



**Universidade de  
Aveiro  
Ano 2010**

Secção Autónoma de Ciências da Saúde

**Maribel Domingues  
Carvalhais**

**Promover a qualidade de cuidados de enfermagem  
a idosos dependentes**



**Maribel Domingues  
Carvalhais**

**Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a  
idosos dependentes**

Tese apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde, realizada sob a orientação científica da Doutora Liliana Xavier Marques de Sousa, Professora Auxiliar com Agregação da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

Dedico este trabalho aos meus filhos Manuel e Raquel.

**o júri**

presidente

Professor Doutor José Abrunheiro da Silva Cavaleiro  
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

Professor Doutor Carlos Fernandes da Silva  
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Natália Ramos  
Professora Associada do Departamento de Ciências Sociais e Políticas da  
Universidade de Aveiro

Professora Doutora Liliana Xavier Marques de Sousa  
Professora Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Zaida de Aguiar Azeredo Rebelo  
Professora Auxiliar Convidada do Instituto de Ciências Biomédicas Abel  
Salazar da Universidade do Porto

Professora Doutora Maria Assunção Almeida Nogueira  
Professora Coordenadora do CESPU - Cooperativa de Ensino Superior,  
Politécnico e Universitário

## **agradecimentos**

A elaboração desta tese não teria sido possível sem a colaboração, orientação, apoio e incentivos de várias pessoas.

Assim sendo não pretendia iniciar a apresentação sem antes expressar a gratidão a todos quantos colaboraram, dando-me toda a ajuda, apoio, compreensão, amizade e acompanhamento nos passos que tiveram que ser dados na sua concretização.

Seguidamente irei, então fazer referência especial a todos aqueles que colaboram activamente para expressar, de modo personalizado, os meus sinceros agradecimentos:

A Doutora Liliana Sousa, orientadora científica, agradeço o empenho colocado, a constante disponibilidade, apoio, a capacidade de motivar, a confiança depositada e a paciência. Agradeço ainda a análise rigorosa de cada capítulo, os esclarecimentos e as sugestões, as ideias partilhadas, os conselhos preciosos, os comentários sempre oportunos e que espero ter sabido aproveitar.

A minha irmã Lucibel um especial agradecimento pela ajuda prestada na elaboração dos incidentes críticos.

Gostaria de expressar o meu mais profundo agradecimento a todos os participantes pelo tempo disponibilizado e pela colaboração prestada na recolha da colheita de dados.

Às instituições que permitiram a colaboração dos participantes e a aplicação do método de recolha de dados.

Não posso no entanto, deixar de testemunhar todo o carinho por quem mais partilhou das minhas alegrias e desalentos de todo este processo; a minha família em especial, em particular, aos meus filhos.

**palavras-chave**

Cuidados, idosos, dependentes, promover, qualidade.

**resumo**

A investigação tem demonstrado que os enfermeiros tendem a interagir menos e a centrarem-se mais em cuidados físicos na prestação de cuidados a idosos dependentes, confusos e/ou desorientados. Contudo a literatura em enfermagem demonstra que a interacção social com pacientes dependentes é importante, pois permite melhoria da sua situação clínica e melhor reintegração.

Este estudo exploratório procura contribuir para compreender melhor como se pode promover a qualidade dos cuidados de enfermagem a idosos dependentes em três contextos: hospital, cuidados continuados e em centro de saúde (domiciliares). Procura-se contribuir para a sensibilização e formação de enfermeiros na prestação de cuidados de qualidade a idosos dependentes e melhor definir cuidados relacionais a estas pessoas. Especificamente este estudo procura: i) identificar os cuidados de enfermagem a prestar aos pacientes idosos dependentes; ii) aprofundar o conhecimento sobre as dificuldades/obstáculos (emocionais, institucionais, relacionais, ...) dos enfermeiros na promoção de uma relação de cuidados mais expressivos a idosos dependentes; iii) identificar factores que facilitam e dificultam a prestação de cuidados mais relacionais; iv) identificar modos de fomentar, sensibilizar e motivar os enfermeiros para a prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes.

A metodologia adoptada neste estudo é o PhotoVoice, aplicado a 3 grupos de enfermeiros que prestam cuidados a idosos dependentes em 3 contextos: hospital; comunidade (centro de saúde); cuidados continuados. Assim, abrangem-se os três principais contextos em que o idoso dependente pode estar inserido e o enfermeiro presta cuidados. A amostra envolve 12 enfermeiros (3 de contexto hospitalar, 3 de cuidados continuados e 6 de centro de saúde), com idades entre os 22 e 43 anos, 10 do sexo feminino. Os principais resultados sugerem que a promoção dos cuidados de enfermagem a pessoas idosas dependentes envolve: i) trabalho e decisão em equipa multidisciplinar; ii) mais recursos materiais e humanos; iii) melhores condições físicas e formação adequada. Paralelamente, o principal obstáculo à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade nos três contextos centra-se na escassez de recursos e na desorganização, que se traduzem em falta de tempo, desordem e frustração. Além disso, os participantes salientam a importância do envolvimento da família, considerada parte da unidade de cuidado.

**keywords**

Nursing, older persons, dependence, quality of care.

**abstract**

Research has shown that nurses tend to interact less and to focus more on physical care when caring for older dependent and/or confused persons. However, literature highlights that social interaction with dependent patients is relevant, since it allows them to improve their clinical situation and also to feel more integrated on the new environment.

This exploratory study aims to deepen the understanding on how to promote the quality of nurse care of older persons in different contexts: hospitals, intensive care and health centers. It is relevant because it contributes to the training of qualified nurses to care for dependent older persons and to better define relational care. Specifically, this study aims to: i) identify nursing care to older dependent persons; ii) deepen the knowledge on the obstacles nurses face when trying to perform more expressive care; iii) identify factors that facilitate or difficult the carry out of more emotional care; iv) identify ways to promote and motivate nurses for the care of older dependent persons.

Methods are based on the photovoice, administered to three groups of nurses that care for dependent older persons in three contexts: hospital, continuous care and health center (community). Therefore, the three main contexts of nursing activity with older persons are involved. The sample comprises 12 nurses (3 working in the hospital, 3 at continuous care and 6 nurses at health centers). Their age varies between 22 and 43 years old, and 10 are females.

Main results suggest that the promotion of quality of nursing care to older dependent persons involves: i) team work and decision; ii) more material and human resources; iii) better physical conditions and adequate training. The main obstacle to more relational care at the three contexts is centered on the scarce resources and in the disorganization of the work, what results in lack of time and frustration. Participants emphasized the importance of the patient's family involvement, as the family is a member of the care unit.

## **ÍNDICE**

	<b>Página</b>
<b>ÍNDICE</b>	1
<b>ÍNDICE DE QUADROS</b>	4
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>	5
<b>SIGLAS</b>	6
<b>CAPITULO 1</b>	
<b>PROMOVER A QUALIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM A IDOSOS DEPENDENTES</b>	7
<b>INTRODUÇÃO GERAL</b>	8
<b>1.1. CUIDADO DE ENFERMAGEM</b>	9
<b>1.2. DEPENDÊNCIA E PESSOAS IDOSAS</b>	15
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	19
<b>CAPITULO 2</b>	
<b>PROMOVER A QUALIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM A IDOSOS HOSPITALIZADOS</b>	25
<b>RESUMO</b>	26
<b>2.1. INTRODUÇÃO</b>	27
<b>2.2. O CONTEXTO HOSPITALAR</b>	28
<b>2.3. OS IDOSOS NO CONTEXTO HOSPITALAR</b>	29
<b>2.4. OS CUIDADOS AO IDOSO HOSPITALIZADO</b>	31
<b>2.5.OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO IDOSO HOSPITALIZADO</b>	32
<b>2.6.OBJECTIVOS</b>	35
<b>2.7. METODOLOGIA</b>	35
<b>2.7.1. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS</b>	36
<b>2.7.2. AMOSTRA</b>	38
<b>2.7.3. ANÁLISE DE DADOS</b>	38
<b>2.8. RESULTADOS</b>	40



<b>2.9. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	47
<b>2.10. CONCLUSÃO</b>	54
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	57

### **CAPITULO 3**

<b>PROMOVER A QUALIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM A IDOSOS EM CUIDADO DOMICILIAR</b>	67
<b>RESUMO</b>	68
<b>3.1. INTRODUÇÃO</b>	69
<b>3.2. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS</b>	70
<b>3.3. CUIDADOS DOMICILIARES À PESSOAS IDOSAS</b>	72
<b>3.4. OBJECTIVOS</b>	76
<b>3.5. METODOLOGIA</b>	77
3.5.1. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS	77
3.5.2. AMOSTRA	79
3.5.3. ANÁLISE DE DADOS	79
<b>3.6. RESULTADOS</b>	81
<b>3.7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	90
<b>3.8. CONCLUSÃO</b>	98
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	100

### **CAPITULO 4.**

<b>PROMOVER A QUALIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM A IDOSOS EM UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS</b>	109
<b>RESUMO</b>	110
<b>4.1. INTRODUÇÃO</b>	111
<b>4.2. IDOSOS E CUIDADOS CONTINUADOS</b>	112
<b>4.3. CUIDADOS CONTINUADOS E ENFERMAGEM</b>	115
<b>4.4.OBJECTIVOS</b>	116
<b>4.5. METODOLOGIA</b>	117
4.5.1. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS	117
4.5.2. AMOSTRA	119

4.5.3. ANÁLISE DE DADOS	120
<b>4.6. RESULTADOS</b>	121
<b>4.7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	127
<b>4.8. CONCLUSÃO</b>	135
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	138

## **CAPITULO 5**

### **PROMOVER A QUALIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM A IDOSOS EM CUIDADOS: HOSPITALARES, DOMICILIARES E**

<b>CONTINUADOS</b>	144
<b>RESUMO</b>	145
<b>5.1. INTRODUÇÃO</b>	146
<b>5.2.QUALIDADE DOS CUIDADOS</b>	148
<b>5.3.OBJECTIVOS</b>	149
<b>5.4. METODOLOGIA</b>	150
5.4.1. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS	151
5.4.2. AMOSTRA	153
5.4.3. ANÁLISE DE DADOS	153
<b>5.5. RESULTADOS</b>	155
<b>5.6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	161
<b>5.7. CONCLUSÃO</b>	164
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	167

## **CAPITULO 6**

<b>CONCLUSÃO GERAL</b>	172
<b>6. CONCLUSÃO GERAL</b>	173
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	180

## **ÍNDICE DOS QUADROS**

### **ARTIGO 1.**

#### **PROMOVER A QUALIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM A IDOSOS HOSPITALIZADOS**

QUADRO I- DESCRIÇÃO DAS SESSÕES 37

QUADRO II- CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS 39

### **ARTIGO 1.**

#### **PROMOVER A QUALIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM A IDOSOS EM CUIDADO DOMICILIAR**

QUADRO I- DESCRIÇÃO DAS SESSÕES 78

QUADRO II- CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS 80

### **ARTIGO 1.**

#### **PROMOVER A QUALIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM A IDOSOS EM UNIDADE DE CUIDADOS**

QUADRO I- DESCRIÇÃO DAS SESSÕES 118

QUADRO II- CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS 120

### **ARTIGO 4.**

#### **PROMOVER A QUALIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM A IDOSOS EM CUIDADOS: HOSPITALARES, DOMICILIARES E CONTINUADOS**

QUADRO I- DESCRIÇÃO DAS SESSÕES 152

QUADRO II- CONFRONTAÇÃO DOS PRINCIPAIS VALORES 154

EMERGENTES DOS 3 GRUPOS DE PARTICIPANTES

## ÍNDICE DAS FIGURAS

### **ARTIGO 1.**

#### **PROMOVER A QUALIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM A IDOSOS HOSPITALIZADOS**

FIGURA I- APOIO AO DOENTE 46

FIGURA II- COMUNICAÇÃO COM O DOENTE 47

### **ARTIGO 2.**

#### **PROMOVER A QUALIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM A IDOSOS EM CUIDADO DOMICILIAR**

FIGURA I- IDEAL HUMANO 89

### **ARTIGO 3.**

#### **PROMOVER A QUALIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM A IDOSOS EM UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS**

FIGURA I- CUIDADO PSICOLÓGICO 122

FIGURA II- READAPTAÇÃO 127

## **SIGLAS**

**AIVD-** Actividades Instrumentais de Vida Diária

**AVD-** Actividades de Vida Diária

**OMS-** Organização Mundial da Saúde

**REPE-** Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

**SECPAL-** Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos

**SNS-** Serviço Nacional de Saúde

**USF-** Unidade de Saúde Familiar

**CAPÍTULO 1**  
**PROMOVER A QUALIDADE DE CUIDADOS DE**  
**ENFERMAGEM A IDOSOS DEPENDENTES**

## INTRODUÇÃO GERAL

Ao longo dos anos temos assistido à procura da identidade profissional e à contribuição específica da prestação de cuidados de enfermagem no sistema de saúde.

A prestação de cuidados insere-se no seio de uma constelação de fenómenos e acontecimentos, que com a marcha do tempo se vão tornando inadaptados ao crescimento e ao desenvolvimento das organizações de cuidados de saúde. Actualmente há numerosos sinais de transformação e necessidade de ajustamento das instituições de saúde: recursos financeiros insuficientes, pessoal desmotivado e insatisfeito, taxas de absentismo e mobilidade crescentes e esgotamento do pessoal que cuida. Deste modo, temos serviços de saúde custosos, mas desumanizados, centrados na técnica e na doença (Costa, 2004).

Neste contexto, fica-nos uma questão: como se pode promover a qualidade dos cuidados de enfermagem aos idosos dependentes? Esta é uma população mais frágil e que exige mais cuidados específicos, por isso num contexto de mudança, como se pode a enfermagem ajustar.

Os enfermeiros, um pouco por todo o mundo, têm-se preocupado com conquista da autonomia profissional e com a prossecução de níveis mais elevados de qualidade do desempenho e dos cuidados prestados. No entanto, os problemas quotidianos decorrentes da escassez de recursos humanos e financeiros, afectam os enfermeiros e motivam a exploração de vias alternativas, onde surgem novas concepções de cuidados de enfermagem.

As novas concepções em enfermagem orientam-se e centram-se para a pessoa. A boa prestação de cuidados envolve uma componente de humanização, isto é, à competência técnica deve associar-se o cuidado humano (componente moral) e o cuidado social (Simões, 1995). Este é uma forma de alcançar uma qualidade global, ou seja, um “conjunto de actividades em prática, para favorecer e manter um elevado nível de excelência, resultante da interacção entre humanização (qualidade humana no relacionamento e atendimento) e excelência técnica (qualidade e segurança na prestação de cuidados)” (Simões, 1995: 291). Os parâmetros quantitativos, tais como carga de trabalho, determinação dos efectivos, rácio custo-eficácia, tornam-se insuficientes para alcançar aqueles objectivos na prestação de cuidados de qualidade. Assim, os estudos que

constituem esta tese concentram-se em encontrar formas de como promover a qualidade de cuidados de enfermagem a idosos dependentes.

## 1.1.CUIDADO EM ENFERMAGEM

O termo *cuidado* tem origem em duas palavras: *coera* que significa cura, sendo utilizada num contexto de relações de amor e de amizade para expressar atitude de cuidado, preocupação e inquietação pela pessoa amada ou pelo objecto de estimação; *cogitare-cogitus* (modificada para *coyedar, coidar, cuidar*) que além do sentido de cura expressa acção, como pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de preocupação. Assim, o cuidado surge quando a existência de alguém tem importância para o ser (Boff, 1999: 91).

Assim, os cuidados de enfermagem centram-se numa relação dinâmica com o paciente (Henderson, 1982): o enfermeiro deverá cuidar de cada pessoa considerando as suas necessidades e desejos. Neste contexto, o paciente será o melhor juiz sobre os cuidados de enfermagem que promovem o seu bem-estar (Johansson, Olèni & Fridlund, 2004). A partir da “voz” das pessoas, podemos depreender que o cuidar se relaciona com interacções associadas a actos de ajuda, assistência, suporte, facilitação e incentivo. Sempre considerando as necessidades das pessoas, que podem ser evidentes ou antecipadas, de forma a melhorar a sua condição de saúde ou bem-estar (Moniz, 2003). Estas “pequenas coisas”, muitas vezes pouco sofisticadas, são tanto ou mais necessárias do que as acções de alto tecnicismo na promoção da saúde das pessoas, pois podem dar um novo sentido à vida (Hesbeen, 2001). O cuidar também implica “*uma substituição daquilo que os utilizadores dos cuidados não podem, temporariamente, assegurar por si próprio*” (Collière, 1989: 287), assim estamos em presença da “*ajuda na satisfação das necessidades humanas*” (Watson, 1985: 108).

Actualmente o conceito de cuidado tem um lugar específico no discurso em enfermagem, porque a enfermagem se tem preocupado com o cuidar das pessoas, mas também com o cuidar como um valor ou princípio (Serralheiro, 1994). No entanto, o conceito cuidado/cuidar não tem um significado determinado nem um único sentido nos seus contextos de aplicação. Serralheiro (1994) refere que o conceito de cuidar é explorado



para encontrar consensos quanto ao seu significado como forma de dar respostas eficientes às necessidades mais prementes do ser humano. De qualquer modo, o cuidar é o fundamento da enfermagem e tem sido tema central da maior parte da investigação em enfermagem (Almeida, 1999; Collière, 1989; Hesbeen, 2000).

O cuidar é uma das mais velhas expressões da história do mundo, muito associado à prática de enfermagem. Expressões como velar, cuidar e tomar conta, representam actos que têm por função manter a vida. Cuidar pode ser entendido, basicamente, como ajudar a viver. Caracteriza a acção de qualquer pessoa que ajuda outra em alguma(s) actividade(s) quotidianas fundamentais para que a vida continue. Os cuidados implicam sempre conhecer hábitos de vida, costumes e crenças de quem se cuida. Por isso, esta relação de ajuda implica uma abordagem holística da pessoa (Roach, 2003).

Para Collière (1989: 235), “*cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é um acto de vida, no sentido que representa uma variedade infinita de actividades que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhe continuar e reproduzir-se*”. O cuidar é algo de universal e de todos os tempos.

Nightingale (1989) referia que a função da enfermagem era colocar o indivíduo numa situação tão natural quanto possível. Rogers (1977) acrescenta que é função da enfermagem promover a harmonia com o meio ambiente. Ou seja, cuidar é ajudar as pessoas a atingirem um estado de saúde desejável.

O conceito de cuidar designa, em saúde, uma atenção especial a uma pessoa que viveu uma situação particular com vista a ajudá-la, contribuir para o seu bem-estar, promover a sua saúde (Hesbeen, 2000). O cuidar é uma função comum aos diversos profissionais de saúde, mas os enfermeiros “*são os autores privilegiados para desenvolver, concretizar e dar força à lógica do cuidar*” (Hesbeen, 2000: 45), por estarem e passarem mais tempo com as pessoas e pelo conteúdo das suas acções contribuir para o bem-estar das pessoas. A enfermagem afirma-se como uma profissão do cuidar, mantendo o ideal de cuidar na prática e na formação, de modo a ajudar o enfermeiro a descobrir com a *pessoa*, caminhos nas experiências de saúde e doença, esperando-se resultados positivos para ambos. Por isso, antes de prestar qualquer tipo de cuidado, o enfermeiro deve respeitar e conhecer a individualidade de cada um, reconhecendo as diferenças, possibilidades e impossibilidades, para auxiliar ou orientar a pessoa que recebe o cuidado a cuidar de si (Kuznier, 2007).

O Decreto-lei nº 191/96, de 4 de Setembro, apresenta o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), definindo a enfermagem como: profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. O enfermeiro é ainda um profissional habilitado com a Licenciatura em enfermagem legalmente reconhecida, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.

Assim, os cuidados de enfermagem são caracterizados por terem por fundamento a interacção entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade (FNAEE, 2000). Centram-se numa relação dinâmica com o paciente (Henderson, 1982), mas devem ser individualizados considerando experiências anteriores da pessoa e os seus objectivos individuais (Lima et al., 2002).

Nas últimas décadas têm-se dado maior atenção à experiência dos pacientes com os cuidados de saúde, em geral, e com os cuidados de enfermagem, em particular, pois a avaliação e definição dos cuidados pelos pacientes são fundamentais para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Caldeira da Silva (1985) considera que a apropriação ou conveniência dos cuidados, a excelência do exercício dos profissionais e o grau de satisfação com os resultados por parte do utente são as dimensões basilares na avaliação da qualidade dos cuidados de saúde. Em conjunto com a eficácia, Nuno Grande (1994) considera que a pertinência e a gestão dos recursos compõem as três vertentes fundamentais para analisar a qualidade de cuidados em saúde.

