo de int. (Dias)	Residência
I1	M	77	Solteiro	Cirurgia I	Diabetes	20	Lar
I2	F	88	Viúva	Ortopedia	Artroplastia do Joelho	18	Domicílio
I3 (Filha)	M	84	Viúvo	Cirurgia I	Sequelas de AVC e Dores generalizadas	28	Domicílio
I4 (Esposa)	M	71	Casado	Medicina I	Úlceras das pernas /Pneumonia	13	Domicílio
I5 (Nora)	M	86	Viúvo	Medicina II	Pneumonia e sequelas de AVC	8	Domicílio
I6 (Esposa)	M	78	Casado	Medicina II	Pneumonia sequelas de AVC	14	Domicílio
I7	F	71	Viúva	Ortopedia	Fract. Do colo do Domicílio fémur	17	Domicílio
I8	F	91	Viúva	Cirurgia II	Tromboflebite mais sequelas dores articulares	10	Domicílio
I9	F	80	Viúva	Cirurgia II	Mastectomia	24	Domicílio
I10	M	70	Casado	Medicina I	AVC	23	Domicílio

Relativamente a este grupo de sujeitos da amostra (I), todos os idosos entrevistados vivem no seu domicílio, excepto um que vive no Lar de Idosos; a maioria é viúvo ou viúva. Inicialmente tínhamos decidido contemplar todos os serviços hospitalares que tivessem idosos internados, no entanto não foi possível devido a que no momento da realização da nossa amostra, num dos serviços não havia idosos que reunissem todos os critérios por nós previamente definidos.

A média de idade é de 79,6 anos e a demora média de internamento é de 17,5 dias.

2- ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS REFERENTES ÀS PRÁTICAS DE PROGRAMAÇÃO DA ALTA HOSPITALAR E IDOSOS

Pretende-se com este item apresentar e analisar um conjunto de dados e informações que permitam conhecer e compreender as práticas realizadas pelos enfermeiros, relativamente à programação da alta do idoso, analisar também o sistema de comunicação/articulação existente entre o hospital e o centro de saúde, vistas pelos próprios, no seu quotidiano e contexto e ainda conhecer as opiniões dos idosos acerca dessas mesmas práticas.

Segundo Polit e Hungler,(1995:36), "uma análise qualitativa envolve a integração e a síntese de dados narrativos (...), a interpretação refere-se ao processo de compreensão dos resultados(...) , constituindo a tentativa do pesquisador para explicar as descobertas à luz daquilo que é conhecido, decorrentes de trabalhos anteriores na área e à luz da adequação dos métodos utilizados na investigação".

As questões foram colocadas de forma aberta: quais as práticas que realiza na programação da alta do idoso que necessita de cuidados continuados?

Como já foi referido, para tornar mais fácil a organização, leitura dos dados e compreensão dos mesmos, procedemos da seguinte forma: ao longo da exposição do texto recorreremos aos discursos dos enfermeiros, intercalando com os discursos dos idosos, face aos aspectos em estudo. Parece-nos uma metodologia aceitável, uma vez que não existe uma forma única de apresentar os dados em análise qualitativa. São vários os autores, Bogdan (1977), Goetz e Le Compte (1988) e Ludke (1986), que preconizam que ela seja perceptível, visível, clara, criativa e sobretudo se torne uma apresentação fácil e agradável.

Da análise de conteúdo anteriormente feita sobre a questão relativa às *práticas realizadas na programação da alta do idoso*, ressaltam as categorias e subcategorias que se apresentam no Quadro N^o4.

Quadro n^o4 – Práticas realizadas pelos enfermeiros na programação da alta hospitalar do idoso

Categorias	Subcategorias
Intenção de programar a alta hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> - Implícita - Explícita - Sem intenção
Abordagem Familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Preocupação com o contexto onde vive o idoso - Participação activa - Participação passiva - Participação ocasional
Trabalho em equipa multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> - Equipas funcionais - Ausência de trabalho em equipa
Articulação Hospital/Centro de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Carta de alta de enfermagem - Ausência de articulação

Seguidamente passaremos a apresentar e analisar as categorias e subcategorias seleccionadas no sentido de identificar as práticas dos enfermeiros na programação da alta hospitalar do idoso. Serão apresentadas pela ordem com que são apresentadas no Quadro n^o 4.

Intenção de programar a alta hospitalar

Esta categoria *Intenção de programar a alta hospitalar* adveio da identificação de três tipos de discursos: a intenção implícita, a intenção explícita e a ausência de intenção (Quadro n^o5).

Estas intenções não são de todo estranhas, uma vez que nos serviços hospitalares em análise, não existe uniformidade de actuação face à programação da alta, no que concerne ao pessoal de enfermagem.

Quadro n.º 5 – Intenção de programar a alta hospitalar

Categorias	Subcategorias
Intenção de programar a alta hospitalar	<ul style="list-style-type: none">- Implícita- Explícita- Sem intenção

Alguns enfermeiros ao referirem-se às suas práticas na programação da alta do idoso, manifestaram a intenção de programar a alta do idoso de uma forma implícita ou explícita que passamos a caracterizar:

Por *intenção implícita* entendemos toda a verbalização feita pelos enfermeiros mencionando apenas aspectos subjectivos da intenção de programar a alta;

Por *intenção explícita* entendemos toda a verbalização feita pelos enfermeiros referindo aspectos objectivos e concretos da prestação de cuidados numa perspectiva de continuidade de cuidados.

Na mesma categoria identificamos ainda a subcategoria *sem intenção de programar a alta do idoso*, considerando toda a verbalização expressa por alguns enfermeiros, sem intenção de programar a alta do idoso.

Intenção implícita

Pelos discursos, pode-se verificar que existe alguma preocupação dos enfermeiros em fornecer informações e ensinamentos ao doente que se mostrem essenciais aos cuidados que o doente deve continuar a receber no seu domicílio, de uma forma implícita: " ... a partir do momento que o

idoso entra no nosso serviço, nós fazemos avaliação daquilo que poderá ser necessário após a alta" (E2);

(E7); "... fazemos uma carta de enfermagem e o ensino que achamos necessário " (E8).

Estes discursos vão de encontro a alguns dos objectivos preconizados por Almeida (1998:17), quando se refere à garantia da continuidade de cuidados, identificando o mais cedo, possível as necessidades em cuidados dos doentes; "identificar o mais cedo possível as necessidades em cuidados aos doentes durante e para depois da alta" e ainda ao preconizado na Carta dos Direitos e Deveres do Doente, da Direcção Geral da Saúde (1999), em iniciar a preparação para a alta o mais rapidamente possível.

Intenção explícita

Para alguns enfermeiros a intenção de programar a alta torna-se mais evidente, demonstrando uma preocupação com os cuidados continuados, tornando-se a intenção explícita de programar a alta, tal como caracterizada pelos entrevistados de uma forma objectiva: "...*promovemos o autocuidado através de programas de ensino quer ao doente quer aos familiares*"(E10); "...*antecipamos o ensino, oito dias antes e fazemos o ensino, da colocação do saco, dos cuidados de higiene com o estoma, do tipo de alimentação que deve fazer...*"(E7); "...*eu desde logo que o doente entra, faço ensinios de acordo com os problemas do doente; por exemplo se tem que levar canadianas, ensino-lhe a andar com elas, senão, com o andari-lho ou bengala.*"(E11)

Também revelam práticas sugestivas de alguma preocupação em dar continuidade aos cuidados de enfermagem identificando o idoso como um utente único, bem como aspectos ligados com os familiares, "...*com o idoso, começamos logo no início do internamento, quando ele tem capacidades para se auto cuidar e compreender*"(E8); "...*a programação da alta inicia-se logo que o idoso entra no serviço*" (E3)

Neste aspecto também alguns idosos reconhecem objectivamente o trabalho dos enfermeiros quando nos seus discursos sobre como foram preparados para a alta referem explicitamente: *"... ensinaram-me a andar com as canadianas, a subir e a descer escadas com elas; eu a descer descia bem, mas para as subir o enfermeiro ajudava-me por trás, ajudando-me a dobrar o joelho"* (I2).

"... os enfermeiros explicavam-me tudo o que podia e o que não podia fazer para não estragar a perna (...) como me devia levantar, sentar, andar com as muletas etc. também me ensinaram a subir e a descer escadas com as muletas".(I7)

Sem intenção de programar a alta

Na subcategoria sem intenção de programar a alta os discursos dos enfermeiros revelam não haver sensibilidade para os aspectos de programação da alta do idoso, *"... isto não é feito por norma instituída para a alta..."* (E11) *" (...) não fazemos grande distinção por ser idoso ou não, talvez eles precisem de mais tempo para serem preparados "* (E12);

Perspectiva-se também em alguns discursos, que as práticas de programação da alta realizadas pelos enfermeiros são indiferenciadas independentemente do tipo de utente, não atribuindo importância para a qualidade e continuidade de cuidados. *"... neste serviço as práticas são comuns, tanto no idoso como noutra doente qualquer, não diferenciamos"* (E4); *"... a característica é cirúrgica, portanto, não diferenciamos os idosos, a menos que traga outro tipo de patologias"* (E4) *"... não é feita nenhuma preparação formal, a preparação que é feita, é feita de forma informal, ou seja, cada enfermeiro que é responsável pelo idoso, faz a gestão dessa preparação..."* (E5)

Existem também enfermeiros que por um lado, trabalham muito exclusivamente em função da interdependência de outros técnicos, nomeadamente dos médicos, mesmo naquilo que poderão ser funções de natureza

autónoma, (por exemplo, na aplicação do processo de enfermagem), as quais não dependem tanto do tipo de cuidados que executa, mas sim como os executa, (Phaneuf, 2001). *"... a alta geralmente não é programada com antecedência, até porque depende muito do critério médico"* (E12);

Para a mesma autora, a autonomia em enfermagem leva-nos a reflectir sobre as relações entre os profissionais, nomeadamente com os médicos. Para Lemay e Duquette (1995), citados por Phaneuf (2001:105), referindo algumas pesquisas, *"a capacidade da enfermeira de se afirmar e em tomar o seu lugar é um critério de colaboração eficaz com os médicos"*.

Por outro lado, também Basto (1998:67), reforça esta ideia ao afirmar que *"o papel atribuído à enfermeira pelas organizações de saúde e pela população em geral é o de funcionária, um papel dependente, de cumprimento de regras estabelecidas por outros, quer esses outros sejam da própria profissão, como enfermeira chefe e supervisoras, quer sejam de outros grupos profissionais, como médicos e terapeutas"*.

Cuesta, (1995), defende que a participação dos utilizadores dos cuidados (idosos) é fundamental, revelando-se essencial para a produção e construção do processo de cuidados.

Relativamente a esta categoria, analisada para o grupo dos enfermeiros, integramos as opiniões dos idosos relativamente à questão, de igual modo formulada de forma aberta, como foi preparado para a alta clínica?

Damo-nos conta que, por um lado, existem aspectos positivos que os idosos valorizam e por outro, existem também aspectos negativos referidos pelos mesmos que passamos a apresentar:

Como aspectos positivos podemos verificar que alguns idosos ou seus familiares manifestaram explicitamente a importância atribuída aos

aspectos objectivos da preparação para a alta, concretizando com os seguintes discursos: "... não tenho queixa nenhuma dos enfermeiros (...) ensinaram-me a andar com as canadianas, a subir e a descer escadas com elas, eu a descer descia bem, mas para as subir o enfermeiro ajudava-me por trás, ajudando-me a dobrar o joelho " (I2); " (...) os enfermeiros explicavam-me tudo o que podia e o que não podia fazer para não estragar a perna (...) como me devia levantar, sentar, andar com as muletas (...) também me ensinaram a subir e a descer escadas com as muletas " (I7).

Houve essencialmente alguns familiares que para além dos aspectos já focados, também atribuíram importância ao ficar mais tempo no serviço para "aprender mais", revelando o interesse em cuidar dos seus familiares. "... eu ia muitas vezes vê-lo e as enfermeiras explicavam-me tudo, como se coloca uma fralda, os cuidados com os pés... às vezes até ficava mais tempo para ver com eles faziam as coisas (I5); " ... no dia de ter alta deram-me a carta para entregar ao meu médico de família do Centro de Saúde e eu fui lá ... " (I3).

Como aspectos negativos, a comunicação foi o indicador mais focalizado pelos utilizadores dos cuidados. A comunicação é uma competência chave e um instrumento básico da prática de cuidados, nomeadamente de enfermagem, daí os utentes, idosos e familiares atribuem-lhe grande importância.

A falta de comunicação, como aspecto negativo destaca-se, sendo implícita ou explicitamente referida pela maioria dos nossos entrevistados, que numa atitude depreciativa assim o manifestaram: " ... os enfermeiros, não me falaram nada disso, faziam-me só os tratamentos (...) quando foi para sair, só me disseram adeus " (I1); "... quando foi para vir embora só disseram - adeus Sr Artur porte-se bem. E pronto é assim " (I4); "... a preparação que me fizeram acho que foi sem eu saber como,

só me disseram assim: o seu marido em princípio sai amanhã. Eu só disse: se os senhores enfermeiros entenderem (...) tudo bem ” (I4).

Nestes discursos está patente o carácter de submissão assumido pelo doente aos cuidados médicos e de enfermagem. A este respeito, e no que se refere ao modelo clássico assistencial hospitalar, Carapinheiro (1993:108), afirma que “tanto para os doentes como para o pessoal hospitalar o modelo clássico assistencial integra a obediência indiscutível à autoridade médica (...) as interações são frequentemente episódicas”. Estas desenvolvem-se apenas no contexto dos procedimentos terapêuticos, não havendo uma continuidade das relações terapêuticas, esperando-se que o doente obedeça às normas institucionais.

Também para Goffman (1968), citado por Pimentel (2001:207), “todas as instituições criam um universo específico, que tende a envolver todos os que dela fazem parte”.

Também a falta de informação foi um dos aspectos referidos pelos idosos ou familiares: “... no hospital não me explicaram nada ” (I4); “...nunca me contactaram, para me explicarem seja lá o que fosse, uma enfermeira no penúltimo dia é que então, como já lhe disse, - o seu marido tem alta amanhã (...) ” “... No hospital não me explicaram nada ”(I6); “no hospital não me explicaram nada (...) uma enfermeira é que me disse no dia da alta para ter cuidado com ele (I10).

A Abordagem Familiar

Esta foi a segunda categoria seleccionada, por a considerarmos fundamental nos cuidados continuados aos idosos em contexto domiciliário, enquadrada nos cuidados informais ao idoso.

A abordagem familiar parece-nos de extrema importância, uma vez que se trata de idosos em situação de alguma dependência. Foi por nós considerada *à priori* uma vez que a família desempenha um potencial precioso

so no cuidado ao idoso em contexto domiciliário, sendo cada vez mais valorizado o seu papel, como parceira dos cuidados.

Por um lado e de acordo com Barbieri (2002: 139) "é na família e com a família que se promove a saúde das pessoas (...), a família é um sistema: qualquer dos seus membros se correlaciona e interage com todos os outros", mas por outro lado é necessário também compreender as dificuldades das famílias desenvolvendo esforços no estabelecimento de relação de parceria com cada família.

Decorrente desta categoria emergiram quatro subcategorias conforme se pode observar no Quadro nº 6.

Quadro n.º 6 – Abordagem com a família

Categoria	Subcategoria
Abordagem Familiar	<ul style="list-style-type: none">- Preocupação com o contexto onde vive o idoso- Participação activa- Participação passiva- Participação ocasional

De acordo com Martins (2002: 153), num estudo sobre *A aceitação pela família da alta clínica do doente com AVC*, o trabalho com a família deverá assentar nos seguintes aspectos:

- "A abordagem deve ser individualizada,(...) os interesses, os recursos e as prioridades da família têm de ser compreendidos e são únicos";
- A integração deve ter por base prioridades da própria família e comunidade onde está inserida e não apenas os objectivos organizacionais;
- A intervenção do profissional deve ter em conta o suporte da própria família, e implicar as redes de suporte social existentes".

A preocupação com o contexto onde vive o idoso

Relativamente às práticas com a família parece ser consistente a ideia de importância atribuída à mesma, na programação da alta do idoso, como se pode observar pelos seguintes discursos, havendo implícita a preocupação com o contexto em que o idoso vive, primeira subcategoria identificado por nós: *"Colhemos dados relativos à família, se tem telefone, se reside com alguém" (E3); "...Nós temos por norma convocar sempre a família..." (E3); "... Se tiver família contactámo-la no primeiro dia (...)" (E4); "... nós aqui quase sempre (...) fazemos a colheita de dados e nessa altura perguntamos ao idoso com quem vive, para depois sabermos com aquilo com que podemos contar(...)"(E11); "... quando o doente entra no serviço, pergunto-lhe sempre com quem vive , para depois mais tarde falar com eles..."(E12).*

É inegável que o contexto do idoso anterior ao internamento é extremamente importante, quando se pretende fazer uma programação tendo em conta a perspectiva holística de prestação de cuidados, não só das possíveis alterações ao nível habitacional, como também pelos apoios familiar e social que poderá vir a necessitar após a alta hospitalar. Esta preocupação vai de encontro também a um dos objectivos preconizados pelos autores de alguns projectos de programação de alta existentes em Portugal, nomeadamente "assegurar que os recursos necessários estejam disponíveis no momento da alta, de forma a evitar situações de prolongamento das altas" (Almeida: 1998:17).

Também alguns idosos neste aspecto confirmam as práticas realizadas pelos enfermeiros, *"... perguntaram-me com quem vivia e se precisava de ajuda social, eu disse que não" I2; "... perguntaram-me com quem vivia e eu disse que vivia sozinho, (...)então a assistente social arranjou-me a vir para este lar."(I1); "... um enfermeiro na hora das visitas é que foi ter comigo uma vez para me perguntar com quem vivia..." (I10).*

Participação activa da família

Outro dos aspectos considerados pelos autores de extrema importância na programação da alta do idoso é a participação activa da família na prestação de cuidados ao idoso.

Entendemos a participação activa da família como sendo as actividades de prestação de cuidados realizadas pelos familiares aos seus familiares idosos, em contexto hospitalar, sob orientação dos enfermeiros.

As parcerias com a família são cada vez mais defendidas como promotoras da qualidade de cuidados. A família deve receber o apoio e suporte necessário para os ajudar a superar a situação, bem como a compreender as necessidades do doente idoso. O envolvimento da família nos cuidados ao doente proporciona além de outros aspectos, o direito de a mesma se manter unida (Salt, 1991).

Autores como Casey,(1993); Linhares e Cunha (1999), são unânimes em considerar a família um parceiro dos cuidados, já que a humanização e qualidade dos cuidados se torna mais evidente quando a família participa não só nos cuidados como também nas decisões relativas aos problemas de saúde. Implica trabalhar com e não para os idosos e as famílias, levando-as a ajudarem-se a si próprios. *"... pedimos a colaboração da família logo no início, a família se estiver receptiva vem e presta cuidados conosco, isto é, se a família estiver receptiva à prestação de cuidados no domicílio, é acompanhada a partir do 2º ou 3º dia do internamento do doente, e posteriormente na alta..." (E2);*

"... nós temos por norma convocar sempre a família (...) por norma começamos logo no início do internamento, para que o doente seja o mais independente possível, e sempre que possível ter um familiar por perto, para lhe prestarem os cuidados de que eles precisam, almoçar, jantar..." (E3)

"Se tem familiares comunicamos com eles, para virem aqui para os elucidar como vão acompanhar o doente e a fazer certos cuidados no domicílio" (E3)

"...pois às vezes a família não percebe muito bem o porquê então temos que lhe demonstrar como se faz. Tentamos que eles participem aqui conosco nos cuidados"(...) pomo-los mesmo a fazer..."(E8).

Embora alguns enfermeiros não expressem a intencionalidade de trabalhar com a família, fica-nos a impressão de que "facilitam" dentro dos serviços, se a família quiser participar na prestação de cuidados:

"... é assim, se tem déficit motor, (...) insistimos sobre os cuidados de higiene, demonstramos como se faz a higiene na cama, como se despe, como se veste, e se quiserem, deixamos o familiar fazer..." (E5).

Estes factos transportam-nos, de novo ao ambiente que caracteriza uma instituição totalitária, (Carapinheiro, 1993), onde o poder dos profissionais face aos familiares, é evidenciado, *"... desde que o porteiro deixe entrar a família, nós deixamo-las participar em alguns cuidados se quiserem, como por exemplo o treino de marcha, a alimentação, sobre por exemplo, a administração de insulina a idosos diabéticos..." (E11).*

Participação passiva da família

Relativamente à terceira subcategoria, participação passiva, foi definida por nós com sendo todas as actividades de ensino, informação e demonstração, facultadas à família pelo enfermeiro, excluindo a execução de cuidados pela mesma.

Cuidar dos idosos constitui um desafio exigindo muita dinâmica de toda a equipa de saúde, obrigando-a a uma abordagem flexível e integral, colocando o idoso e sua família no centro dos cuidados, promovendo o auto cuidado, na medida das suas possibilidades. Para Linhares e Cunha (1999:14), "o ensino e a preparação da alta reveste-se de uma impor-

tância fundamental para que a família possa receber o idoso, cuidar dele, e evitar alguma forma os reinternamentos sucessivos por cuidados deficientes no domicílio”.

De uma forma geral os enfermeiros neste aspecto revelam sensibilidade para a importância da informação e ensino à família, indo de encontro às áreas de intervenção preconizadas pelos diferentes projectos existentes no nosso país, nomeadamente: “envolver a família nos cuidados ao utente dependente; promover o autocuidado, através do ensino às famílias” (Lopes, 2002:107 - Ordem dos Enfermeiros). “É-lhes feito o ensino directamente ao nível de todas as actividades de vida, que estejam mais ou menos afectados” (E2);

“...se tem familiares comunicamos com eles, para virem aqui para os elucidar como vão acompanhar o doente e a fazer certos cuidados no domicílio (E3)”; “...informamos sobre os pensos e feridas (...)” (E11).

Encontramos discursos que pela sua especificidade e pertinência inserem-se na lógica da maioria dos projectos de cuidados continuados em parceria com a família, nomeadamente no que diz respeito às estratégias para a sua execução/implementação, identificando de imediato as necessidades do idoso, e tentam envolver a família desde o momento da admissão: “... à tarde falamos logo com a família, para programar, para o dia seguinte se pode cá vir, (...) para podermos ensinar sobre os déficits que o doente tem, ao nível da alimentação, ao nível da eliminação e ao nível dos cuidados de higiene e isso tudo e pômo-la a par das situações” (E4).