O Ministério da Saúde (1998: 62) designa o conceito de qualidade em saúde “*como um processo contínuo de actividades planeadas, baseado na revisão de desempenhos e no estabelecimento de metas específicas, com o objectivo de melhorar a qualidade efectiva dos cuidados prestados*”. Donabedian (1980: 5-6) definiu qualidade de cuidados de saúde como o “*tipo de cuidados que maximiza uma medida que inclui o bem-estar do doente, após se considerar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas que acompanham o processo de cuidados em todas as suas componentes*”. Assim, a qualidade não pode ser separada da gestão entre custo e benefício; por isso, pode ser vista como absolutista,

quando os profissionais determinam os procedimentos necessários a uma boa qualidade; individualizada ao considerar os desejos dos utentes e as respectivas avaliações; e social quando considera a sua distribuição.

Para a OMS (citado por Vuori, 1991), a definição de níveis de qualidade deve ter em conta simultaneamente as seguintes três competências sugeridas: adequação, eficiência e qualidade técnico-científica. A definição e operacionalização precisas do conceito de qualidade implicam a consideração dos diferentes elementos que a integram. É consensual a identificação da conduta do prestador de cuidados em dois aspectos basilares: i) a componente técnica dos cuidados, ou seja, a forma como é praticado o estado da arte em situações específicas; e ii) a componente interpessoal, que engloba os aspectos humanos na interacção entre prestadores e consumidores de cuidados. Além disso, geralmente ainda são considerados no conceito de qualidade de cuidados de saúde, a acessibilidade e conveniência, disponibilidade e continuidade dos cuidados (Hesbeen, 2001; Mezomo, 2001; Monteiro, 2000).

Contudo, um dos grandes desafios é a adequação dos recursos (humanos e materiais) às necessidades da população. Exigências cada vez maiores e necessidades cada vez mais complexas colidem com uma diminuição efectiva dos recursos disponíveis, desafiando a capacidade do sistema de saúde de dar resposta. Relativamente aos enfermeiros, e apesar de serem mais de 45000 no país, são ainda poucos para atender às necessidades das pessoas em termos de cuidados de enfermagem. Mesmo que as pessoas tenham dificuldade em definir enfermagem, ninguém parece dispensar os cuidados que os enfermeiros prestam quando se está em situação de vulnerabilidade física e/ou psíquica, ou quando se vivencia um processo adaptativo a uma nova realidade com implicações temporárias ou definitivas no autocuidado e na independência (Ferreira, 2005).

Palmer 1983 (citado por Ferreira, 1991) adoptou uma definição do Instituto de Medicina dos EUA, que elege como principal objectivo de um sistema de garantia da qualidade, o de tornar os cuidados tão efectivos quanto possível, melhorando o estado de saúde e a satisfação dos cidadãos, de acordo com os recursos disponibilizados. As cinco dimensões que constituem o conceito envolvendo preocupações clínicas e não clínicas, são: eficácia; competência do prestador; eficiência; acessibilidade; aceitabilidade.

Ferreira (1991, com base em Donabedian, 1980 e Ware et al., 1983) adoptou as seguintes dimensões para operacionalizar o conceito de qualidade dos cuidados de saúde: i)

a conduta do cuidados, que envolve a função de tratar definida como as medidas preventivas, eficácia, acompanhamento, prudência e descrição; e ii) a função de cuidar, envolvendo a confiança, consideração, respeito, cortesia e a informação prestada.

Das diferentes definições de qualidade é legítimo concluir pela subjectividade e pela dificuldade de medição. O reconhecimento dessa subjectividade levava a que tradicionalmente não se considerasse a opinião dos doentes. Nestas última décadas tem-se prestado mais atenção à experiência dos pacientes com os cuidados de saúde, em geral, e com os cuidados de enfermagem, em particular, pois a avaliação e definição dos cuidados pelos pacientes são fundamentais para melhorar a qualidade de cuidados de saúde.

Tal torna-se mais relevante pois diversos estudos sugerem que a avaliação pelos enfermeiros da qualidade dos cuidados raramente está em consonância com a prestação dos pacientes (Johansson, Oléni & Fridlund, 2004). Os enfermeiros têm dificuldade em identificar e subestimam sintomas como a dor, perda de apetite e sonolência (Holmes & Eburn, 1989). Ferreira (1991) refere que os enfermeiros têm diferentes pontos de vista sobre a qualidade: por exemplo, igualam-na com o alívio dos sintomas, com a melhoria funcional, com a empatia dos prestadores e a satisfação das necessidades físicas e psicológicas incluindo o conforto da estadia hospitalar. Contudo, há aspectos da qualidade que só o doente pode apreciar, por isso a qualidade envolve a opinião dos utilizadores dos serviços ou a qualidade de cuidados implica as vertentes técnico-científica, da inter-relação e da satisfação dos doentes (Donabedian, 1980). Esta resulta da apreciação pessoal de aspectos relacionados com a melhoria dos sintomas, melhoria funcional, relacionamento interpessoal, satisfação das necessidades físicas e psicológicas e com os aspectos de conforto, genericamente incluídos na designação amenidades.

Sofaer & Firminger (2005) realizaram uma revisão da literatura sobre a forma como os doentes definem a qualidade de cuidados de saúde. Aqui, salientamos as dimensões relativas aos cuidados de enfermagem: comunicação e informação; cortesia e apoio emocional; qualidade dos cuidados técnicos; cuidado centrado no paciente; disponibilidade. A qualidade da comunicação e informação inclui competência de escuta, capacidade para explicar informação técnica complexa de forma acessível e clara e educação que facilite a autonomia do paciente e a promoção da saúde. A cortesia e o apoio emocional associam-se a sensibilidade, carinho, apoio emocional (também a família e amigos), empatia e atitude positiva; incide, ainda, na capacidade de estabelecer uma

relação que alivie os medos e a ansiedade relativas ao estado de saúde. A qualidade dos cuidados técnicos envolve conhecimento, formação e experiência; essencialmente, os pacientes valorizam o apoio diligente em actividades de vida diária e a execução dos procedimentos técnicos garantindo o conforto físico e psicológico. Os cuidados centrados no paciente caracterizam-se por serem individualizados, respeitando as preferências e valores dos pacientes, respondendo às suas necessidades físicas e emocionais, envolvendo-os nas decisões, garantindo e protegendo a privacidade. A disponibilidade indica que os enfermeiros têm tempo para estar com os pacientes, estão preocupados e disponíveis para responder às necessidades do indivíduo.

Sublinha-se assim, o carácter subjectivo da definição de qualidade. Com efeito essa definição pode variar conforme é feita no ponto de vista do consumidor, dos profissionais, dos administradores ou dos gestores, mas as diferentes perspectivas têm que ser consideradas (Hesbeen, 2001; Mezomo, 2001; Sofaer & Firminger, 2005). Por isso se diz que *“qualidade é, talvez, o equilíbrio de todas estas perspectivas”* (Ferreira 1998: 5), por isso há que considerar todos os intervenientes na prestação de cuidados com vista a um conceito que represente o equilíbrio entre as perspectivas.

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida fortemente, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Em todos os países e em todos os sistemas de saúde é possível detectar desigualdades e ineficiências na prestação de cuidados de saúde, sob todos os pontos de vista inaceitáveis. Portugal não foge à regra.

Por isso, todos os sistemas de saúde têm desenvolvido esforços para criar as condições necessárias à prestação de cuidados de saúde conformes com os mais elevados padrões de qualidade aceites internacionalmente e a optimização de cuidados da relação entre custo e efectividade dos serviços prestados à população. Para alcançar estes objectivos é indispensável garantir que as instituições que prestam cuidados de saúde disponham de mecanismos que permitam avaliar, de forma sistemática, os cuidados prestados, a utilização adequada dos recursos disponíveis e os parâmetros de qualidade em todas as fases do processo (Pisco, 2001).

## 1.2. DEPENDÊNCIA E PESSOAS IDOSAS

A maior parte das pessoas desfruta de uma saúde que lhes permite viver de uma forma independente (Santos, 2000). A independência existe quando se consegue alcançar um nível aceitável de satisfação das necessidades, através de acções adequadas que o indivíduo realiza por si mesmo, sem ajuda de outra pessoa. Phaneuf (1993: 23) afirma que *“o nível aceitável de satisfação é um nível que permite a presença de um equilíbrio fisiológico e psicológico que se manifesta por estado satisfatório de bem-estar. No entanto, uma necessidade pode permanecer ligeiramente insatisfeita sem necessitar a ajuda de outrem”*. Esta circunstância não se encontra em todas as pessoas idosas, pois algumas não necessitam de ajuda para a realização da sua vida quotidiana, ou seja têm capacidade para adoptar comportamentos ou realizar por si acções que permitem obter um nível aceitável de satisfação das suas necessidades (físicas, psicológicas, sociais e/ou económicas). Amaral & Vicente (2000: 25) referem que o conceito de dependência, definido pelo grupo multidisciplinar do Concelho da Europa, consiste em *“a pessoa que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual tem necessidade de uma ajuda importante a fim de realizar necessidades específicas resultantes da realização das actividades de vida diárias”*.

A dependência nos idosos ocorre com mais frequência face aos obstáculos que os impossibilitam de satisfazer as suas necessidades, tais como: ausência de apoio e de afecto familiar; isolamento e solidão devido a perda de familiares e amigos; inactividade proveniente da reforma ou falta de forças; alteração do estatuto ou perda de prestígio; passividade, pela falta de compromissos (Diniz, 1993; Fernandes, 2000; Phaneuf, 1993). Paschoal (2000) considera que o declínio funcional é mais lento ou mais rápido dependendo de diversos factores: constituição genética, estilos de vida, meio ambiente, contexto socioeconómico e cultural, ou viver numa sociedade mais ou menos desenvolvida e numa família mais ou menos abastada. Para além destas determinantes, sabe-se que a população idosa constitui uma faixa etária com plenas queixas e problemas, sendo elas a limitação das suas capacidades e as doenças crónicas. Alguns autores referem mesmo que está relacionada mais directamente com a presença de doença ou deficiências (Rosa et al., 2003).

No contexto de uma doença crónica, incapacidade ou deficiência, a pessoa dependente é aquela que necessita de transferir para terceiros as actividades tendentes à satisfação das “necessidades humanas básicas” (Vilão, 1995). Assim, a capacidade funcional pode ser definida quanto ao grau de preservação da capacidade de realizar actividades básicas de vida diárias (AVD) e ao grau de capacidade para desempenhar actividades de vida instrumentais de vida diária (AIVD). Exemplos da capacidade de desempenhar as AVD são: arrumar-se, vestir-se, comer, tomar banho, transferência e locomoção. As AIVD podem ser exemplificadas por: fazer compras, pagar contas, manter compromissos sociais, usar meios de transporte, cozinhar, comunicar, cuidar da própria saúde, manter a própria integridade e segurança (Neri, 2001).

Os factores referidos exercem uma influência negativa na integração do idoso. Vários estudos acerca da integração familiar do idoso verificaram que esta diminui com o grau de dependência elevado e com os anos de dependência. Sendo a família a instituição de primeiro recurso, dificilmente surge uma integração no meio social (Fernandes, 1997; Marques, 1991; Oliveira et al, 1992).

A dependência no idoso é muitas vezes olhada de forma negativa, dada a sua conotação com a perda de autonomia. Almeida (1999), ao procurar conhecer as crenças do envelhecimento, constatou que na opinião dos inquiridos emergiu uma orientação para um padrão funcional em que valorizam a dependência e o declínio das capacidades físicas e intelectuais. Hernández & Giménez (2000) e a OMS (1984) definiram como objectivo para a prestação de cuidados às pessoas idosa a prevenção da perda de aptidão funcional. Acrescentam que a melhor forma de avaliar a saúde do idoso é através da função, admitindo que a capacidade funcional é melhor indicador de saúde que o estudo de prevalência de doenças.

Esta conotação negativa da perda de autonomia pode também estar implícita nas imagens que os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, têm dos mais idosos. Costa (1998) analisou as imagens positivas ou negativas e verificou que se relacionam com a dependência dos idosos e com uma imagem que se designam de acomodativa versus não acomodativa, face à falta de poder de decisão dos idosos nos cuidados e suas exigências, e a alguma passividade com que esta situação é encarada pelos enfermeiros. As consequências para os cuidados são: se as imagens são positivas, emerge a consciência

individual e a crítica à rotinização dos cuidados; se as imagens são negativas ocorre alguma passividade.

A elevada dependência do idoso em geral associa-se à deterioração do processo de envelhecimento, em que as perdas de coordenação motora se associam aos medos crescentes. Mas também é influenciada por factores psicológicos, sociais e ambientais (Imaginário, 2002). Sousa (1993) verificou que com o aumento da longevidade as pessoas ficam mais vulneráveis face as dificuldades que surgem, consequentemente aumenta a probabilidade de pluripatologias e de dependência.

O idoso necessita de ajuda para adquirir ou readquirir a sua independência e autonomia de modo a manter o equilíbrio fisiológico e emocional, uma vez que o corpo e a mente são inseparáveis. Para tal, é necessário “cuidar de si”. Pensa-se que é sobretudo a independência, e não a dependência, que ajuda a recuperação ou a uma melhor qualidade de vida. Isto significa, que o estilo de prestação de cuidados está em mudança, ou seja, a saúde deve ajudar a dotar os doentes e suas famílias de capacidades, conhecimentos e perícia que lhes permitam, a longo prazo cuidar deles próprios (Xavier, 2000). A dependência é um problema urgente e grave de saúde, interferindo na qualidade de vida do indivíduo e do grupo, pelo que requer a tomada de medidas sociais, governamentais e individuais.

Face a esta problemática julgamos pertinente compreender melhor como promover cuidados de qualidade a idosos dependentes. Tal constitui-se na questão central condutora do nosso trabalho. Neste contexto, torna-se pertinente: conhecer mais aprofundadamente quais as dificuldades/obstáculos (emocionais, institucionais, relacionais, ...) que os enfermeiros sentem na promoção de uma relação de cuidados mais expressivos com idosos dependentes; identificar factores que facilitem/potenciem a prestação de cuidados mais relacionais pelos enfermeiros; identificar que cuidados e como devem ser prestados pelos enfermeiros aos pacientes idosos dependentes; identificar necessidades de formação; identificar modos de sensibilização e motivação para a prestação destes cuidados.

Este trabalho encontra-se organizado e estruturado em 4 artigos, iniciando com uma introdução geral e terminando com uma conclusão.

A introdução geral reflecte acerca do cuidado de enfermagem, dependência e pessoa idosa.

Cada um dos artigos apresenta uma breve introdução e conclusão.



No primeiro artigo iremos reflectir acerca do contexto hospitalar e o idoso nesse contexto. Alude-se, ainda, os cuidados ao idoso hospitalizado e quais os cuidados de enfermagem. Seguidamente iremos abordar o estudo empírico em relação ao qual são apresentados de forma mais detalhada, os objectivos e metodologia utilizada. Na metodologia abordaremos o método de recolha de dados e procedimento, amostra e análise dos dados. Por fim apresentaremos os resultados e sua discussão.

O segundo artigo inicia-se com os conceitos de cuidados de saúde primários e cuidados domiciliários a pessoas idosas. No final do artigo iremos apresentar os objectivos e metodologia utilizada abordando o método de recolha de dados, procedimento, amostra, análise dos dados, resultados e discussão.

No terceiro artigo abordaremos aos idosos e cuidados continuados e a relação destes e da enfermagem. Reflectiremos acerca dos objectivos e metodologia utilizada. Na metodologia abordaremos o método de recolha de dados e procedimento, amostra e análise dos dados. Por fim apresentaremos os resultados e sua discussão.

No quarto artigo capítulo iremos reflectir acerca da qualidade de cuidados. Apresentaremos os objectivos e metodologia utilizada, abordando o método de recolha de dados e procedimento, amostra e recolha de dados. Por fim iremos confrontar os principais valores emergentes nos três grupos de participantes referindo os principais resultados.

## **BIBLIOGRAFIA**

ALMEIDA, Maria de Lurdes Ferreira (1999) – Crenças dos enfermeiros acerca do envelhecimento. In: Referência, nº3, Nov.

AMARAL, Maria Fernanda & VICENTE, Maria Odete (2000) - Grau de dependência dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco. In: Revista Portuguesa de saúde pública, vol.18, nº 2, Julho/ Dezembro, p.25

BOOF, Leonardo. (1999) - Saber Cuidar: Ética do Humano- compaixão pela terra. Petrópolis.

BRUNO, Carla T. da Silva; MARQUES, Marília Braga & SILVA, M<sup>a</sup> Josefina (2006) - Revista de Enfermagem do Nordeste. Fortaleza: Rene, vol.7, nº1, Abril. ISSN- 1517-3852.

CALDEIRA da Silva, J.M (1985) – Garantia de qualidade dos cuidados médicos hospitalares: uma perspectiva global. In: Revista Portuguesa de Saúde pública, nº3, p.7-14.

COLLIÉRE, Maria Françoise (1989) – Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Sindicato dos enfermeiros Portugueses; Outubro. ISBN 972-95420-0-7, p. 235/287

COSTA, Maria Arminda S. Mendes Costa (1998) – Os idosos nos caminhos (e descaminhos...) da formação dos enfermeiros. Lisboa: Editora Fim de Século. In: Geriatria. ISBN 972-754-125-9.

COSTA, José dos Santos (2004) - Métodos de prestação de cuidados. In: Millenium Revista dos ISPV; nº30; Outubro.

DINIZ, José Alexandre (1993) - Programa de apoio a idosos de Almerim. Centro de Saúde de Almerim.

DONABEDIAN, A (1980) – Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Health Administration Press, Vol. I.

FERNANDES, Ana Alexandre (1997) - Velhice e Sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal. Oeiras: Celta Editora. ISBN- 972-8027-83-4.

FERNANDES, Purificação (2000) - A Depressão no Idoso: estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da Depressão. Coimbra: Quarteto Editora.

FERREIRA, P.L (1991) – Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde. Revista crítica de ciências sociais, nº 33, p. 93-111.

FERREIRA, P.L (1998) – “A voz dos doentes”. Agência de acompanhamento dos serviços de saúde do Centro e centro de estudos e investigação em saúde, FEUC, Coimbra.

FERREIRA, Luís (2005) - Ser Enfermeiro. Publicado na 4ª feira, dia 11/03/2005 em Opinião. Disponível em URL: <http://auniao@auniao.Com>

FNAEE (2000) – Guia do novo enfermeiro. Federação Nacional de Associações de Estudantes de Enfermagem

GRANDE, Nuno (1994) - Linhas mestras par uma política nacional de terceira idade. In: Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica, vol. 7, nº 68, p. 6-10. ISSN 0871- 5386.

HENDERSON (1982) - The nursing process: is the title right?. In: Journal of Advanced Nursing, vol.7, p.103-109.

HESBEEN, Walter (2000) – Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar. Loures: Lusociência. ISBN- 972-8383-20-7.

HESBEEN, Walter (2001) - Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar. Loures: Lusociência. ISBN- 972-8383-20-7.

HESPANHA, M. J. Ferros (1993) - Para além do estado: a saúde e a velhice na sociedade providência. In: Santos, Boaventura Sousa, Org- Portugal: um retrato singular. Porto: Afrontamento.

HOLMES, H.; EBURN, E. (1989) - Patients' and nurses' perceptions of symptoms distress in cancer. In: Journal of Advanced Nursing, nº14, p.840-846

IMAGINÁRIO, Cristina (2002) - O idoso dependente em contexto familiar. Coimbra: Edição Formasau. ISBN- 972-8485-38-7.

JOHANSSON, P.; OLÉNI, M.; FRIDLUND, B. (2004) - Nurses' assessments and patients' perceptions: development of the night nursing care instrument (NNCI), measuring nursing care at night. In: International Journal of Nursing Studies, vol.42, nº5, p. 569-578.

JORGE, I. C. & SIMÕES, M. C. (1995) - A qualidade de cuidados na perspectiva do utente. In: Servir, vol.43, nº6.

KUZNIER, Tatiane Prette (2007) - O significado do envelhecimento e do cuidado para o idoso hospitalizado e as possibilidades do cuidado de si. Dissertação de Mestrado em Enfermagem na Universidade Federal do Paraná. Curitiba.

LIMA, Jaquelina Pinto et al (2002) - O Idoso Hospitalizado. In: Revista sinais Vitais, nº41, Março. ISSN-0872-8844.

MARQUES, A. Reis et al (1991) - Reacções emocionais à doença grave. In: Revista de Psiquiatria Clínica, Coimbra.

MEZOMO, João C. (2001) - Hospital Humanizado. Fortaleza: Premius Ed.

MONIZ, José Manuel Nunes (2003) – A Enfermagem e a Pessoa Idosa: A prática de cuidados como experiência formativa. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-49-5.

MONTEIRO, António Sampaio (2000) - Qualidade dos cuidados hospitalares: a voz dos doentes. In: Faculdade da Economia- Universidade de Coimbra.

NERI, Anita Liberalesso (2001) – Envelhecimento e Qualidade na Mulher. 2º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia.

NIGHTINGALE, F. (1989) - Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez.

OLIVEIRA, Mª Antónia et al (1992) – Contribuição para uma postura humana em situação que se relaciona com a morte. In: Revista da escola de enfermagem de USP. São Paulo, vol.20, nº3, Dezembro.

ORDEM dos Enfermeiros (2005) - Proposta de Decreto-lei Rede de prestação de Cuidados de Saúde Primários (10/05/2005). Disponível em URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>

ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde (1984) - The use of epidemiology in the study of the elderly. Geneva: OMS

OREM D. (1987) - Soins infirmiers: les concepts et la pratique. Montréal: Décarie.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco (2000) - Autonomia e Independência. In: NETTO, Matheus Papaléo- Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu. ISBN-85-7379-109-8.

PHAUNEUF, M (1993) - Cuidados de Enfermería: El proceso de atención de enferme. Madrid: Megraw Hill Editeurs. ISBN- 84-486-0034-7.

PISCO, Luís (2001) - Instituto da Qualidade em Saúde em demanda de melhores serviços. In: Qualidade em Saúde, Ano 1, nº0, Junho.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro de 1996 (lei de Base da carreira de Enfermagem).

PORTUGAL, Ministério da Saúde; Ministério do Trabalho e Solidariedade Social (pt) (1998) – Despacho conjunto nº 407/98 de 18 de Junho (II Série): Orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência. Lisboa. p.62

ROSA, T.E.; BENÍCIO, M.H.D.; LATORRE, M.R.D.O.; RAMOS, L.R. (2003) - Factores Determinantes da capacidade funcional entre idosos. In: Revista Saúde Pública, vol.37, nº1.

RICE, Robyn (2004) - Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários: conceitos e aplicações. Lusociência. ISBN-972-8383-460.

ROACH, Sally S. (2003) – Introdução à Enfermagem Gerontológica. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

ROGERS, Carl R. (1997) - Tornar-se Pessoa. Lisboa: Moraes Editora, 4ª ed.

SANTOS, Purificação Custódio dos (2000) – A depressão no idoso. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN- 972-8535-61-9.

SERRALHEIRO, Mª (1994) - Pressupostos para cuidar melhor em enfermagem. In: Secretaria Regional dos assuntos Sociais (Acção Formativa).

SIMÕES, M. (1995) – Depressão nas idades avançadas. In: Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia. Temas geriátricos- I. Lisboa: Roche farmacêutica química, p.294.

SIQUEIRA, Ana Barros et al (2004) - Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. In: Revista Saúde Pública, vol.38, nº5.

SOFAER, S. & FIRMINER, K. (2005) - Patient perceptions of the quality of health services. Annual Review of Public Health, nº26, p.513-559.

SOUSA, Susana M<sup>a</sup> Rancon de (1993) - Caracterização de idosos dependentes nas freguesias de Lordelo, Matosinhos e Leça da Palmeira. In: Revista Geriatria, Ano 6, nº56, Junho, Lisboa. ISSN-0871-5386.

VILÃO, Óscar (1995) - Entre a vida e a Morte: ser doente em fase terminal. Jornadas Entre a Vida e a Morte. Coimbra E.S.E.B.B.

VOURI, H.A. (1991) – A qualidade da saúde. Caderno de Ciência e Tecnologia 1: saúde em debate, nº3, p.17-24.

WATSON, Jean (1985) - Nursing: The philosophy and science of caring. In: Boulder 2<sup>o</sup>ed, Colorado: Associated University Press.

## **CAPÍTULO 2**

Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a idosos hospitalizados



## **PROMOVER A QUALIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM A IDOSOS HOSPITALIZADOS.**

**Maribel Domingues Carvalhais\* e Liliana Sousa\***

\* Doutoranda em Ciências da Saúde

Sessão Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro, 3810- 193, Aveiro

mari.carvalhais@sapo.pt

\*\*Professora Auxiliar com Agregação

Sessão Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro, 3810- 193, Aveiro

Lilianax@cs.ua.pt

### **RESUMO**

Este estudo exploratório procura contribuir para compreender melhor como se pode promover a qualidade dos cuidados de enfermagem a idosos dependentes em contexto hospitalar. Assim, procura-se contribuir para a sensibilização e formação de enfermeiros na prestação de cuidados de qualidade a idosos dependentes e melhor definir cuidados relacionais a idosos dependentes. A metodologia adoptada foi o photovoice, um método participativo (qualitativo) que usa a fotografia e a voz para aceder ao mundo dos outros e torná-lo acessível a *nós*. A amostra envolve 3 enfermeiros, com idades entre os 26 e 43 anos, sendo 2 do sexo feminino. Os principais resultados sugerem que a promoção dos cuidados de enfermagem a pessoas idosas dependentes envolve: i) trabalho e decisão em equipa multidisciplinar; ii) mais recursos materiais e humanos; iii) melhores condições físicas e formação adequada. Paralelamente, o principal obstáculo à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade centra-se na escassez de recursos e na desorganização, que se traduzem em falta de tempo, condições de trabalho e dificuldade de adaptação dos enfermeiros. Além disso, os participantes salientam a importância do envolvimento da família, considerada parte da unidade de cuidado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados de enfermagem; qualidade; idosos hospitalizados

## 2.1. INTRODUÇÃO

As exigências de qualidade de cuidados de saúde têm vindo a crescer, assim como o recurso jurídico-legal em defesa dos direitos de quem os utiliza. Na última década, evoluiu-se em Portugal de forma qualitativa e quantitativa na melhoria das condições de saúde. Contudo, não podemos esquecer que os indicadores estatísticos disponíveis para medir níveis de saúde são, em geral, incapazes de reconhecer aspectos importantes de natureza qualitativa (Hespanha, 1993), sendo a competência relacional dos enfermeiros, aquela que os utentes idosos mais valorizam (Martinho, 2001).

Viver mais tempo numa sociedade mais envelhecida é um desafio. A dissociação entre longevidade e boa saúde é uma característica da nossa época, mas não pode ser subestimada. Depois dos 60 anos de idade tendem a acentuar-se as despesas com a saúde e a hospitalização começa a ocorrer.

O envelhecimento humano tem impacto na sociedade e, em particular, no sistema de saúde. A equipa de enfermagem é (co)responsável pelo cuidado a idosos hospitalizados, devendo possuir conhecimentos, habilidades e motivação para cuidar das pessoas idosas. A promoção de cuidados de qualidade a pessoas idosas é um dos campos na enfermagem que requer especificidades. Por isso, os enfermeiros necessitam de habilidades clínicas peculiares, facilidade de relacionamento humano e de manifestações de afecto e respeito por pessoas idosas, elementos essenciais para a qualidade da prestação de cuidados (Creutzberg & Santos, 2002). A hospitalização representa, particularmente para as pessoas idosas, uma ameaça e um desafio, que podem ser vivenciados de diferentes formas, de acordo com diferentes factores, como seja a capacidade de adaptação, experiências prévias ou representações de saúde e doença (Moniz, 2003). Assim, os enfermeiros devem estar atentos, respeitar e valorizar as queixas, ou seja, prestar cuidado pessoal e individual. O envelhecimento populacional é um fenómeno recente (apesar de ter dimensão mundial), por isso a formação e a investigação são ainda insuficientes.

A investigação tem demonstrado que os cuidados aos idosos dependentes são prestados mais apressadamente ou até com algum desrespeito (Baltes & Silverberg, 1995; Parahiba & Simões, 2006). Alguns profissionais tendem em dispensar o tempo mínimo necessário a estes utentes, buscando justificações no cumprimento de rotinas impostas pela instituição. Noutras situações, os sentimentos pessoais sobre o envelhecimento e a idade

podem ser negativos ou estereotipados, podendo comprometer o cuidado. Essas circunstâncias podem, por exemplo, levar o idoso a atitudes de não aderência ou falta de cooperação (Lenardt *et al.*, 2006). O conhecimento de algumas realidades de assistência ao idoso dependente hospitalizado, assim como a preocupação com a promoção e qualidade dos cuidados prestados e sua humanização, constituem as finalidades deste estudo.

## **2.2. O CONTEXTO HOSPITALAR**

O hospital, antes considerado marginal e dirigido a uma população pobre e flutuante, passou a ser central na sociedade actual, tornando-se na segunda metade do século XX, uma organização social dominante, sendo aí que se vem ao mundo e se morre (Petitat, 1989). O grande hospital tende a apresentar os traços estruturais que caracterizam as instituições totalitárias, por exemplo: isolamento dos doentes em relação ao mundo que os rodeia, promiscuidade na organização do agrupamento dos doentes, cumprimento de regulamentos que programam o seu quotidiano, apreciação dos comportamentos dos doentes a partir de referência única à ideologia centrada na doença.

Os idosos são tradicionalmente internados nos serviços de medicina dos hospitais, embora os serviços resistam a assumir este facto, devido à elevada especialização médica e muita tecnicidade no actual contexto hospitalar. Isto apesar das várias tentativas que têm sido feitas para gerir de forma diferente esta realidade (Alcântara *et al.*, 1993; Brito, 1994; Henriques, 1993). O serviço hospitalar assegura os exames de diagnóstico e o tratamento dos doentes, bem como o seu internamento. Agrupa os meios técnicos mais importantes e respectivos profissionais, conjugando as competências mais diversas e complexas. Por isto, é também o alvo auto-seleccionado dos idosos e suas famílias, em virtude da sua representação quase milagrosa, face à falência da organização a que ocorreram ou poderiam ocorrer: o centro de saúde. O hospital surge como guardião da saúde, lugar onde *tudo se resolve*, numa sequência imparável de medicalização dos problemas sociais (Campos, 1986; Carapineiro, 1993; Costa, 2000; Page, 1994).

### 2.3. OS IDOSOS NO CONTEXTO HOSPITALAR

Os idosos constituem um grande grupo de utilizadores do hospital, pelos seus baixos rendimentos, e por que constituem grupos tendencialmente mais excluídos. O hospital oferece a (virtual) possibilidade de refazer a aliança com a sua saúde ou assegurar-lhes, pelo menos temporariamente, a sobrevivência. Os hospitais e os cuidados, ao exibirem grande tecnologia, oferecem uma imagem de eficiência e de segurança fundamental para o idoso e sua família (Costa, 1998).

Os idosos constituem o grupo que mais procura os serviços de saúde, e que tem necessidade de maior capacidade de resposta aos seus problemas individuais, pois apresentam multipatologias, que implica dos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, um conhecimento adequado sobre o processo de envelhecimento e das modificações biopsicossociais associadas (Lima *et al.*, 2002).

A doença e a hospitalização na velhice envolvem significados especiais, pois associam-se, ou tornam reais, o medo da dependência física e/ou a percepção de que a morte se aproxima. Representam particularmente para a pessoa idosa, uma ameaça e um desafio, que podem ser vivenciados de diferentes formas, de acordo com diferentes factores, como sejam a capacidade de adaptação, as experiências anteriores, as representações de saúde e de doença (Correia, 1996; Moniz, 2003).

Os ambientes hospitalares são desconhecidos, despersonalizados e, como tal, percebidos como ameaçadores (Correia, 1996; Linhares & Cunha, 1999; Watson, 1985). Pereira (2000) refere que o indivíduo, quando internado, quer recuperar-se. Contudo, é necessário um ambiente favorável, confortável e seguro, para que sejam alcançados os objectivos de promoção e recuperação da saúde do idoso. Além disso, muitos idosos chegam ao hospital com problemas de auto-estima, pois algumas vicissitudes da vida são fonte de depressão e sentido de inutilidade, por exemplo a reforma e a perda de um papel social activo; a orientação social para a juventude e a desvalorização da experiência de vida criam no idoso a ideia de que já não é útil.

O internamento gera diversas emoções e conflitos que, por vezes, o idoso tem dificuldade em vivenciar, resolver ou até verbalizar, levando-o a um estado de depressão, desorientação e declínio intelectual, muitas vezes irreversível e comprometedor da sua posterior qualidade de vida (Correia, 1996; Linhares & Cunha, 1999).

Nestas circunstâncias, as alterações no ritmo e contexto de vida inerentes aos internamentos hospitalares acabam por ter efeitos mais gravosos, por exemplo: as quedas são mais frequentes, devido à diminuição da visão periférica e pela dificuldade em encontrar os óculos num contexto diferente do habitual; o ciclo de descanso e sono é alterado e o idoso sente-se desorientado. Em resultado, a depressão é comum, mesmo nos pacientes que não dão entrada deprimidos, porque o novo ambiente acentua a sensação de incompetência e pode decorrer uma diminuição do funcionamento cognitivo, devido à desorientação que os novos ritmos hospitalares e diferentes medicações causaram no idoso (Ermida, 1995; Rabkin, 1989).

Um factor que pode contribuir para este facto é o baixo nível de estimulação sensorial que caracteriza algumas situações de internamento, nomeadamente quando é necessária a imobilização. Outro é a perda de privacidade que pode provocar intenso desconforto: de repente parece não haver reservas em invadir a sua intimidade (a função corporal, a vida pessoal e emocional do doente, é abordada com *estranha* naturalidade por uma infinidade de profissionais, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas ou psicólogos). Além disso, os indivíduos podem ser sujeitos a exames onde o seu corpo, antes pessoal e privado, é exposto e manipulado. A perda de privacidade é tão evidente quanto aparentemente ignorada. Para além de partilharem o seu quarto, muitas vezes sem uma cortina que os separe do *vizinho*, tendo que ouvir as conversas, queixas e sofrimento dos outros, tudo parece indicar que não há espaço que lhes pertença e que possam, minimamente, controlar (Afonso *et al.*, 1996; Linhares & Cunha, 1999). O idoso vivência uma situação de perdas contínuas: diminuição do suporte social e familiar, perda do estatuto profissional e económico, declínio físico, maior frequência de doenças físicas e de incapacidade. Este elenco de perdas pode ser suficientes para a alteração comportamental, em especial a desorientação e agitação motora, erradamente vistas como patológicas.

Na idade avançada é mais frequente surgirem fenómenos degenerativos ou doenças físicas capazes de produzir sintomatologia depressiva (Ballone, 2006; Linhares & Cunha, 1999). A imobilidade, dor, ansiedade, necessidade de hospitalização e reabilitação podem também precipitar uma depressão (Ballone, 2006). No idoso hospitalizado é comum encontrarmos o *delirium*, que resulta de complicações hospitalares ou de cuidados hospitalares inadequados. Há autores que recomendam a casuística do *delirium* como um marcador da qualidade do atendimento hospitalar (Ballone, 2005).

## 2.4. OS CUIDADOS AO IDOSO HOSPITALIZADO

Uma hospitalização tende a reforçar os sentimentos negativos do idoso e a remetê-lo para uma postura mais passiva e regressiva. Esta situação pode acentuar-se se os profissionais de saúde reforçarem a ideia de que o idoso é incompetente. Por exemplo, a investigação demonstra que as crenças sobre a velhice, por norma negativas, podem enviesar a interpretação do que o idoso afirma (Caris-verhallen, Kerkstra & Bensing, 1997): os idosos são julgados (por comparação com doentes mais novos) como tendo menos competências cognitivas. Costa (1998), quando estudou a imagem dos enfermeiros acerca dos idosos, verificou que os enfermeiros tendem a considerar que as pessoas idosas só por serem idosas justificam os cuidados, ou seja, equivale-se “ser velho” e doença. Outra imagem dos idosos relaciona-se com a sua dependência, face à falta de poder de decisão dos idosos nos cuidados, e verifica-se alguma passividade dos enfermeiros neste contexto.

O idoso hospitalizado entra num ciclo vicioso de cuidados, levando muitas vezes a essa imagem de dependência. O utente é hospitalizado com uma doença, sendo o meio hospitalar adverso. Também as rotinas hospitalares levam o utente idoso a ser tratado como dependente (incapaz de...), sendo substituído nos cuidados, podendo levar à atrofia das capacidades.

Neste âmbito podemos identificar como relevante que os requisitos de autocuidado dos pacientes se encontram afectados, sendo possível afirmar que o paciente, como indivíduo responsável e participante no processo, é capaz de realizar as acções de autocuidado e de procurar estratégias que lhe possibilitem lidar com as rotinas impostas pela hospitalização. Os papéis do enfermeiro e do paciente são complementares, ambos trabalham em conjunto para alcançar a meta do autocuidado (Orem, 1993). Muitas vezes isto não se verifica, não sendo instituído um plano de reabilitação. O idoso após o internamento torna-se totalmente dependente, levando a mais doenças crónicas e ao reforço do *ageism*, que pode facilitar novas hospitalizações.

O internamento hospitalar associa-se a diversos problemas e riscos específicos para a população idosa (Rabkin, 1989), principalmente porque o envelhecimento enfraquece diversos mecanismos fisiológicos protectores. Warshaw (1998) refere que a redução da reserva fisiológica e da capacidade de adaptação a meios não familiares coloca estes

pacientes em risco de complicações e perda funcional progressiva, com maior risco de complicações médicas e iatrogénicas, havendo na hospitalização um impacto negativo na capacidade funcional. Assim, a dependência associada à hospitalização pode levar ao idoso a um desgaste psicossocial, ao risco de infecção e a agudização da dependência. Paralelamente, esta associação acarreta aumento dos custos hospitalares e inflaciona o número de reinternamentos. Em Portugal há mais de 75 mil reinternamentos/ano (cerca de metade são pessoas com idade igual ou superior a 65 anos); e mais de 290 mil internamentos/ano são superiores a 7 dias (Pignatelli, 2006). Alguns estudos demonstram uma associação significativa entre o comprometimento funcional e o aumento do número de dias de hospitalização (Inouye *et al.*, 2000; Sager *et al.*, 1996). Um dos riscos dessa associação é o repouso prolongado no leito durante a hospitalização (Siqueira *et al.*, 2004). Costa (1998) justifica esta dependência pela representação de uma ajuda obrigatória ao idoso e ao aumento de trabalho que decorre da maior dependência dos idosos. O poder de quem cuida e o pouco poder de quem é cuidado justificam também a situação de dependência que os idosos vivem.

Para promover cuidados de melhor qualidade é necessário desenvolver uma acção global, agindo-se simultaneamente sobre o ambiente, que não deve constituir um factor de agravamento da dependência, e sobre a pessoa idosa. A acção dirigida à pessoa idosa deve valorizar menos os défices, muitas vezes irreversíveis, e mais as capacidades remanescentes, sempre frágeis, ameaçadas por agressões ou crises resultantes da fraca adaptabilidade que caracteriza o envelhecimento.

## **2.5. OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO IDOSO HOSPITALIZADO**

Neste contexto o papel do enfermeiro é fundamental para a qualidade de vida e melhoria da situação de saúde do doente e promoção do envelhecimento bem sucedido. Frequentemente ouvem-se críticas e queixas desagradáveis da parte dos utilizadores, as quais não contribuem para uma imagem da qualidade dos cuidados. Isso é demonstrado nos resultados obtidos por Duarte (1996), em que as pessoas referem a necessidade de apoio psicológico a contrastar com a falta de compreensão, sobretudo dos profissionais de saúde mais jovens. A satisfação dos utentes dos cuidados hospitalares é influenciada pela

satisfação dos cuidados de enfermagem, e esta constitui um factor importante na decisão do utente voltar ou não ao hospital (Williams, 1997).

As expectativas de cuidados de enfermagem variam com os indivíduos e dependem de vários factores, nomeadamente do referencial sócio-educativo e cultural, personalidade e estado de saúde. A sua concretização baseia-se na experiência consciente e subjectiva que o indivíduo vivencia durante o contacto que estabelece com o enfermeiro (Marques, 1999). Esse contacto estabelece-se aquando da prestação de cuidados que podem ser de manutenção ou de reparação.

Os cuidados de manutenção são os cuidados de vida que estão na origem da prática de cuidados; situam-se na prática de enfermagem numa realidade ampla, envolvendo uma dimensão afectiva, com implicação de gestos de ternura, intimidade, amparo e solicitude (Collière, 1989). Marques (2000) estudou a percepção dos cuidados de enfermagem por utentes hospitalizados, tendo verificado que valorizavam: relação de ajuda, higiene, comunicação pedagógica, conforto, banho terapêutico e disponibilidade. Na relação de ajuda o utente não se limita a executar uma tarefa, mas fornece ao utente condições para satisfazer as suas necessidades de forma independente (Lazure, 1994). Outra das percepções mais significativas foi a comunicação (verbal ou não verbal), sendo de salientar o carinho pelo toque (acção que envolve movimentos corporais com estimulação cutânea interactiva). Por conseguinte, a pele é o órgão de recepção de estímulos sensoriais particularmente eleito para, através do toque, possibilitar carinho com significado humano. A este toque podemos chamar de toque terapêutico (Krieger, 1996). Muitas vezes é através do toque que comunicamos com os idosos dependentes. Os cuidados de reparação são os que tem por fim limitar a doença (Collière, 1989). Marques (1999) verificou que os cuidados deste tipo mais valorizados por utentes hospitalizados eram: alívio da dor (o mais importante), administração terapêutica, execução de pensos, avaliação da tensão arterial. O alívio da dor está na origem da prática de cuidados, é uma responsabilidade fundamental do enfermeiro, correspondente ao objectivo de aliviar o sofrimento humano, contemplada no código ético (Serrão, 1997).