Outros enfermeiros além do ensino à família, enfatizam a justificação dos cuidados como que a envolvê-los e incentivá-los na recuperação do seu familiar:

“... se o idoso tem uma pessoa que cuide dele, normalmente é a família, falamos com ela e fazemos o ensino para os cuidados que ainda precisa, o que deve ser feito e porquê que deve ser feito daquela maneira” (E8).

De salientar que nenhum enfermeiro referiu dar informação sobre os recursos disponíveis na comunidade de apoio ao idoso, com intenção de programar a alta e continuidade de cuidados, não valorizando essa componente, como fundamental para a continuidade de cuidados, tal como o preconizado nos projectos de programação de alta (Augusto e outros, 2002).

Participação ocasional da família

Esta subcategoria emergiu por considerarmos que, embora os enfermeiros façam ensinamentos aos familiares, não está implícita a preocupação de trabalho com a família, mas apenas ocasionalmente. *"... normalmente aproveitamos a hora da visita, como agora nesse aspecto, temos a vida facilitada (...), a qualquer hora se pode fazer o ensino sobre a alimentação, mobilização" (E1); " com a família só se estiver cá porque nós por norma não a contactamos... " (E7);*

" aproveitamos a hora da visita (...) vem os filhos, ou noras, normalmente aquele que está a viver com o idoso e fazemos o ensino (...) ensinamos como dar de comer, lavar a sonda, e tudo o que eles terão que fazer, para cuidar dele em casa" (E8).

Por vezes também parece existir uma diferenciação de cuidados entre os idosos, face aos déficits de autocuidado, *"...falo mais com os familiares dos doentes que têm déficit motores porque são os que eu acompanho mais, de uma forma geral a todos os idosos não faço isso por norma"(E5).*

Existem ainda enfermeiros que não reconhecem a importância do envolvimento da família nos cuidados, não a valorizando como fazendo parte da qualidade dos cuidados prestados *"...com a família geralmente é o médico quem fala só que, geralmente os familiares não entendem algumas coisas e vêm ter connosco para esclarecermos algumas coisas, e acho que é aí que a nossa função se rege" (E4); "... com a família, só*

quando ela é receptiva, fazemos os ensinamentos que achamos adequado...”(E10); “... se é um doente cuja família ele está bem integrado, não nos preocupa tanto, porque sabemos que alguém se vai preocupar com ele”(E9)

Monk (1988), citado por Paúl (1997: 86) considera o apoio familiar ao idoso positivo, uma vez que “os filhos e a família respondem admiravelmente às necessidades dos seus membros idosos, apesar das limitações da sua capacidade de ajuda, impostas pelas actuais circunstâncias da vida (...), limitando a sua possibilidade de olhar pelos idosos”, o que vai prolongar os internamentos.

Relativamente a isto, Paúl considera ainda, que é um mito o abandono familiar e filial, “muito difundido e mantido pelos técnicos de saúde que lidam com os mais desprotegidos e que depois generalizam os resultados (...), ao conjunto da população”(ibidem). Assim se manifestam alguns dos nossos informantes: “... Temos algumas dificuldades com algumas famílias (...) muitas vezes o doente fica mais tempo internado, porque a família pura e simplesmente não aparece (...) arranjam mil e uma desculpa para não o levarem para casa e deixa de aparecer”(E10); “...os doentes idosos dependentes, a maior parte, não vão para a família” (E5).

Os idosos/ família quando questionados sobre a preparação recebida, revelaram discursos divergentes, a grande maioria refere não ter tido qualquer tipo de preparação.

São bastante claros os idosos / familiares, quando se referem à preparação recebida, emitindo discursos que pela clareza os consideramos desprovidos de qualquer tipo de preparação. “...os enfermeiros, não me falaram nada da alta, faziam-me só os tratamentos(...)quando foi para sair só me disseram adeus... quem me deu a alta foi o médico...”(I1); “...quando foi para vir embora só disseram - adeus Sr Artur

porte-se bem. E pronto é assim...no hospital não me explicaram nada..."
(I4)

Por vezes revela-se um discurso que reforça a ideia de submissão ao poder institucional, demonstrando alguma resignação à situação: *"...a preparação que me fizeram acho que foi sem eu saber como, só me disseram assim: o seu marido em princípio sai amanhã. Eu só disse: se os senhores enfermeiros entenderem... tudo bem..."(I4); "...nunca me contactaram, para me explicarem seja lá o que fosse, uma enfermeira no penúltimo dia é que então, como já lhe disse, o seu marido tem alta amanhã ...o que é que eu havia de fazer, nada..."(I6)*

Outros familiares referem-se à preparação recebida de uma forma igualmente negativa ou nula, referindo no entanto o que lhe disseram no dia da alta. *"No hospital não me explicaram nada(...) uma enfermeira é que me disse no dia da alta para ter cuidado com ele, para o virar na cama, lavá-lo, levanta-lo todos os dias" (I10).*

Estes dados vão de encontro às conclusões encontradas no estudo realizado por Martins, (2002: 246), em que a grande maioria dos familiares inquiridos ter dito "não ter recebido qualquer tipo de ensino para melhor auxiliar o seu doente".

No entanto, e a par destes discursos pela negativa, surgem alguns que pela sua clareza não nos deixam dúvidas da satisfação dos idosos e ou familiares face à preparação recebida, indo de encontro ao referido por alguns enfermeiros: *"...os enfermeiros explicavam-me tudo o que podia e o que não podia fazer para não estragar a perna... como me devia levantar, sentar, andar com as muletas etc. também me ensinaram a subir e a descer escadas com as muletas..."(I7).*

Curioso é o discurso de alguns familiares que se manifestaram satisfeitos com a preparação recebida, frisando a importância de conhecimentos

peçoais dentro da instituição, deixando transparecer por ingenuidade ou não, que para se ser bem tratado é necessário "ter" alguns conhecimentos dentro da instituição. *"...eu ia muitas vezes lá vê-lo e as enfermeiras explicavam-me tudo, como se coloca uma fralda, os cuidados a ter com os pés, às vezes até ficava mais tempo para ver como eles faziam as coisas. Nunca tive problemas, eu também tenho alguns conhecimentos lá dentro e parece que não, mas ajuda muito..."*. (I3)

Este caso tratava-se de um idoso reinternado, em que a filha, pelos conhecimentos que refere ter dentro do hospital lhe facilitou. Carapinheiro, (1993: 275) reporta-nos a estes aspectos de duas formas. Por um lado, existem enfermeiros que se indignam quando em presença de reinternamentos, por sentirem ameaçada a esfera do seu poder, pois o doente ou a família já conhece demasiadas coisas. Por outro lado existem enfermeiros "que os doentes reentrados são um dos motivos da sua enorme satisfação profissional, pelo conhecimento pessoal mútuo adquirido", são designados por estes enfermeiros como "os doentes do nosso serviço". A autora refere ainda que estes enfermeiros "(...) acabam por ter um comportamento mais personalizado para os doentes que conhece melhor".

Trabalho em equipa Multidisciplinar

Dos discursos que se referem à pergunta: o que pensa do trabalho em equipa no planeamento da alta clínica do idoso, desenharam-se duas subcategorias para analisar, por um lado as verbalizações referentes à funcionalidade das práticas da programação em que incluem o médico, o enfermeiro e a assistente social; por outro as verbalizações que revelam a ausência de trabalho em equipa multidisciplinar, como se pode observar no Quadro nº7.

Quadro nº7 – Trabalho em equipa multidisciplinar

Categoria	Subcategoria
Trabalho em equipa multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none">- Equipas funcionais- Ausência de trabalho em equipa

De acordo com Costa (2002:70), cada vez mais, e mercê de pressões sociais e económicas exercidas sobre as instituições, os serviços de saúde devem ajustar-se “à produção personalizada de cuidados, às necessidades dos utentes, à inovação técnica (...) a novos processos e produtos de intervenção na saúde humana, ao funcionamento em equipa (...) às equipas de trabalho é solicitado polivalência e adaptação em função dos objectivos institucionais”.

Equipas funcionais

Ao referirem-se ao trabalho em equipa na programação da alta, alguns enfermeiros identificam os profissionais que mais directamente trabalham com o idoso, como sendo o médico e o enfermeiro, prenúncio da existência de equipas reduzidas, apenas com dois tipos de profissionais. “(...)eu acho que trabalhamos todos como equipa multidisciplinar e neste momento estamos a funcionar muito bem, a nível médico, e de enfermagem ” (E2);“...sabemos com antecedência, que os médicos dizem-nos que o doente vai ter alta daqui a 2ou de 3 dias” (E3).

Estas verbalizações vão de encontro ao que Carapinheiro (1993: 111), afirma quando se refere à organização dos serviços sob uma linha tradicional de cuidados, “médicos e enfermeiros controlam a produção de cuidados, sendo assegurado pelos médicos o acto médico propriamente dito e pelos enfermeiros a administração do tratamento... médicos e enfer-

meiros detêm tarefas nitidamente diferenciadas, executando-as isoladamente”.

Outros enfermeiros há, que reconhecem já, a colaboração de outros profissionais, nomeadamente da assistente social, e do fisiatra: “*Cada vez mais os profissionais, pelo menos no meu serviço, estão despertos para pedir ajuda, cada vez mais, os serviços sociais são solicitados, e cada vez mais eles dão resposta às necessidades dos utentes...* (E5)

“*Dos profissionais da equipa de saúde que por aqui se vêem é a assistente social que quando contactada vem e tenta resolver os problemas sociais*”. (E7) “*...há doentes que são observados pela fisiatra e depois (...), se tiver potencialidades vai lá em baixo e continua o acompanhamento em ambulatório...*” (E4);

“*Dos profissionais da equipa de saúde que por aqui se vêem é a assistente social que quando contactada vem e tenta resolver os problemas sociais*”. (E7).

Houve enfermeiros que referiram um outro profissional (dietista) como possível interveniente no trabalho em equipa multidisciplinar, vislumbrando-se um “novo” conceito de equipa de trabalho na programação da alta do idoso.

“*...a dietista por exemplo, não vem porque também não a contactamos por norma*”(E8).

Esta visão mais alargada do conceito de equipa em oposição ao modelo tradicional, vai de encontro ao que a perspectiva de (Costa 2002:71) encerra: “num serviço de saúde, a competência para agir é ainda uma capacidade colectiva, que resulta na eficácia terapêutica (...); a prática de cuidados em equipa traduz-se numa lógica de organização de trabalho e de gestão participativas, implicando a substituição das tradicionais estruturas piramidais, autoritárias e rígidas, por outras, matriciais e flexíveis, mais próximas dos utentes e da comunidade”.

Em alguns serviços parece existir um “acordo tácito” entre médicos e enfermeiros relativamente à reabilitação e recuperação dos idosos no

sentido da decisão da alta clínica: *"em termos médicos não há problemas, apesar de serem eles que dão a alta clínica, e se por exemplo um doente ainda não aprendeu a subir e descer escadas e tem potencial para aprender, ele não lhe dá alta e só sai quando o enfermeiro achar que já está preparado, nisso entendemo-nos todos bem"* (E12).

Ausência de trabalho em equipa

A ausência de trabalho em equipa ainda é uma realidade em alguns serviços de saúde, nomeadamente no seu conceito mais genuíno "complementaridade de funções", preconizado por Nuno Grande.

Verificamos, pois em alguns discursos essa ausência de trabalho em equipa verbalizada pelos enfermeiros, onde se revela uma certa crítica negativa, relativamente aos médicos.

" (...)o médico no fundo a única coisa que faz é dizer-nos o dia em que tem intenção de dar alta, por exemplo daqui a dois ou três dias" (E1);

"o papel do médico neste serviço é internar, operar, prescrever e assinar a alta clínica, e muitas vezes somos nós que os alertamos para muitas coisas que se passam com o doente, que ele desconhece" (E9);

"no que diz respeito à alta, somos nós sem dúvida que temos que nos preocupar, pois o médico limita-se a dar a alta clínica e mesmo se vírmos que o doente precisa de apoio social somos nós enfermeiros que requisitamos a sua colaboração"(E11)

Também é claro e assumido que outros profissionais não colaboram, porque não lhes é solicitado esse apoio, ou por desconhecimento ou simplesmente por reconhecerem serem eles os profissionais a quem lhes compete essa responsabilidade; *"relativamente aos outros técnicos, não tanto como o que seria desejável (...) chama-se muito pouco, vêem-se muito pouco esses profissionais por aqui, que deveriam dar mais apoio, mas não dão porque também não são chamados a colaborar"* (E4);

"no que diz respeito à alta, somos nós sem dúvida que temos que nos preocupar, pois o médico limita-se a dar a alta clínica e mesmo se virmos que o doente precisa de apoio social somos nós enfermeiros que requisitamos a sua colaboração"(E11).

Há enfermeiros que reconhecem efectivamente a não existência de uma responsabilidade de equipa na preparação do doente para a alta clínica. *"...eu acho que não há uma responsabilidade partilhada dentro da equipa, no que diz respeito à preparação dos doentes que precisam ainda de cuidados. Nós enfermeiros é que temos que estar atentos para todas as necessidades do doente, quer sejam do nosso âmbito ou não".(E9)*

Esta ausência de trabalho em equipa, por parte dos médicos a que Carapinheiro (1993:115), designa de "impossibilidade do trabalho de equipa" com outros profissionais de saúde que intervêm no processo de cuidados, "organiza-se no contexto das práticas hospitalares, mas forja-se no processo de socialização profissional dos médicos". Razão que nos leva a concordar com a hipótese de formação académica conjunta dos profissionais de saúde, tão bem defendida por Nuno Grande, para que no dia a dia das práticas clínicas, seja mais fácil conviver, trabalhar e lutar por ideais de conjunto, numa lógica de complementaridade de funções.

Articulação Hospital /Centro de Saúde

Ao iniciarmos a nossa investigação sobre as práticas dos enfermeiros na programação da alta hospitalar do idoso, a articulação entre o hospital e o centro de saúde, surgiu-nos à *priori* tendo em conta a continuidade de cuidados.

Um dos objectivos preconizados pelo Ministério da Saúde em 1998, para a reforma dos Cuidados de Saúde, no que diz respeito à gestão dos hospitais foi: "melhorar o acesso e a articulação entre instituições prestadoras de cuidados".

Como? Através da estimulação da fixação de protocolos escritos entre instituições de saúde garantindo assim a coordenação e continuidade de cuidados, como por exemplo: parcerias, protocolos de cooperação, no âmbito dos sistemas locais de saúde.

É uma questão que se afigura pertinente no contexto actual das novas políticas de saúde, tanto para os profissionais como para os utilizadores. Os enfermeiros quando questionados sobre a sua opinião acerca da articulação entre o hospital e o centro de saúde, na sua maioria são unânimes em afirmar quase categoricamente que não existe articulação. Apesar dos seus discursos insinuarem de certa forma essa ausência, ainda se vislumbra a existência da carta de alta de enfermagem, conforme se pode observar no Quadro nº 8

Quadro nº 8 – Articulação Hospital /Centro de Saúde

Categorias	Sub-categorias
Articulação Hospital/Centro de Saúde	<ul style="list-style-type: none">- Carta de alta de enfermagem- Ausência de articulação

Carta de alta de enfermagem

Segundo Ojeda et al (1998:17), a carta de alta de enfermagem normalmente dirigida ao enfermeiro do centro de saúde ou à família, deve incluir além da identificação correcta do idoso, aspectos mais relevantes da avaliação inicial que condicionou a actuação do enfermeiro, os diagnósticos de enfermagem, e problemas interdisciplinares, destacando-os por:

- Sua importância;
- Que tenham repercussão posterior;
- Que estão em vias de solução;
- A sua cronicidade;

Deve ainda incluir a educação para a saúde implícita em todo o cuidado. Como objectivos de enfermagem no momento da alta do idoso os mesmos autores preconizam entre outros:

- Evitar a sensação de abandono que sofre o doente após a alta;
- Conhecer o grau de autonomia no momento da alta;
- Identificar as necessidades de cuidados posteriores à hospitalização;
- Estabelecer os mecanismos para que se assegure a continuidade dos cuidados;
- Deixar escritas as actuações de enfermagem.
- Fornecer informação a outros profissionais ou serviços de apoio sobre o doente em tempo útil.

Acredita-se pois, na necessidade de estabelecer vias de comunicação fluidas e eficazes, dentro do contexto dos serviços de saúde, para oferecer serviços profissionais integrados e de qualidade.

Como já dissemos, a maioria dos nossos entrevistados referem-se à carta de enfermagem como a única forma de articulação. *"...nós neste serviço temos uma carta de alta de enfermagem tipo(...), que é feita no dia em que o doente tem alta..."; (E1)"... para comunicar é feita uma carta de enfermagem, que posteriormente será entregue ao enfermeiro que irá cuidar do doente no domicílio..." (E2); "...sempre que o doente sai com déficit, é sempre feita uma comunicação escrita, a carta de alta de enfermagem, dirigida ao enfermeiro do Centro de saúde. É a única forma de comunicação..." (E5) ;*

Implicitamente denota-se também atribuírem-lhe alguma importância, *"...a carta de alta de enfermagem fazemos sempre, pois eu acho que é muito importante. (E8); " eu por acaso já trabalhei no centro de saúde, e recebia a carta que ajudava bastante, pois pelo menos tínhamos alguma informação técnica que nos ajudava, principalmente na continuidade de tratamentos de feridas..." (E8).*

Mesmo sendo a única forma de comunicação para a continuidade de cuidados, alguns enfermeiros não a valorizam: *"relativamente à informação, cuidados de higiene, alimentação, os cuidados a ter com a medicação, nós até fazemos uma cartinha para os acompanhar"* (E3).

Por outro lado os aspectos mais valorizados na informação dizem respeito apenas aos aspectos físicos, característica do modelo biomédico. *"nós fazemos uma cartinha de enfermagem com as indicações de como o penso foi feito, o que lhe foi feito e como foram aplicados os produtos, de resto mais nada"*(E3); *"...pois a não ser a carta de alta de enfermagem, que nós só a fazemos se o doente levar pensos, ou algália para casa"* (E6).

Também é reconhecida a possibilidade de não chegar ao destino, pela sua deficiente concepção. No entanto revelam também um certo conformismo dado ser aceite no serviço.

"... nós temos uma carta de alta de enfermagem, que a meu ver está mal elaborada, pois não tem sequer lugar onde identificar o doente. Mete-se a carta no envelope e se não se identifica este, às vezes a carta vai sem identificação e a carta perde-se, pronto. E depois, parece-me que o conteúdo da carta não é o mais apropriado, mas já está instituída no serviço e é essa que se usa(...)" (E4).

Quando se referem à possibilidade de melhorar a articulação inter – institucional, ressalta a organização dos serviços, a falta de tempo e a falta de enfermeiros, aspectos quase sempre denunciados, como causas da não exequibilidade das práticas: *"...e agora, com estes cuidados individualizados cada vez mais há menos tempo, pois fazemos tudo aos nossos doentes e às vezes a distribuição do trabalho não é equitativa em termos de dependência dos utentes. Às vezes tenho os doentes todos dependentes e outra vezes nenhum, podendo ajudar as colegas, mas a chefe não quer, diz que cada um faz o seu trabalho (...) somos poucos...não dá para fazer tudo bem..."*(E7; *"...podia-se muito bem telefonar para o*

enfermeiro do Centro de Saúde e explicar com mais pormenor as coisas, só que também somos poucos enfermeiros e o tempo não dá para tudo. Com o número de doentes que temos, as suas necessidades e o número reduzido de enfermeiros, fica um bocado apertado” (E8).

A par das “desculpas” anda associada a “boa vontade” de melhorar, de colaborar nas boas práticas por forma a melhorar a articulação entre o hospital e o centro de saúde “...mesmo sem muito tempo, eu não me recusava a dar informações ao colega se me solicitasse...(E9).

Parece-nos implícita a existência de uma certa superioridade dos enfermeiros do hospital ao referirem-se aos colegas do centro de saúde, independentemente do carácter de igualdade que inicialmente lhes atribuem, “...eu acho que somos todos enfermeiros do mesmo padrão, a trabalhar em benefício da comunidade, para que o doente esteja o melhor possível, e este não é de ninguém, é de todos os profissionais de saúde, e não é “eu sou do hospital e eu sou do centro de saúde”; “... nós devíamos telefonar, falar com os colegas, e os do centro de saúde, ter a humildade de por exemplo perguntar saber o que se passou com este ou aquele doente, acabando por o doente ser o grande beneficiado...”(E8); “...deveria de haver mais intercâmbio de parte a parte principalmente naqueles casos de dependência, em que o idoso vem do seu domicílio em que já estava a ser seguido pelos enfermeiros do Centro de Saúde...”(E12)

Ausência de articulação

Os enfermeiros quando questionados e de uma forma aberta: o que pensa sobre a articulação entre o hospital e o centro de saúde, são claros e explícitos da realidade existente: “... penso que no seu verdadeiro sentido, não existe” (E1); “...a articulação é muito fraca, não funciona”(E2); “... podia ser melhor, tanto da nossa parte como da parte deles” (E3); “...para lhe ser sincera, eu acho que não existe articulação no verdadeiro sentido do termo (...) pelo menos na prática e naquilo que me

diz respeito com enfermeira do hospital”(E11); “...eu acho que na prática não existe...” (E12).

Quase a totalidade dos enfermeiros entrevistados são unânimes em reconhecer a inexistência de uma articulação entre o hospital e os centros de saúde. O próprio Ministério da Saúde (1998:48), também o reconhece ao referir-se à necessidade de inovação do ambulatório, que de entre outros factores, “a desarticulação e os modos de funcionamento dos diversos níveis e serviços de saúde têm contribuído para o excessivo recurso aos serviços de urgência”.

Existem ainda enfermeiros que além de afirmarem categoricamente a inexistência de articulação, ainda a reforçam como que atribuindo uma “certa” responsabilidade tanto aos enfermeiros do hospital como aos enfermeiros do centro de saúde, “...a articulação entre o hospital e o centro de saúde, é assim não existe. Há como que uma barreira que é assim, os do hospital são os do hospital e os do centro de saúde são os do centro de saúde, parece que somos de classes diferentes(...)” (E8); “...não sei de quem é a culpa, mas penso que são dois mundos à parte, sem interligação” (E9).

Um dos problemas referidos por alguns enfermeiros no que diz respeito à articulação entre ambas as instituições, prende-se com o desconhecimento do seguimento da carta de alta de enfermagem, como se pode ver pelo discurso: “...eu não sei como é, os doentes levam a carta ... depois não sei como é, até que ponto o centro de saúde consegue dar resposta” (E4) “...nós só sabemos o que fazemos, não sabemos se as nossas comunicações têm seguimento ou não” (E5).

Sentem ainda necessidade, de maior articulação de ambas as partes anunciada pelos seguintes discursos: “...devia haver mais articulação de parte a parte, pois às vezes, voltam passado uns tempos já com escaras em estado avançado” (E7).

"...eu acho que deveria haver mais comunicação, ou melhor informação, tanto da nossa parte como da parte deles,..." (E8).

Salientamos a importância que alguns enfermeiros atribuem à articulação entre o hospital e o centro de saúde criticando-se a eles próprios: *"...o que eu noto o hospital é o hospital e o centro de saúde é o centro de saúde, dá impressão que não são do mesmo "patrão". Penso que deveria haver mais intercâmbio..." (E9).*

"...acho que tanto os enfermeiros do centro como os do hospital, se acomodam com a situação não havendo valorização do trabalho de parte a parte (...) nós aqui (hospital), pensamos que resolvemos os problemas todos dos doentes, e eles por sua vez se calhar pensam da mesma forma..." (E12).

3 – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS REFERENTES ÀS PRÁTICAS DE CONTINUIDADE DE CUIDADOS E OPINIÕES DOS IDOSOS

Neste capítulo, à semelhança do anterior iremos apresentar e analisar os dados obtidos por forma a identificar as práticas realizadas pelos enfermeiros do centro de saúde na continuidade de cuidados.

Da análise de conteúdo anteriormente feita sobre as questões: *quais as práticas realizadas pelos enfermeiros na continuidade de cuidados ao idoso? O que pensa da articulação entre o centro de saúde e o hospital?* Ressaltam as categorias e subcategorias que se apresentam no Quadro N^o9.

Quadro N.º 9 – Práticas realizadas em cuidados continuados aos idosos/família

Categorias	Subcategorias
Cuidados de reparação	- Pensos e tratamentos
Cuidados de promoção e Prevenção	- Ensinos ao idoso - Ensinos à família - Outras actividades
Trabalho em equipa multidisciplinar	- Equipas funcionais - Ausência de trabalho em equipa
Articulação Hospital/Centro de Saúde	- Carta de alta de enfermagem - Ausência de articulação
Visita domiciliária	- Decisão Médica/ efectuada pelo enfermeiro - Decisão do enfermeiro /efectuada pelo enfermeiro

Tal como fizemos anteriormente, estes dados são referentes às opiniões dos enfermeiros do centro de saúde face às suas práticas e opinião dos idosos como utilizadores dos cuidados, por forma a beneficiar a visualização de conjunto.

Ambos os centro de saúde realizam visitas domiciliárias, no entanto com algumas diferenças na sua génese e organização: no centro de saúde nº1, são executadas por enfermeiros destacados para tal, enquanto que no centro de saúde n.º 2, qualquer enfermeiro pode realizar a visita domiciliária, desde que sejam os seus utentes. No nosso estudo não valorizamos essa forma de organização uma vez que os nossos objectivos prendem-se com as práticas realizadas pelos enfermeiros, pesem embora as formas de organização de cada instituição.

Na opinião de Coulon (1993), citado por Costa (1998: 83), "todas as práticas constituem a rotina de toda a organização social. Fazem parte do

meio, não existindo apenas na cabeça das pessoas. São culturalmente organizadas e baseiam-se em inúmeros microfactos, que balizam a vida quotidiana dos membros da organização. Estes microfactos representam, em simultâneo a vida da organização, o trabalho que se deve realizar e reflexivamente, demonstram o trabalho que está atribuído aos indivíduos e que é avaliado”.

Os cuidados continuados envolvem um conjunto de respostas, não apenas individuais, sob o ponto de vista dos cuidadores, como também sob o ponto de vista dos utilizadores. Deverão proporcionar um apoio integrado e contínuo das pessoas em situação de dependência, seja ela física, psíquica ou social, de início súbito ou evolução prolongada. Privilegiam a manutenção da pessoa no seu meio, devem garantir a continuidade de cuidados, isto é, implica trabalhar em parceria, com o utente, a família, os profissionais das diferentes instituições envolvidas, em comunicação permanente, em que cada um vai assumindo a sua cota parte de responsabilidade. “É através da comunicação estabelecida, que todos vão garantindo que o trabalho é feito de acordo com um fio condutor, com um padrão de qualidade e sem interrupções” (Cabete,1999:98).

Passaremos então a apresentar em pormenor as categorias e subcategorias por nós identificadas no decorrer da análise de conteúdo.

Quadro n.º 10 – Cuidados de reparação

Categorias	Subcategorias
Cuidados de reparação	- Pensos e tratamentos

Analisada a informação obtida nas entrevistas relativamente às práticas realizadas pelos enfermeiros com os idosos na continuidade de cuidados, verificamos que a categoria que mais indicadores (número de respostas)

obtiveram, foram os Cuidados de reparação, seguidos dos cuidados de promoção e prevenção.

Collière (1999:237), identificou os "cuidados de reparação", como estando "ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo à vida; os cuidados quotidianos e habituais ligados às funções de manutenção, de continuidade da vida".

Todos os enfermeiros foram unânimes em explicitar o que fazem tendo em conta esta linha de pensamento: "...essencialmente pensos e curativos"(EC1) ;

Reforçam mesmo a ideia da realização apenas de cuidados de enfermagem de natureza "reparadora" (...) *aliás nós só damos continuidade se precisam de cuidados de enfermagem, nomeadamente de pensos, algalias, (...)* " (EC2);

" (...) *tratamentos, pensos duas ou três vezes por semana* " (EC3); "*na sua maioria pensos a feridas várias, mas essencialmente a úlceras de pressão*"(EC4);

"*Eu presto essencialmente cuidados curativos, ou seja, pensos a curativos algalias, entubações nasogástricas*" (EC5);

"... *essencialmente os cuidados são curativos... pensos algalias etc.*"EC6.

Quando questionamos os idosos ou os familiares, sobre os cuidados que lhes foram prestados pelos enfermeiros após o internamento, vão ao encontro do mesmo tipo de cuidados, havendo de certa forma uma congruência do que é dito pelos enfermeiros e o que é feito. "*o meu pai tem uma úlcera num pé e precisa de fazer curativo três vezes por semana...e os enfermeiros vêm cá fazê-lo*" (I3); "...o que me tem valido são os enfermeiros do centro de saúde que vêm cá três vezes por semana fazer-lhe os curativos (...) até me ajudam a levantá-lo para o sofá e a lava-lo" (I10).

Como conclusão da análise dos discursos desta categoria, podemos dizer que a prática dos cuidados de enfermagem, tal como afirmam as autoras Pearson e Vaughan (1992), tem sido tradicionalmente orientado pelo modelo biomédico, centrado no indivíduo, dá ênfase à realização de tarefas associadas aos cuidados físicos, ao cumprimento das prescrições médicas e à rotinização dos cuidados.

Embora o modelo biomédico continue a dar orientação para o exercício de enfermagem, a sua natureza restritiva e dualista tem consciencializado a necessidade de abordagens alternativas mais adequadas às necessidades de saúde do indivíduo, família e comunidade.

Cuidados de promoção e prevenção

São os próprios enfermeiros a referir que, as visitas domiciliárias só são efectuadas se o idoso tem necessidade de pensos ou tratamentos, e se o seu estado não permite deslocar-se ao Centro de Saúde, *"... aliás, nós só vamos a casa dos utentes se o médico achar que é necessário, se precisa de pensos ou outro cuidado, e não pode ir ao centro"* (EC5).

Tal como no hospital a autonomia do enfermeiro em algumas funções fica comprometida pelo reconhecimento que fazem da dependência dos médicos, em algumas actividades, nomeadamente da decisão de ir ou não ir ao domicílio do idoso. Os cuidados de natureza de promoção ou de prevenção (Quadro Nº11) não são tidos prioritários e são de natureza fragmentada e executados esporadicamente.

Quadro N.º 11 – Cuidados de promoção e prevenção

Categorias	Subcategorias
Cuidados de promoção e prevenção	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinos ao idoso e à família - Outras actividades

Após a análise de toda a informação, esta categoria surgiu –nos de uma forma não intencional. Os enfermeiros durante a visita domiciliária, ou durante a execução de outros tratamentos, “aproveitam” o momento para promover a saúde e prevenir complicações.

Subdividimo-las em duas subcategorias: ensino ao idoso e à família, e outras actividades. Os cuidados de promoção e prevenção são realizados implicitamente e concomitantemente durante a execução dos pensos e feridas, ou outros tratamentos, “...com a família insistimos muito no ensino, conforme as necessidades detectadas”(EC1); “...quando lá vou aproveito sempre para fazer ao idoso e ou à sua família, ensinos sobre a maneira de prevenir complicações, alimentação, eliminação, higiene e também ensinos específicos sobre por exemplo diabetes, hipertensão.”(EC5); “...aconselhamos para algumas coisas que achamos importantes, para a recuperação ou prevenção”(EC2).

Nesta área também os discursos dos enfermeiros apontam para a inexistência de planeamento, fundamental para o êxito da visita domiciliária; “...nós com a família fazemos ensinos, conforme o que encontramos: higiene, alimentação, posicionamentos etc.”EC3; “fazemos ensinos sobre higiene e conforto, alimentação, mobilidade, distração...”EC4;

Birchfield (1999:642), ao referir-se ao papel do enfermeiro comunitário, centraliza-o “na prevenção da doença, e na promoção e manutenção da saúde, (...) estando implicados na educação do cliente e da comunidade”.

Nesta perspectiva, os nossos resultados são desfasados destes propósitos, já que a ênfase é dada nos cuidados curativos, ou seja, ao nível da prevenção secundária.

Alguns enfermeiros referem também que os utentes raramente procuram exclusivamente o enfermeiro no centro de saúde, o seu contacto depende exclusivamente da consulta médica. *"...no centro de saúde depende da causa da consulta médica, porque ao enfermeiro nunca vêm especificamente... em casa deles ensino a família a cuidar melhor dos seus idosos"* (EC5);

No caso de o utente se dirigir ao centro de saúde e precisarem de pensos ou outro tipo de tratamentos, os enfermeiros referiram tal como na visita domiciliária, os cuidados de promoção e ou de prevenção são executados de uma forma não intencional, mas sim "o aproveitar o momento"; *"ao mesmo tempo que vou fazendo os pensos, vou fazendo ensino direccionado para as diferentes áreas"*(EC6).

Reconhecem também fundamental o trabalho com a família do idoso, no que se refere à prevenção da doença e promoção da saúde, pois ao idoso anda quase sempre associada à imagem de doente (Birchfield (1999); *"considero o trabalho com a família muito importante, pois é indispensável, quando se pretende a continuidade do idoso no seu meio"* (EC6).

Na subcategoria outras actividades, dentro das práticas realizadas, dizem respeito à ajuda, ao encaminhamento, ao incentivo para aquisição de ajudas técnicas, para melhorar a qualidade de vida não só dos idosos, como dos seus familiares cuidadores. *"...ajudo e incentivo os familiares a adquirir ajudas técnicas como por exemplo cadeiras de rodas, camas articuladas, colchões anti-escaras, fraldas "*(EC4); *"...encaminho para outros técnicos e recursos da comunidade "*(EC5).

Trabalho em equipa multidisciplinar

Se é verdade, que o planeamento da alta hospitalar se reveste de extrema importância para que a família possa receber o familiar idoso em casa e cuidar dele, não é menos verdade e importante que os cuidados continuados de saúde, só poderão ser assegurados ou pelo menos supervisionados, por profissionais de saúde.

Estes e dentro dum contexto organizacional não se devem excluir das suas responsabilidades e também não se esquecerem de incluir todos os profissionais de saúde e ainda os utilizadores dos cuidados dentro das equipas, nomeadamente as famílias dos idosos, como cuidadores informais.

No nosso estudo o trabalho em equipa foi uma questão que quisemos investigar e foi colocada de forma aberta: o que pensa do trabalho em equipa no seu local de trabalho?

Procuramos na questão, compreender as dinâmicas profissionais que balizam os contextos de trabalho, nomeadamente dos centros de saúde. Dos discursos analisados dos informantes, conduziram através da análise de conteúdo à identificação das subcategorias apresentadas no Quadro Nº 11.

Quadro Nº 12 – Trabalho em equipa multidisciplinar

Categorias	Subcategorias
Trabalho em equipa multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none">- Equipas funcionais- Ausência de Trabalho em equipa

A primeira subcategoria: equipas funcionais, revela a forma organizativa e funcionamento dos centros de saúde, sublinhando a relação de parceria

fundamentalmente entre o médico, o enfermeiro, que se evidencia pelos seguintes discursos: "...nós aqui trabalhamos por módulos, em que um enfermeiro, um médico e um administrativo têm um número X de utentes (...) então a primeira visita é sempre feita por mim e pela médica, cada uma dá a sua opinião sobre as suas áreas"(EC1); "...temos um acordo entre mim e a médica "(EC3).

Referindo-se especificamente ao trabalho de equipa para cuidar de idosos alguns discursos revelam –se sugestivos de vontade de colaboração e práticas partilhadas: "...penso que a colaboração de outros profissionais são sempre importantes, já que os idosos nunca têm um problema só... alimentares, sociais, económicos etc."(EC4).

Houve um enfermeiro que no que diz respeito ao trabalho em equipa na realização da visita domiciliária, nos referiu: "...raramente o médico ou a assistente social se desloca ao domicílio do doente".EC5;

A subcategoria, ausência de trabalho em equipa revelou-se nos seus discursos da seguinte forma: "... as visitas posteriores são sempre feitas por só mim(...)eu é que tenho a responsabilidade da execução do curativos, pensos etc. "(EC1).

A diversidade dos discursos apoia em argumentos relativamente homogéneos, quanto à presença da relação hierárquica no exercício do trabalho em equipa, que revelam a subalternidade do papel do enfermeiro relativamente ao médico, com relevância para as actividades curativas. "...aqui trabalhamos mais em função dos médicos do que em função dos doentes (...) temos que dar apoio ao médico, "EC2;"... estamos limitados à execução das prescrições médicas (...) temos pouca autonomia, para fazer outras coisas que não sejam os cuidados curativos (EC4); "... estamos limitados à execução das prescrições médicas (...) temos pouca autonomia, para fazer outras coisas que não sejam os cuidados curativos (EC4).

Autores como Birchfield (1999: 645), defendem "que uma visita multidisciplinar para avaliação de todos os aspectos relativos aos idosos é a melhor forma de conseguir uma avaliação geriátrica global, permitindo a priorização dos problemas, execução e gestão contínua da situação do idoso". Esta opinião contradiz no essencial a opinião dos nossos entrevistados: "... cada um trabalha isoladamente, não há reuniões multidisciplinares, para se planear o trabalho, não há decisões partilhadas". (EC5)

Apesar das dificuldades inerentes à interacção entre os elementos da equipa, resultante de um contexto de trabalho estruturado numa relação hierárquica, fortemente determinada pelo peso do ascendente médico, os enfermeiros valorizam o seu próprio papel enquanto profissionais "polivalentes", referindo que dão cobertura total às solicitações dos utentes em contexto domiciliário: "...nesta unidade de saúde a prestação de cuidados continuados no domicílio é essencialmente uniprofissional, ou seja pelos enfermeiros"(EC4);

"...fazemos o papel do médico, do assistente social, do ajudante familiar, agravando ainda mais a nossa disponibilidade para as nossas responsabilidades" (EC4).

Os enfermeiros nos seus discursos são peremptórios em afirmar a realidade que vivem no seu dia a dia: "...os cuidados continuados no domicílio, na sua totalidade é da exclusiva responsabilidade do enfermeiro,... funciona um pouco assim - já que o enfermeiro tem que ir e tem , pode perfeitamente fazer: uma colheita de dados sociais e familiares, preencher uns papéis que são precisos etc." (EC5); "...aqui o trabalho em equipa no seu verdadeiro sentido, isto é, em que o trabalho de um é complementado por outro, não existe " (EC5) "...na minha opinião não existe trabalho em equipa multidisciplinar...os médicos gostam é de mandar e decidir, mas ir consultar um doente a casa juntamente com o enfermeiro, nunca vi, só dizem: digam-lhe que eu vejo-o na consulta" (EC6).

No quadro do referencial teórico, quando abordamos a temática, sobre a metodologia de trabalho em equipa, a OMS (1973), citada por Graça, (1992:13), aponta como pressupostos: "partilha de objectivos comuns; compreensão e aceitação dos papéis de cada um; existência de recursos humanos e materiais; cooperação activa e confiança mútua; liderança adequada e eficaz; rede de comunicação circular, aberta e multidireccional; mecanismos de *feedback* e de avaliação".

Após a análise dos discursos produzidos pelos enfermeiros entrevistados relativamente sobre a sua opinião quanto ao trabalho em equipa para prestar cuidados continuados aos idosos, dão-nos conta do afastamento destes princípios, por um lado, e por outro a valorização que eles próprios fazem do seu trabalho.

A este respeito, os idosos e ou familiares entrevistados quando questionados sobre o que pensam dos cuidados que lhe foram prestados após o internamento hospitalar, referem-se somente aos enfermeiros do centro de saúde da seguinte forma: "*...os enfermeiros (do CS) vêm cá e são todos muito carinhosos, mas o enfermeiro J. é impecável, tenho a impressão que ele não cuidava melhor se fosse o pai dele... arranjou-me a que o meu pai tivesse uma cama articulada, e um colchão de ar, por causa das feridas*". (I3) "*...destes enfermeiros (do centro de saúde) eu não tenho nada a dizer...*" (I4);

"*...eu acho que os enfermeiros que cá vêm são muito competentes e simpáticos, admiro-os muito, pois ajudam no que é preciso, às vezes fazem as vezes do médico, pois o meu marido abafa-se muito e eles aspiram-no viram-no e ensinam-me como hei-de fazer*" (I5).

A referência ao trabalho dos enfermeiros por parte dos idosos e ou dos seus familiares, revela-se de uma forma geral, positivo.

Articulação Hospital/Centro de Saúde

Dá análise dos discursos para esta categoria, surgem-nos duas subcategorias conforme se apresenta no quadro nº 12.

Quadro nº 13 – Articulação Hospital/Centro de Saúde

Categorias	Sub-categorias
Articulação Hospital/Centro de Saúde	<ul style="list-style-type: none">- Carta de alta de enfermagem- Ausência de articulação

Os enfermeiros quando questionados: sobre a sua opinião acerca da articulação entre ambas as instituições, revelam discursos semelhantes, no que diz respeito às formas de articulação. Referem a carta de alta de enfermagem como sendo o único meio de comunicação entre os cuidados prestados no hospital aos idosos e os que posteriormente irá necessitar. *"...trazem a carta do assistente hospitalar e a carta de enfermagem onde vem discriminado o tipo de doença e o tipo de cuidados que foram lá prestados e que provavelmente serão necessários" (EC1); "...a não ser a carta de alta de enfermagem..."(EC3).*

Apesar de referir ser a carta o único meio de articulação, os discursos revelam também o circuito que as mesmas assumem, que só no "final da linha" é que chega ao enfermeiro, mesmo sendo-lhe dirigida: *"...as cartas são entregues ao administrativo que posteriormente as entrega ao médico e enfermeiro"(EC2).*

Admitem ainda, haver serviços no hospital que não enviam a carta de alta de enfermagem, e ou se precisam ou não de cuidados de enfermagem, como se pode verificar pelos discursos *"... há serviços do hospital que enviam carta, outros não...é o único meio de comunicação"*

(EC2)“...só trazem carta se precisarem de cuidados de enfermagem.”(EC3).

Encontramos também discursos que reforçam a ideia com sentido crítico sobre a carta de alta, que às vezes não chega ou chega tarde ao seu destino, “... do hospital para o centro de saúde apenas existe uma carta que tardiamente chega, ou às vezes não chega ”(EC4);

“...do hospital chega por vezes uma carta, já fora de validade, só quando a família se lembra de ir dizer ao médico o que se passou, lá leva a carta de enfermagem e por sinal até a entrega também ao médico”(EC5).

A ausência de articulação

Esta subcategoria aglutina uma série de discursos que em nosso entender reflecte a opinião sobre a realidade das instituições implicados no neste estudo.

Embora referissem a carta de alta de enfermagem como forma de articulação entre o hospital e o centro de saúde, a totalidade dos entrevistados manifestou-se pela ausência da articulação, conforme se constata pelos discursos, não valorizando o que tinham referido acerca da carta de alta de enfermagem; “...na minha opinião não existe articulação entre ambas as instituições...eu só sei dos utentes internados quando vou fazer os domicílios e a família me diz que está no Hospital” (EC1); “...a articulação em termos de continuidade de cuidados, na minha opinião, é pouca ou nenhuma ”(EC2); “...penso que se existe, é pouca ou nenhuma ” (EC3); “...articulação no que diz respeito à continuidade de cuidados é praticamente inexistente” (EC4);

Alguns discursos são por assim dizer bastante críticos: “...não posso ter opinião sobre uma coisa que não existe ”(EC5); “... se existe articulação eu não dou conta (...) não sei, se um utente meu foi internado, se esteve no serviço de urgência, ou se teve alta (...) por regra nós só sabemos

deles quando eles nos procuram (...) não há informação a circular nem sequer um telefonema...pelo menos nos casos onde se prevê que as coisas se compliquem em casa. "(EC6)

Fazendo uma síntese dos discursos referentes a esta categoria, articulação entre hospital/centro de saúde, pode-se concluir que nenhum dos enfermeiros a reconheceu como presente, indo de encontro ao que foi afirmado pelo Ministério da Saúde (1998:46), "a desarticulação e os modos de funcionamento dos diversos níveis e serviços de saúde têm contribuído para o excessivo recurso aos serviços de urgência".

Visita domiciliária/domicílios

O conceito de visita domiciliária surge nos discursos dos enfermeiros implicitamente, quando falam das suas práticas na continuidade de cuidados aos idosos. Desta categoria sobressaem duas subcategorias, indo de encontro à forma organizativa dos centros de saúde relativamente a esta prática: a visita domiciliária decidida pelo médico e efectuada pelo enfermeiro, e visita domiciliária decidida pelo enfermeiro e efectuada pelo mesmo, conforme se pode ver no Quadro nº 13.

São claras as formas como os enfermeiros se referem à visita domiciliária, em termos organizativos, ficando explícito mais uma vez a falta de autonomia, nomeadamente na tomada de decisão da realização da primeira visita ao domicílio do utente.