Vários estudos acerca da percepção de cuidados de enfermagem na perspectiva do utente hospitalizado demonstram (Luker *et al.*, 1998) que os utentes preferem as relações enfermeiro-utente, pois estes profissionais utilizam uma linguagem mais acessível e pragmática, além de demonstrarem mais disponibilidade para o atendimento.



Durante a *restrição* hospitalar, os enfermeiros são as pessoas com quem os doentes têm o contacto mais frequente e contínuo. Cuidar envolve estar com e não fazer pelo doente; a presença no cuidado é diferente da prestação de cuidados (Cunha & Linhares, 1999; Smith & Vogel, 2003). Assim, há que prestar cuidados tendo em atenção: o tempo do doente e não o tempo do enfermeiro; estabelecer tempo para relação; transformar rotinas estéreis em momentos importantes de encontro com o utente; colocar-se no lugar do doente como modo de o compreender; prestar cuidados personalizados (Gomes, 2003). O ambiente e a prestação de cuidados deve realizar-se de modo que a dependência seja minimizada e a independência funcional seja maximizada, devendo prestar cuidados criativos, inovadores e independente (Matteson & McConnell, 1988). Mas, muitas vezes esta situação de parceria é bloqueada pela: sobrecarga de trabalho; grau de dependência do doente; doentes confusos, agitados, deprimidos. A prática dos cuidados de enfermagem desenvolve-se também, em função das orientações político e administrativas, socioeconómicas e tecnológicas, que o meio institucional gera e segrega. Também, a baixa dotação de pessoal de enfermagem nos serviços para idosos, falta de tempo e de recurso, podem levar à a execução de cuidados de enfermagem por tarefa, falta de motivação (Berger & Mailloux-Poirier, 1991; Cadete, 1994; Costa, 1998; Gomes, 2003; Moniz, 2003; Personne, 1991).

Através destes dados torna-se claro que o enfermeiro necessita de formação e educação para compreender melhor o envelhecimento dos idosos. Em Portugal, a formação inicial dos enfermeiros em cuidados às pessoas idosas têm sido de baixa incidência curricular (Costa, 1998). A prática de enfermagem à população idosa aglutina-se em torno da satisfação das necessidades humanas básicas de sobrevivência e nos cuidados dependentes da prescrição médica (Costa, 1998). Apesar da baixa incidência curricular são muitos os enfermeiros que prestam cuidados no seu quotidiano aos idosos. Actualmente, a formação dos enfermeiros para a prestação de cuidados, para além do desenvolvimento de conhecimentos específicos e de importantes aptidões no domínio dos cuidados, a enfermagem deve centrar-se num vasto campo de acção, que vai da pessoa idosa totalmente saudável à pessoa dependente.

## 2.6. OBJECTIVOS

A investigação parte de uma situação problemática: “qualquer questão não resolvida e que é objectivo de discussão, em qualquer domínio do conhecimento” (Gil, 1989: 137). Os estudos sobre a prestação de cuidados de enfermagem a idosos dependentes, confusos e/ou desorientados, têm demonstrado que os enfermeiros tendem a interagir menos e a centrarem-se mais em cuidados físicos (secundarizando a interacção psicossocial) (Caris-Verhallen, Kerkstra & Bensing, 1997). Ou seja, o cuidado de enfermagem a idosos dependentes hospitalizados tendem a decorrer centrados nos cuidados técnicos. Apesar da literatura em enfermagem enfatizar a necessidades dos cuidados relacionais a todos os pacientes, na prática os enfermeiros sentem dificuldade em incorporar esta vertente, pela falta de tempo e pela dificuldade em interagir com alguém que não dá *feedback*. Mais especificamente, este estudo centra-se no contexto hospitalar e pretende atingir os seguintes objectivos: i) identificar os cuidados de enfermagem a prestar aos pacientes idosos dependentes; ii) aprofundar o conhecimento sobre as dificuldades/obstáculos (emocionais, institucionais, relacionais, ...) que os enfermeiros sentem na promoção de uma relação de cuidados mais expressivos a idosos dependentes; iii) identificar factores que facilitam e dificultam a prestação de cuidados mais relacionais pelos enfermeiros; iv) identificar modos de fomentar, sensibilizar e motivar os enfermeiros para a prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes.

## 2.7. METODOLOGIA

O método de recolha dos dados foi o photovoice. Trata-se de um método participativo (qualitativo) que usa a fotografia e a voz como meio para aceder ao mundo dos outros e torná-lo acessível. Serve como instrumento de recolha de informação e como criador de comunidade (processo grupal), estimulando os participantes a expressarem a sua visão, no sentido literal e figurativo. As fotografias permitem aceder às realidades diárias dos participantes e assenta na compreensão dos indivíduos como *experts* nas suas vidas (Wang *et al.*, 1996; Wang *et al.*, 1998; Wang, 1999). Este método surge em 1994 com os trabalhos

de Carolina Wang (Universidade de Michigan) e Mary Ann Burris (Universidade de Londres) com um estudo na área da promoção e educação para a saúde.

### 2.7.1. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DOS DADOS

O photovoice foi adaptado aos objectivos deste estudo. Aliás, o método é flexível e prevê a adaptação a diversos tópicos de pesquisa e intervenção. O photovoice é um processo para as pessoas identificarem a sua vivência pela fotografia (imagem), discutindo-a em grupo (voz). Visa promover a mudança social e tem sido utilizado com diversas populações (Wang *et al.*, 1998; Foster-Fishman *et al.*, 2005; Finney & Rishbeth, 2006): refugiados, crianças de rua, sem-abrigo. Wang *et al.* (1998) indica que envolve três finalidades: capacitar as pessoas para reflectirem sobre os seus problemas e potencialidades; promover o diálogo sobre temas importantes através da discussão grupal e da fotografia; envolver elementos influentes da comunidade para promover a mudança (este objectivo não foi incorporado neste estudo).

O photovoice desenvolve-se nas seguintes fases (Wang *et al.*, 1998; Foster-Fishman *et al.*, 2005; Finney & Rishbeth, 2006).

1. Conceptualização do problema. Neste projecto reporta-se à qualidade dos cuidados de enfermagem a pessoas idosas dependentes.

2. Definição das finalidades e objectivos. As finalidades são: analisar os cuidados de enfermagem às pessoas idosas dependentes em contexto hospitalar e reflectir sobre obstáculos e potencialidades para melhorar a sua qualidade.

3. Seleccionar e recrutar os participantes. Foram recrutados enfermeiros que trabalham num serviço de medicina num hospital.

4. Conduzir o *Photovoice*. Este é a fase de desenvolvimento dos grupos com os participantes. O grupo começa por discutir o problema proposto e redefini-lo de acordo com as suas perspectivas. Em seguida, treinam-se os participantes para tirarem fotografias, apresenta-se o tema inicial a fotografar, tiram-se as fotografias e facilita-se a discussão grupal sobre as fotografias. Deve promover-se a reflexão crítica e o diálogo, através da selecção das fotografias para discussão, sua contextualização, relato e registo escrito das histórias das fotografias. Esta fase comportou 8 diversas sessões, em que cada sessão centra um tema/questão (quadro I).

### Quadro I- Descrição das sessões

Sessão	Tópicos de discussão
1ª Sessão	Apresentação dos membros do grupo e do projecto Breve apresentação do Photovoice Apresentação e discussão do problema Introdução da primeira questão
2ª a 7ª Sessão	Apresentação das fotografias e discussão Seleccção por cada participante da fotografia que melhor responde à questão e discussão Seleccção da fotografia pelo grupo e discussão Introdução da questão seguinte.
8ª Sessão	Apresentação de todas as fotografias e discussão sobre o problema inicial: “Como promover cuidados de enfermagem de qualidade a idosos dependentes?” Análise do impacto da participação no estudo.
<b>Questões</b>	
1. O que é o cuidado em enfermagem?	
2. O que é ser idoso dependente?	
3. O que é o cuidado de enfermagem ideal a um idoso dependente no contexto hospitalar?	
4. O que é o cuidado de enfermagem real a um idoso dependente no contexto hospitalar?	
5. O que impede que o cuidado de enfermagem real se afaste do ideal?	
6. O que facilitaria que o cuidado de enfermagem real se aproximasse do ideal?	

As sessões foram moderadas pela autora e desenvolvidas através de um guião. Tiveram uma duração entre 60m e 90m e todas foram gravadas (com autorização dos participantes) e transcritas. Na recolha de dados foram sentidas algumas dificuldades: i) os participantes referiram dificuldades em retratar em fotografia a sua representação acerca do tema; ii) a moderadora (autora) refere a tendência do grupo para dispersar o discurso (por exemplo, referência a vivências do serviço); iii) a marcação das sessões foi difícil, pois era necessário conciliar horários de participantes que fazem turnos. A recolha dos dados decorreu entre Abril e Setembro de 2008, e as sessões tiveram o espaçamento de 1 a 2 semanas. Foi também assegurada a confidencialidade dos dados (todos os participantes assinaram o consentimento livre e informado).

### 2.7.2. AMOSTRA

A amostra por conveniência compreende 3 enfermeiros que trabalham em serviços de medicina em contexto hospitalar. É este serviço que recebe normalmente as pessoas idosas devido ao tipo de patologia (médica) associadas ao envelhecimento. Não foi possível seleccionar mais participantes, pois quase sempre se recusavam justificando com falta de tempo.

Inicialmente o projecto foi submetido à Comissão de Ética do Hospital Infante D. Pedro (Aveiro) que aprovou a pesquisa. Depois foi solicitada e obtida autorização de um hospital para a realização do estudo nessa instituição. No sentido de recrutar os participantes, a autora efectuou uma breve apresentação do projecto para os enfermeiros chefes dos serviços hospitalares de medicina, indicando problema, objectivos e metodologia e a participação solicitada. No final, deixou um resumo do projecto e do método, juntamente com uma ficha de inscrição, solicitando que divulgassem o pedido de participação. Após cerca de 1 semana recolheram-se as folhas de inscrição, verificando-se existirem 6 inscritos. Marcou-se uma reunião com cada um para explicar mais em detalhe o projecto e a colaboração solicitada. Os 6 acederam em participar e assinaram os consentimentos livres e informados. Contudo, 3 participantes desistiram já no decorrer das sessões, por falta de disponibilidade: 2 após a 1ª sessão; 1 após a 2ª sessão. Assim e porque já tinha iniciado as sessões o grupo ficaram apenas com 3 enfermeiros, que participaram em todas as reuniões: 2 são do sexo feminino (Teresa e Joana) e 1 do masculino (Delfim\*), com idades compreendidas entre os 26 e 43 anos.

### 2.7.3. ANÁLISE DOS DADOS

Todas as sessões foram gravadas, transcritas e submetidas a análise de conteúdo por três juízes independentes (a autora, a orientadora e uma enfermeira especializada). Neste processo considerou-se a literatura e investigação na área da qualidade do cuidado em enfermagem e da dependência na velhice, mas procurou-se ser descritivo e manter, sempre que possível, o discurso dos participantes (mantendo as suas palavras e/ou expressões).

---

\* Todos os nomes são fictícios.

Além disso, decidiu-se sempre que possível adoptar as categorias sugeridas pelo grupo e partir das fotografias eleitas em cada sessão.

O processo envolveu a construção de categorias e subcategorias que traduzissem a opinião dos participantes em cada sessão. A criação e teste do sistema de categorização seguiram um processo de refinamento sucessivo. As entrevistas foram lidas e revistas para fazer a selecção do material relevante. Com base num processo de codificação aberta, foram decompostas em unidades de análise, sendo critério de definição a representação de uma ideia única. Procedeu-se, então, à criação de categorias e subcategorias (quadro II).

## **Quadro II- Categorias e subcategorias**

### **O que é o cuidado em enfermagem?**

- 1. *Mão*
  - 1.1. Humanizar
  - 1.2. Dialogar/comunicar
  - 1.3. Executar
  - 1.4. Estar disponível

### **O que é ser idoso dependente?**

- 1. Necessitar de ajuda
  - 1.1. Precisar da execução de técnicas
  - 1.2. Ter sido abandonado pela família

### **O que é o cuidado de enfermagem ideal a pessoas idosas dependentes**

- 1. Satisfazer as necessidades do doente
  - 1.1. Envolver a família
  - 1.2. Personalizar o ambiente
  - 1.3. Monitorizar e executar rotinas

### **O que é o cuidado de enfermagem real a pessoas idosas dependentes**

- 1. Cuidados reais prestados no limite
  - 1.1. Quartos sobrelotados
  - 1.2. Excesso de doentes por enfermeiro
  - 1.3. Excesso de medicação
  - 1.4. Falta de apoio da família

### **O que afasta os cuidados reais do ideal**

- 1. Escassez e desorganização
  - 1.1. Falta de tempo
  - 1.2. Isolamento protector
  - 1.3. Falta de condições físicas

1.4. Dificuldade de adaptação dos enfermeiros

**O que facilitaria que o cuidado real em enfermagem se aproximasse do ideal**

1. Trabalho e decisão em equipa multidisciplinar

1.1. Material

1.2. Condições de trabalho

1.3. Formação

---

## **2.8. RESULTADOS**

Passamos, agora, a apresentar os dados, seguindo o planeamento das sessões realizadas através do photovoice com os participantes.

### *1ª Sessão*

Na primeira sessão abordou-se a pertinência do tema (promover cuidados de enfermagem de qualidade a pessoas idosos dependentes em contexto hospitalar); os participantes consideraram o tema “muito relevante” e referem que: o cansaço e a falta de tempo acabam por se traduzir em menos humanização dos cuidados (“há muitas rotinas”).

### *2ª Sessão: O que é o cuidado em enfermagem?*

A definição que emergiu para o cuidado de enfermagem foi traduzida pela fotografia que representa uma mão. Os participantes entendem que o cuidado em enfermagem envolve *dar conforto, carinho e disponibilizar tempo*, ou seja, traduz-se no que é sumariado nos registos (técnicas, avaliação e componente humana). Os participantes afirmam que se baseiam muito nos conceitos apreendidos durante a licenciatura, que afirmam serem centrados mais na *técnica*. O cuidado em enfermagem é traduzido em quatro subcategorias: humanizar, dialogar/comunicar, executar e estar disponível.

Os enfermeiros que participaram no grupo afirmam que para humanizar os cuidados é necessários sermos humanos e estabelecer uma relação de proximidade:

*“Acima de tudo humanizar os cuidados é sermos humanos em relação a outra pessoa”* [Joana, 29 anos]

O diálogo e comunicação que ocorre quando os enfermeiros demonstram confortar e escutar a família e o doente, são elementos fulcrais para criar a relação de proximidade.

“ [a humanização ocorre] *a ensinar a utente, dar-lhe conforto, conversar ...* ” [Joana, 29 anos]

Os enfermeiros mencionaram a execução técnica como uma das componentes principais no cuidado de enfermagem, que se reflecte em certos actos: por exemplo puncionar, criando uma sensação de proximidade entre o utente e o enfermeiro. Sublinham que na execução de técnicas está subjacente a humanização e o diálogo; como exemplo indicam a importância da execução respeitar a privacidade do utente.

“*Não é só as questões técnicas ou execução de uma técnica, mas sim a relação de proximidade...*” [Joana, 29 anos].

Referem que a prestação de cuidados de qualidade exige disponibilidade emocional e de tempo do enfermeiro; salientam que com frequência os cuidados perdem alguma qualidade pois os enfermeiros têm falta de tempo.

“*Precisamos de conversar, de estar com o doente, de ter disponibilidade, o que muitas vezes não temos*” [Teresa, 26 anos]

### *3ª Sessão: O que é ser idoso dependente?*

Para os participantes ser idoso dependente significa “necessitar de ajuda”. E nessa ajuda incluiu-se “precisar da execução de técnicas”, pois um idoso dependente e doente (é hospitalizado por estar a viver algum momento agudo de doença) precisa de cuidados variados, por exemplo, em termos de alimentação, posicionamentos, pensos. Sublinham que estas técnicas têm de ser executadas com humanidade; aliás, muitas vezes, a falta de tempo implica que a componente humana seja activada principalmente durante a execução das técnicas.

“*Em todos os cuidados nós damos a nossa parte humana. Mesmo que seja uma técnica eu tenho que compreender o doente que está ali*” [Joana, 29 anos]

Ser idoso dependente significa também precisar de ajuda por “*ter sido abandonado pela família*” Isto verifica-se em algumas situações em que a família não *quer os idosos em casa* e estes continuam internados até a assistente social arranjar uma instituição (o que é difícil). Muitas vezes a família até leva os idosos para casa, mas pouco tempo depois voltam para o hospital (falta de cuidados por parte dos familiares), parecendo uma *bola de pingue-pongue*.

“*Os familiares não querem os idosos em casa e primeiro que a assistente social encontre um lar, os utentes estão no hospital mais uns dias!*” [Delfim, 43 anos]



*4ª Sessão: O que é o cuidado de enfermagem ideal a pessoas idosas dependentes?*

Os participantes referem que os cuidados de enfermagem ideais são aqueles que “*satisfazem as necessidades do doente*” como pessoa, o que engloba a família e outros significativos. Esses cuidados devem ser efectuados num ambiente ideal (posicionamento, alimentação, hidratação e avaliação das necessidades humanas básicas) e executados correctamente (*tal como aprendemos*), ou seja, com técnica correcta e humanidade. O cuidado ideal em enfermagem exige ainda: envolver a família; personalizar o ambiente; e monitorizar e executar rotinas.

O envolvimento e participação da família nos cuidados são fundamentais. Para tal os enfermeiros entendem que deveria ser alargado o horário de visitas (o que aconteceu na instituição onde estes profissionais trabalham logo após estes grupos terem terminado). Os enfermeiros afirmam que, por norma, os familiares de pessoas idosas aparecem para curtas visitas e para perguntar ao médico *se está tudo bem*. Quando se pede a sua colaboração em algumas actividades (por exemplo, alimentação) tendem a recusar.

*“É essencial a família, porque a família faz parte da identidade pessoal de cada pessoa e além disso a família tem que se responsabilizar por aquela pessoa...”* [Joana, 29 anos]

Os participantes salientam a importância de “personalizar o ambiente”; por exemplo, referem que para prestar cuidado de enfermagem ideal eram necessários quartos individuais ou no máximo com duas camas, música e televisão, garantindo a privacidade dos doentes; os quartos deveriam ter um espaço para os doentes terem alguns objectos pessoais (tais como fotografias ou objectos religiosos); também alertam para a necessidade de existir um espaço para os enfermeiros colocarem *as suas coisas*.

*“Os utentes não têm objectos pessoais: fotografias, jarra de flores; não tem espaço para isso!”* [Teresa, 26 anos]

Os participantes referem, ainda, que para prestar cuidados ideais é necessário monitorizar e executar rotinas com humanidade. Uma rotina básica é o posicionamento, para prevenção e conforto. Em relação a monitorização (avaliação do doente) esta é vista como fundamental para o cuidado ser adequado.

*“Nem sempre se faz por indisponibilidade de tempo. Quando se faz não se esta com o utente. É para ver se o utente esta bem!”* [Teresa, 26 anos]

*5ª Sessão: O que é o cuidado real de enfermagem a pessoas idosas dependentes?*

A definição que emerge indica que os cuidados de enfermagem reais são “prestados no limite”. Normalmente prestam cuidados a doentes idosos muito dependentes, com ocupação total das camas do serviço; nestas circunstâncias os cuidados técnicos são assegurados, mas os de cariz mais humano são relegados para um segundo plano. Os cuidados de enfermagem reais são traduzidos em quatro subcategorias: quartos sobrelotados; excesso de doentes por enfermeiros; excesso de medicação; e falta de apoio dos familiares.

A existência de muitas camas nos quartos dificulta a prestação de cuidados, aumentando a infecção cruzada e limitando a privacidade dos doentes. No caso dos doentes idosos a situação agrava-se se têm de ficar mais tempo internados porque as famílias não os vêm buscar.

*“Dificuldade de prestar cuidados por falta de espaço... numa ocasião, para se ter um bipap, teve-se que retirar a mesa-de-cabeceira!” [Delfim, 43 anos]*

Com esta sobrelotação verifica-se que o número de enfermeiros é insuficiente para os doentes internados, principalmente porque são idosos, muito dependentes, necessitando de muitos cuidados; acaba por se prestar apenas os cuidados técnicos das rotinas.