Quadro Nº 14 – Visita domiciliária/domicílios

Categorias	Subcategorias
Visita domiciliária/domicílios	<ul style="list-style-type: none">- Decisão médica/ efectuada pelo enfermeiro- Decisão do enfermeiro /efectuada pelo enfermeiro

Independentemente de não ser objectivo do nosso estudo, as relações de conflito entre enfermeiros e médicos foram identificadas implicitamente quando, se referiram à forma como era programada a visita domiciliária; *"... a visita domiciliária aqui só é proposta pelo médico do utente" (EC1);* vejamos como o poder de decisão do enfermeiro em termos de prestação de cuidados de enfermagem, em contexto domiciliário se manifesta nulo; *"... nós não decidimos nada, em termos de visita domiciliária..., não fazemos nada sem o médico mandar" (EC2);* *"...aliás, nós só vamos a casa dos utentes se o médico achar que é necessário, se precisa de pensos ou outro cuidado," (EC5);*

Neste sentido, Basto (1998: 137), refere, a propósito de um estudo sobre *"da intenção de mudar à mudança, num grupo de enfermeiras"*, a percepção que elas tinham sobre a mesma, (situação de mudança) era *"de um controlo limitado sobre os cuidados de enfermagem, acompanhado de conflito..."*, nomeadamente os conflitos entre *"a prática e as expectativas profissionais, a relação das enfermeiras com a organização e o conflito intergrupar com os médicos"*.

Somos da opinião que a complexidade crescente e multidimensionalidade dos problemas de saúde, fundamenta necessariamente uma maior colaboração interprofissional, pois nenhum profissional sozinho consegue resolver os problemas dos utentes. Daí que a interdisciplinaridade como forma de trabalho em equipa, na perspectiva de Mariano (1989), citado por Lauzon e Adam (1996:740) *"pode constituir a chave face às situações de saúde dos tempos modernos (...), em que a interdisciplinaridade supõe uma colaboração mais intensa que a multidisciplinaridade"*. Na interdisciplinaridade, *"cada um participa segundo as suas competências próprias face a uma situação, visando um objectivo comum"*.

Ao pensarmos assim, por um lado, ficamos mais conscientes que as políticas de saúde, sociais, e educativas em geral e em particular face às pessoas idosas, deverão desenvolver-se e progredir numa perspectiva

interdisciplinar, para poderem responder às suas necessidades numa perspectiva holística. Por outro lado, concordamos que os cuidados continuados ao idoso se possam desenvolver e promover no seio da sua família, com uma rede de apoio multidisciplinar e interdisciplinar, visando melhorar a sua qualidade de vida (Cunha, 1999).

A visita domiciliária é na opinião de Augusto, e outros (2002), uma forma de intervenção fundamental de execução ou supervisão na estratégia de saúde da família, mais concretamente quando se trata de famílias com idosos, e que na maioria das vezes é o profissional de enfermagem quem regularmente a faz.

Para Reis e Silva, (2000), citado por Augusto (2002: 56), "a assistência domiciliária permite a cobertura das necessidades de saúde dos indivíduos que, não necessitando de internamento hospitalar, requerem acompanhamento contínuo no domicílio e uma assistência em cuidados de saúde e apoio social".

Implicitamente nos seus discursos, os enfermeiros deixam transparecer nas suas opiniões alguma insatisfação / frustração implícita, quando se referem à continuidade de cuidados no domicílio: "(...) *ele (médico) raramente vai, prescreve o "domicílio", e nas seguintes ele já não interfere, nós vamos lá as vezes que forem necessárias*"(EC5); "(...) *a casa dos utentes só vão os enfermeiros, raramente vão outros técnicos... o médico é quem decide se é preciso ir o enfermeiro a casa do idoso*" (EC6);

Reforça-se o poder médico dentro das organizações de saúde, pois na realidade o médico, na opinião dos enfermeiros, raramente vai fazer visitas domiciliárias.

Quando se fala do papel do enfermeiro em cuidados de saúde primários, vem-nos logo a ideia de prevenção da doença e da promoção e manutenção da saúde, no entanto isto só será possível, "(...) através de uma prá-

tica em colaboração com outros membros da equipa de cuidados de saúde" (Lancaster 1992, citado por Birchfield, 1999:642) .

Vislumbra-se que esta colaboração só existe teoricamente, pois os nossos entrevistados reforçam essa ideia: "(...)se o utente necessita de cuidados médicos, por exemplo, nós falamos com o médico, e este diz-nos para lhe dizer para vir ao Centro de Saúde, pois ele a casa dele raramente vai... isto é assim os cuidados no domicílio são da exclusiva responsabilidade executiva dos enfermeiros"(EC6).

Quando a decisão de realizar a visita domiciliária é do enfermeiro, este revela mais autoconfiança e motivação para o desempenho, onde o enfermeiro faz uma avaliação conjunta e um possível planeamento da mesma. "...o enfermeiro vê a carta que vem do hospital e mediante o que vem escrito e as necessidades que a família nos transmite programa a consulta" (EC1); "(...) se trazem carta de enfermagem, eu avalio(...), aqui no meu módulo sou eu que decido, após conversa com a médica, vou a casa dos doentes e presto-lhe os cuidados necessários" (EC3).

Isto vai de encontro ao descrito por Ermida (1999:6) já que "70% das situações clínicas que afectam o idoso são do âmbito dos cuidados primários (...), pressupondo, no entanto que os profissionais que aí trabalham tenham motivação e sensibilização".

Estratégias de articulação entre as instituições propostas pelos enfermeiros

Da análise de conteúdo efectuada, ressalta uma categoria decorrente das práticas na continuidade de cuidados aos idosos. Achemos pertinente analisá-la, não de uma forma exaustiva, mas apenas para fazer notar o que pensam os enfermeiros nesta área.

A mesma encontra-se esquematizada no quadro nº 14.

Quadro nº 15 – Estratégias preconizadas pelos enfermeiros do CS para melhorar a continuidade de cuidados.

Informação Comunicação	" (...) devia haver um conhecimento e informação de ambas as parte (...)" (EC1); " (...) devia haver melhor comunicação,...os enfermeiros do hospital deveriam telefonar ou mandar por fax, a informação ser actualizada, quando o idoso precisa de cuidados continuados e tem alta. " (EC3);
Normas Protocolos	" (...) se calhar se passasse a ser norma obrigatória, seria melhor" (EC2); " (...) devia haver um protocolo entre as duas instituições, que obrigasse as pessoas a cumprir. Eu sei que está na lei, mas ninguém liga, principalmente nos casos com maior incapacidade, ou vivessem sós".(EC4). " (...) eu acho que o português só cumpre se for obrigado, daí que só com protocolos obrigatórios em ambas as instituições" (EC6).
Cooperação Interinstitucional	" (...) ideal para mim seria existir no hospital uma equipa multidisciplinar que em colaboração com o Centro de Saúde, conseguisse dar resposta aos cuidados de saúde e sociais que muitos precisam para poder estar em casa, com alguma qualidade de vida" (EC4); " (...) se necessário a primeira visita de cuidados continuados, pudes-se ser feita ainda no Hospital, para em conjunto com a equipa hospitalar planear os cuidados, avaliando as necessidades do e idoso e da família " (EC5);

É fácil denotar como que um contraste naquilo que dizem fazer e naquilo que pensam que deveria ser feito. Estes dados parecem-nos ir de encontro aos que Basto (1998: 154), encontrou quando se referia ao conflito existente entre as "expectativas sobre o papel da enfermeira, por parte da profissão e as do local de trabalho".

Os discursos dos enfermeiros são também direccionados para o preconizado pelo Ministério da Saúde (1998) e citado no referencial teórico deste trabalho, "estabelecer ao nível de cada unidade de saúde, metas para

acesso e produção de cuidados de saúde de forma articulada entre os centros de saúde e os hospitais”.

Pensamos que estes discursos e os que abaixo se transcrevem sobre a sua satisfação em termos de expectativas, reflectem uma grande vontade e motivação dos enfermeiros para prosseguir um caminho que nos parece longe, mas possível de trilhar, pese embora a presença da dimensão organizacional, como condicionante ao desenvolvimento do cumprimento da lei. *“...aquilo que faço ao idoso e à família, é uma das poucas compensações que tenho profissionalmente” (EC3); “... por vezes e dada a distância e a falta de recursos, eu marco-lhe as consultas, trago-lhe as receitas e compro-lhe os medicamentos na farmácia, eu faço-o por minha vontade e traz-me satisfação como pessoa, gosto de os ajudar.” (EC4); “...o enfermeiro dos domicílios é sempre esperado com alguma esperança e reconhecimento, o que me motiva a continuar a fazer o que faço”(EC5).*

A par da satisfação dos enfermeiros, anda a insatisfação, manifestada pelos seguintes discursos, reveladores de alguma frustração e revolta, o que indicia uma vontade de mudar, mas que se prevê difícil, dadas as circunstâncias organizacionais, o poder médico dentro das instituições, pondo em causa alguns aspectos ligados com as competências e a autonomia da profissão de enfermagem. *“...é muito difícil dar cobertura a 100%”(EC2); “... infelizmente a continuidade e qualidade dos cuidados aos idosos continua somente dependente das boas ou más práticas individuais, sejam elas nas instituições ou no domicílio(...)sinto um pouco de revolta pela inoperância do sistema de saúde e dos profissionais nele implicados” (EC4).*

Houve um enfermeiro que se manifestou de uma forma frontal relativamente ao poder médico e à autonomia nos actos de enfermagem: *“...cada vez estamos pior em relação à nossa autonomia, são e serão sempre os médicos a dar opinião e a mandar no trabalho dos enfermeiros*

(...) infelizmente esta ainda é a nossa realidade, enquanto os protagonistas da saúde forem todos, menos o utente, está tudo dito..." (EC5).

Necessidades dos idosos /famílias

Outra categoria que emergiu ao longo da análise de conteúdo que fizemos e que nos parece importante realçar, são as necessidades dos idosos / famílias, detectadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados continuados em contexto domiciliário.

Estas prendem-se na sua grande maioria, com as necessidades de informação, principalmente em idosos que foram hospitalizados por uma situação aguda, e que apesar de terem permanecido algum tempo hospitalizado, mantêm um nível mais ou menos elevado de incapacidade. *"...quando o idoso está internado, principalmente com Acidente Vascular Cerebral, a família ainda não se apercebeu bem daquilo por que vai ter que passar, raramente estão preparados" (EC1); "...a maioria precisa muito de formação e informação...quando o doente sai do Hospital, a família ainda não está consciente do futuro que as reserva, como é o caso dos doentes com AVC " (EC2).*

Estes dados vão de encontro aos resultados de um estudo efectuado por Martins (2002:153), sobre *"a aceitação/ rejeição da família do doente com AVC"*. O grau de adaptação da família deverá passar pela sua capacidade de mudança, das suas actividades e rotinas. Refere que *"o apoio a prestar a estas famílias requer dois tipos de tomadas de decisão: por um lado, um esforço para desenvolver uma relação de parceria com cada família, proporcionando-lhe ajuda de acordo com os seus valores e prioridades; por outro lado, uma nova atitude por parte dos profissionais que cuidam e tratam estes indivíduos"*. *"... a maioria não se importam de cuidar dos idosos, mas ficam-se pela boa vontade, pois não possuem conhecimentos " (EC6).*

Estas constatações vão de encontro também ao que foi encontrado no estudo atrás mencionado, onde foi analisado o ensino de competências aos familiares, tendo-se evidenciado que "a grande maioria dos familiares ter dito não ter recebido qualquer tipo de ensino para melhor auxiliar o seu doente", Martins (ibidem).

O desconhecimento das instituições ou serviços de apoio ao idoso também foi identificado pelos enfermeiros como uma falta de informação; "(...)também desconhecem as instituições e como podem pedir apoio"(EC1).

Também na opinião dos enfermeiros, a pessoa idosa não reclama não se queixa, acomoda-se; "(...)eles não conhecem nem reclamam o que têm direito, acomodam-se com a situação"(EC3).

Segundo Guimarães (1998:69), "a situação de doença/dependência origina uma verdadeira Subversão da Relação de Paridade. Na qualidade de utilizador dos serviços de saúde, o idoso está dependente do cuidador, que assume desta forma um ascendente e detém um poder desequilibrado face ao utente".

Outra das necessidades detectadas pelos enfermeiros prende-se com os recursos económicos fracos que na opinião da autora acima citada, ao referir-se aos factores de vulnerabilidade acrescida nos idosos, coloca-os em primeiro lugar, e diz respeito à "insuficiência de rendimentos, provocada pelas baixas prestações pecuniárias dos regimes de segurança social" (ibidem).

"... são as condições económicas que são muito fracas, casas sem condições, onde a casa de banho por exemplo, fica longe do quarto. Muitas escadas..."(EC2); "...ainda existe muita pobreza, poucos recursos humanos, por exemplo a esposa a cuidar dia e de noite do marido acamado"(EC3); "... ainda se vê muita miséria..."(EC5).

Outro aspecto detectado e não de todo pouco frequente é a solidão no idoso que apesar de estar no seu domicílio e na família, esta resume-se por vezes ao cônjuge, que na sua grande maioria também é idoso.

O isolamento, decorrente da inacessibilidade dos recursos foi também referido pelos nossos respondentes; *"...não são todos, mas na sua maioria são das aldeias, onde existe pouca gente, e vivem muito sós, quando a gente chega, nota-se neles a alegria do apoio e companhia nem que seja só por pouco tempo "(EC4).*

Estes aspectos são corroborados por autoras, como Berger (1995), Santos (2000), Pimentel (2001), sendo bastante significativos, não só por agravar as condições de saúde do idoso, nomeadamente a depressão, como também factores importantes para o ingresso posterior num lar de terceira idade. Pimentel (2001:205), ao referir-se aos factores que desencadeiam o processo de institucionalização, diz que a par da dependência física, andam "a solidão, o isolamento, a precaridade de condições económicas e habitacionais e a ausência de redes de solidariedade que forneçam um suporte em situações de carência".

Os idosos /familiares entrevistados, quando confrontados com a questão que necessidades ainda sentem ou têm, foram de encontro a alguns aspectos identificados pelos enfermeiros, nomeadamente à solidão, pouca família para ajudar a cuidar: *"...as maiores dificuldades que eu tenho..., são tantas... mas a que mais me custa é quando estou sozinha e tenho que o mudar, pois eu também sofro da coluna e custa-me muito virá-lo e limpá-lo ao mesmo tempo, vejo-me grega"(I5) "...o que mais me custa é levantá-lo da cama (I10).*

As necessidades relacionados com os aspectos sócio familiares são também referidos pelos idosos e ou familiares da seguinte forma: *"... pois é menina, isto de ser velho e não ter ninguém quem ajude é triste, nunca*

me casei e assim fiquei" (I1); "... mas precisava de ter alguém para me ajudar ... (I10).

Também o sentimento de obrigação de cuidar dos familiares é revelado com algum peso conforme podemos ver no seguinte discurso: *"...ele tem mais filhos, que têm casas com mais regalias, foram emigrantes e não estão cá e também não querem estar com estes trabalhos...eu como nunca saí de cá e desde que me casei vivi sempre com ele, maneira que sinto-me na obrigação de o ajudar."*(I5)

Outra questão identificada como necessidade, como algo que falta ou falha, foi a falta de individualização dos cuidados, (atenção particular) no lar de terceira idade onde fomos encontrar um idoso como residente: *"...aqui, (no lar) não me fazem a dieta que eu preciso, que eu no hospital estava com uma dieta muito rigorosa, aqui não sei porquê dão-me igual aos outros" (I1);*

Alguns idosos referiram como necessidades as dificuldades físicas inerentes às situações de saúde, como podemos observar pelos discursos: *"...o que me custa mais é fazer as coisas com as muletas, ter que subir estas escadas da entrada..." (I2); "a maior dificuldade que tenho em cuidar do meu marido é por causa da cabeça dele, ele às vezes diz as coisas acertadas, mas a maior parte das vezes não diz coisa com coisa, é muito difícil lidar com uma pessoa assim"(I4);*

"...quem me ajuda é a minha filha que vem cá de vez em quando, fazer a lida da casa... eu não sou capaz, custa-me a andar..."(I7).

Tal como os enfermeiros identificaram necessidades económicas, os idosos e/ou familiares também se referiram a estes aspectos, denotando de certo modo a consciência dos mesmos: *"...levam-me no carro e vão-me lá buscar, pois eu não tenho dinheiro para pagar ao carro" (I1) "...sabe, nós temos estas casas assim antigas, temos o quarto de banho longe...é bastante complicado..." (I5)*

Sentimentos de satisfação/insatisfação dos idosos

Pretendíamos saber se sentiam satisfeitos ou não com os cuidados que tinham recebido, tanto no hospital como no domicílio, já que nos parece ser o grau de satisfação dos utentes, o indicador mais fidedigno quando se fala em qualidade de cuidados, e ganhos em saúde.

Começaremos por abordar as opiniões dos utentes que se manifestaram de uma forma positiva face aos cuidados, que nós os apelidamos de sentimentos positivos. Embora não muito concretos, deixam antever a sua satisfação pelo simples facto de não ter queixas a fazer: "...olhe *menina*, eu não tenho queixas nenhuma a dizer"(I2); "...não tenho queixas,(I3); "...eu gostei muito de lá estar,... e não tenho queixa de ninguém, foram todos muito atenciosos...como lhe digo estou muito satisfeita por tudo o que me fizeram lá no hospital..."(I7).

Outros tornam-se mais específicos e concretos quando se referem aos cuidados oferecidos, deixando antever, no entanto alguma insatisfação relativamente aos cuidados prestados no hospital: "...eu acho que os enfermeiros que cá vêm são muito competentes e simpáticos admiro-os muito, pois ajudam no que é preciso, às vezes fazem as vezes do médico..." (I5); "...destes enfermeiros (do centro de saúde) eu não tenho nada a dizer..."(I4).

Os idosos por vezes, apesar da sua satisfação actual, implicitamente deixam antever que nem sempre foi assim; "...por acaso desta vez até gostei porque da outra vez que estive internado não me disseram nada..."(I3).

Relativamente ao hospital os entrevistados são directivos e expressivos, revelando insatisfação como se denota pelos seus discursos; "...mas do hospital aparece lá cada um" (I4); "... os enfermeiros nunca explicam

nada " (I6); "... lá (hospital) não fazem caso nenhum dos doentes *senhora doutora*, a gente precisa e temos que nos calar " (I6).

Mais uma vez, ao longo da nossa análise, a subversão de poderes, a fragilidade física e acomodação se revelam.

O aparecimento de escaras durante o internamento de pessoas idosas, com algum grau de incapacidade física ou psíquica, é uma das complicações mais frequentes e que mais transtornos trás aos familiares que cuidam do idoso em casa. Tivemos um familiar de um idoso que foi bastante claro relativamente aos seus sentimentos de insatisfação relativamente aos cuidados físicos que lhe foram prestados; "...o meu marido vem sempre com feridas para a casa, se a *senhora doutora visse os pés, que já estão a ficar curados, mas vem sempre com chagas... vai assim como uma mãozinha, limpinho e vem sempre cheio de feridas.*"(I6).

Para Berger e Poirier (1995) o idoso com uma incapacidade crónica, é visto muitas vezes pelos prestadores de cuidados, como uma pessoa que merece menos investimento, ou simplesmente como um caso social. Este aspecto tocou-nos especialmente pela veracidade, simplicidade, pela ternura e pelos afectos com que foi mencionado, pelo familiar (esposa) que com uma lágrima no olho, e agarrando a mão do marido que se encontrava acamado nos disse; "...olhe eu via-o muito mal estimado, não fazem caso nenhum dos doentes principalmente destes como o meu marido, que não falam, não pedem, enfim menina..., que me estimem mal a mim, mas ao meu marido... ele não se pode mexer" (I6);

Sentimentos de âmbito Geral

As pessoas idosas de uma maneira geral são pouco reivindicativas, estando pouco conscientes dos seus direitos, enquanto consumidores, membros activos de uma sociedade, e eleitores, sendo pouco expressivas nas suas reivindicações (Guimarães, 1998).

Disso nos demos conta com os nossos entrevistados, que de uma forma geral sentem-se bem, conformados, destacando como unidades de registro mais significativas: *"...eu estou muito contente com os serviços dos enfermeiros do centro, vêm cá ajudam-me a deitá-lo, a lavá-lo se for preciso, mas depois estou eu sozinha"(I4); "...tenho o que preciso pois como lhe digo recusei a ajuda da Santa Casa, sou viúva e passo os dias com o meu pai. Ajudo-o o melhor que posso e sei" (I3); "Eu sinto-me bem, vou fazendo as minhas coisinhas como posso,(...)" (I2);*

Discursos como: *"sabe menina eu enquanto puder, não quero dar trabalho... tenho aqui ao lado uma vizinha que é muito minha amiga, passamos as tardes juntas, e ajudamo-nos uma à outra, sinto-me bem"(I7); "...aquí em casa tenho os enfermeiros dia sim dia não, que são muito simpáticos, que me levam e trazem as receitas, que me arranjam uma cama articulada, com colchão de ar que me dá muito jeito"(I4);* permitem-nos admitir que para o idoso é importante permanecer no seu meio, reforçado com apoios sejam elas informais (vizinhança)ou formais, (enfermeiros do centro de saúde)*"(...)o que me tem valido são os enfermeiros do centro de saúde que vêm cá três vezes por semana fazer-lhe os curativos(...)até me ajudam a levantá-lo para o sofá e a lava - lo são muito simpáticos ainda há gente boa (...)tivemos esta sina menina, temos que aceitar aquilo que Deus nos manda."* (I10).

Estas opiniões levam-nos a concordar com Pimentel (2000:15-17), para a necessidade de apostar na :

- "Revitalização das solidariedades informais, através do apelo ao envolvimento da família na prestação de cuidados, e da vizinhança na promoção da qualidade de vida do idoso (...);
- Implementação de medidas que possibilitam a permanência do idoso no seu meio, (...) com respostas concretas que facilitem o quotidiano do idoso e de proporcionar um conjunto de serviços, de âmbito comunitário e domiciliário, que retardem o recurso ao internamento (...) a articulação

com os serviços de saúde (médicos e de enfermagem), que assegurem cuidados especializados, para permitir a permanência do idoso na sua casa por um período de tempo mais longo (...);

- Promoção e aproveitamento das dinâmicas locais (...) a valorização das dinâmicas e dos recursos locais visa responder "in loco" aos problemas sociais e passa por uma adaptação das respostas às reais necessidades dos indivíduos, atendendo às suas características e ao seu percurso de vida".