*“Nas férias deviam passar a ser 6 enfermeiros de manhã. Os cuidados tem que ser prestados na mesma!” [Joana, 29 anos]*

O cuidado real caracteriza-se pelo excesso de medicação, pois estes doentes necessitam devido à sua condição e grau de dependência.

*“A medicação é toda retirada no turno da tarde. Algumas vezes quando dá tempo prepara-se antes ou durante a passagem de turno!” [Teresa, 26 anos]*

O cuidado real ocorre sem o apoio da família na prestação dos cuidados, pois demonstram pouco interesse quando solicitados; no entanto, sublinham que a organização do serviço não contribui para esse envolvimento.

*“Muitas vezes quando solicitados não demonstram interesse nenhum. Mas, também não há condições!” [Teresa, 26 anos]*

*6ª Sessão: O que afasta os cuidados reais do ideal?*

Os participantes consideram que os cuidados reais de enfermagem se afastam dos ideais, principalmente, pela “escassez e desorganização do serviço”. Os enfermeiros têm de se adaptar à escassez de material (por exemplo de monitores, bombas ou seringas perfusoras) e espaço e à desorganização de gestão (por exemplo, má articulação entre

serviços). Esta situação consubstancia-se em cinco subcategorias: falta de tempo; pouco contacto com os doentes isolados; falta de condições físicas; e dificuldade de adaptação dos enfermeiros.

A falta de tempo é uma consequência directa da desorganização e escassez de recursos, que na prática implica tempo, por exemplo, a tentar arranjar material, o que retira tempo para os cuidados directos aos doentes.

*“O utente vem do SU com Amiodarona, a necessitar de bomba perfusora, podiam telefonar a comunicar, para nós tentarmos arranjar se não tivéssemos!”* [Joana, 29 anos]

A desorganização que resulta em falta de tempo verifica-se em diversas circunstâncias: gestão de materiais, falta de definição de competências de cada profissional (*tudo o que não está definido sobra para o enfermeiro*) e deficiente articulação entre serviços. Para além disso, muitas vezes resulta em constantes interrupções aquando da prestação de cuidados. Os enfermeiros afirmam que têm de deixar o doente e ir atender o telefone ou interrompem a preparação da medicação, porque alguém nos chamou ao telefone.

*“Muitas vezes temos que deixar o utente para ir atender o telefone. Um telefonema que grande parte das vezes não é para nós (pessoal de enfermagem)!”* [Delfim, 43 anos]

Os enfermeiros afirmam que existe pouco contacto com os doentes isolados (aqueles que devido à sua patologia estão no quarto isolado para sua protecção e dos outros); só contactam esses doentes para prestar cuidados técnicos, privando-os da companhia dos outros e dos profissionais de saúde.

*“O doente fica ali muitas vezes isolado do mundo. Só quando olhamos para o quadro, ou verificamos algum cuidado é que nós lembramos do utente!”* [Delfim, 43 anos]

A falta de condições físicas (escassez de espaço e materiais) é mais um dos entraves.

*“A estrutura é má mas consegue-se resolver os problemas desde que haja uma boa organização. Por exemplo: vamos pedir 50 pensos porque estamos em contenção, sabendo que são precisos 100. Se faltar depois pede-se a outros serviços!”* [Joana, 29 anos]

Nestas condições os enfermeiros enfrentam dificuldades de adaptação ao serviço. Muitas vezes vão contra as próprias convicções.

*“O esforço que é feito por todas as pessoas, mediante as condições que existem e por aquilo que nos é imposto, os colegas tem que se adaptar. Muitas vezes indo contra as suas convicções, mas fazem!”* [Teresa, 26 anos]

*7ª Sessão: O que facilitaria que o cuidado real se aproximasse do ideal?*

Essencialmente, os participantes consideram que os cuidados reais se podiam aproximar dos ideais através de “trabalho e decisão em equipa multidisciplinar”, o que facilitaria a continuidade e consistência dos cuidados (por exemplo, existir uma forma de proceder a fazer pensos) e a distribuição dos doentes por enfermeiro tendo em conta o grau de dependência e não um número fixo por enfermeiro. Além disso, permitiria melhor tomada de decisões, que muitas vezes são discutidas na passagem de turno por elementos da equipa de enfermagem, não incluindo outros profissionais de saúde.

*“Se num serviço em que não há material, em que faltam algumas coisas, se a equipa não trabalhar em conjunto para o bem-estar do doente, não se conseguiria nada!”* [Joana, 29 anos]

Uma equipa multidisciplinar organizada e articulada entre serviços facilitaria a “existência e disponibilidade do material e equipamento” necessário para realizar e executar bons procedimentos.

*“Se tivermos bom equipamento, como no caso do desfibrilhador que agora temos, podemos prestar bons cuidados”* [Joana, 29 anos]

O mesmo seria de esperar em relação à melhoria das “condições de trabalho”, incluindo: espaços físicos adequados (por exemplo, menos camas por enfermaria), pessoal em número adequado; maior motivação por parte das *chefias*; mais atenção às sugestões dos enfermeiros. Os participantes salientam a necessidade de existir apoio administrativo para o atendimento telefónico.

*“Se as enfermarias fossem no máximo de 3 camas, com cortinas de individualização, prestaríamos melhores cuidados e cuidados individualizados ao utente!”* [Delfim, 43 anos]

Para além disso, facilitaria a “formação” dos profissionais de saúde, pois a inexistência de formação ao longo da vida torna os cuidados ao doente, pelo menos, desactualizados. De facto, é exigido que a instituição tenha um plano de formação anual consistente com as necessidades e para colmatar algumas lacunas na prestação de cuidados. Mas, com frequência, esse plano não é respeitado.

*“A formação que se faz é a que se faz lá fora, por nossa conta...Não há grandes incentivos!”* [Teresa, 26 anos]

*8ª Sessão: Promover cuidado de qualidade a idosos dependentes*

As conclusões dos participantes acerca da promoção de cuidados de qualidade a idosos dependentes em contexto hospitalar assentam em cinco tópicos: apoiar/comunicar com o doente; estar com o doente; colher dados; hidratar/alimentar; conforto/privacidade.

Os participantes relevam o apoio e comunicação com o doente que tem de se estabelecer, mostrando ao doente *a nossa disponibilidade*. Nem sempre os doentes têm esta percepção devido à falta de tempo e escassez de enfermeiros. Por isso, os enfermeiros acabam por “estar com os doentes” aquando da colheita de dados, que pode ser realiza de forma próxima e, de alguma forma, minimizar a limitação dos cuidados expressivos que não são prestados por falta de tempo. Os participantes sublinham que a hidratação e alimentação são elementos cruciais e prioritários para a promoção de cuidados de qualidade a idosos dependentes. Reforçam, ainda, a importância do conforto e privacidade; designadamente, durante a realização das técnicas verificar se o utente está confortável e se há privacidade.

Como fotografias que resumem este processo os participantes escolheram: o apoio e a comunicação com o doente (Figuras I e II).

**Figura I- Apoio ao Doente**



**Figura II- Comunicação com o doente**



O comentário às fotografias indica que: mais do que executar uma técnica é necessário considerar a realização humana. Relativamente ao método photovoice os participantes referiram como dificuldades a falta de tempo e dificuldade em fotografar ideias e conceitos: *a fotografia é estática e às vezes não representa bem o que queremos*. Como impacto da participação neste estudo referem: a reflexão acerca do cuidar, que ajuda a melhorar o desempenho.

## **2.9. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A enfermagem ao longo da sua trajectória tem sido associada aos termos cuidar e assistir, com frequência utilizados de forma indiferenciada (Waldow, 1998). O conceito de cuidar é anterior à emergência da profissão de enfermagem, apresentando na história com uma estreita ligação à prática religiosa, pois procura oferecer conforto físico e espiritual, assim como abrigo e alimento. Com o movimento reformista de Florence Nightingale, o cuidar assume uma nova faceta centrada em agir com conhecimento (Donahue, 1985; Elliis & Harthey, 1995; Toney & Alligood, 1999). E, aquando da revolução industrial as especialidades médicas assumem-se mais pela cientificidade e pela idolatria da técnica que se reflecte na enfermagem (Gomes, 2000; Gomes, 2002). Actualmente, o cuidar em enfermagem tende a ser caracterizado pelos comportamentos e atitudes demonstradas nas

acções que lhe são pertinentes, reguladas por lei e desenvolvidas com competência no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer. As competências são as qualidades necessárias ao desenvolvimento das atitudes de enfermagem que se traduzem por conhecimento, habilidades e destreza manual, criatividade, sensibilidade, pensamento crítico, julgamento e tomada de decisão. Os comportamentos e as atitudes são entendidos como cuidado e envolvem (Waldow, 2006): respeito, gentileza, amabilidade, compaixão, responsabilidade, disponibilidade, segurança, apoio e conforto. Na actual fase de evolução da enfermagem discute-se e questiona-se o seu conhecimento adoptando abordagens pluridimensionais. Apesar de ainda ser forte a influência do modelo biomédico, nota-se a tendência para abordagens mais humanistas. Observa-se a tendência para privilegiar a pluralidade de perspectivas, que permite discutir diferentes formas de pensar, fazer e ensinar enfermagem. Em consequência, visualiza-se uma era de desafios, que conduz os profissionais a conviverem com uma heterogeneidade de ideias no processo de cuidar (Waldow, 2008). O exercício da enfermagem está regulamentado por lei e engloba uma série de competências, entre as quais: destreza manual e técnica, pensamento crítico, conhecimento e intuição. Contudo estas competências não são suficientes para que o profissional seja um verdadeiro cuidador, pois necessita de uma componente afectiva, relacional, seja por palavras, silêncio, toque, olhar ou um gesto (Waldow, 2008).

Passamos a discutir os resultados obtidos tendo em conta aos objectivos deste estudo.

#### *Identificar os cuidados de enfermagem a prestar aos pacientes idosos dependentes*

O Decreto-lei nº 191/96 de 4/9 apresenta o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), definindo a enfermagem como: “profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados ao ser humano são ou doente ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”. Os resultados indicam que os enfermeiros perspectivam a enfermagem de acordo com a definição e funções atribuídas teórica e legalmente.

Os enfermeiros que participaram no estudo valorizam mais a parte humana do cuidar (incluem também a componente técnica), que representam através da fotografia “mão”, uma imagem tradicionalmente associada à enfermagem como símbolo da sua capacidade

evolutiva (fazer e transformar). Para os participantes a “mão” representa um saber-fazer (executar) que não se esgota no efeito técnico, mas tenta responder à necessidade de alguém, através da humanização, do diálogo/comunicação e do estar disponível. Em termos conceptuais os participantes parecem orientar-se por uma abordagem mais humanista, que se define pelas atitudes centradas no interesse pelo desenvolvimento e bem-estar da pessoa, abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espiritual. O humanismo compreende-se pela seguinte citação: “a preocupação máxima do Homem deve ser o próprio Homem e tudo o que significam os seus interesses, problemas e posição na vida” (Cordeiro, 2000, pag. 61). Assim, a humanização no contexto da enfermagem tem como base a ciência, porém deve manter-se centrada na pessoa humana, ambiente e família (Genovez *et al.*, 2005).

A vertente humana dos cuidados tende a ser a mais valorizada pelas pessoas idosas, constituindo a condição essencial para a qualidade do cuidado em enfermagem que se pretende individualizado (Adam, 1991). Luz (2008) estudou a percepção da qualidade do cuidado de enfermagem em utentes (idosos) internados em especialidades médicas e verificou que “explicar e educar” constituem elementos fulcrais para que o doente entenda a sua situação actual e tratamentos a serem executados. Os participantes salientam como a técnica e a afectividade coexistem e se complementam e realçam a importância de “estar disponível”. Marques (1999) estudou a percepção dos cuidados de enfermagem em doentes hospitalizados, verificando que a indisponibilidade era dos aspectos mais significativos, pois centrava a relação entre o enfermeiro e a pessoa idosa, comprometendo o envolvimento no processo de cuidados e na relação futura.

No entanto, apesar dos participantes valorizarem mais a competência humana é na competência técnica que a sua prática se centra. A maioria dos cuidados de enfermagem prestados pelos participantes nos serviços de medicina hospitalares dirigia-se a pessoas idosas dependentes e centra-se na técnica e nas rotinas. Há alguma inconsistência no discurso dos participantes: por um lado, na definição dos cuidados de enfermagem valorizam a componente afectiva, embora reconhecendo que na sua prática essa acaba por assumir um papel secundário face à componente técnica; por outro lado, consideram que uma pessoa idosa dependente é aquela que “necessita de ajuda”, isto é “precisa da execução de técnicas”. Ou seja, parece que a harmonia entre técnica e afectividade ainda é um processo em desenvolvimento.



As pessoas idosas dependentes são ainda caracterizadas como “abandonadas pela família”. Contudo, a pesquisa sobre o apoio familiar a pessoas idosas indica que o apoio se concentra na família e que o abandono pela família é mais um mito e limita-se a uma percentagem reduzida de pessoas idosas. Por exemplo: Walker (1999) analisou o apoio familiar a idosos incapacitados e dependentes e verificou que 79,3% viviam com familiar(es) com ou sem apoio formal; Sousa *et al.* (2003) verificaram que 65,9% dos idosos com mais de 74 anos vivia com a família. Provavelmente, os enfermeiros que trabalham em serviços de medicina hospitalares confrontam-se com situações específicas, que parecem não ser a mais comum na população; ou, então, estão influenciados pelo mito do abandono familiar. Há ainda a considerar que algumas famílias se recusam a levar as pessoas idosas para casa após a alta hospitalar alegando que não têm condições para os receber nos domicílios e que não há vagas nas instituições. Com frequência esta atitude é catalogada como desinteresse e abandono familiar, mas pode também ser muito realista. De facto, o aumento das pessoas idosas com dependência não tem sido acompanhado pelo desenvolvimento proporcional de estruturas sociais e de saúde, impedindo à família uma resposta eficaz a estas dificuldades. Além disso, as alterações estruturais e funcionais na família (tais como a integração da mulher no mercado de trabalho, aumento das e/migrações) exigem que o apoio familiar seja combinado com o apoio formal, isto é, a família que quer cuidar dos seus elementos idosos dependentes precisa de instituições e profissionais que apoiem (Marin & Angerami, 2002; Caldas, 2003).

Os participantes referem o abandono pela família associado a situações em que tentam preparar a alta convocando os familiares e alguns não demonstram interesse. O cuidador familiar tem recebido pouca atenção dos profissionais de saúde que actuam em contexto hospitalar, principalmente no sentido de o capacitar para a continuidade dos cuidados. Marin & Angerami (2002) caracterizaram um grupo de idosos hospitalizados e seus cuidadores visando o cuidado pós alta hospitalar; verificaram que as dificuldades referidas pelos cuidadores para cuidar da pessoa idosa incidiram na situação financeira, falta de habilidade/competências para os cuidados, dificuldades em alterar o estilo de vida (por exemplo, deixar o emprego e adaptar o espaço físico da residência) e não concordância de todos os elementos da família (por exemplo, alguns filhos não desejavam contribuir).

O cuidado às pessoas idosas dependentes emerge como individualizado, ou seja, centrado no utente; a família não recebe cuidados, ou seja, não faz parte da unidade de

cuidado, apenas se exige que após a alta hospitalar leve o familiar para casa e cuide dele. Mas, não se atende às necessidades da família. O cuidar tem vindo a ser organizado em procedimentos, tarefas, tecnologias e rotinas hospitalares para lidar com a doença, fragmentando a pessoa em especialidades distintas, que acaba por impor o distanciamento dos familiares (Pires, 2005).

Os participantes assumem que executam as técnicas em rotinas, essencialmente por falta de tempo e recursos humanos, mas esforçam-se por as efectuar de forma humanizada. As rotinas incluem os horários do banho, refeições e as associadas às prescrições médicas (como colheita de sangue e medicação). Estas rotinas hospitalares têm sido referidas como um aspecto negativo (Weydt et al, 2004): apesar de serem essenciais para responder às necessidades e fazerem parte da experiência normativa de uma instituição, também acarretam algum distanciamento entre os enfermeiros e utentes e, por consequência, com os familiares (Bocchi *et al.* 2007).

Os participantes referem que o cuidado ideal a idosos dependentes assenta nas “necessidades do doente”, sendo para tal necessário o “envolvimento da família” e a “monitorização e execução de rotinas”. Contudo, indicam que os cuidados reais são “prestados no limite” (sobrelotação dos quartos, excesso de doentes por enfermeiro, excesso de medicação e falta de apoio pela família).

#### *Factores que facilitam e dificultam a prestação de cuidados pelos enfermeiros*

Os dados sugerem que o principal obstáculo à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade é a escassez de recursos e a desorganização, traduzidas em falta de tempo e de condições físicas e dificuldade de adaptação por alguns enfermeiros. O ambiente social e organizacional em que se trabalha condiciona a dinâmica de funcionamento, podendo mesmo retirar o doente do centro da acção. A escassez de recursos humanos e materiais e a desorganização desencadeiam um ambiente de trabalho nas enfermarias onde impera a rapidez, agitação, cumprimento de tarefas e elevada taxa de rotatividade dos doentes pelas camas, proporcionando o desenvolvimento de mecanismos de defesa nos enfermeiros que diminuem a sua sensibilidade (Martinho, 2001; Knobel, 1998) e afastando os cuidados do ideal. Os participantes reconhecem que as pessoas idosas dependentes requerem mais tempo de cuidados de enfermagem, mas reclamam que os gestores raramente têm isso em consideração. A sobrelotação é outro problema: quando as enfermarias já estão cheias

acrescentasse mais uma cama, o que retira privacidade ao doente e dificulta a execução de algumas técnicas. Os participantes referiram ainda os doentes que vão para a sala de isolamento protector; para as pessoas que estão nestas condições há que agrupar técnicas num momento de cuidar, mas depois a agitação do dia acaba por impedir que tenham alguma atenção. O forte enraizamento do modelo biomédico, centrado no doente e na patologia, nos cuidados de enfermagem justificará a prevalência dos cuidados psicobiológicos na percepção positiva dos enfermeiros (Costa, 2000). A ênfase colocada na realização de tarefas sugere uma prática centrada na doença, que se traduz na dedicação quase somente nas actividades que decorrem da prescrição médica.

Costa (2000) refere que os enfermeiros tendem a identificar factores inibidores da sua competência, extrínsecos a si, com especial relevo para a falta de enfermeiros e de condições de trabalho. Isto mesmo ocorre neste estudo, contudo a escassez de recursos nem sempre é impeditivo da prestação de cuidados de qualidade, pode ser geradora de formas inovadoras e criadoras para a resolução dos problemas (Cabete, 2004). A falta de enfermeiros, que se traduz em falta de tempo para prestar cuidados, pode permitir que encontremos tempo para aquilo que consideramos prioritário.

Como meios facilitadores de uma boa prestação de cuidados os participantes referem o envolvimento da família e a personalização do ambiente. A família é considerada fundamental, pois parte da unidade de cuidado, mas não pode ser vista apenas como um recurso, pois há que ter em conta o impacto da hospitalização na família. A equipa de saúde nem sempre se mostra acolhedora com a família, que pode estar a vivenciar um processo de intenso sofrimento (Silva *et al.*, 2004). Pena & Diogo (2005) estudaram factores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idosos hospitalizado e verificaram que, na perspectiva dos cuidadores, a equipa de enfermagem poderia promover a participação do familiar através de: apoio emocional e cognitivo, informações sobre quando e como participar nos cuidados e sobre as condições da doença e limitações do paciente.

Há ainda que ponderar as situações de pessoas idosas dependentes que não têm família, cujas famílias não tem condições financeiras ou em que os familiares precisam de trabalhar e não podem prestar os cuidados (Caldas, 2003). Marin & Angerami (2002) estudaram um grupo de idosas hospitalizadas e seus cuidadores visando o cuidado pós alta hospitalar; verificaram que o cuidador recebe pouca atenção dos profissionais de saúde no

sentido de o capacitar para a continuidade dos cuidados. Penas & Diogo (2005) estudaram os factores facilitadores da participação dos cuidadores familiares e verificaram que pode ser motivada pela informação acerca da possibilidade de participar no planeamento, tomada de decisão e avaliação do cuidar. Contudo, Caldas (2003) verificou que, no momento da alta hospitalar, os familiares raramente recebem informações claras sobre a doença, orientação ou apoio para os cuidados ou indicação de um serviço para prosseguir o tratamento; a orientação é superficial e centrada na medicação, alimentação e retornos.

Os participantes salientaram a necessidade de personalizar o ambiente, por exemplo tendo um espaço para colocar objectos pessoais do utente, garantir a privacidade do utente e ter música e/ou TV nos quartos; também referem a importância de um espaço para colocar os utensílios de enfermagem.