Mitos e esteriótipos

Em quase todos os trabalhos e /ou estudos sobre a pessoa idosa, de cariz sociológico ou não, consciente ou inconscientemente, esta categoria emerge quase espontaneamente. Ao apresentá-la também no nosso estudo, permite reforçar que ainda está muito presente na actualidade os mitos, preconceitos e esteriótipos relativos ao idoso, concretamente em alguns enfermeiros, como se pode verificar por alguns discursos:

Dificuldade na aprendizagem

*"...mesmo que se explique tudo muito bem aos idosos, eles volta e meia já **esqueceram e cumprem pouco o que se lhe diz...**"(E8);*

*"... aos idosos podemos dizer as coisas mil vezes, que **difícilmente aprendem**"... (E4);*

*"... todos nós sabemos que com os idosos é preciso ter muita paciência, falar devagar, e chega-se ao fim, **eles já não sabem o que se lhes ensinou no dia anterior...**"(E9);*

Infantilidade /sentimentos de compaixão

*"Eu gosto de trabalhar com idosos, e devíamos ajudá-los mais, **fazer tudo por eles, ele no fundo é uma criancinha adulta**, precisa de quase tudo um pouco. Para terem problemas basta estarem fora do seu meio..." (E7);*

*"...Eu tenho **muita pena** deles, principalmente quando vejo que a família os abandona quando eles mais precisam..." (E11);*

*"não é fácil lidar com eles...**são como as crianças**, precisam de mais atenção, mais cuidados, para torná-los o mais independentes possível"(E12);*

As atitudes e preconceitos dos enfermeiros relativamente aos idosos são o reflexo da sociedade em que vivemos. Para Khaud (1983), citado por Berger (1995:68), "acreditar que se vai modificar alguma coisa no envelhecimento dos indivíduos, sem mudar nada no tipo de sociedade em que vivem, é ilógico".

Ainda de acordo com Berger (1995), o enfermeiro que não reconhece diferenças entre as pessoas idosas, é incapaz de estabelecer intervenções individualizadas; que nega aos idosos o poder de decisão, impede-os de aceder à sua autonomia.

O enfermeiro pelas suas atitudes e comportamentos, pode incentivar ou não a autonomia do idoso, pode encorajar ou desencorajar para determinada acção.

Parece-nos oportuno frisar que a infantilização como atitude discriminatória, sobretudo quando perderem, ou estão perdendo a autonomia, revela-se como ofensa à pessoa idosa. Lauzon e Adam (1996: 54), a este propósito afirmam " infelizmente, a protecção contra a infantilização é muitas vezes necessário (...) é uma forma subtil de violência psicológica".

4 - CONCLUSÕES DO ESTUDO

Chegado ao fim do estudo, pretende-se neste momento fazer algumas reflexões sobre as práticas realizadas pelos enfermeiros na programação da alta do idoso e continuidade de cuidados – opinião dos enfermeiros e idosos.

Importa referir que face ao carácter exploratório do estudo, os resultados deverão ser vistos sob essa perspectiva.

Este estudo permitiu-nos uma melhor compreensão do fenómeno em causa, através das respostas às questões formuladas aos enfermeiros do hospital e enfermeiros do centro de saúde numa primeira fase, que de uma forma aberta e espontânea se prontificaram a falar das suas práticas, permitindo-nos identificar e compreendê-las dentro dos seus contextos de trabalho. Numa segunda fase, através das respostas às questões formuladas, os idosos que voluntariamente acederam a participar no nosso estudo como os utilizadores dessas práticas/cuidados opinaram sobre as mesmas.

Face aos resultados obtidos começaremos por apresentar os aspectos relevantes da prática dos enfermeiros na programação da alta do idoso, seguidos das práticas na continuidade de cuidados e por fim os aspectos relevantes dos utilizadores dos cuidados - os idosos/família.

- De acordo com os dados obtidos, o estudo mostra que cada profissional, presta cuidados indiferenciados não havendo na sua maioria intenção explícita de programação da alta, nem de continuidade de cuidados.

- A programação da alta do idoso tendo em vista a continuidade de cuidados, não é uma realidade específica para o idoso na instituição em estudo, não havendo intenção expressa de programação da mesma.

- As práticas realizadas pelos enfermeiros na programação da alta do idoso, são decorrentes na sua maioria dos actos médicos.

- Não há uniformização das práticas em termos protocolares, são basicamente uniprofissionais, não havendo um verdadeiro trabalho em equipa, constituindo-se apenas em alguns casos equipas funcionais - médico, enfermeiro e assistente social.

- Existe já alguma preocupação por parte dos enfermeiros em incluir a família nos cuidados aos idosos, seja de uma forma activa ou passiva, como forma de os preparar para cuidar do idoso. No entanto e por um lado, a família é incluída se ela estiver motivada para cuidar do idoso, e por outro ela só participa ocasionalmente, não em programa regular.

- No que diz respeito à participação da família nos cuidados obtivemos alguns paradoxos, na opinião dos idosos a maioria não foi preparada, facto que nos leva a questionar e a aceitar a hipótese de continuar o estudo acrescentando a metodologia de observação participante.

- A carta de Alta de Enfermagem surge como a única forma de articulação entre o Hospital e os Centros de Saúde, o que revela uma ausência efectiva de articulação entre as instituições referidas.

Relativamente às práticas dos enfermeiros do centro de saúde podemos concluir o seguinte:

- As práticas de enfermagem em cuidados continuados, (domicílio do idoso) são decididas na sua grande maioria pelo médico, são uniprofissionais, e desenvolvidas apenas na base das actividades curativas (pensos e outros tratamentos).

- Os Enfermeiros relativamente às visitas domiciliárias, reconhecem a dependência do médico, pois as visitas domiciliárias com cariz de prevenção primária não são feitas.

- A promoção e prevenção, papéis fundamentais do enfermeiro comunitário (Birchfield,1999), são relegados para segundo plano, executadas esporadicamente, feitos fora do âmbito da intencionalidade e carecendo de planeamento.

- Na área dos cuidados continuados no domicílio ao idoso, as equipas de saúde na base da complementaridade não funcionam, apesar do reconhecimento da pluridisciplinariedade dos problemas dos idosos.

- A articulação entre ambas as instituições, vista sob o ponto de vista dos enfermeiros do centro de saúde, fixa-se na carta de alta de enfermagem oriunda do hospital, que nem sempre chega a "porto seguro".

- Como estratégias de mudança quanto à articulação entre o centro de saúde e o hospital, os enfermeiros reconheceram a necessidade de mais informação/comunicação, e ou o cumprimento de normas e protocolos, bem como mais cooperação interinstitucional.

- Constatamos no grupo dos enfermeiros do centro de saúde, insatisfação face às práticas na continuidade de cuidados ao idoso, frases como *"enquanto os protagonistas da saúde forem todos, menos o utente, está tudo dito"* (EC5); *cada vez estamos pior em relação à nossa autonomia, são e serão sempre os médicos a mandar no trabalho dos enfermeiros* (EC5).

- As necessidades dos idosos/família, identificadas pelos enfermeiros, são de natureza informativa, desconhecimento das instituições e serviços de apoio, de natureza económica e isolamento.

No que se refere aos sentimentos de satisfação dos utentes idosos relativamente às práticas dos enfermeiros podemos concluir o seguinte:

- A falta de comunicação e informação por parte dos enfermeiros aos idosos ou familiares é reconhecida como aspecto negativo pelos idosos /familiares.

- Na sua maioria sentem-se satisfeitos com os cuidados recebidos no domicílio, *"os enfermeiros que cá vêm são muito competentes e simpáticos, admiro-os muito"* (I5);

- Mas insatisfeitos com os cuidados recebidos no hospital, *"... mas do hospital aparece lá cada um"* (I4); *"os enfermeiros nunca explicam nada"*(I6); *Lá no hospital não fazem caso nenhum dos doentes... a gente precisa e temos que nos calar... eu via-o muito mal estimado, não fazem caso nenhum...principalmente destes como o meu marido, que não falam, não pedem, enfim... "*(I6).

- As necessidades sentidas pelos idosos/ família são de natureza sócio/familiar (solidão), económicas e dificuldades de natureza física e de saúde.

- De âmbito geral os idosos sentem-se "bem" e conformados, apesar de dependentes de cuidados, e viverem por vezes em condições económicas desfavoráveis, mas em família.

- Os mitos e esteriótipos relativamente aos idosos ainda são bastante visíveis nos enfermeiros, de referir que foram identificados e considerados os seguintes: Generalizações na dificuldade de aprendizagem, *"...eles volta e meia já esqueceram e cumprem pouco o que se lhes diz..."* (E8); *"...aos idosos podemos dizer as coisas mil vezes, que dificilmente aprendem..."*(E4); *"...chega-se ao fim, eles já não sabem o que se lhes ensinou no dia anterior..."* (E9).

Infantilidade/ sentimentos de compaixão, "Eu gosto de trabalhar com idosos, e devíamos ajudá-los mais, fazer tudo por eles, ele no fundo é uma criancinha adulta, precisa de quase tudo um pouco..." (E7); "...Eu tenho muita pena deles, principalmente quando vejo que a família os abandona quando eles mais precisam..." (E11); "não é fácil lidar com eles...são como as crianças, precisam de mais atenção, mais cuidados, para torná-los o mais independentes possível" (E12).

5 - CONCLUSÃO

Chegou o momento de sistematizar as ideias principais deste estudo, que foi fruto de uma motivação inicial sobre as problemáticas do idoso, desenhando-se depois esta investigação que procurou identificar as práticas dos enfermeiros na programação da alta do idoso e nos cuidados continuados, opinião dos enfermeiros e dos idoso e ou familiares.

Da experiência anterior como profissional na prestação de cuidados aos idosos, e actualmente como docente numa Escola Superior de Enfermagem, o gosto pessoal pelo tema, a curiosidade em identificar e compreender as práticas dos enfermeiros, na programação da alta e subsequente continuidade de cuidados, aguçou-nos a curiosidade para a realização deste estudo.

Tivemos em conta uma das metas preconizadas pelo Ministério da Saúde em "A Estratégia De Saúde Para O Virar Do Século (1998-2002), relativamente à pessoa idosa, - "Envelhecer - autonomia e bem estar das pessoas idosas" (1999:38), no seu horizonte 2007, prevê-se: " aumentar (em cerca de 80%) o número de pessoas idosas com elevado grau de dependência, que terão assegurados cuidados domiciliários integrados", justificando a actualidade e a pertinência para a necessidade de realização deste estudo.

Passamos por um processo contínuo de revisão bibliográfica, que nos acompanhou durante todo o percurso e se transformou numa "companhia inseparável", no sentido de construção de um referencial teórico, que deu suporte teórico ao estudo.

Assim sendo na primeira parte, abordamos as seguintes áreas: alguns aspectos gerais relacionados com o envelhecimento humano, nomeadamente a saúde, a autonomia, a dependência e a independência. Abordamos os pressupostos teóricos que subjazem à prática de enfermagem em

geral e em particular as competências do enfermeiro para a prestação de cuidados aos idosos. Fizemos uma abordagem genérica relativamente ao hospital e centro de saúde como instituições de saúde, focamos os apoios formais e informais relativos ao idoso, a alta hospitalar, a continuidade de cuidados / cuidados continuados, e ainda as equipas de saúde.

A revisão teórica apresentada aponta para a ineficácia da articulação entre o hospital e o centro de saúde, apesar de no momento actual estarem a florescer diversos projectos de planeamento e programação de alta, a sua visibilidade em termos objectivos ainda é uma miragem.

Na segunda parte, referimo-nos aos contextos de implementação e metodologia por nós utilizada, por forma a dar resposta aos objectivos do estudo.

A metodologia utilizada proporcionou-nos uma abordagem exploratória em profundidade da problemática orientadora da pesquisa, situando-nos no vivido dos actores, face à informação que os mesmos nos proporcionaram.

Proporcionou-nos também ao nível pessoal, momentos únicos especialmente no contacto com os idosos e ou suas famílias.

Seguidamente efectuamos a apresentação, análise e discussão dos dados relativos aos enfermeiros do hospital, seguidos dos dados relativos aos enfermeiros do centro de saúde. Os dados relativos aos idosos foram integrados ao longo das categorias, conforme os discursos.

Este recurso metodológico permitiu ter uma visão de conjunto, ajudando na visualização dos dados. Utilizamos pequenos quadros relativamente às categorias, por forma a facilitar a sua percepção dos dados qualitativos.

Esta etapa constituiu um momento alto de aprendizagem, reconhecendo que poderíamos ter explorado mais algumas questões relativas aos utilizadores dos cuidados, (idosos/família), pois é em face de resultados deste tipo que se devem ter em conta, na avaliação da qualidade e ganhos em saúde.

A análise, discussão e interpretação dos dados constituíram respostas às nossas questões de partida, bem como alcançar os objectivos preconizados para este estudo.

Vivemos um período de profundas reformas estruturais ao nível da saúde, de envelhecimento populacional progressivo, daí a necessidade de mais investimento e implementação de medidas mais eficazes, na prestação de cuidados ao idoso dependente.

As opiniões constituíram dados deste estudo e permitiram confirmar algumas dúvidas e preocupações, suscitar novas reflexões e sugestões para a melhoria dos cuidados ao doente idoso, nomeadamente:

- Ao nível organizacional implementar protocolos para a programação da alta hospitalar dos idosos dependentes, que favoreçam o trabalho interdisciplinar, incluindo o utente e sua família e a articulação interinstitucional.
- Promoção da intervenção activa dos familiares e idosos durante o internamento, no sentido da facilitação da aprendizagem para posterior prestação de cuidados no domicílio.
- Privilegiar a comunicação e a informação o idoso e família, nomeadamente relativa aos recursos disponíveis na comunidade local.
- Promoção de autonomia profissional do enfermeiro do centro de saúde na decisão de prescrição de visita domiciliária de carácter preventivo e ou

curativo, face aos conhecimentos científicos que possui por um lado e por outro, ser ele efectivamente que as realiza.

- Investir na formação de pós-graduação dos enfermeiros na área da gerontologia e geriatria.

- A necessidade de outros estudos com o recurso à observação participante, de forma a contextualizar o que é dito e o observado, nas práticas dos enfermeiros.

Parece-nos pertinente e oportuno a promoção de novos paradigmas face à pluridisciplinaridade dos problemas do doente idoso, nomeadamente a formação de verdadeiras equipas de saúde ao nível dos sistemas locais de saúde, tendo por base a interdisciplinaridade, e o cuidar do idoso.

Para terminar resta-nos perspectivar que este estudo possa ter contribuído com alguns subsídios para a compreensão da realidade estudada.

Percorremos um longo caminho na trajectória da vida pessoal, profissional e familiar para a construção desta dissertação, e chegados à meta que inicialmente nos parecia tão distante, resta-nos a satisfação por a ter concluído.

6 - BIBLIOGRAFIA

ABDELMALEK, Ali Ait ; GÉRARD, Jean- Louis (1999) – Ciências Humanas e Cuidados de Saúde: Manual para profissionais de saúde. Instituto Piaget, Lisboa.

ADAM, Evelyn (1994) – Ser Enfermeira, Lisboa; Instituto Piaget.

AGREDA, José Javier S., (1999) – Passado, presente e futuro da enfermagem gerontológica. In O idoso problemas e realidades, Formasau, Formação e saúde Lda. Coimbra.

ALBA, A. S. et al, (1986) – Tratado de geriatria y assistência geriátrica Salvat. Barcelona.

ALBAREDE, M. et al (1987) – Autonomie et dependance des personnes agées. Gerontologie, Paris.

ALMEIDA, Cristina et al (1997) – Opinião dos Familiares face ao seu acompanhamento e participação nos Cuidados ao Doente durante o período de Internamento. Enfermagem em Foco, ano VII, nº 28. Lisboa.

ALMEIDA, Isabel C. S., (1999) – A continuidade de cuidados de enfermagem e a sua articulação entre os cuidados de saúde diferenciados e os cuidados de saúde primários. In Geriatria, ano XII, volume XII, nº 112, Fevereiro.

ALMEIDA, Maria de L. F. (1999) – Cuidar o idoso: revelações da prática de enfermagem, in O idoso Problemas e realidades, Formasau, Lda., Coimbra.

AMADO, João; NEVES, M^a Conceição S. (1992) – Epidemiologia e Envelhecimento Demográfico. In Geriatria Vol. V, Nº 44, Abril/Maio (15-18).

ANDERSON, Robert (1992) – Prestação de cuidados Informais. O papel da família: in As pessoas idosas e a família solidariedade entre gerações: Conferência Europeia, Madeira, 23 a 25 de Abril. Comissão das Comunidades Europeias – Ministério do Emprego e da Segurança Social.

ATKINSON, Leslie; MURRAY, Mary Ellen (1989) – Fundamentos de Enfermagem: Introdução ao Processo de Enfermagem. São Paulo: Guanabara.

AUGUSTO, et al (2002)- Cuidados continuados - família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar. Formasau, Formação e saúde Lda., Coimbra.

BALTAR, Carmo; GODINHO, Celeste (2000) – Articulação hospital centro de saúde no âmbito do projecto de cuidados continuados. Geriatria. Ano XIII, Volume XIII.Nº 124, Abril (p. 22-25).

BARBOSA Adília et al, (1997) – Planeamento de Altas e Continuidade de Cuidados, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.

BARROS, Renato J. (2001) – O Bem estar dos idosos em Lares - Contributos de Enfermagem. Tese de Mestrado apresentada à Universidade do Porto, Instituto Abel Salazar. Porto.

BASTO, Marta Lima (1998) – Da intenção de mudar à mudança. Lisboa: Editora Rei dos Livros.

BENNER, Patrícia (2001) – De Iniciado a perito. Ed. Quarteto. Coimbra.

BENTO, Conceição (2001) - Aprender a ser enfermeiro. Sinais Vitais, nº34 (p. 25-29).

BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle, (1995) – Pessoas Idosas – Uma abordagem global. Lusodidata. Lisboa.

BIRCHFIELD, Patricia C. (1999) – Saúde dos idosos in Enfermagem Comunitária- Promoção de grupos famílias e indivíduos: Lusociência-edições técnicas e científicas, Lda. 4ª Edição.

BOGDAN, R. e TAYLOR S. (1996) – Introducción a los métodos cualitativos de investigación- la búsqueda de significados, Paidós Ibérica, SA Barcelona.

BOGDAN, Robert; BILKEN, Sari (1994) – Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria do método. Porto Editora. Porto.

BOLANDER, Verolyn Rae; SORENSEN, LUCKMANN (1998) – Enfermagem Fundamental. Abordagem Psicofisiológica, Lusodidata. Lisboa.

BOLANDER, Verolyn Era; SORENEN, LUCKMAN (1998) – Admissão e Alta Hospitalar (cap. 22), in Enfermagem Fundamental. Abordagem psicofisiológica. Lusodidata: Lisboa.

BRIS, Hannelore J. (1994) – Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias. Conselho Económico e social. Lisboa.

BRITO, Luísa, (2001) – A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos. Ed. Quarteto, Coimbra.

CABETE, Dulce G., (1998) – O impacto do internamento no idoso Parte II de II: Nursing, outubro, n.º 137.

CABETE, Dulce G., (1999) – Cuidados continuados e continuidade de cuidados, in O idoso problemas e realidades: Formasau. Formação e Saúde Lda., Coimbra.

CABETE, Dulce G., (1999) – Filosofia e Valores de uma intervenção Comunitária. Geriatria. Ano XII, Volume XII, nº 113, Março (P. 21-24) .

CADETE, M. H. (1993) – Envelhecer/ renascer, in – Acção Teórica do serviço social, (pag. 40-43).

CARAPINHEIRO, Graça, (1993) – Saberes e poderes no Hospital - Uma sociologia dos serviços hospitalares: Edições Afrontamento.

CARAPINHEIRO, Graça; LOPES, Noémia M. (1997) – Recursos e condições de trabalho dos Enfermeiros Portugueses. Estudo sociográfico de âmbito nacional, SEP, Grafinter, Sociedade Gráfica Lda.

CARDOSO, Salvador M. (1990) – Epidemiologia do envelhecimento. Geriatria, nº 24, (pag. 28-30).

CASEY, Anne (1993) – Using a nursing Model in Curriculum Planning. In: PENDLETON, S.; Myes, A. (edits.). Curriculum Planning in Nursing Education, 2ª ed., London: Edward Arnold.

CHALIFOUR, Jacques (1989) – La Relation d'aide en soins infirmiers. Une perspective holistique – humaniste. Boucherville :Gaetan Morin.

CHIAVENATO, Idalberto, (1998) – Introdução à teoria geral da administração. 5ª Edição, São Paulo Makron Books.

CIE (2001) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP - BETA). APE Lisboa.

COLLIÈRE, Marie Françoise (1999) – Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem, Lidel Edições Técnicas. Lisboa.

CORDEIRO, M. P. A. Almeida, (1999) – Avaliação da saúde em gerontologia, in O idoso Problemas e Realidades, Manual sinais vitais, Formasau, Formação e Saúde Lda, Coimbra.

COSTA, J. A., MELO A. S. (1993) – Dicionário da língua portuguesa. Porto Editora, 6ª Edição, Porto.

COSTA, Maria A.M. (1998) – Enfermeiros: Dos percursos de formação de cuidados. Lisboa: Fim de Século Edições Lda. Lisboa.

COSTA, Maria A.M. (2002) – Cuidar Idosos – Formação, práticas e competências dos enfermeiros. Co-edição Formasau, Formação e Saúde, Lda. e Educa, Coimbra.

COSTA, Maria A.M. e tal (1999) – O idoso – Problemas e realidades. Formasau, Formação e Saúde Lda. Coimbra.

CUESTA BENJUMEIA, Cármen de la (1995) – Familia y Salud. Rol de enfermería, nº 203 – 204, Julio- Agosto.

CUNHA, Luísa, (1999) – O idoso e a interface Hospital/ comunidade. Geriatria. Ano XII, nº 114, (P. 24-29) Lisboa.

DECRETO – LEI nº 161/ 96 de 4 de Setembro. Regulamento do exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). DR I Série – A, 205, p.2959 – 2962.

DECRETO-LEI nº 104/98 de 21 de Abril – Estatuto da ordem dos enfermeiros. Artigo 80º.

DECRETO-LEI nº 11/93 de 15 de Janeiro – Aprova o Estatuto Nacional de Saúde.

DECRETO-LEI nº 156/ 99 de 10 de Maio – Diploma que estabelece o regime dos sistemas locais de saúde.

DECRETO-LEI nº 157/99 de 10 de Maio – Diploma que estabelece o regime e funcionamento dos centros de saúde.

DECRETO-LEI nº 254/82. DR I Série. (82-06-29).

DECRETO-LEI nº 437/ 91 de 8 de Novembro e alterações dadas pelo Decreto-Lei nº 412/98, de 30 de Dezembro. Aprova o regime legal da Carreira de Enfermagem.