A arquitectura hospitalar tem passado por um processo de transformação em função da preocupação com o bem-estar dos pacientes, o que lança mudanças nas instalações e tratamentos de saúde. Esta nova visão abrange a humanização dos ambientes hospitalares, aproximando o ambiente físico dos valores humanos, tratando o Homem como foco principal do projecto. A humanização de ambientes tenta promover ao seu utente conforto físico e psicológico e aponta ainda algumas considerações através de atributos ambientais que provocam estímulos sensoriais benéficos aos seres humanos (tais como luz, cor, som, aroma, textura, forma), além de analisar aspectos ambientais, sensoriais e comportamentais (Horevicz & Cunto, 2007).

#### *Fomentar a prestação de cuidados de enfermagem a pessoas idosas dependentes*

Os cuidados aos idosos podem ser simultaneamente: preventivos, curativos, paliativos, ligados à cronicidade e à saúde mental. Para Berger & Poirier (1991) “*o trabalho com pessoas idosas, durante muito tempo, foi percebido como fácil e pouco exigente, no plano de actividades e das habilidades; hoje é reconhecido como um domínio especializado e complexo*” (citado por Costa, 1998: 74). Os participantes consideram que para uma boa prestação de cuidados de enfermagem é essencial o trabalho e decisão em equipa multidisciplinar. Referem que uma equipa organizada e articulada entre serviços facilitaria a prestação de cuidados as pessoas idosas.

Destacam que a boa prestação de cuidados seria promovida se houvesse mais material, melhores condições de trabalho e formação adequada. Nas condições de trabalho referem a

importância da motivação por parte das chefias, que para além de coordenar um serviço (pedido de matérias, efectuar horários...) também dessem incentivos e palavras de conforto. A satisfação profissional interfere na qualidade dos cuidados prestados. Dias (2005) estudou a liderança em enfermagem e verificou que um dos factores cruciais que interpela a motivação profissional é o tipo de liderança. A motivação percebida dos enfermeiros subordinados centra-se nas necessidades fisiológicas (como dinheiro, férias) e nas de pertença (por exemplo, reconhecimento, elogio), mais do que nas necessidades de auto-realização (tais como trabalho criativo, desenvolvimento de habilidades), desejáveis para profissionais de enfermagem diferenciados e autónomos. A liderança percebida dos enfermeiros-chefes é orientada para a relação interpessoal.

Segundo o Decreto-Lei nº 412/98 de 30 de Dezembro, os serviços prestadores de cuidados de saúde devem assegurar a formação contínua dos enfermeiros, tendo estes o direito à utilização 42 horas por ano, em comissão gratuita de serviço, para efeitos de actualização e aperfeiçoamento profissional, mediante despacho do respectivo órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço. Os participantes referem que nem sempre esta indicação é respeitada, o que implica que os enfermeiros têm de fazer formação nas horas vagas.

#### *Limitações e perspectivas de pesquisa*

Como limitações deste estudo salientamos a dimensão reduzida da amostra, que decorreu do método de recolha de dados que causava receios nos participantes e lhes ocuparia muito tempo. Contudo, o método de recolha é rico e pode desvanecer alguns limites. Como perspectivas de pesquisas futuras seria interessante ultrapassar estas limitações e recolher dados em diferentes contextos hospitalares. Usar métodos de recolha paralelos para comparar; ouvir outros envolvidos: os idosos, os familiares e outros profissionais; conhecer boas práticas.

## **2.10. CONCLUSÃO**

O cuidado é o fundamento da ciência e da arte da enfermagem. Este cuidar é uma actividade que vai além do atendimento às necessidades básicas do ser Humano em

momentos de fragilização. É o compromisso com o cuidado existencial que envolve também: auto-cuidado, auto-estima, auto-valorização, cidadania (Caldas, 2000).

As pessoas hospitalizadas são geralmente assistidas de forma “mecânica”, sendo os aspectos de natureza relacional frequentemente negligenciados. Por exemplo, o utente deixa de ser tratado pelo nome e passa a ser um número de leito ou alguém portador de uma determinada patologia. Neste contexto, o indivíduo fica despojado da sua identidade, e não só porque deixou de doente e deixou a condição de “saudável”, mas principalmente porque passa a estar num local “estranho” que gera medo, insegurança e ansiedade (Gomes & Fraga, 1997). Estas circunstâncias dificultam a adaptação e recuperação. A comunicação torna-se uma ferramenta indispensável no processo de humanização, constituindo a “mola mestra” que mobiliza a assistência ao utente e sua família; portanto, não deve ser entendida como um mero processo de transmissão de informações, mas compreendida como uma possibilidade de entendimento entre pessoas (Gomes, Anselmo & Filho, 2000).

A existência de uma equipa multidisciplinar é de grande valia para cuidar do utente como um todo, pois o cuidado transcende o acto de assistir centrado na doença, no fazer, nas técnicas ou nos procedimentos. Significa, também, reconhecer os utentes e seus familiares como seres Humanos singulares, vivenciando um difícil momento de suas vidas (Genovez, 2005).

Os enfermeiros que participaram neste estudo valorizam mais a parte humana do cuidar, sem excluir o relevo da componente técnica. Aliás, salientam como a técnica e a afectividade coexistem e se complementam, realçam assim a importância de “estar disponível”. No entanto, apesar dos participantes valorizarem mais a competência humana, reconhecem que é na competência técnica que a sua prática se centra. A maioria dos cuidados de enfermagem prestados pelos participantes nos serviços de medicina hospitalares dirigia-se a pessoas idosas dependentes e centra-se na técnica e nas rotinas. Há alguma inconsistência no discurso dos participantes: por um lado, na definição dos cuidados de enfermagem valorizam a componente afectiva, embora reconhecendo que na sua prática acaba por assumir um papel secundário face à componente técnica; por outro lado, consideram que uma pessoa idosa dependente é aquela que “necessita de ajuda”, isto é “precisa da execução de técnicas”. Ou seja, parece que a harmonia entre técnica e afectividade ainda é um processo em desenvolvimento. Os participantes assumem que

executam as técnicas em rotinas, essencialmente por falta de tempo e recursos humanos, mas esforçam-se por as efectuar de forma humanizada.

As pessoas idosas dependentes são caracterizadas como “abandonadas pela família”, referindo a necessidade de “envolvimento da família” para um cuidado ideal. Assim, o cuidado ideal a idosos dependentes assenta nas “necessidades do doente”, sendo para tal necessário o “envolvimento da família” e a “monitorização e execução de rotinas”. Contudo, os participantes indicam que isto não se verifica nos cuidados reais, que são “prestados no limite” (por exemplo: sobrelotação dos quartos, excesso de doentes por enfermeiro, excesso de medicação e falta de apoio pela família).

Como meios facilitadores de uma boa prestação de cuidados os participantes referem o envolvimento da família e a personalização do ambiente. Para além disso, é preciso trabalhar e decidir em equipa multidisciplinar.

## **BIBLIOGRAFIA**

ADAM, Evelyn (1991) – Ser Enfermeiro: um modelo conceptual. Lisboa: Editora Instituto Piaget. Coleção Medicina e Saúde. ISBN-972-9295-86-7.

AFONSO, José de Abreu et al (1996) - Saúde e Desenvolvimento – In: Sinais Vitais. Coimbra: Formasau, 1ª ed. ISBN- 972-96-96680-4-3.

ALCÂNTARA P.; RAMALHINHO V.; GORJÃO C.; COSTA N.(1993) – Internamento de doentes muito idosos num serviço de medicina interna. In: geriatria, nº6, p. 17-22.

BALLONE, G.J (2005) – Delirium. In: psiquitria.Web internet, disponível emURL: [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br), revisto em 2005.

BALLONE, G.J. (2006) - Depressão no Idoso. In: Psiquiatria Web internet, disponível em URL: [www.psiquiatria.med.br](http://www.psiquiatria.med.br), revisto em 2006

BALTES, M.M; SILVERBERG S. (1995) - A dinâmica de dependência: autonomia no curso de vida. In: Neri A. L. Psicologia do envelhecimento; Temas seleccionados na perspectiva do curso de vida. São Paulo: Papyrus.

BERGER, L. et al. (1991). Soins Geriatriques, problèmes complexes et interventions autonomes. Montréal: Ed. Maloine.

BRITO, Paulo et al (1994) – Análise do internamento do doente idoso num serviço de medicina. In: Geriatria, nº7, p.22-27.

BOCCHI, Silva Cristina M. et al (2007) - Familiares visitantes e acompanhantes de adultos e idosos hospitalares. In: Revista Latino Enfermagem, vol.15, nº2, Março/ Abril.



BRUNO, Carla T. da Silva; MARQUES, Marília Braga & SILVA, Maria Josefina (2006) – In: Revista da Enfermagem do Nordeste Fortaleza: Rone, vol.7 nº1, Abril. ISSN-1517-3852.

CABETE, Dulce Gaspar (2004) – O idoso, a doença e o hospital. Loures: Lusociência, p. 175. ISBN- 972-8383-89-4.

CALDAS, C. P.(2000) - O sentido do ser cuidando de uma pessoa idosa que vivencia um processo demencial. Dissertação de Doutorado em Enfermagem na Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

CALDAS, Célia Pereira (2003) - Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família. In: Saúde Pública, vol.19, nº3, Maio/Junho, Rio de Janeiro.

CARIS-VERHALLEN, W.; KERKSTRA, A.; BENSING, J.(1997) - The role of communication in nursing care for elderly people: a review of the literature. In: Journal of Advanced Nursing, nº25, p. 915-933.

CAMPOS, M.A. (1986) – O hospital de dia como alternativa assistência em psiquiatria. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

CARAPINHEIRO, Graça (1993) – Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Edições Afrontamento, p. 295.

COLLIÉRE, Maria Françoise (1989) – Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Sindicato dos enfermeiros Portugueses, Outubro. ISBN 972-95420-0-7.

CORDERO, G.A. (2000) - Humanismo em Enfermaría. In: Revista de Enfermaría Santiago, vol.8, nº2, p. 61-63.

CORREIA M. (1996) - Vivências do Idoso e da família perante um internamento hospitalar. In: Geriatria, nº 88, p. 24-6.

COSTA, Maria Arminda Mendes Costa. (1998) - Enfermeiros: Dos percursos de formação à produção de cuidados. Lisboa: Fim de Século Edições Lda, p.74. ISBN 972-754-125-9.

COSTA, Maria Arminda S. Mendes (2000) – Formação e Práticas Geriátricas dos Enfermeiros: estudo etnográfico numa unidade de Medicina. Dissertação de Mestrado na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

COSTA, José dos Santos (2004) - Métodos de Prestação de cuidados. In: Millenium. ISPV nº30, Outubro.

CREUTZBERG, Marion & SANTOS, Beatriz Regina Lara (2000) - “... Se a gente não tem família, não tem vida!”: Concepções de famílias de classe popular cuidadoras de pessoa idosa fragilizada. In: Revista Gaúcha Enfermagem, vol.21, Porto Alegre, p.101-112.

DIAS, Carlos Manuel de Melo (2005) – “Liderança em enfermagem”. In: Revista Portuguesa de Enfermagem, nº 3, p. 46-52. ISSN-0873-1586.

DONAHUE, M. Patrícia (1985) – Historia de la enfermeria. Madrid: Editora Harcaut. ISBN 84-7592-239-2.

DURHAM, Jerry D. (s/d) - Aspectos psicosociales del cuidado de los ancianos.

DUARTE, Susana Filomena Cardoso (1996) - Cultura média: representação social da doença e saúde. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. (Dissertação do curso de Mestrado em Saúde Pública). Coimbra.

ELLIS, Janice Rider & HARTLEY, Célia Love (1995) – Enfermagem Contemporânea: Desafios Questões e Tendências. São Paulo: Editora Artes Médicas. 5ª Edição. Brasil. ISSN-0-397-55177-0.

ERMIDA, José Gomes (1995) - Envelhecimento demográfico, doença e cuidados de saúde. In: Temas Geriátricos, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia. 1º Tomo.

FINNEY, N. & RISHBETH, C. (2006) - Engaging with marginalized groups in public open space research: the potential of collaboration and combined methods. Planning, Theory & Practice, vol.7, nº1, p. 27-46.

FOSTER- Fishman et al (2005) - Using methods that matter: the impact of reflection, dialogue, and voice. American Journal of Community Psychology, vol.36, nº3-4, p. 275-291.

GENOVEZ, Christyna B.A. et al (2005) - Humanização no cuidado de Enfermagem hospitalar: Abordagem sobre os programas do Ministério da Saúde, vol.4, nº3, p. 269-275, Maringá. Setembro/Dezembro.

GIL, António (1989) - Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo: Editora AMAS S.A., 2ªed., p. 137.

GOMES, L. C.; FRAGA, M. N.O.(1997) - Doenças, hospitalização e ansiedade: uma abordagem em saúde mental. In: Revista Brasileira de Enfermagem, vol.50, nº3, p.425-440, Julho/Setembro.

GOMES, E. S.; ANSELMO, M. E. O.; LUNARDI FILHO, W. D.(2000) - As reuniões da equipe como elemento fundamental na organização do trabalho. Revista Brasileira de Enfermagem, vol.53, nº3, p. 472-480, Julho/Setembro.

GOMES, Idalina Delfina (2000) – A Enfermagem no Mundo de Hoje. In: Pensar Enfermagem, vol.4, nº 1, 1º Semestre. ISSN- 0873-8904-55-58.

GOMES, Idalina Delfina (2002) – O Conceito de Parcerias no Processo de Cuidados de Enfermagem ao Doente Idoso: “ O Erro de Narciso”. Dissertação de Mestrado em Comunicação de Saúde. Universidade Aberta de Lisboa.

GOMES, Idalina, Delfina (2003) – O doente Idoso como Parceiro no Processo de Cuidados de Enfermagem. Dissertação apresentada no âmbito do Mestrado em Comunicação em Saúde. In: Pensar Enfermagem, vol.7, nº2, Setembro, p. 15-33.

HENRIQUES (1993) – Para uma sociologia fenomenológica da experiência quotidiana. In: Revista crítica das ciências sociais, Junho, p. 117-130.

HESPANHA, M. J. Ferros (1993) - Para além do estado: a saúde e a velhice na sociedade providência. In: Santos, Boaventura Sousa, Org- Portugal: um retrato singular. Porto: Afrontamento.

HOREVICZ, Elisabete Cardoso Simão & CUNTO, Ivanóe De (2007) - A humanização em interiores de ambientes hospitalares. In: Revista Terra e Cultura, nº45, Ano 23, Agosto/Dezembro.

INOUYE, S.K. et al (1998) - Importance of functional measures in predicting mortality among older hospitalized patients. In: Journal of American Geriatric Society. ISSN- 279-118793

INOUYE, S.K. et al (2000) - The Hospital Eldetlige program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. In: Journal American Geriatric Society. ISSN- 48 1697-706.

KNOBEL, E.(1998) - Condutas no paciente grave. Rio de Janeiro: Atheneu, 2ºed.

- KRIEGER (1996) – O toque terapêutico. São Paulo: Cultrix.
- LAZURE, H. (1994) – Viver a Relação de Ajuda. Lisboa: Lusodidacta.
- LENARDT, M. H et al. (2006) - O idoso institucionalizado e a cultura de cuidados profissionais. In: Cogitare Enfermagem, vol.11, nº1, Curitiba. Janeiro/Abril.
- LINHARES, L. & CUNHA, L. (1999) - A importância do Enfermeiro nos cuidados ao idoso. In: Geriatria, vol.111
- LIMA, Jaquelina Pinto et al (2002) – O idoso hospitalizado. In: Revista sinais vitais, nº41, Coimbra. Março. ISSN- 0872-8844.
- LUKER, K.A; AUSTIN, L.; HOGG, C.; FERGUSON, B.; SMITH,K. (1998) – Nurse-patient relationships: the context of nurse prescribing. In: Journal of Advanced nursing, vol.28, nº2, p.235-248.
- LUZ, Marina Bautista R. (2008) – Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. Año8, vol.8, nº1. Chia, Colombia. Abril. ISSN 1657-5997.
- MARIN, Mª José Sanches & ANGERAMI, Emília L.S. (2002) - Caracterização de um grupo de idosos hospitalares e seus cuidadores visando o cuidado pós alta hospitalar. In: Revista Escola Enfermagem USP, vol.36, nº 1, p. 33-41.
- MARQUES, Maria Isabel Dias (1999) – Os cuidados de enfermagem na perspectiva do utente hospitalizado. In: Referência, nº3, Novembro.
- MARQUES, Maria Isabel Dias (2000) - Percepção Significativa dos cuidados de Enfermagem pelos utentes hospitalares. In: Revista Referência, nº5, Novembro.

MARTINHO, Ana Maria P. Rebelo (2001) – Enfermagem agora: concepção de cuidados de enfermagem a idosos na perspectiva do enfermeiro. Trabalho elaborado no âmbito do CESE em Saúde ao Idoso e Geriátrica- E.S.E. Francisco Gentil. Enfermagem nº22. 2ª Série.

MATTESON, M. & MCCONNELL, E. (1988) – Gerontological Nursing, London: W.B. Saunders CO.

MONIZ, José Manuel Nunes (2003) – A Enfermagem e a Pessoa Idosa: A prática de cuidados como experiência formativa. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-49-5.

OREM, D. (1993) - Modelo de Orem : conceptos de enfermería en la practica. Barcelona: Massan

PAGE, M. (1994) - Os Cuidados de Saúde Primários: O Centro de Saúde na Periferia do Sistema de Saúde Português. Trabalho de Seminário apresentado ao Instituto Superior de Ciências de Trabalho e da Empresa. Lisboa.

PARAHYBA, Maria Isabel & SIMÕES, Celso Cardoso Silva (2006) - A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. In: Ciência e Saúde Colectiva, vol.11, nº4, p. 967-974. ISSN 1413-8123.

PENA, Silvana Barbos & DIOGO, Mª José D Elborex (2005) - Factores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. In: Revista Latino Americana de Enfermagem vol.3, nº5, Ribeirão Preto, Setembro/Outubro. ISBN-0104-1169.

PEREIRA, E.R. (2000) - No limiar da vida : a dimensão fenomenológica da percepção do cliente em coma. Rio de Janeiro In: Tese de Doutorado- Escola de Enfermagem Anna Nery Universidade Federal do Rio de Janeiro.

PERSONNE, M.(1991) – Soigner les personnes âgés à l'hôpital. Toulouse : Ed. Privar.

PETITAT, A. (1989) - Les infirmières: De la vocation à la profession. Montreal: Les Editions du Boreal

PIGNATELLI, Carmem (2006) - Confiem na Equipa da Saúde. In: Jornal do Centro de Saúde –“Nas suas Mãos”. Ano 2 , nº 16, Abril.

PIRES, M.R.G. (2005) - Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem. In: Revista Latino- Americana de Enfermagem, vol.13, nº 5, Outubro, p. 729-736

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-lei nº 161/96, de 4 de Setembro de 1996 (Lei de Base da Carreira de enfermagem).

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-lei nº 412/98, de 30 de Dezembro de 1998 (Reestruturação da Carreira de enfermagem).

RABKIN, M. (1989) - The acute care hospital and the elderly: framing issues. Care of the elderly patients: policy issues and research opportunities. In ROGERS, D.; BARONDESS, J; LOHR, K. Care of the Elderly Patient. Washington: Institute of Medicine.

SAGER et al (1996) - Hospital admission risk profile (harp): identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. In: Journal American Geriatric Society, vol. 44, p. 251-257.

SERRÃO, Daniel et al (1997) - Conselho de reflexão sobre a Saúde: opções para um debate nacional. Porto: CRES.

SILVA, K.L; LEITE, J.C.A; SENA R.R; SEIXAS, C.T. (2004) - A internação domiciliar e os desafios das relações interpessoais e interprofissionais. In: Revista Paul Enfermagem, nº 23, p.29-36.

SIQUEIRA Ana Barros; CORDEIRO Renata Cereda; PERRACINIA Mónica Rodrigues; RAMOS Luiz Roberto (2004) - Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. In: Revista de saúde pública, vol.38, nº 5, p. 687-694.

SMITH, Katharine V. & VOGEL, Arthur A. (2003) - A prestação de cuidados. In: Servir, vol.51, nº1. ISSN- 0871-2370.

SOUSA, Liliana, GALANTE, Helena & FIGUEIREDO, Daniela (2003) - Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. In: Rev. Saúde Pública, vol.37, nº3, p.364-371. ISSN-0034-8910.

TONEY, Ann Marrier; ALLIGOOD, Martha Raile (1999) – Modelos e teorias de enfermagem. Madrid: Editora Harcourt, 4º edição. ISBN 84-8174-348-8.

WALDOW, Vera Regina (1998) - Cuidado Humano . Porto Alegre: Sagra Luzzato.

WALDOW, V.R. (2006) - Cuidar: expressão humanizadora da Enfermagem. Petrópolis: Vozes. Rio de Janeiro.

WALDOW, V. R. (2008) - Actualização do cuidar. Colômbia: Chia, Ano 8, vol.8, nº1, Abril. ISSN-1657-5997.

WALKER, A. (1999) - Attitudes to population ageing in Europe. A comparison of the 1992 and 1999 Eurobarometer Surveys. Disponível em URL: [http://www.shef.ac.uk/socst/staff/staff\\_page\\_elements/a\\_walker/attitudes.pdf](http://www.shef.ac.uk/socst/staff/staff_page_elements/a_walker/attitudes.pdf)

WANG C.; BURRIS, M.A.& XIANG Y.P. (1996) - Chinese village woman as visual anthropologists: A participatory approach to reaching policymakers. In: Social Science and Medicine, vol.42, nº10, p. 1391-1400.

WANG, C.C.; YI, Wu Kun & TÃO, Zhan (1998) - PHOTOVOICE as a participatory health promotion strategy. Health Promotion International, vol.13, nº1, p.75-86.



WANG, Carrine C. ( 1999) - Photovoice: A participatory Action Research Strategy Applied to Women´s Health, vol.8, nº2, p.185-192.

WARSHAW,G.A et al (1998) - Functional disability in the hospitalized elderly. In: Journal of American Geriatric Society, vol. 248, p.847-850.

WATSON, J. (1985) - Human Science and human care: A theory of Nursing. New York: Appleton.

WEYDT, Carina Paiva; SILVEIRA, Daniela Bastos; TELLES, Monique; CALDAS, Célia Pereira (2004) - Grupo de convivência com idosos hospitalizados: um relato de experiência. In: Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, Janeiro/Junho, p. 116-134.

WILLIAMS, Susan Ann (1997) – The relation ship of patients perceptions of holistic nurse caring to satisfaction whith nursing care. Nurs care Qual, vol.11, nº 5. p. 15-29.

## **CAPÍTULO 3**

Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a idosos em cuidado domiciliar

## **PROMOVER A QUALIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM A IDOSOS EM CUIDADO DOMICILIAR.**

**Maribel Domingues Carvalhais\* e Liliana Sousa\***

\* Doutoranda em Ciências da Saúde

Sessão Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro, 3810- 193, Aveiro

mari.carvalhais@sapo.pt

\*\*Professora Auxiliar com Agregação

Sessão Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro, 3810- 193, Aveiro

Lilianax@cs.ua.pt

### **RESUMO**

Este estudo exploratório procura contribuir para compreender melhor como se pode promover a qualidade dos cuidados de enfermagem a idosos dependentes em cuidados domiciliar. Assim, procura-se contribuir para a sensibilização e formação de enfermeiros na prestação de cuidados de qualidade a idosos dependentes e melhor definir cuidados relacionais a idosos dependentes. A metodologia adoptada foi o photovoice, um método participativo (qualitativo) que usa a fotografia e a voz para aceder ao mundo dos outros e torná-lo acessível a *nós*. A amostra envolve 6 enfermeiros, com idades entre os 24 e 30 anos, 5 do sexo feminino. Os principais resultados sugerem que a promoção dos cuidados de enfermagem a pessoas idosas dependentes envolve: i) trabalho e decisão em equipa multidisciplinar; ii) mais recursos materiais e humanos; iii) apoio aos cuidadores informais; iiiii) as nossas mãos. Paralelamente, o principal obstáculo à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade centra-se na escassez de recursos e na desorganização, que se traduzem em falta de tempo, desordem e frustração. Além disso, os participantes salientam a importância do envolvimento da família, considerada parte da unidade de cuidado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados de enfermagem; qualidade; idosos em cuidados domiciliários.

### 3.1. INTRODUÇÃO

O progressivo envelhecimento da população, aliado a alteração da estrutura familiar, migração, desadaptação das habitações às necessidades dos idosos, grande probabilidade das alterações de saúde com a velhice, e à insuficiência dos serviços de proximidade alternativos, torna ainda difícil a manutenção dos idosos no domicílio (Paúl, 1997; Pimentel, 2001). A OMS (Organização Mundial de Saúde) estabelece como meta a ser atingida até 2020 “envelhecer com boa saúde”, ou seja, níveis de saúde que permitam aos idosos conservarem-se no contexto domiciliário, mantendo a sua autonomia, auto-estima e um lugar na sociedade (OMS, 1999).

Assim, os profissionais de enfermagem a exercer funções domiciliárias, têm uma posição privilegiada em promover cuidados de saúde e de readaptação apropriados, que reduzam o número de hospitalizações, respeitando o ambiente considerado “como o espaço social e físico das interações e interdependências dos seres humanos” (Erdmann & Silva, 2002: 73). Os enfermeiros podem também diagnosticar factores constrangedores de ordem socioeconómicos da família e orientar o idoso e sua família para as instituições competentes. Desta forma, contribuem para a promoção do auto-cuidado e da melhoria dos cuidados prestados ao idoso pela família, vizinhos, voluntários ou ajudantes domiciliários, através da sensibilização e do ensino em parceria com outros serviços e instituições (Pereira & Costa, 2007).

A literatura discute a visita domiciliar e a atenção domiciliária em diversos eventos e momentos na saúde. Em geral, nestas discussões há um objectivo para a visita domiciliar, seja para busca activa de casos como alternativa assistencial ou para realizar cuidados específicos de enfermagem (tais como, tratamento de feridas, avaliação da tensão arterial ou colocação de sondas). Poucos estudos centram a realização de visita domiciliar no conhecimento do modo de vida do idoso, comunidade em que vive, cultura, crenças e padrões de comportamento. Por isso, é de grande importância conhecer o território onde a família está inserida, seu modo de vida, podendo isso ser facilitado pela visita domiciliar, que pode ser considerada como um dos instrumentos de compreensão do viver em família. Assim, esta é uma importante ferramenta de trabalho que diferencia o profissional de enfermagem de saúde familiar. Assim, esta pesquisa procura contribuir para a promoção de cuidados de enfermagem de qualidade a idosos em cuidados no domicílio.

### 3.2. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura social e familiar, verificadas em Portugal (e um pouco por todo o mundo), são frequentemente acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade, muitas vezes susceptíveis de prevenção, tratamento e recuperação e, sempre, com possibilidade de manutenção da dignidade e da qualidade de vida.

Estima-se que nas próximas décadas aumentem substancialmente as necessidades de cuidados de saúde da população mais idosa, paralelamente a um aumento acentuado de prevalência de doenças de evolução prolongada e com elevado grau de incapacidade, as quais reclamam, sob pena de criarem situações de exclusão e desigualdade social, mudanças das políticas de saúde e de solidariedade social (Portal do Governo, 2005).

Assim sendo, a prestação de cuidados de qualidade a idosos é um desafio para a nossa sociedade. O crescente número de idosos que precisa de cuidados de saúde vários exige o desenvolvimento de cuidados de qualidade e rentáveis. São cada vez mais os idosos que optam por viver em casa, mesmo aqueles que sofrem de problemas de saúde crónicos com necessidade de assistência (Wilkerson, 2004).

A visita domiciliar pode ser considerada uma componente de cuidados de saúde, pois os serviços de saúde são oferecidos ao indivíduo e sua família em suas casa com o objectivo de promover, manter e restaurar a saúde, maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos da incapacidade e/ou doença, incluindo aquelas sem perspectiva de cura. Esta é constituída por um conjunto de actividades de carácter ambulatorio, no domicílio, com objectivos definidos, sendo estas programadas e de execução continua (Egry & Fonseca, 2000; Giacomozzi & Lacerda, 2006; Lancaster 1999; Martins, 2003; Netto, 2000; Souza et al, 2004).

A visita domiciliária tem sido um dos instrumentos historicamente utilizados no âmbito da intervenção de enfermagem de saúde pública, preferencialmente focalizando a família como alvo de atenção (Egry & Fonseca, 2000).

Os EUA foram os pioneiros nesta actividade. Nos primórdios a visita domiciliar tinha como finalidade minimizar a dor. Posteriormente a acção dirige-se para a protecção da saúde e valorização da qualidade de vida. Actualmente a visita domiciliar está mais

direccionada para a educação em saúde e consciencialização dos indivíduos em relação a sua saúde e contexto (Souza et al., 2004).

Em Portugal, os primeiros centros de saúde foram criados em 1971, denominados por “centros de saúde de primeira geração”, que tinham como objectivos a prevenção e o acompanhamento de alguns grupos de risco. Desenvolvendo fundamentalmente o que se entendia por saúde pública: vacinação, vigilância de saúde da grávida e da criança, saúde escolar, actividades de autoridade sanitária, incluindo as relacionadas com o ambiente. Os cuidados curativos extra-hospitalares eram prestados predominantemente nos postos clínicos dos serviços médico-sociais das caixas de previdência. Em Portugal, constatavam-se dois estilos de práticas que coexistiram separados, com finalidades e processos contraditórios, no entanto complementares: “uma prática de saúde comunitária com objectivos de promoção da saúde e actuação programada por valências ou programas verticais normalizados centralmente e com preocupações explícitas de qualidade nos processos; uma prática de cuidados imediatos, de resposta à procura expressa dos doentes, traduzida em elevado número de consultas, visitas domiciliárias e tratamentos de enfermagem, sem planeamento por objectivos de saúde e sem preocupações explícitas de natureza qualitativa (Branco & Ramos, 2001).

Verifica-se que os profissionais de saúde orientam a sua prática de forma a darem resposta aos problemas de saúde que pensam serem as necessidades da população, sem esta participar na tomada de decisão, assumindo a comunidade um papel predominante de receptora de cuidados (Pereira & Costa, 2007). A OMS, sob a direcção de Halfdan Mahler, na conferência internacional sobre cuidados de saúde primários em Alma-Ata, define os cuidados primários como: cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente credíveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo comportável para as comunidades e para os países; devem ser desenvolvidos num espírito de autonomia e autodeterminação, alertando para a necessidade que a comunidade, os indivíduos e as famílias participem nos “cuidados essenciais”.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) surgiu em Portugal um ano após a “Declaração de Alma-Ata” e integrou os centros de saúde com os postos dos ex-serviços médico-sociais (Organização Pan Americana da Saúde, 1978). Surgem assim os centros de saúde de 2ª

geração, em 1983. Várias reflexões, críticas e sugestões de mudança vieram dar corpo a algumas alterações, mais voltadas para a comunidade e para a família, decorrentes das recomendações dos estados membros, assumindo um compromisso público na concretização de um conjunto de metas de saúde. A reorganização estrutural está prevista no Decreto-Lei nº 157/99 de 10 de Maio, surgindo uma nova denominação de centros de saúde de 3ª geração, com autonomia de gestão administrativa e financeira, assumindo-se como parte integrante do sistema local de saúde (Ministério de Saúde, 1999). Com a reestruturação dos centros de saúde, surgem as Unidades de Saúde Familiar integradas no serviço nacional de saúde ou convencionadas, com a missão de prestação de cuidados de saúde personalizados, garantindo a acessibilidade, continuidade e globalidade (Portal de Saúde, 2007).

### **3.3. CUIDADOS DOMICILIARES A PESSOAS IDOSAS**

Na história da humanidade é incontestável a presença de pessoas idosas. Torna-se assim, uma questão relevante para a saúde pública, pois relaciona-se com o aumento dos casos de hipertensão, osteoporose, cancro e demências como a doença de Alzheimer.

As visitas domiciliárias tendem a ocorrer em situações de (Calvário & Brito, 1999): doenças neurológicas, neoplasias, demências, doenças osteomusculares e cardiovasculares. Grande parte destas doenças tem como primeira instância os cuidados hospitalares, de tratamento da doença. Os idosos têm grande probabilidade de desenvolver incapacidades funcionais que exigem algum tipo de cuidado. Mas, o elevado custo dos cuidados de saúde, o encorajamento por parte das entidades para internamentos mais curtos e o desejo do idoso ir para sua casa constituem factores que influenciam a decisão de alta para o domicílio.

Assim, os cuidados domiciliares são a alternativa mais eficaz de qualidade e de menor custo, diminuindo as perdas (Netto, 2000; Veras, 1998; Wilkerson, 2004). A política de incentivo à alta dos pacientes o mais cedo possível impõe um desafio constante aos enfermeiros: preparar pacientes e famílias para reorganizarem a vida nos seus lares de modo que possam assumir os cuidados próprios ou de familiares em poucos dias, detectando, prevenindo e controlando situações que possam ocorrer (Perlini & Faro, 2001).

Apesar disso, muitos são os problemas vividos, após alta hospitalar, pelo utente e sua família, quando no domicílio, necessitam de desenvolver tarefas para resolverem as novas situações que surgirão com o aparecimento da doença. Muitas vezes esta ansiedade deve-se a falta de informação e preparação dos familiares pelos profissionais de saúde (Dutra et al., 2004; Lavinsky & Vieira, 2004).

Os enfermeiros de cuidados domiciliários são responsáveis pela prestação de um sistema de cuidados que permita uma transição suave entre o hospital e o domicílio (Lancaster, 1999). Assim, como refere Carvalho Filho (2000), o cuidado domiciliar torna-se uma grande tendência e necessidade para a prestação técnica e de ensino ao utente e seus familiares.

Como já foi referido a visita domiciliar visa à promoção, à manutenção e à reabilitação da saúde. Para que se garanta a qualidade, eficácia e manutenção destas acções é necessário o envolvimento do utente/família, numa base de autenticidade e confiança, centrados na relação (Netto, 2000; Rice, 2004). Apesar disso, facilmente constatamos, que é a vertente curativa a mais solicitada aos enfermeiros. Mas, os cuidados domiciliários não se desenvolvem apenas na vertente curativa (ex: pensos, injeções, cateterizações, terapêutica endovenosa, ...) (Lancaster, 1999; Martins, 2003). O cuidado envolve também o ensino/educação para a saúde que se presta ao utente e família acerca de como cuidar, executar determinados procedimentos, prevenindo assim complicações, ajudando a minimizar os efeitos da doença. Também se educa para mudanças de comportamento, promovendo a qualidade de vida através da prevenção da doença e promoção da saúde. É também função do enfermeiro a supervisão dos cuidados prestados. Actualmente muitos utentes em fase terminal são tratados em suas casas em vez de o serem no Hospital, através da supervisão do alívio e controle da dor (Lancaster, 1999; Souza et al, 2004). Mas, muitas vezes essa prática é efectuada de maneira individualizada, sendo a família mera receptora/fornecedora de informação, não a implicando directamente no cuidar (Giacomozzi & Lacerda, 2006). Alguns estudos permitem supor que, embora com falta de informação, os cuidadores cuidam dos seus familiares doentes, mesmo que de forma intuitiva, com base nas suas crenças, possíveis experiências anteriores, bem como pela troca de informações com outras pessoas (amigos, vizinhos, grupos ligados a igreja, grupo de voluntários, enfim, a rede de suporte social) (Andrade, 1996; Karch, 1998).



Num estudo acerca das necessidades de informação, educação e apoio nos cuidados a idosos dependentes verificou-se que os profissionais de saúde foram a principal fonte de informação, mas referem falta de tempo e recursos para poderem dar resposta adequada a este tipo de solicitação (Calvário & Brito, 1999).

É também através da visita domiciliar que podemos avaliar as condições ambientais e físicas em que vive o indivíduo e sua família, encontrando muitas vezes barreiras arquitectónicas que podem limitar ou impossibilitar a mobilidade do idoso. O profissional desenvolve acções em interacção com a família, não valorizando apenas os problemas apresentados pelo paciente, mas observando os factores socioeconómicos, espirituais e culturais, os recursos disponíveis, as condições de higiene e segurança, e o grau de entajuda da família. Este tipo de cuidados desafia o enfermeiro a ser criativo, flexível, polivalente e a estar preparado para a prestação de cuidados ao utente e família (Lancaster, 1999; Martins, 2003; Netto, 1996; Rice, 2004; Souza et al, 2004).

Mas, a qualidade dos cuidados prestados não depende unicamente da sua efectivação sob o ponto de vista técnico. Na relação com os familiares, os profissionais procuram a confiança, satisfação e relação empática sem julgamentos. A necessidade do processo de cuidados engloba, além da competência técnica, os aspectos interpessoais e humanistas na relação que envolve enfermeiro, utente e sua família (Giacomozzi & Lacerda, 2006). Martins (2003) refere que os utentes valorizam muito serem acolhidos, escutados e compreendidos pelos enfermeiros, incluindo o comportamento não verbal (gestos, contacto visual, tom de voz), sinais que são facilmente captados pelo utente e integrados na relação que estabelecem com quem lhe presta cuidados. Estes aspectos relacionais podem comprometer ou favorecer o envolvimento nos cuidados, a evolução e êxito da sua recuperação.

As vantagens dos cuidados no domicílio são várias: maior humanização no tratamento, proporcionando maior qualidade de vida, principalmente a utentes crónicos, terminais e idosos; diminuição do tempo de internamento e permanência hospitalar; menor custo; maior interacção e aproximação entre o profissional de saúde, utente e familiar; conhecimento mais sólido das condições de saúde da comunidade; maior interacção entre a família e o profissional permitindo maior confiança para expor os problemas; maior satisfação por parte do utente e seus familiares; conhecimento das percepções sobre a qualidade de vida e saúde e, ao mesmo tempo, a avaliação da eficácia dos serviços de

saúde. Como desvantagens podemos analisar: horário de trabalho não coincidente com os afazeres familiares, dificultando a visita domiciliar; falta de disponibilidade e/ou ausência das pessoas vinculadas ao utente durante a visita; tempo gasto entre a deslocação e execução da visita; falta de capacidade dos profissionais para dar resposta a todas as visitas domiciliares (Egry & Fonseca, 2000; Fabrício et al, 2004; Souza et al, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (2005), o número de enfermeiros por habitante em contexto comunitário é um dos mais baixos, apesar da sua tendência em crescer. Em 2002, o número de enfermeiros por 100000 habitantes era de 403,1. Num estudo de Pereira e Costa (2007) acerca “os cuidados de saúde em Portugal e o cuidado ao idoso no contexto domiciliar” são apontadas seis limitações para o desempenho profissional nos cuidados domiciliares: 1) rotatividade dos enfermeiros, que limita a definição de intervenções autónomas, devido a descontinuidade temporal; 2) metodologia de trabalho centrada na tarefa; 3) deficiente comunicação e trabalho de equipa; 4) ausência de guias orientadores da prática de cuidados; 5) ausência de um processo clínico único; 6) inexistência de uma definição de filosofia de qualidade, não havendo assim uma supervisão dos cuidados prestados, nem avaliação desses cuidados.

Os enfermeiros devem questionar o sistema de saúde e reivindicar recursos que respondam as necessidades dos utentes. Muitos enfermeiros gostariam de alterar a sua prática de funcionamento, explicitando que gostariam de alterar a metodologia de trabalho, seguindo as orientações de “ a cada família o seu enfermeiro” da Ordem dos Enfermeiros (Conferência Interministerial de Munique, organizada pela Região Europeia da Organização Mundial de Saúde em 2000) (Pereira & Costa, 2007). Assim, está em curso uma reforma nos cuidados de saúde primários tendo como finalidade a melhoria dos cuidados de saúde, tornando-os centrados no cidadão, mais acessíveis e eficientes, e mantendo presente a necessidade de melhorar a satisfação dos cidadãos e profissionais de saúde (Santos et al, 2007).

A “enfermagem é uma arte e uma ciência” centrada nas pessoas e na necessidade de cuidados adequados. Para se prestarem esses cuidados domiciliares, os enfermeiros utilizam a intuição e a criatividade, mas também mobilizam competências cognitivas e científicas requeridas pela avaliação inicial, promoção da saúde, cuidados de recuperação, cuidados de reabilitação e cuidados terminais; assim como, pelas poderosas forças que o

ambiente familiar, representa e influencia a saúde do utente cuidado em domicílio (Martins, 2003).