DESPACHO CONJUNTO nº 407/89 – Orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência (p. 8328-8332).

DESPACHO NORMATIVO nº 97/83 DR I Série. (93-04-22).

DESPACHO NORMATIVO nº 97/93 de 28 de Fevereiro

DOCUMENTO WEB – Os mais velhos. http://www.dgsaude.pt/Gdd/sal_6,html.

ENFERMAGEM EM FOCO (2002) - Planeamento de altas – um projecto de humanização e qualidade dos cuidados de enfermagem do Hospital Egas Moniz. SEP, Abril/ Junho, nº 47.

ERMIDA, J. Gomes, (1999) – Assistência ao idoso em Portugal. *Geriatrics*, Ano XII, nº 118 (5-9).

ERMIDA, José Gomes (1999) – Processo de envelhecimento. In *O idoso problemas e realidades: Formasau. Formação e Saúde Lda*, (p. 43- 50). Coimbra.

FÉLIX A. Bagão; et al (1994) – Traços da família portuguesa. Ministério do Emprego e Segurança Social, Direcção Geral da Família.

FERNANDES, Ana Alexandre, (1997) – *Velhice e Sociedade*. Ed. Celta, Oeiras.

FERREIRA, P. C., (1985) – *Manual de geriatria e gerontologia*. edição Brasileira de medicina. Rio de Janeiro.

FIGUEIREDO, M. C. B. (1997) – Trabalho em equipa o contributo dos enfermeiros, *Sinais Vitais* nº 10 Janeiro (p.19-22).

FIGUEIREDO, M^a do Céu A. Barbièri (1997) – Trabalho em equipa- o contributo dos enfermeiros. In *Sinais Vitais*, Nº 10, Janeiro (19-22).

FORTIN, Marie – Fabienne F. (1999) – O processo de investigação - da concepção à realização. *Lusociência*, Loures.

FORTIN, Marie – Fabienne F. (2000) – O contributo da investigação no desenvolvimento dos conhecimentos em ciências de enfermagem: *Revista Investigação em Enfermagem*, Nº 1 Fevereiro, Edições Sinais Vitais.

FORTIN, Marie Fabiene (1999) – O processo de investigação da concepção à realização. *Lusociência*, Loures.

FREI BERNARDO, (1988) – Relacionamento humano e saúde. Edições dos amigos de Frei Bernardo.

GASPAR, M. F. M. (1997) - Trabalho em equipa interdisciplinar de Saúde. Fantasia ou realidade. In Ribeiro, José Pais (edt) Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

GEORGE, Júlia B (2000) – Teorias de enfermagem - os fundamentos à prática profissional. 4ª Edição, Porto Alegre: RS, Brasil.

GHIGLIONE R. e MATALON B. (2001) – O inquérito- Teoria e Prática. Celta Editora, Oeiras.

GIBBON, Bernard (1988) – O stress nos familiares dos doentes, Nursing nº 11 (p. 46-48).

GIL, António Carlos (1995) – Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Editora Atlas S.A.

GOETZ, J; LE COMPTE M. D. (1988) – Etnografía e diseño cualitativo en investigación educativa, Ed. Morata, Madrid.

GRAÇA, Luís (1992) – O trabalho em equipa: uma nova lógica de organização do trabalho e de participação na gestão. Revista portuguesa de Saúde Pública, Vol. 1 (p.11), Lisboa.

GRANDE DICIONÁRIO ENCICLOPÉDICO (2000) – Volume 1.

GRANDE, Nuno, (1996) – Acerca da Saúde. Sinais Vitais, nº 7, Maio.

GUIMARÃES, Paula, (1998) – Idosos sem Poder? A urgência de uma mudança de atitude. Servir, Volume nº 47, nº 2 (p. 67- 74).

HESBEEN, Water (2000) – Cuidar no Hospital. Lusociência. Loures.

HESBEEN, Water (2001)- Qualidade Em Enfermagem- pensamento e acção na perspectiva do cuidar. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, LDA, Camarate.

INE – Censos 1991.

INE – Resultados provisórios dos Censos 2001.

LARSON, C. E. e LAFASTO, F. M. J. (1989) – Team Work. What must go right/ What can go wrong. Bravuly Hilles. C. A. Sage Publication.

LAUZON Silvie ,ADAM, Evelyn(1996) - La personne âgée et ses besoins – Interventions infirmières, Editions Seli Arslan. , Paris.

LAZURE, H., (1994) – Viver a relação de Ajuda – abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira. Lusodidata: Lisboa.

LE BOTERF, Guy (1995) – De la compétence à la navigation professionnelle. Paris: Editions d' Organization.

LEI nº 48/90 de 24 de Agosto - Lei de Bases da Saúde. (p. 3452-3459).

LEME Luiz E.Garcez, SILVA, Paulo S. C. P. (1996) – O idoso e a Família in NETTO, M. P: Gerontologia – A velhice e o envelhecimento em visão globalizada: Editora Atheneu São Paulo.

LESSA, Almerindo (1992) – O IV mundo: 500 milhões de idosos entre os quais um milhão de portugueses. Boletim de Educação Sanitária, Junho, Lisboa.

LESSA, Almerindo (1993) – O despertar dos idosos. Revista público magazine, Lisboa.

LIDZ, T. (1983) – A pessoa, seu desenvolvimento durante o ciclo vital. Porto Alegre: Artes médicas.

LINHARES Laurinda, CUNHA, M. Luísa (1999) – A importância do enfermeiro nos cuidados ao idoso. Geriatria, vol. XII, Nº 111, Janeiro p: 11-14.

LOPES, Manuel José, (1999) – Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral. Ed. Gráfica 2000.

LÓPEZ, Josefa B. GONZÁLEZ E outros, (1994) – El paciente hospitalizado en su domicilio – de espectador a protagonista. In rol de Enfermería , nº 196, Dezie.

LÓPEZ, Mercedes A; CRUZ, M^a Jesus R. (2000) – Guias Práticos de Enfermagem – Hospitalização. Mc Graw Hill, Madrid.

LUDKE, Menga; ANDRÉ Marli E. D. A. (1986) – Pesquisa em educação: abordagens qualitativas, Editora Pedagógica e Universitária, Lda. São Paulo.

MACKENZIE, H. (1988) – Teenagers in hospital. Nursing Times.

MADEIRA, M. Lelia – Alta Hospitalar da criança: Implicações para a enfermagem., Doc. Web: <http://www.tsp.usp.br/MADEIRA.HTM>. (1-7).

MARONEY, Cheryl, (1991) – Regresso à Independência. In Servir, Vol. nº 39, nº 6.

MARRINER, Ann (1989) – Modelos y teorías de enfermería. Ediciones Rol Barcelona.

MARTINS, Ana M. M. (2000) – Contributos dos Enfermeiros na orientação das Práticas Clínicas, Tese de mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada à Universidade do Porto, Instituto de Abel Salazar. Porto.

MARTINS, Catarina Rute E. A. (2000) – A família e a hospitalização/ a participação da família no cuidar. *Servir*, nº 48, Maio/Junho.

MARTINS, Isabel M. R. S. (2000) – As representações que os enfermeiros têm da depressão. Tese de Mestrado em saúde Mental e Psiquiátrica, apresentada à Universidade do Porto, Faculdade de Medicina. Porto.

MARTINS, M. Manuela Martins (2002) – Uma Crise Acidental na Família- O doente com AVC, Processos familiares/aceitação/dependência, Formasau- Formação e Saúde, LDA, Coimbra.

MATORRALES, Flora Espejo,(1998) – Relación atención primária- Atención especializada, calidad de los informes de enfermaría, *Rol de Enfermaría*, Nº 233, enero, (p. 13-17).

MELLERO, Andrés P. (1995)- Enfermería Geriátrica .Editorial Sntesis, S. A., Madrid.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1987) – Saúde para todos 2000, Departamento de estudos e planeamento.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1999) – Saúde um Compromisso - A estratégia de saúde para o virar do século, 1998- 2002. Lisboa.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1999) – Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. Lisboa. Direcção Geral da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, (1998) – O hospital Português/ Direcção-Geral da Saúde. Lisboa.

MINISTÉRIO DA SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL, (1995) – Guia do idoso. CNPTI. Lisboa.

NATÁRIO, Adriano, (1991) – Para uma assistência global aos idosos: Geriatria, volume IV, nº 39, Novembro, (p. 16-26).

NAVALHAS, José Cassiano – Cuidados continuados- um modelo urgente, Documento Web, - http://www.dgsaude.pt/Gdd/biblos/ent_1.html.

NIGHTINGALE, Florence, (1990)- Notas sobre Enfermería. Que es y qué no es. Ediciones Científicas e técnicas, SA. Masson Salvat.

OJEDA, Abdón Camacho e outros (1998) – Informe de Enfermería al alta- el resumen de la historia de enfermería hecho realidad. Rol, nº 235, Marzo (p. 17- 20).

OLIVA, ANTÓNIO C. (1987) - Trabajo en Equipo de Salud- Teoria y práctica. Rol de Enfermería, Nº 110, Outubro. Ano X.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, BARBIERI M. do Céu, (2002) – A cada família o seu enfermeiro, (Resumo da Conferência - A cada Família o seu Enfermeiro), Zonacor, Lda., (p.137-141).

ORDEM DOS ENFERMEIROS, LOPES, (2002) – Cuidados continuados no centro de saúde de S. João, in A cada família o seu enfermeiro), Zonacor, Lda. (p. 107-119).

PALMA, Emília, M^a do Carmo, (1999) – Enfermagem agora- A família dos Idosos dependentes que expectativas? In Enfermagem Nº 15, II Série.

PAÚL, Maria C. (1997) – Lá para o fim da vida – Idosos, família e meio ambiente, Livraria Almedina Coimbra.

PEARSON, Alan e VAUGHAN, Barbara (1992) – Modelos para o exercício de enfermagem, Artes gráficas Lisboa.

PENEFF, Jean (2002) – O hospital na Urgência: Estudo por observação participante. Formasau, Formação e Saúde Lda. Coimbra.

PERISTA, Heloísa (1999) – Sistemas formais de apoio às pessoas idosas – necessidades e dilemas. In Envelhecer um direito em construção, Actas de seminário (1e 2de Fev. de 1999). CESIS. Minerva do Comércio.

PHANEUF, M. (1986) – Soins infirmiers, la démarche scientifique, orientations vers le diagnostique infirmier, Mc Graw Hill, Montreal.

PHANEUF, M. (1993) – Cuidados de enfermarie. El processo de atencion de enfermerie, McGraw-Hill. Madrid.

PHANEUF, M. (2001) – Planificação de Cuidados – Um sistema Integrado e Personalizado. Quarteto Editora, Coimbra.

PIMENTEL, Luisa, (2000) – Novas tendências do apoio social ao cidadão idoso. Geriatria. Ano XIII, Volume XIII, nº 125 Maio (p. 13-18).

PIMENTEL, Luisa, (2001)- O Lugar do Idoso na Família: contextos e trajetórias, Quarteto, Coimbra.

POLIT, Denise F. e HUNGLER, Bernardette P. (1995) – Fundamentos de pesquisa em enfermagem, Artes Médicas. Porto Alegre.

PROULUS, J. (1978) – Salut sens salut. Critérios nº13, 52.

QUARESMA, Maria de Lurdes, (2000) – Equívocos e desafios no limiar do séc. XXI – Actas do Seminário Envelhecer um direito em construção: Centro de Estudos para Intervenção Social (CESIS).

QUEIRÓS, Ana Albuquerque (1999) – Empatia e respeito. Quarteto Editora, Coimbra.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van (1997) – Manual de investigação em ciências sociais: trajectos, Gradiva. Lisboa.

RAFAEL Primavera, MIGUEL Ana, (1994) – A humanização nos serviços de saúde, Divulgação, N.º 30, Abril.

RAMOS, V. (2000) – Paradoxos da saúde dos portugueses e do seu sistema de saúde, In Ordem dos Enfermeiros, nº 1 Novembro.

RIBEIRO, José L. Pais, (1999) – A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In Análise psicológica. XII, (179- 191).

RIBEIRO, Lisete Fradique (1995) – Cuidar e tratar. Formação em enfermagem e desenvolvimento socio-moral. Educa, Lisboa.

RODRIGUES, Custódio (1992) – Manual de psicologia /1: O que é e tem sido a Psicologia. Ed. Contraponto, Porto.

RODRIGUES, Victor M. C. Pereira, (1999) – A complexidade dos problemas humanos no hospital – Vivências e reflexões. Sodivir, Edições do Norte Lda.

SALT, Jacqui (1991) – A participação da família no cuidar. Nursing, ano 4, nº 37 Fevereiro.

SANTOS, Purificação F. C., (2000) – A depressão no idoso – Estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações de depressão: quarteto editora.

SANTOS, Emília Carneiro (1998) – Hospitais Promotores de Saúde – o Apoio das Familiares ao Doente Hospitalizado. Tese de Mestrado em Promoção / Educação para a saúde, apresentada à Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real.

SAPETA, Ana Paula G. (2000) – A família face ao doente terminal hospitalizado- o caso particular do HAL. In Investigação em Enfermagem, Nº 1 Fevereiro, Edições Sinais Vitais.

SEGALEN, Martine (1996) – Sociologia da Família. Terramar, Grafirumo, Lda, Lisboa.

SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui (1998) – Ética em Cuidados de Saúde. Porto Editora, Lda., Porto.

SORENSEN, Karen; LUCKMAN, J. (1998)- Enfermagem Fundamental- abordagem psicofisiológica. Lisboa, Lusodidata.

SPECTOR, Nelson (1997) – Manual para a redacção de teses, dissertação e projectos de pesquisa. Guanabara Koogan.

STRUBERT, Helen J. CARPENTER, Dona R. (2002) – Investigação Qualitativa Em Enfermagem: Avançando o imperativo humanista: Lusociência Lda, Loures.

TAVARES, António (1992) – Métodos e técnicas de planeamento em saúde, Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 2ª Edição, Artes Gráficas Lda.

TIMBY, Barbarak, (2001) – Admissão, Alta, Transferência e Encaminhamento, In Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem. Ed. Porto Alegre, 6ª edição.

VALA, J. (1986) – A análise de conteúdo, In: SILVA, A. S. Pinto, J. M. – A metodologia das ciências sociais. Edições Afrontamento, Porto.

VENENO, Maria F. De Castro (1990) – O idoso no Hospital: aspectos de enfermagem. Geriatria. Ano III nº 24. Lisboa.

VOISIN, J., PALMA Mardi, (1992) – Cuidados organizados a prestar a pessoas idosas – a política francesa em favor dos idosos dependentes, análise e perspectivas de evolução, in, As pessoas idosas e a família – solidariedades entre gerações: Comissão das Comunidades Europeias (comunicação apresentada na conferência europeia). (pag.44).

WIKLUND, Lillemor (1992) – Projecto EURAG – Envelhecer é crescer, in As pessoas idosas e a Família – Solidariedade entre gerações (comunicação apresentada na conferência europeia). (pag.96-99).

ZIMERMAN, Guite I. (2000) – Velhice – Aspectos Biopsicosociais. Artes Médicas Sul. Porto Alegre.

ANEXOS

ANEXO I – Pedidos de autorização para a colheita de dados

Anteuzual
Decidi por del. ex. mo B
dos resultados do estudo em
o. A. do Hospital

Jacinta Pires Martins
que m. p. m.
J.P.M.
02.03.06

Ex. mo Senhor
Presidente do Conselho de
Administração do Hospital Distrital
De Chaves

Jacinta Pires Martins, aluna do VII Mestrado em Ciências de Enfermagem a decorrer no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, encontrando-se na fase de elaboração da Tese de Mestrado subordinada ao tema: **“Programação Da Alta Hospitalar Do Idoso, Um Contributo Para a Continuidade De Cuidados”**, vem por este meio solicitar a Vossa Ex.a, se digne autorizar a colheita de dados nessa Instituição, durante o mês de Março do corrente ano, para a consecução da mesma. O instrumento de recolha de dados a utilizar, será a entrevista semi-estruturada dirigida aos enfermeiros que trabalham em serviços com idosos. Será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Os resultados do estudo serão facultados à Instituição, caso seja seu desejo.

Com os melhores cumprimentos.

Pede deferimento,

CONSIDERO O ESTUDO IMPORTANTE
COM INTERESSE E RELEVÂNCIA
NO CÂMPUS DA MELHORIA
ASSISTENCIAL A IDOSO.
PELO QUE CONCORDO COM A
AUTORIZAÇÃO SOLICITADA E
QUE SEJAM DADOS A ENVIAR AO CA.
OS RESULTADOS DO ESTUDO.

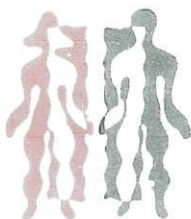
Chaves, Fevereiro de 2002

Jacinta Pires Martins

Jacinta Pires Martins

HOSPITAL DISTRITAL DE CHAVES	
EXPEDIENTE	
SUBIDA <input type="checkbox"/>	ENTRADA <input checked="" type="checkbox"/>
N.º 770	

02.03.06
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL
J.P.M.



Exma. Senhora
Jacinta P. Martins
Escola Superior de Enfermagem
Dr. José Timóteo Montalvão Machado
Rua dos Aregos, 5 Apart. 163
5401 909 CHAVES

S/ Ref.º

S/ Comun. de

Proc. N/ Ref.º
Coordenação

Vila Real,

ASSUNTO: **Pedido autorização**

21.03.2002 01657

Relativamente ao ofício de V. Exa. cumpre-nos informar que é autorizado a recolha de dados para a elaboração da Tese de Mestrado nos Centros de Chaves I e Chaves II.

Com os melhores cumprimentos,

O Coordenador da Sub-Região de Saúde

Manuel José C. Espírito Santo
Director de Serviços de Saúde

ANEXO II – Guião das Entrevistas

GUIÃO DA ENTREVISTA

(Enfermeiros a trabalhar num serviço hospitalar com idosos)

Dados de caracterização

1. Sexo.....2.Idade.....3.Tempo de Serviço.....
4. Habilitação académica.....
5. Categoria Profissional.....
6. Anos de Serviço.....

"Programação da alta hospitalar do idoso um contributo para a continuidade de cuidados"

(Questões orientadoras)

- Fale-me das práticas que realiza na programação da alta hospitalar do idoso, tendo em conta a continuidade de cuidados.
- Que práticas realiza com a família do idoso?
- Qual a sua opinião sobre o trabalho da equipa multidisciplinar na programação da alta do idoso?
- O que pensa sobre a articulação do Hospital e dos Centros de Saúde tendo em conta continuidade de cuidados ao idoso?

GUIÃO DA ENTREVISTA

(Enfermeiros a trabalhar no Centro de Saúde)

Dados de caracterização

2. Sexo.....2. Idade.....3.Tempo de Serviço.....

4. Habilitação académica.....

5. Categoria Profissional.....

6. Anos de Serviço.....

"Programação da alta hospitalar do idoso um contributo para a continuidade de cuidados"

(Questões orientadoras)

- Fale-me das suas práticas na continuidade de cuidados ao idoso/família, após a alta hospitalar.
- Qual a sua opinião sobre o trabalho da equipa multidisciplinar na continuidade de cuidados?
- Comunica profissionalmente com o enfermeiro do Hospital?
- O que pensa sobre a articulação entre o Centro de Saúde e o Hospital, no que diz respeito à continuidade de cuidados aos idosos?

GUIÃO DA ENTREVISTA

(**Idosos** e ou seus familiares)

Dados de caracterização

1. Idade.....
2. Sexo.....
3. Estado civil.....
4. Tempo de internamento.....
5. Motivo do internamento.....
6. Se família/ grau de parentesco.....
7. Residência.....

"Programação da alta hospitalar do idoso um contributo para a continuidade de cuidados"

(Questões orientadoras)

- Durante o internamento como foi preparado para o seu regresso a casa, tendo em conta dos cuidados que ainda precisa?
- Sente-se satisfeito com a informação que lhe deram no hospital?
- Foi esclarecido sobre os recursos de apoio existentes na sua área de residência?
- Quais os problemas e dificuldades que sentiu ou ainda sente, após o internamento?

ANEXO III – Expressões mais significativas das entrevistas referentes aos enfermeiros e idosos/família

ENTREVISTAS DOS ENFERMEIROS DO HOSPITAL

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo
Intenção de programar a alta	Implícita	<p>"...começa-se a fazer a preparação dois ou três dias antes da saída, o ideal seria no momento do internamento..." (E1)</p> <p>"...a partir do momento que o idoso entra no nosso serviço, nós fazemos avaliação daquilo que poderá ser necessário após a alta" (E2)</p> <p>"...tentámos logo desde o início do internamento prepará-lo para sair, pensamos numa perspectiva da continuidade de cuidados"...(E8)</p> <p>"...durante o internamento é feita a avaliação ao nível do desenvolvimento e da melhoria do estado de saúde do doente"(E2)</p> <p>"...depende da incapacidade do idoso...a gente segue determinadas normas..." (E3)</p> <p>"...Nós já temos uma norma para preparar o doente para a alta..." (E3)</p> <p>"eu,(...) tenho o cuidado de logo no início do internamento saber quem cuida do doente, ou quem vai cuidar dele após a alta. Tenho o cuidado de os chamar e perguntar se têm dúvidas"... (E5);</p> <p>"...neste momento nós estamos a elaborar normas e procedimentos para o serviço com a finalidade de formalizar a prática na programação das altas..."(E5)</p> <p>"...fazemos uma carta de enfermagem e o ensino que achamos necessário" (E8)</p> <p>"...naquilo que nos compete fazer, penso que nós enfermeiros desenvolvemos um bom trabalho para a continuidade de cuidados" (E11)</p>
	Explícita	<p>"...em regra não esperamos pelo dia da alta para ensinar o doente, pois ele desde que é operado por exemplo inicia todo um processo de reabilitação que o vai preparar para a alta (...) faço ensinamentos de acordo com os problemas do doente; por exemplo se tem que levar canadianas, ensino-lhe a andar com elas, senão, com o andarilho ou bengala."(E11)</p> <p>"...com o idoso, começamos logo no início do internamento, quando ele tem capacidades para se auto cuidar e compreender"(E8)</p> <p>"...fazemos a preparação ao nível dos cuidados que deverá ter em casa, no que diz respeito à alimentação, higiene, posicionamentos, cuidados com as colostomias, etc. depende das necessidades e da situação"(E8)</p> <p>"...a programação da alta inicia-se logo que o idoso entra no serviço..." (E3)</p> <p>"...à tarde falamos (...) com a família, para programar, para o dia seguinte se pode cá vir (...), para podermos ensinar sobre os déficits que o doente tem, ao nível da alimentação, ao nível da eliminação e ao nível dos cuidados de higiene e isso tudo e pômo-la a par das situações. (E4) ;</p> <p>"...antecipamos o ensino, oito dias antes e fazemos o ensino, da colocação do saco, dos cuidados de higiene com o estoma, do tipo de alimentação que deve fazer..."(E7)</p>

ENTREVISTAS DOS ENFERMEIROS DO HOSPITAL

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo
	<p>Sem intenção de programar a alta do idoso</p>	<p>"...Isto não é feito por norma instituída para a alta, nós fazemos durante o internamento todo, até que o doente sai do serviço" (E11)</p> <p>"...não fazemos grande distinção por ser idoso ou não, talvez eles precisem de mais tempo para serem preparados"(E12)</p> <p>"...A alta geralmente não é programada com antecedência, até porque depende muito do critério médico..."(E12) "...neste serviço as práticas são comuns, tanto no idoso como noutra doente qualquer, não diferenciamos"..(E4); "...a característica é cirúrgica, portanto, não diferenciamos os idosos, a menos que traga outro tipo de patologias..." (E4)"...<i>não é feita nenhuma preparação formal, a preparação que é feita, é feita de forma informal, ou seja, cada enfermeiro que é responsável pelo idoso, faz a gestão dessa preparação...</i>" (E5)</p> <p>"A alta geralmente não é programada com antecedência, até porque depende muito do critério médico" (E12)</p> <p>"...Neste serviço as práticas são comuns, tanto no idoso como noutra doente qualquer, não diferenciamos..."(E4)</p> <p>"...não é feita nenhuma preparação formal, a preparação que é feita, é feita de forma informal, ou seja, cada enfermeiro que é responsável pelo idoso, faz a gestão dessa preparação..." E5</p> <p>"...a característica é cirúrgica, portanto, não diferenciamos os idosos, a menos que (...) traga outro tipo de patologias" E4</p> <p>"...Cada um faz a preparação que entende que deve ser feita, não temos protocolos para seguir"...E9</p> <p>"...Aqui não há altas programadas com muita antecedência, uma vez que o médico chega aqui e diz que o doente tem alta naquele dia. Não há muito tempo, depois tem que se fazer o penso à pressa"... E4</p>
	<p>Preocupação com o contexto em que o idoso vive.</p>	<p>"...colhemos dados relativos à família, se tem telefone, se reside com alguém..." (E3)</p> <p>"...se tiver família contactámo-la no primeiro dia..." (E4)</p> <p>"...tenho o cuidado de logo no início do internamento saber quem cuida do doente, ou quem vai cuidar do doente após a alta..." (E5)</p> <p>"...nós temos por norma convocar sempre a família..." (E3)</p> <p>"...nós aqui quase sempre (...) fazemos a colheita de dados e nessa altura perguntamos ao idoso com quem vive para depois sabermos com aquilo com que podemos contar..."(E11)</p> <p>"...quando o doente entra no serviço, pergunto-lhe sempre com quem vive para depois mais tarde falar com eles..."(E12)</p>

ENTREVISTAS DOS ENFERMEIROS DO HOSPITAL

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo
Abordagem familiar	Participação activa nos cuidados	<p>"pedimos a colaboração da família logo no início, a família se estiver receptiva vem e presta cuidados connosco..." (E2)</p> <p>"... pomo-los mesmo a fazer..." (E8)</p> <p>"...É assim, se tem déficite motor, portanto insistimos sobre os cuidados de higiene, demonstramos como se faz a higiene na cama, como se despe, como se veste, deixamos o familiar fazer..." (E5)</p> <p>"...se a família estiver receptiva à prestação de cuidados no domicílio, é acompanhada a partir do 2º ou 3º dia do internamento do doente, e posteriormente na alta..." (E2)</p> <p>"...pois às vezes a família não percebe muito bem o porquê então temos que lhe demonstrar como se faz. Tentamos que eles participem aqui connosco nos cuidados"(E8)</p> <p>"...Desde que o porteiro deixe entrar a família, nós deixamo-las participar em alguns cuidados se quiserem, como por exemplo o treino de marcha, a alimentação, sobre por exemplo, a administração de insulina a idosos diabéticos..."(E11)</p> <p>"...nós temos por norma convocar sempre a família...por norma começamos logo no início do internamento, a que o doente seja o mais independente possível, e sempre que possível ter um familiar por perto, para lhe prestarem os cuidados de que eles precisam, almoçar, jantar..." (E3)</p>
	Participação passiva	<p>"...Geralmente aproveitamos a hora da visita (...) vem os filhos, ou noras, normalmente aquele que está a viver com o idoso e fazemos o ensino(...) ensinamos como dar de comer, lavar a sonda, e tudo o que eles terão que fazer, para cuidar dele em casa..." (E8).</p> <p>"É-lhes feito o ensino directamente ao nível de todas as actividades de vida, que estejam mais ou menos afectadas." (E2)</p> <p>"Se tem familiares comunicamos com eles, para virem aqui para os elucidar como vão acompanhar o doente e a fazer certos cuidados no domicílio..." (E3)</p> <p>"...Se o idoso tem uma pessoa que cuide dele, normalmente é a família, falamos com ela e fazemos o ensino para os cuidados que ainda precisa, o que deve ser feito e porque deve ser feito daquela maneira..."(E8)</p> <p>"... informamos sobre os pensos e feridas..."(E11)</p>
	Participação ocasional	<p>"...falo mais com os familiares dos doentes que têm déficite motores porque são os que eu acompanho mais, de uma forma geral a todos os idosos não faço isso por norma..."(E5) ;</p> <p>"...aproveitamos a hora da visita (...) vem os filhos, ou noras, normalmente aquele que está a viver com o idoso e fazemos o ensino(...) ensinamos como dar de comer, lavar a sonda, e tudo o que eles terão que fazer, para cuidar dele em casa..." (E8).</p> <p>"...com a família geralmente é o médico quem fala só que, geralmente os familiares não entendem algumas coisas e vêm ter connosco para esclarecermos algumas coisas, e acho que é aí que a nossa função se rege..." (E4)</p> <p>"...normalmente aproveitamos a hora da visita , como agora nesse aspecto, temos a vida facilitada (...), a qualquer hora se pode fazer o ensino sobre a alimentação, mobilização ..." (E1)</p> <p>"...os doentes idosos dependentes, a maior parte, não vão para a família..." (E5)</p> <p>"...com a família só se estiver cá porque nós por norma não a contactamos..."(E79)</p> <p>"... temos algumas dificuldades com algumas famílias... muitas vezes o doente fica mais tempo internado, porque a família pura e simplesmente não aparece (...) arranjam mil e uma desculpa para não o levarem para casa e deixa de aparecer"(E10)</p> <p>"... se é um doente cuja família ele está bem integrado, não nos preocupa tanto, porque sabemos que alguém se vai preocupar com ele..."(E9)</p> <p>"aproveito a hora das visitas, ou quando os familiares vêm cá para falar com eles e explicar-lhes os cuidados que devem ter com ele"(E12)</p>

ENTREVISTAS DOS ENFERMEIROS DO HOSPITAL

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo
Trabalho em equipa multidisciplinar	Equipa funcional	<p>"...eu acho que trabalhamos todos como equipa multidisciplinar e neste momento estamos a funcionar muito bem, a nível médico, e de enfermagem ... " (E2)</p> <p>"...sabemos com antecedência, que os médicos dizem-nos que o doente vai ter alta daqui a 2ou de 3 dias..." (E3)</p> <p>"...há doentes que são observados pela fisiatra e depois (...), se tiver potencialidades vai lá em baixo e continua o acompanhamento em ambulatório..." (E4) ;</p> <p>" Cada vez mais os profissionais, pelo menos no meu serviço, estão despertos para pedir ajuda, cada vez mais, os serviços sociais são solicitados, e cada vez mais eles dão resposta às necessidades dos utentes... (E5)</p> <p>"Dos profissionais da equipa de saúde que por aqui se vêem é a assistente social que quando contactada vem e tenta resolver os problemas sociais". (E7)</p> <p>"...estamos a falar de pessoas que precisam de ajuda, se não tem em casa familiares, pedimos a colaboração da assistente social. Esta, mediante as necessidades do idoso tenta arranjar apoio domiciliário..." (E8)</p> <p>"...a dietista por exemplo, não vem porque também não a contactamos por norma"(E8)</p> <p>"...nos casos em que não têm família, que precisam de acompanhamento, temos que pedir à assistente social..." (E9)</p> <p>"...normalmente recorre-se à assistente social para resolver esses casos sociais que cada vez são mais" (E12)</p> <p>"(...)ela (a assistente social) deveria ser chamada logo quando o doente entra, senão o internamento prolonga-se sem necessidade, porque alguns casos sociais são difíceis de resolver, por causa das vagas nos lares de terceira idade"(E12)</p> <p>"Em termos médicos também não há problemas, apesar de serem eles que dão a alta clínica, e se por exemplo um doente ainda não aprendeu a subir e descer escadas e tem potencial para aprender, ele não lhe dá alta e só sai quando o enfermeiro achar que já está preparado, nisso entendemo-nos todos bem" (E12)</p> <p>"a não ser a assistente social que só cá vem quando é chamada para resolver algum "caso social", de resto somos nós, que fazemos tudo"(E12)</p>
	Ausência de trabalho em equipa	<p>" o médico no fundo a única coisa que faz é dizer-nos o dia em que tem intenção de dar alta, por exemplo daqui a dois ou três dias" (E1)</p> <p>"Relativamente aos outros técnicos, não tanto como o que seria desejável (...) chama-se muito pouco, vêem-se muito pouco esses profissionais por aqui, que deveriam dar mais apoio, mas não dão porque também não são chamados a colaborar" (E4)</p> <p>"eu acho que não há uma responsabilidade partilhada dentro da equipa, no que diz respeito à preparação dos doentes que precisam ainda de cuidados. Nós enfermeiros é que temos que estar atentos para todas as necessidades do doente, quer sejam do nosso âmbito ou não".(E9)</p> <p>"O papel do médico neste serviço é internar, operar, prescrever e assinar a alta clínica, e muitas vezes somos nós que os alertamos para muitas coisas que se passam com o doente, que ele desconhece" (E9)</p> <p>"no que diz respeito à alta, somos nós sem dúvida que temos que nos preocupar, pois o médico limita-se a dar a alta clínica e mesmo se virmos que o doente precisa de apoio social somos nós enfermeiros que requisitamos a sua colaboração"(E11)</p>

ENTREVISTAS DOS ENFERMEIROS DO HOSPITAL

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo
Articulação hospital centro de saúde		<p>"...não, nunca telefonámos"(E2)</p> <p>"...não, nós profissionalmente não os contactamos..." (E3)</p> <p>"...raramente, ou mesmo nunca se comunica por telefone" (E5)</p> <p>"...por acaso numa me deparei com uma situação dessas, que poderia telefonar..." (E4)</p> <p>"...comunicação sem ser a carta de alta, não existe" (E8)</p> <p>"...nós devíamos telefonar, falar com os colegas do centro de saúde, mesmo eles ter a humildade de perguntar saber o que se passou com este ou aquele doente, acabando por o doente ser o grande beneficiado" (E8)</p>
	Ausência de articulação	<p>" penso que no seu verdadeiro sentido não existe" E1</p> <p>"...a articulação é muito fraca, não funciona"(E2)</p> <p>"... podia ser melhor, tanto da nossa parte como da parte deles" (E3)</p> <p>"...eu não sei como é, os doentes levam a carta ... depois não sei como é, até que ponto o centro de saúde consegue dar resposta" (E4)</p> <p>"...nos só sabemos o que fazemos, não sabemos se as nossas comunicações têm seguimento ou não" (E5)</p> <p>"...devia haver mais articulação de parte a parte, pois às vezes, voltam passado uns tempos já com escaras em estado avançado..."(E7).</p> <p>"...a articulação entre o hospital e o Centro de saúde, é assim não existe. Há como que uma barreira que é assim, os do hospital são os do hospital e os do centro de saúde são os do centro de saúde, parece que somos de classes diferentes..." (E8)</p> <p>"...não sei de quem é a culpa, mas penso que são dois mundos à parte, sem interligação..." (E9)</p> <p>"...eu acho que deveria haver mais comunicação, ou melhor informação, tanto da nossa parte como da parte deles,..." (E8)</p> <p>"...o que eu noto o Hospital é o Hospital e o Centro de saúde é o Centro de saúde, dá impressão que não são do mesmo "patrão". Penso que deveria haver mais intercâmbio..." (E9)</p> <p>"...para lhe ser sincera, eu acho que não existe articulação no verdadeiro sentido do termo(...)pele menos na prática e naquilo que me diz respeito com enfermeira do hospital..."(E11)</p> <p>"...eu acho que na prática não existe (...) acho que tanto os enfermeiros do centro como os do hospital, se acomodam com a situação não havendo valorização do trabalho de parte a parte (...) nós aqui (hospital), pensamos que resolvemos os problemas todos dos doentes, e eles por sua vez secalhar pensam da mesma forma..." (E12)</p>

ENTREVISTAS DOS ENFERMEIROS DO HOSPITAL

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo
	<p>Carta de alta de enfermagem</p>	<p>"...nós neste serviço temos uma carta de alta de enfermagem tipo, elaborada pelo serviço, que é feita no dia em que o doente tem alta..." (E1)</p> <p>"...para comunicar é feita uma carta de enfermagem, que posteriormente será entregue ao enfermeiro que irá cuidar do doente no domicílio..." (E2)</p> <p>"...relativamente à informação, cuidados de higiene, alimentação, os cuidados a ter com a medicação, nós até fazemos uma cartinha para os acompanhar..." (E3)</p> <p>"...nós fazemos uma cartinha de enfermagem com as indicações de como o penso foi feito o penso, o que lhe foi feito e como foram aplicados os produtos, de resto mais nada..."(E3)</p> <p>"...sempre que o doente sai com déficit, é sempre feita uma comunicação escrita, a carta de alta de enfermagem, dirigida ao enfermeiro do Centro de saúde. É a única forma de comunicação..." (E5) ;</p> <p>"...nós temos uma carta de alta de enfermagem, que a meu ver está mal elaborada, pois não tem sequer lugar onde identificar o doente. Mete-se a carta no envelope e se não se identifica este, às vezes a carta vai sem identificação e a carta perde-se, pronto. E depois, parece-me que o conteúdo da carta não é o mais apropriado, mas já está instituída no serviço e é essa que se usa..." (E4)</p> <p>"...a carta de alta de enfermagem fazemos sempre, pois eu acho que é muito importante. Eu por acaso já trabalhei no Centro de Saúde, e recebia a carta que ajudava bastante, pois pelo menos tínhamos alguma informação técnica que nos ajudava, principalmente na continuidade de tratamentos de feridas..." (E8)</p> <p>"...a carta (...)e porque já estive do outro lado, remodelava-a, no sentido de dar mais visibilidade aos problemas que o doente ainda apresenta, e aos cuidados que necessita diminuindo aquela parte que relata o que foi feito..." (E8)</p> <p>"...pois a não ser a carta de alta de enfermagem, que nós só a fazemos se o doente levar pensos, ou algália para casa, não existe mais nada..."(E11)</p> <p>"...fazemos sempre a cartinha da alta, que transmite o que foi feito e o que deverá ser continuado..." (E9)</p> <p>"A não ser esta carta de enfermagem, nós não temos outros contactos com o centro de saúde, "E9</p> <p>"Para a continuidade de cuidados nós elaboramos a carta de alta de enfermagem com os cuidados que lhe foram prestados e aqueles que ainda necessitará sobre a qual já fomos alertados pois nós metíamos a carta dentro de um envelope, com o nome do doente por fora e não por dentro, pois muitas vezes o envelope perde-se e a carta fica sem identificação, sendo inutilizada. Nesse aspecto ela está com essa falha, que já foi corrigida. O doente quando chega ao centro de saúde entrega as cartas ao administrativo, que por sua vez as entrega ao médico, este abre deita o envelope fora e perdia-se a identificação da carta, embora fosse por fora dirigida ao enfermeiro"E10</p> <p>"Eles levam a carta de alta do médico e como já disse a carta de alta de enfermagem, naqueles casos em que o doente por exemplo vai algaliado, leva uma ferida crónica"E12</p>
		<p>"...e agora, com estes cuidados individualizados cada vez mais há menos tempo, pois fazemos tudo aos nossos doentes e às vezes a distribuição do trabalho não é equitativa em termos de dependência dos utentes. Às vezes tenho os doentes todos dependentes e outra vezes nenhum, podendo ajudar as colegas, mas a chefe não quer, diz que cada um faz o seu trabalho"(E7).</p> <p>"...Eu acho que somos todos enfermeiros do mesmo patrão, a trabalhar em benefício da comunidade, para que o doente esteja o melhor possível, e este não é de ninguém, é de todos os profissionais de saúde, e não é "eu sou do hospital e eu sou do centro de saúde". Não é assim, nós devíamos telefonar, falar com os colegas, mesmo os do centro de saúde, ter a humildade de por exemplo perguntar saber o que se passou com este ou aquele doente, acabando por o doente ser o grande beneficiado..."(E8)</p> <p>"(...)deveria de haver mais intercâmbio de parte a parte principalmente naqueles casos de dependência, em que o idoso vem do seu domicílio em que já estava a ser seguido pelos enfermeiros do Centro de Saúde... "(E12)</p>

ENTREVISTAS DOS ENFERMEIROS DO HOSPITAL

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo
		<p>"...somos poucos...não dá para fazer tudo bem..."(E7).</p> <p>"...podia-se muito bem telefonar para o enfermeiro do Centro de Saúde e explicar com mais pormenor as coisas, só que também somos poucos enfermeiros e o tempo não dá para tudo. Com o números de doentes que temos, as suas necessidades e o número reduzido de enfermeiros, fica um bocado apertado"(E8)</p> <p>"...Mesmo sem muito tempo, eu não me recusava a dar informações ao colega se me solicitasse...(E8).</p>
<p>Preconceitos e Esteriótipos relativos ao doente idoso</p>	<p>Dificuldade de aprendizagem</p>	<p>"...mesmo que se explique tudo muito bem aos idosos, eles volta e meia já esqueceram e cumprem pouco o que se lhes diz..."(E8)</p> <p>"... aos idosos podemos dizer as coisas mil vezes, que dificilmente aprendem"... (E4)</p> <p>"... todos nós sabemos que com os idosos é preciso ter muita paciência, falar devagar, e chega-se ao fim, eles já não sabem o que se lhes ensinou no dia anterior..."(E9)</p>
	<p>Infatildade</p>	<p>"Eu gosto de trabalhar com idosos, e devíamos ajudá-los mais, fazer tudo por eles, ele no fundo é uma criancinha adulta, precisa de quase tudo um pouco. Para terem problemas basta estarem fora do seu meio..."(E7)</p> <p>"...Eu tenho muita pena deles, principalmente quando vejo que a família os abandona quando eles mais precisam..."(E11)</p> <p>"não é fácil lidar com eles...são como as crianças, precisam de mais atenção, mais cuidados, para torná-los o mais independentes possível"(E12)</p>

ENTREVISTAS DOS ENFERMEIROS DO CENTRO DE SAÚDE

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Cuidados de reparação	Pensos e tratamentos	<p>"(...)ssencialmente pensos e curativos(...)" EC1 ; "Aliás nós só damos continuidade se precisam de cuidados de enfermagem, nomeadamente de pensos, algaliações, etc."EC2;</p> <p>"(...) tratamentos, pensos duas ou três vezes por semana "EC3;</p> <p>"(...)na sua maioria pensos a feridas várias, mas essencialmente a úlceras de pressão(...)"EC4;</p> <p>"(...)eu presto essencialmente cuidados curativos, ou seja, pensos curativos algaliações, entubações nasogástricas(...)"EC5;</p> <p>"(...) essencialmente os cuidados são curativos... pensos algaliações etc."EC6</p>
Cuidados de /promoção prevenção	Ensinos ao idoso e à família	<p>"(...)com a família insistimos muito no ensino, conforme as necessidades detectadas"EC1;</p> <p>"(...)aconselhamos para algumas coisas que achamos importantes, para a recuperação ou prevenção"EC2</p> <p>"nós com a família fazemos ensinos, conforme o que encontramos: higiene, alimentação, posicionamentos etc."EC3;</p> <p>"(...)fazemos ensinos sobre higiene e conforto, alimentação, mobilidade, distracção..."EC4;</p> <p>"(...)quando lá vou aproveito sempre para fazer ao idoso e ou à sua família, ensinos sobre a maneira de prevenir complicações, alimentação, eliminação, higiene e também ensinos específicos sobre por exemplo diabetes, hipertensão etc."EC5;</p> <p>"(...)no Centro de Saúde depende da causa da consulta médica, porque ao enfermeiro nunca vêm especificamente... em casa deles ensino a família a cuidar melhor dos seus idosos"EC5;</p> <p>"(...)ao mesmo tempo que vou fazendo os pensos, vou fazendo ensino direccionado para as diferentes áreas;... considero o trabalho com a família muito importante , pois é indispensável, quando se pretende a continuidade do idoso no seu meio"EC6.</p>
	Outras actividades	<p>"...ajudo e incentivo os familiares a adquirir ajudas técnicas como por exemplo cadeiras de rodas, camas articuladas, colchões anti-escaras, fraldas "EC4;</p> <p>"Encaminho para outros técnicos e recursos da comunidade "EC5</p>

ENTREVISTAS DOS ENFERMEIROS DO CENTRO DE SAÚDE

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Trabalho em equipa multidisciplinar	Equipas funcionais	<p>"nós aqui trabalhamos por módulos, em que um enfermeiro, um médico e um administrativo têm um número X de utentes... então a primeira visita é sempre feita por mim e pela médica, cada uma dá a sua opinião sobre as suas áreas"EC1;</p> <p>"temos um acordo entre mim e a médica "EC3</p> <p>"penso que a colaboração de outros profissionais são sempre importantes, já que os idosos nunca têm um problema só... alimentares, sociais, económicos etc."EC4;</p> <p>"raramente o médico ou a assistente social se desloca ao domicílio do doente"EC5;</p>
	Ausência de trabalho em equipa	<p>:"(...)as visitas posteriores são sempre feitas por só mim...eu é que tenho a responsabilidade da execução do curativos, pensos etc. "(EC1);</p> <p>"(...)aqui trabalhamos mais em função dos médicos do que em função dos doentes...temos que dar apoio ao médico, "EC2</p> <p>"(...) estamos limitados à execução das prescrições médicas(...) temos pouca autonomia, para fazer outras coisas que não sejam os cuidados curativos(...)(IC4)</p> <p>"(...) estamos limitados à execução das prescrições médicas(...) temos pouca autonomia, para fazer outras coisas que não sejam os cuidados curativos(...)(IC4)</p> <p>"(...) cada um trabalha isoladamente, não há reuniões multidisciplinares, para se planear o trabalho, não há decisões partilhadas". (IC5)</p> <p>"(...)aqui trabalhamos mais em função dos médicos do que em função dos doentes...temos que dar apoio ao médico, "EC2</p> <p>"(...) estamos limitados à execução das prescrições médicas(...) temos pouca autonomia, para fazer outras coisas que não sejam os cuidados curativos(...)(IC4)</p> <p>"(...) estamos limitados à execução das prescrições médicas(...) temos pouca autonomia, para fazer outras coisas que não sejam os cuidados curativos(...)(IC4)</p> <p>"(...) cada um trabalha isoladamente, não há reuniões multidisciplinares, para se planear o trabalho, não há decisões partilhadas". (IC5)</p> <p>"(...)aqui trabalhamos mais em função dos médicos do que em função dos doentes...temos que dar apoio ao médico, "EC2</p> <p>"(...) estamos limitados à execução das prescrições médicas(...) temos pouca autonomia, para fazer outras coisas que não sejam os cuidados curativos(...)(IC4)</p> <p>"(...) estamos limitados à execução das prescrições médicas(...) temos pouca autonomia, para fazer outras coisas que não sejam os cuidados curativos(...)(IC4)</p> <p>"(...) cada um trabalha isoladamente, não há reuniões multidisciplinares, para se planear o trabalho, não há decisões partilhadas". (IC5)</p> <p>"...os cuidados continuados no domicílio, na sua totalidade é da exclusiva responsabilidade do enfermeiro,... funciona um pouco assim - já que o enfermeiro tem que ir e tem , pode perfeitamente fazer: uma colheita de dados sociais e familiares, preencher uns papéis que são precisos etc."EC5</p> <p>"...aqui o trabalho em equipa no seu verdadeiro sentido, isto é, em que o trabalho de um é complementado por outro, não existe "EC5</p> <p>"...na minha opinião não existe trabalho em equipa multidisciplinar ...os médicos gostam é de mandar e decidir, mas ir consultar um doente a casa juntamente com o enfermeiro, nunca vi, só dizem :digam-lhe que eu vejo-o na consulta "EC6.</p>

ENTREVISTAS DOS ENFERMEIROS DO CENTRO DE SAÚDE

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Articulação Centro de Saúde Hospital	Carta de alta de enfermagem	<p>"(...) trazem a carta do assistente hospitalar e a carta de enfermagem onde vem discriminado o tipo de doença e o tipo de cuidados que foram lá prestados e que provavelmente serão necessários"EC1;</p> <p>"As cartas são entregues ao administrativo que posteriormente as entrega ao médico e enfermeiro"EC2;</p> <p>"...a não ser a carta de alta de enfermagem ..."EC3</p> <p>" há serviços do hospital que enviam carta, outros não...é o único meio de comunicação" EC2;</p> <p>"Só trazem carta se precisarem de cuidados de enfermagem."EC3;</p> <p>"Do Hospital para o Centro de Saúde apenas existe uma carta que tardiamente chega, ou às vezes não chega "EC4;</p> <p>"Do hospital chega por vezes uma carta, já fora de validade, só quando a família se lembra de ir dizer ao médico o que se passou, lá leva a carta de enfermagem e por sinal até a entrega também ao médico " EC5</p>
	Ausência de Articulação	<p>"...na minha opinião não existe articulação entre ambas as instituições...eu só sei dos utentes internados quando vou fazer os domicílios e a família me diz que está no Hospital"EC1;</p> <p>"...a articulação em termos de continuidade de cuidados, na minha opinião, é pouca ou nenhuma "EC2;</p> <p>"(...)penso que se existe, é pouca ou nenhuma "EC3;</p> <p>"(...)articulação no que diz respeito à continuidade de cuidados é praticamente inexistente" EC4;</p> <p>"não posso ter opinião sobre uma coisa que não existe(...)"EC5;</p> <p>"(...)se existe articulação eu não dou conta ...não sei se um utente meu foi internado, se esteve no serviço de urgência, ou se teve alta ...por regra nós só sabemos deles quando eles nos procuram...não há informação a circular nem sequer um telefonema...pelo menos nos casos onde se prevê que as coisas se compliquem em casa. "EC6</p>

ENTREVISTAS DOS ENFERMEIROS DO CENTRO DE SAÚDE

Categories	Subcategories	Unidades de Registo
Visita domiciliária	-Decisão médica-efectuada pelo enf.	<p>"(...) a visita domiciliária aqui só é proposta pelo médico do utente" EC1</p> <p>"(...) nós não decidimos nada, em termos de visita domiciliária..., não fazemos nada sem o médico mandar" EC2;</p> <p>"(...) aliás, nós só vamos a casa dos utentes se o médico achar que é necessário, se precisa de pensos ou outro cuidado," EC5;</p> <p>"(...) ele (médico) raramente vai, isto para prescrever a visita, que nas seguintes ele já não interfere, nós vamos lá as vezes que forem necessárias" EC5;</p> <p>"(...) a casa dos utentes só vão os enfermeiros, raramente vão outros técnicos... o médico é quem decide se é preciso ir o enfermeiro a casa do idoso" EC6;</p> <p>"(...) se o utente necessita de cuidados médicos, por exemplo, nós falamos com o médico, e este diz-nos para lhe dizer para vir ao Centro de Saúde, pois ele a casa dele raramente vai... isto é assim os cuidados no domicílio são da exclusiva responsabilidade executiva dos enfermeiros" EC6.</p>
	- Decisão do enfermeiro - efectuada pelo enf.	<p>"(...) o enfermeiro vê a carta que vem do hospital e mediante o que vem escrito e as necessidades que a família nos transmite programa a consulta(...)" EC1;</p> <p>"(...) o enfermeiro vê a carta que vem do hospital e mediante o que vem escrito e as necessidades que a família nos transmite programa a consulta(...)" EC1;</p>
Propostas Futuras	Informação /comunicação	<p>"(...) devia haver um conhecimento e informação de ambas as parte(...)" EC1;</p> <p>"(...) se calhar se passasse a ser norma obrigatória, seria melhor" EC2;</p> <p>"(...) devia haver melhor comunicação,... os enfermeiros do hospital deveriam telefonar ou mandar por fax, a informação ser actualizada, quando o idoso precisa de cuidados continuados e tem alta. "EC3;</p> <p>"(...) devia haver um protocolo entre as duas instituições, que obrigasse as pessoas a cumprir. Eu sei que está na lei, mas ninguém liga, principalmente nos casos com maior incapacidade, ou vivessem sós". EC4,</p> <p>"(...) se necessário a primeira visita de cuidados continuados, pudesse ser feita ainda no Hospital, para em conjunto com a equipa hospitalar planear os cuidados, avaliando as necessidades do e idoso e da família "EC5 ;</p> <p>"(...) ideal para mim seria existir no hospital uma equipa multidisciplinar que em colaboração com o Centro de Saúde, conseguisse dar resposta aos cuidados de saúde e sociais que muitos precisam para poder estar em casa, com alguma qualidade de vida" EC4;</p> <p>"(...) eu acho que o português só cumpre se for obrigado, daí que só com protocolos obrigatórios em ambas as instituições" EC6.</p>
Necessidades detectadas	Informação / formação da família	<p>"(...) quando o idoso está internado, principalmente com Acidente Vascular Cerebral, a família ainda não se apercebeu bem daquilo por que vai ter que passar, raramente estão preparados" EC1;</p> <p>"(...) também desconhecem as instituições e como podem pedir apoio" EC1;</p> <p>"(...) a maioria precisa muito de formação e informação... quando o doente sai do Hospital, a família ainda não está consciente do futuro que as reserva, como é o caso dos doentes com AVC "EC2";</p> <p>"(...) eles não conhecem nem reclamam o que têm direito, acomodam-se com a situação" EC3;</p> <p>"(...) a maioria não se importam de cuidar dos idosos, mas ficam-se pela boa vontade, pois não possuem conhecimentos... outros têm-nos em casa e depois abandona-os, nos anexos da casa, como eu já vi, não lhes ligam nenhuma, e quando nos chegamos estão cheios de escaras, anquilosados(...)" EC6</p> <p>"(...) são as condições económicas que são muito fracas, casas sem condições, onde a casa de banho por exemplo, fica longe do quarto. Muitas escadas... "EC2</p> <p>"(...) ainda existe muita pobreza, poucos recursos humanos, por exemplo a esposa a cuidar dia e de noite do marido acamado" EC3;</p> <p>"(...) não são todos, mas na sua maioria são das aldeias, onde existe pouca gente, e vivem muito sós, quando a gente chega, nota-se neles a alegria do apoio e companhia nem que seja só por pouco tempo ". EC4;</p> <p>"(...) ainda se vê muita miséria..." EC5</p>

ENTREVISTAS DOS ENFERMEIROS DO CENTRO DE SAÚDE

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Sentimentos de Satisfação Insatisfação	Satisfação	<p>" (...)aquilo que faço ao idoso e a família, é uma das poucas compensações que tenho profissionalmente"EC3</p> <p>"(...) por vezes e dada a distância e a falta de recursos, eu marco-lhe as consultas, trago-lhe as receitas e compro-lhe os medicamentos na farmácia, eu faço-o por minha vontade e traz-me satisfação como pessoa, gosto de os ajudar."EC4</p> <p>"(...)o enfermeiro dos domicílios é sempre esperado com alguma esperança e reconhecimento, o que me motiva a continuar a fazer o que faço(...)"EC5</p>
	Insatisfação	<p>"(...)é muito difícil dar cobertura a 100% "EC2</p> <p>"(...)infelizmente a continuidade e qualidade dos cuidados aos idosos continua somente dependente das boas ou más práticas individuais, sejam elas nas instituições ou no domicílio(...)sinto um pouco de revolta pela inoperância do sistema de saúde e dos profissionais nele implicados(...)"EC4</p> <p>"(...)cada vez estamos pior em relação à nossa autonomia, são e serão sempre os médicos a dar opinião e a mandar no trabalho dos enfermeiros..."EC5;</p> <p>"(...)infelizmente esta ainda é a nossa realidade, enquanto os protagonistas da saúde forem todos menos o utente, está tudo dito... ".EC5</p>

ENTREVISTAS DOS IDOSOS

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Preparação recebida para a alta	Aspectos negativos	<p>"...os enfermeiros, não me falaram nada da alta, faziam-me só os tratamentos(...)quando foi para sair só me disseram adeus... quem me deu a alta foi o médico..."(I1)</p> <p>"...quando foi para vir embora só disseram - adeus Sr Artur porte-se bem. E pronto é assim..." (I4)</p> <p>"...a preparação que me fizeram acho que foi sem eu saber como, só me disseram assim: o seu marido em princípio sai amanhã. Eu só disse: se os senhores enfermeiros entenderem... tudo bem..."(I4)</p> <p>"...nunca me contactaram, para me explicarem seja lá o que fosse, uma enfermeira no penúltimo dia é que então, como já lhe disse, "o seu marido tem alta amanhã ...o que é que eu havia de fazer, nada"(I6)</p> <p>"...no hospital não me explicaram nada..." (I4)</p> <p>"...no dia de ter alta deram-me a carta para entregar ao meu médico de família do Centro de Saúde e eu fui lá" (I3)</p> <p>"...aos velhos já ninguém liga, nem médicos nem enfermeiros... É por que tinha que melhorar, senão tinha morrido(...) eu é porque sou de boa "têmpera", senão não chegava aos quase 91 anos "(I8)</p> <p>"(...) eu quase só via os enfermeiros quando me iam dar os injeções..." (I8)</p> <p>"...no hospital via-o muitas vezes todo destapado, na cadeira de rodas, ligam pouco aos doentes há um ou outro que até é simpático, mas de uma forma geral não se preocupam tanto com estes que cá vêm..." (I10)</p> <p>"No hospital não me explicaram nada(...) uma enfermeira é que me disse no dia da alta para ter cuidado com ele, para o virar na cama, lavá-lo, levanta-lo todos os dias" (I10)</p>
	Aspectos positivos	<p>"...os enfermeiros explicavam-me tudo o que podia e o que não podia fazer para não estragar a perna... como me devia levantar, sentar, andar com as muletas etc. também me ensinaram a subir e a descer escadas com as muletas..."(I7)</p> <p>"...não tenho queixa nenhuma dos enfermeiros... começaram-me a falar na alta faltavam três dias para me darem a alta" (I2)</p> <p>"... perguntaram-me com quem vivia e se precisava de ajuda social, eu disse que não..." I2</p> <p>"...ensinaram-me a andar com as canadianas, a subir e a descer escadas com elas...eu a descer descia bem, mas para as subir o enfermeiro ajudava-me por trás, ajudando-me a dobrar o joelho..." (I2).</p> <p>"...a enfermeira perguntou-me se queria que telefonassem para as filhas, e eu disse que sim(...)acompanharam-me sempre para eu não cair, eu gostei muito de lá estar..." (I2)</p> <p>"...eu ia muitas vezes lá vê-lo e as enfermeiras explicavam-me tudo, como se coloca uma fralda, os cuidados a ter com os pés, às vezes até ficava mais tempo para ver com eles faziam as coisa. Nunca tive problemas, eu também tenho alguns conhecimentos lá dentro e parece que não, mas ajuda muito..." (filha do idoso) (I3)</p> <p>"(...)os enfermeiros também me explicaram, algumas coisas..."(I5)</p> <p>"...os médicos também diziam para fazer como os enfermeiros diziam..."(I7)</p> <p>"(...) os enfermeiros (...)de caminho iam-me dizendo como deveria fazer, para fazer cuidado com o braço do lado da mastectomia..."(I9)</p>
	Preocupação com o contexto do idoso	<p>"(...)perguntaram-me com quem vivia e eu disse que vivia sozinho, (...)então a assistente social arranjou-me a vir para este lar."(I1)</p> <p>"Um enfermeiro na hora das visitas é que foi ter comigo uma vez para me perguntar com quem vivia (...)" (I10)</p>

ENTREVISTAS DOS IDOSOS

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
	Carta de alta de enfermagem	<p>"(...)depois uma senhora deu -me as receitas e uma carta para o médico" (I1)</p> <p>"(...)o meu genro foi lá onde a enfermeira e deram-lhe uma carta para entregar nas consultas externas... e deram-lhe outra juntamente com as receitas para entregar ao meu médico de família(...)"(I2)</p> <p>"(...)no dia da alta deram-me umas cartas, como ele tinha que fazer tratamento aos pés, uma era para os enfermeiros e outra para o médico, lá as entreguei... entregaram-me outra que ainda a tenho, para quando for à urgência o médico saber já o que se passa"(I5)</p> <p>"(...)deram-me duas cartas uma para o médico e outra para os enfermeiros e entreguei as duas no centro de saúde" (I4)</p> <p>"(...)deram-me umas cartas... ao posto de saúde ainda não precisei de lá ir, pois no hospital deram-me as receitas dos medicamentos e também como não precisava de fazer curativo, olhe ainda não fui(...)"(I7)</p> <p>"disseram-me para ir à minha médica de família com uma carta que me deram, eu ainda lá não fui..."(I8)</p> <p>"No dia de o ir buscar deram-me a carta para ir ao médico de família e para os enfermeiros"(I10)</p>
	Outros técnicos de saúde	<p>"...foi o meu médico de família que me explicou tudo como deveria fazer a quem me dirigir, mandou os enfermeiros cá porque ...o meu pai tem uma úlcera num pé e precisa de fazer curativo três vezes por semana...e os enfermeiros vêm cá fazê-lo" (I3)</p> <p>"...os enfermeiros (do CS) vêm cá e são todos muito carinhosos, mas o enfermeiro J. é impecável, tenho a impressão que ele não cuidava melhor se fosse o pai dele... arranjou-me a que o meu pai tivesse uma cama articulada, e um colchão de ar, por causa das feridas"(I3)</p> <p>"...o meu médico também me arranjou a ter um subsídio por ajuda a outra pessoa"(I3)</p> <p>"...fui contactada pela assistente social que me deu muita ajuda, ela tratou de me arranjar , através da Santa Casa , a cama articulada... eles dão uma ajuda, mas também não podem dar tudo..."(I5)</p> <p>"...se estiver a assistente social é que diz qualquer coisa... quando se vai buscar os papeis àquela senhora, ela é que explica qualquer coisa que de resto nada."(I6)</p> <p>"...o médico disse-me que eu tinha alta que já estava boa para ir para casa" (I7)</p> <p>"...a médica explicou-me antes de sair que tinha que ir todos os meses à consulta do sangue"(I8)</p> <p>"(...) o médico disse-me que me ia cair o cabelo por causa dos tratamentos" (I9)</p>

ENTREVISTAS DOS IDOSOS

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Necessid. Expressas	Físicas /psíquicas	<p>"...aqui, (no lar) não me fazem a dieta que eu preciso, que eu no hospital estava com uma dieta muito rigorosa, aqui não sei porquê dão-me igual aos outros" (I1)</p> <p>"...o que me custa mais é fazer as coisas com as muletas, ter que subir estas escadas da entrada..." (I2)</p> <p>"a maior dificuldade que tenho em cuidar do meu marido é por causa da cabeça dele, ele às vezes diz as coisas acertadas, mas a maior parte das vezes não diz coisa com coisa, é muito difícil lidar com uma pessoa assim"(I4) (esposa)</p> <p>"as maiores dificuldades que eu tenho..., são tantas... mas a que mais me custa é quando estou sozinha e tenho que o mudar, pois eu também sofro da coluna e custa-me muito virá-lo e limpá-lo ao mesmo tempo, vejo-me grega"(I5) (nora)</p> <p>"...quem me ajuda é a minha filha que vem cá de vez em quando, fazer a lida da casa... eu não sou capaz , custa-me a andar..."(I7)</p> <p>"O que mais me custa é levantá-lo da cama(...) (I10)</p>
	Sócio/ familiares	<p>"...agora daqui a nada parece que querem que eu vá dormir a minha casa e venho cá comer" (ao lar) (I1)</p> <p>" pois é menina, isto de ser velho e não ter ninguém quem ajude é triste, nunca me casei e assim fiquei" I1</p> <p>"ele tem mais filhos, que têm casas com mais regalias, foram emigrantes e não estão cá e também não querem estar com estes trabalhos...eu como nunca saí de cá e desde que me casei vivi sempre com ele, maneira que sinto-me na obrigação de o ajudar."(I5)</p> <p>"(...)mas precisava de ter alguém para me ajudar(...) (I10)</p>
	Económicas	<p>"...levam-me no carro e vão-me lá buscar, pois eu não tenho dinheiro para pagar ao carro"(I1)</p> <p>"...sabe, nós temos estas casas assim antigas, temos o quarto de banho longe...é bastante complicado..."(I5)</p>

ENTREVISTAS DOS IDOSOS

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Satisfação do idoso	Sentimentos Positivos	<p>"...olhe menina eu não tenho queixas nenhuma a dizer"(I2)</p> <p>"...não tenho queixa, como lhe digo conheço muita gente, e isso também ajuda" I3</p> <p>"...destes enfermeiros (do centro de saúde)eu não tenho nada a dizer..."(I4)</p> <p>"...os enfermeiros nunca explicam nada..." (I6)</p> <p>"...por acaso desta vez até gostei porque da outra vez que estive internado não me disseram nada..."(I5)</p> <p>"...eu acho que os enfermeiros que cá vêm são muito competentes e simpáticos ,admiro-os muito, pois ajudam no que é preciso, às vezes fazem as vezes do médico ,pois o meu marido abafa-se muito e eles aspiram-no viram-no e ensinam-me como hei-de fazer" (I5)</p>
	Sentimentos Negativos	<p>"...mas do hospital aparece lá cada um" (I4).</p> <p>"...lá não fazem caso nenhum dos doentes senhora doutora, a gente precisa e temos que nos calar..."I6</p> <p>"...o meu marido vem sempre com feridas para a casa, se a senhora doutora visse os pés, que já estão a ficar curados, mas vem sempre com chagas... vai assim como uma <i>mãozinha</i> , limpinho e vem sempre cheio de feridas."I6.</p> <p>"(...eu se tivesse mais saúde eu ca me arranjava, mas o pior é que daqui a nada, eu também não posso (...) (I10)</p> <p>"...olhe eu via-o muito mal estimado, não fazem caso nenhum dos doentes principalmente destes como o meu marido, que não falam, não pedem, enfim menina..., que me estimem mal a mim, mas ao meu marido... ele não se pode mexer (chora manifestando ternura e afecto pelo marido). "(I6)</p> <p>"...eu gostei muito de lá estar,... e não tenho queixa de ninguém, foram todos muito atenciosos...como lhe digo estou muito satisfeita por tudo o que me fizeram lá no hospital..."(I7)</p> <p>"...mas olhe não fiquei lá muito contente de lá ter estado"(I8)</p>
	De âmbito Geral	<p>"...eu não digo que não preciso, mas as minhas filhas ajudam-me, uma até vem de vez em quando dormir comigo"(I2)</p> <p>"Eu sinto-me bem, vou fazendo as minhas coisinhas como posso, arrumo a casa, vou aqui no bairro às compras, que passa aqui um carro todos os dias com fruta e mercearia, e cá estou" (I2)</p> <p>"...tenho o que preciso pois como lhe digo recusei a ajuda da Santa Casa, sou viúva e passo os dias com o meu pai. Ajudo-o o melhor que posso e sei" (I3).</p> <p>"...aqui em casa tenho os enfermeiros dia sim dia não que são muito simpáticos, que me levam e trazem as receitas, que me arranjaram uma cama articulada, com colchão de ar que me dá muito jeito"(I4)</p> <p>"...eu estou muito contente com os serviços dos enfermeiros do centro, vêm cá ajudam-me a deitá-lo, a lavá-lo se for preciso, mas depois estou eu sozinha"(I4).</p> <p>"sabe menina eu enquanto puder não quero dar trabalho... tenho aqui ao lado uma vizinha que é muito minha amiga, passamos as tardes juntas, e ajudamo-nos uma à outra, sinto-me bem"(I7)</p> <p>"(...o que me tem valido são os enfermeiros do centro de saúde que vêm cá três vezes por semana fazer-lhe os curativos(...)até me ajudam a levantá-lo para o sofá e a lava - lo são muito simpáticos ainda há gente boa (...)tivemos esta sina menina, temos que aceitar aquilo que Deus nos manda." (I10)</p>