### 3.4. OBJECTIVOS

A investigação em enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. Engloba diversos aspectos da saúde, tais como a promoção da saúde, prevenção da doença, cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital, durante problemas de saúde e processos de vida, ou visando uma morte digna e serena. O conhecimento adquirido pela investigação em enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Para garantir qualidade, eficácia e manutenção destas acções em cuidados domiciliários é necessário o envolvimento do utente e sua família, sendo efectuados numa base de autenticidade e confiança, centrados na relação (Netto, 2000; Rice, 2004). Apesar disso, a vertente curativa ainda é a mais solicitada aos enfermeiros; por isso o processo de formação, voltado para a doença, conduz a acção do enfermeiro no domicílio e dá sentido às actividades que desenvolvem junto do utente e sua família (Lancaster, 1999; Martins, 2003). Apesar da literatura em enfermagem enfatizar a necessidades dos cuidados relacionais em todos os pacientes, incluindo idosos e/ou dependentes, na prática os enfermeiros sentem dificuldade em incorporar esta vertente, pela falta de tempo e pela dificuldade em interagir com alguém que não dá *feedback*. Este estudo pretende atingir os seguintes objectivos no contexto de centro de saúde: i) identificar os cuidados de enfermagem a prestar aos pacientes idosos dependentes; ii) aprofundar o conhecimento sobre as dificuldades/obstáculos (emocionais, institucionais, relacionais, ...) que os enfermeiros sentem na promoção de uma relação de cuidados mais expressivos a idosos dependentes; iii) identificar factores que facilitam e dificultam a prestação de cuidados mais relacionais pelos enfermeiros; iv) identificar modos de fomentar, sensibilizar e motivar os enfermeiros para a prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes.

### 3.5. METODOLOGIA

O método de recolha dos dados foi o photovoice. Trata-se de um método participativo (qualitativo) que usa a fotografia e a voz como meio para aceder ao mundo dos outros e torná-lo acessível aos outros. Serve como instrumento de recolha de informação e como criador de comunidade (processo grupal), estimulando os participantes a expressarem a sua visão, no sentido literal e figurativo. As fotografias permitem aceder às realidades diárias dos participantes e assenta na compreensão dos indivíduos como “*experts*” nas suas vidas (Wang et al., 1996; Wang et al., 1998; Wang, 1999). Este método surge em 1994 com os trabalhos de Carolina Wang (Universidade de Michigan) e Mary Ann Burris (Universidade de Londres) com um estudo na área da promoção e educação para a saúde.

#### 3.5.1. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DOS DADOS

O photovoice foi adaptado aos objectivos deste estudo. Aliás, o método é flexível e prevê a adaptação a diversos tópicos de pesquisa e intervenção. O photovoice é um processo para as pessoas identificarem a sua vivência pela fotografia (imagem), discutindo-a em grupo (voz). Visa promover a mudança social e tem sido utilizado com diversas populações (Wang et al, 1998; Foster-Fishman et al, 2005; Finney & Rishbeth, 2006): refugiados, crianças de rua, sem-abrigo. Wang et al (1998) indica que envolve três finalidades: capacitar as pessoas para reflectirem sobre os seus problemas e potencialidades; promover o diálogo sobre temas importantes através da discussão grupal e da fotografia; envolver elementos influentes da comunidade para promover a mudança (este objectivo não foi incorporado neste estudo).

O photovoice desenvolve-se nas seguintes fases (Wang et al., 1998; Foster-Fishman et al., 2005; Finney & Rishbeth, 2006).

1. Conceptualização do problema. Neste projecto reporta-se à qualidade dos cuidados de enfermagem a pessoas idosas dependentes.

2. Definição das finalidades e objectivos. As finalidades são: analisar os cuidados de enfermagem às pessoas idosas dependentes em contexto de centro de saúde e reflectir sobre obstáculos e potencialidades para melhorar a sua qualidade.

3. Seleccionar e recrutar os participantes. Foram recrutados enfermeiros que trabalham em centro de saúde.

4. Conduzir o *Photovoice*. Este é a fase de desenvolvimento dos grupos com os participantes. O grupo começa por discutir o problema proposto e redefini-lo de acordo com as suas perspectivas. Em seguida, treinam-se os participantes para tirarem fotografias, apresenta-se o tema inicial a fotografar, tiram-se as fotografias e facilita-se a discussão grupal sobre as fotografias. Deve promover-se a reflexão crítica e o diálogo, através da selecção das fotografias para discussão, sua contextualização, relato e registo escrito das histórias das fotografias. Esta fase comportou 8 diversas sessões, em que cada sessão centra um tema/questão (quadro I).

#### Quadro I- Descrição das sessões

Sessão	Tópicos de discussão
1ª Sessão	Apresentação dos membros do grupo e do projecto Breve apresentação do Photovoice Apresentação e discussão do problema Introdução da primeira questão
2ª a 7ª Sessão	Apresentação das fotografias e discussão Seleção por cada participante da fotografia que melhor responde à questão e discussão Seleção da fotografia pelo grupo e discussão Introdução da questão seguinte.
8ª Sessão	Apresentação de todas as fotografias e discussão sobre o problema inicial: “Como promover cuidados de enfermagem de qualidade a idosos dependentes?” Análise do impacto da participação no estudo.
<b>Questões</b>	
1. O que é o cuidado em enfermagem?	
2. O que é ser idoso dependente?	
3. O que é o cuidado de enfermagem ideal a um idoso dependente no contexto hospitalar?	
4. O que é o cuidado de enfermagem real a um idoso dependente no contexto hospitalar?	
5. O que impede que o cuidado de enfermagem real se afaste do ideal?	
6. O que facilitaria que o cuidado de enfermagem real se aproximasse do ideal?	

As sessões foram moderadas pela autora e desenvolvidas através de um guião. Tiveram uma duração de cerca de 120m e todas foram gravadas (com autorização dos

participantes) e transcritas. Na recolha de dados foram sentidas algumas dificuldades: i) os participantes tiveram dificuldades em retratar em fotografia a sua representação acerca do tema; ii) a moderadora (autora) refere a tendência do grupo para dispersar o discurso (por exemplo, referência a casos que acompanham); iii) as reuniões eram efectuadas em horário pós-laboral, já estando todos um pouco cansados. A recolha dos dados decorreu entre Abril e Julho de 2008 e as sessões tiveram o espaçamento de 1 semana. Foi também assegurada a confidencialidade dos dados (todos os participantes assinaram o consentimento livre e informado).

### 3.5.2. AMOSTRA

Inicialmente o projecto foi submetido à Comissão de Ética que aprovou a pesquisa. Depois foi solicitada e obtida autorização da ARS (Administração Regional de Saúde) para a realização do estudo em três centros de saúde. No sentido de recrutar os participantes, a autora efectuou uma breve apresentação do projecto para os enfermeiros chefes dos centros de saúde envolvidos, indicando problema, objectivos e metodologia e a participação solicitada. No final, deixou um resumo do projecto e do método, juntamente com uma ficha de inscrição, solicitando que divulgassem o pedido de participação. Após cerca de 1 semana recolheram-se as folhas de inscrição, verificando-se existirem 6 inscritos. Marcou-se uma reunião com cada um para explicar mais em detalhe o projecto e a colaboração solicitada. Os 6 acederam em participar e assinaram os consentimentos livres e informados. Assim a amostra envolve 6 enfermeiros (Vera, Célia, Carminda, Paulina, Lúcia e Luís\*) com idades entre os 24 e 30 anos, 5 do sexo feminino.

### 3.5.3. ANÁLISE DE DADOS

Todas as sessões foram gravadas, transcritas e submetidas a análise de conteúdo por três juízes independentes (a autora, a orientadora e uma enfermeira especializada). Neste processo considerou-se a literatura e investigação na área da qualidade do cuidado em enfermagem e da dependência na velhice, mas procurou-se ser descritivo e manter, sempre que possível, o discurso dos participantes (mantendo as suas palavras e/ou expressões).

---

\* Todos os nomes são fictícios.

Além disso, decidiu-se sempre que possível adoptar as categorias sugeridas pelo grupo e partir das fotografias eleitas em cada sessão.

O processo envolveu a construção de categorias e subcategorias que traduzissem a opinião dos participantes em cada sessão. A criação e teste do sistema de categorização seguiram um processo de refinamento sucessivo. As entrevistas foram lidas e revistas para fazer a selecção do material relevante. Com base num processo de codificação aberta, foram decompostas em unidades de análise, sendo critério de definição a representação de uma ideia única. Procedeu-se, então, à criação de categorias e subcategorias (quadro II).

## **Quadro II- Categorias e subcategorias**

### **O que é o cuidado em enfermagem?**

1. Presença
  - 1.1. Cuidar com...
  - 1.2. Dialogar/comunicar
  - 1.3. Disponibilidade
  - 1.4. Valores
  - 1.5. Executar
  - 1.6. Condições físicas

### **O que é ser idoso dependente?**

1. Necessitar de apoio
  - 1.1. Abandono
  - 1.2. Polimedicado
  - 1.3. No quarto (solidão)
  - 1.4. Ser cuidado por ...
  - 1.5. Espelho

### **O que é o cuidado de enfermagem ideal a pessoas idosas dependentes**

1. Parceria
  - 1.1. Ideal Humano (amar e ajudar)
  - 1.2. Legislação

### **O que é o cuidado de enfermagem real a pessoas idosas dependentes**

1. Cuidados parciais quotidianos
  - 1.1. Improviso
  - 1.2. Espera
  - 1.3. Qualidade dos cuidados familiares
  - 1.4. Abandono dos idosos pela família
  - 1.5. *Empurrar*

#### **O que afasta os cuidados reais do ideal**

1. Escassez e desorganização
- 1.1. Falta de tempo (relógio)
- 1.2. Desordem/desorganização
- 1.3. Frustração

#### **O que facilitaria que o cuidado real em enfermagem se aproximasse do ideal**

1. Manter o sonho (vontade)
  - 1.1. Material
  - 1.2. Equipa multidisciplinar
  - 1.3. Apoiar os cuidados informais
  - 1.4. “As nossas mãos”
- 

### **3.6. RESULTADOS**

Passamos, agora, a apresentar os dados, seguindo o planeamento das sessões realizadas através do photovoice com os participantes.

#### *1ª Sessão*

Na primeira sessão abordou-se a pertinência do tema (promover cuidados de enfermagem de qualidade a pessoas idosas dependente em contexto domiciliário). Os elementos do grupo consideram o tema relevante mas referem que: a falta de tempo e a falta de organização acabam por se traduzir em cuidados menos humanizados. Dá-se mais importância à parte curativa, devido à falta de tempo. Em domicílio há uma necessidade de continuidade dos cuidados, que deve ser esta prestada pela família ou pelo utente, o que nem sempre acontece e não se fazem avaliações. Deveria haver também uma ligação com as assistentes sociais, para colmatar algumas lacunas. Outro dos problemas referidos é a dificuldade nas deslocações domiciliárias. É necessário que haja mais formação tanto para cuidadores formais e informais.

#### *2ª Sessão: O que é o cuidado em enfermagem?*

A definição de cuidados de enfermagem foi apresentada pela fotografia “presença”, simbolizada por uma lamparina. O grupo entende que cuidados de enfermagem significa



*cuidar em relação, ser uma presença, uma luz na vida dos doentes (lâmparina) e abrange diversas dimensões humanas (bio-psico-social), tratando-se de um conceito amplo e abstracto, mas que pode ser experienciado pela expressão “presença no cuidar”.*

O cuidado em enfermagem é melhor explicado com seis subcategorias: cuidar com; diálogo/comunicação; disponibilidade; valores; executar; e condições físicas.

O cuidar em enfermagem exige parceria (cuidar com ...) com o doente, sua família e/ou cuidadores informais e formais e restante rede social. Todos os envolvidos são essenciais para que o cuidar seja bem sucedido, exigindo perseverança, amor, partilha, aceitação do estado de saúde da pessoa doente e manutenção da esperança.

*“Conhecendo-o na globalidade é um caso de sucesso e ao mesmo tempo de perseverança, muito amor. Uma partilha muito grande e uma aceitação do estado de saúde. É a esperança (ele é um vegetal)!” [Célia, 29 anos]*

Para que este “cuidar com” ocorra é indispensável o diálogo/comunicação. O cuidar em enfermagem é indissociável da relação ou comunicação, englobando o diálogo verbal e não verbal, incluindo o olhar, expressão facial, postura e toque.

*“Não só a comunicação verbal, mas toda a comunicação analógica. O nosso olhar é muito importante. A nossa expressão facial e os nossos olhos muitas vezes falam!” [Lúcia, 30 anos]*

Mas, a comunicação acontece se houver disponibilidade, que se concretiza de diversas formas: flexibilidade (por exemplo, *não dar banho aquela hora porque a pessoa não quer*), relação de proximidade (escuta activa e simpatia) e empatia (*por vezes até sofremos, mas temos de evitar para podermos ajudar e cuidar*).

*“Muitas vezes a mudança é difícil. Temos que nos colocar no lugar do utente. Devemos ser flexíveis!” [Lúcia, 30 anos]*

A relação envolve valores, sendo necessário ter empatia estabelecer uma relação adequada com o outro e apoiar respeitando (por exemplo, as convicções religiosas).

*“Nós somos prestadores que empatizamos e com o nosso toque entramos na relação com o outro. É isso que nos faz diferente e o cuidar tem essa globalidade!” [Lúcia, 30 anos]*

A relação também envolve a vertente técnica da enfermagem: execução. Segundo os participantes, esta ainda é a componente com mais relevo em enfermagem, mas esperam que tal não continue pois *perder-se-ia a essência da enfermagem*.

*“Identificar-se. Perguntar como gosta de ser tratado. Explicar o procedimento, o que vai acontecer, minimizar o desconhecido e o medo do doente!” [Lúcia, 30 anos]*

As condições físicas em que a pessoa doente está também são relevantes, devendo ser adaptadas às necessidades.

*“A sala foi adaptada para o utente. Compraram-lhe uma cadeira de rodas, uma cama articulada. Tem tudo!”* [Carmina, 25 anos]

### *3ª Sessão: O que é ser idoso dependente?*

Para os participantes um idoso dependente é uma pessoa que necessita de apoio nas diversas necessidades (físicas, sociais, espirituais, ...), que terá de provir de várias fontes: familiar, social, institucional, formal (saúde, acção social). Por norma, são pessoas cujo processo de envelhecimento se desenrolou de forma mais acelerada (pela patologia) e que necessitam de suporte. Ser idoso dependente pode ser caracterizado ainda: abandono; polimedicado; no quarto (solidão); ser cuidado por; e espelho.

O abandono pode ocorrer em diversas áreas: familiar (algumas famílias não conseguem cuidar por falta de conhecimento ou negligência); social (principalmente as pessoas mais carenciadas não têm o apoio social formal necessário, por exemplo há falta de vagas para apoio domiciliário); saúde (por exemplo, alguma falta de articulação entre profissionais, que pode traduzir-se na polimedicação).

*“Uma utente que está todo o dia sozinha, abandonada, a chorar porque tinha a fralda suja!”*  
[Carmina, 25 anos]

A polimedicação traduz a situação de saúde vulnerável de um idoso dependente (diversas doenças, por norma crónicas), mas também o apoio por especialidades (fragmentado) que implica acumulação de medicação e a aposta no apoio químico. Esta situação implica gastos e despesas com a saúde e doença.

*“...apostamos mais na parte química, nos componentes químicos, e esquecemos a parte humana!”*  
[Paulina, 24 anos]

Os enfermeiros referem que as pessoas idosas dependentes vivem muitas vezes cingidas ao quarto (pois quase sempre estão acamadas), que serve para tudo (comer, dormir, cuidados técnicos, ...); por exemplo, foi relatado o caso de uma senhora que há 7 anos não sai do quarto (a cuidadora também é idosa e está muito doente). A solidão acaba por marcar a vivência da dependência na velhice na pessoa idosa e nos cuidadores (principalmente os que também são idosos). Muitas vezes os quartos não têm condições adequadas para o mínimo dos cuidados que estes idosos necessitam.

*“O quarto serve para tudo. A mesa-de-cabeceira para colocar a medicação, a estante para colocar roupa e fraldas e um armário para colocar pijamas, comida, seringas de alimentação!”* [Vera, 27 anos]

As pessoas idosas dependem sempre de alguém (ser cuidado por ...): familiares, amigos, vizinhos, cuidados formais ou voluntários.

*“A filha cuida da mãe..., sente-se cansada, stressada e só chora!”* [Carmina, 25 anos]

O idoso dependente, devido às alterações ocorridas e à dependência, tem alteração da sua auto-imagem. O espelho simboliza a mudança na auto-imagem corporal, que se torna negativa, fruto das doenças crônicas e de alguns cuidados inadequados: a magreza é frequente, em consequência da dependência e falta de mobilidade; o uso de ajudas técnicas exige adaptação e marca a incapacidade de se satisfazer, necessitando da tecnologia; as amputações e as colostomizações são circunstâncias em que a pessoa precisa de ajuda para se adaptar (reaprender e reabilitar) com grandes consequências na alteração da imagem, que exigem apoio. Raras vezes essa alteração ocorre pela positiva.

*“Para uma doente colostomizada, a imagem altera-se...muitas vezes é difícil estar em público porque não controlam os sons e aquilo começa a inchar!”* [Carmina, 25 anos]

#### *4ª Sessão: O que é o cuidado de enfermagem ideal a pessoas idosas dependentes?*

Os cuidados de enfermagem ideais têm de ocorrer em parceria, que decorre da conjugação de competências técnicas, humanas, éticas e científicas no processo de cuidar; através de uma equipa multidisciplinar com meios técnicos e humanos para se deslocar até à pessoa idosa dependente e sua família. Esta equipa inclui como parceiros o utente e o cuidador informal, assim como a família e a rede social informal, todos envolvidos numa relação horizontal (por oposição à relação de poder ou vertical).

Nos cuidados ideais os enfermeiros (especificamente) têm mais tempo para visitas domiciliárias e para cada visita (ou seja, há mais enfermeiros na equipa) e podem personalizar ou individualizar os cuidados (por exemplo, chamam as pessoas pelo nome e não dizem *é o que vive em ...*). Além disso, há instituições e profissionais que apoiam a família (educação, formação e suporte emocional). Deste conceito emergem duas categorias: o ideal humano (amar e ajudar) e legislação.

O ideal humano mostra uma boa relação entre o idoso e a sua família. O cuidador e a família devem gostar de ter a pessoa idosa dependente em casa, caso contrário *não vale a pena estar em casa*. Por isso é necessário que na família haja amor e dedicação e que o cuidador e a família revelem em relação ao idoso dependente: dedicação (como complemento dos apoios formais), preocupação (querer o melhor) e esperança (de o ver melhor).

*“Se não houver amor, amizade, de nada vale termos um doente acamado em casa. Muitas vezes não queremos cuidar do idoso, por não podermos sair. Tem que se ter uma dedicação muito grande!”*  
[Carmina, 25 anos]

O enfermeiro também deve apoiar o idoso e a família, pois alguns familiares também precisam de apoio, estão cansadas, mas não há um sistema de apoio (os enfermeiros sentem que *“não temos nada para oferecer”*). O apoio implica o respeito pelo idoso dependente. Para os cuidados serem bons é importante que se realizem em ambiente domiciliar, que respeitem o doente, valorizando o mesmo que ele/a valoriza (a casa, as pessoas que mais gosta).

*“Esta fotografia (ideal humano) ilustra o cuidado em ambiente domiciliar, o cuidado que respeita o doente, valorizando o que o idoso valoriza, como por exemplo: a casa e as pessoas de que mais gosta. É um cuidado que inclui utente e familiares!”* [Lúcia, 30 anos]

É a família que dá continuidade aos cuidados de enfermagem. Para que os cuidados sejam adequados é preciso a presença e colaboração da família em diversas tarefas (tais como, adquirir materiais e fazer levantes), pois os enfermeiros só vão a casa um *bocadinho*.

*“Uma familiar passou a noite em claro porque esteve constantemente a aspirar o utente!”* [Paulina, 24 anos]

Os cuidados também envolvem a comunidade e as instituições de apoio:

*“Se efectuarmos algum ensino ela depois refere as meninas do apoio domiciliar!”* [Luís, 26 anos]

Para que estes ocorram de forma a englobar todos os participantes, sem detrimento das suas vidas profissionais, deveria ocorrer em horários adequados aos utentes (flexibilidade). Por exemplo, para as famílias que trabalham era importante que o centro de saúde funcionasse até as 20h, possibilitando a sua participação.

*“O horário de funcionamento é das 9h às 17h. Para o melhor funcionamento era funcionar até as 20h, por causa das famílias se encontrarem em casa!”* [Vera, 27 anos]

Os participantes afirmam que a legislação define o cuidado ideal, mas é difícil de alcançar na prática (com os recursos existentes). Por exemplo, com frequência os enfermeiros *“perdem tempo”* a convocar ou fazer consultas desnecessárias, mas que contam para a estatística.

*“Muitas vezes perdemos tempo a convocar ou a fazer consultas desnecessárias, mas que contam para estatística. Depois falta tempo para prestar melhores cuidados!”* [Luís, 26 anos]

*5ª Sessão: O que é o cuidado de enfermagem real a pessoas idosas dependentes?*

A definição sobre os cuidados reais em enfermagem indica que são os quotidianos e se caracterizam por serem parciais *em tudo*: não há uma equipa domiciliar (o enfermeiro vai sozinho a casa dos utentes); raramente há o material adequada (por exemplo, não há um saco de domicílios, os profissionais usam os seus sacos de ginástica; usam o carro próprio para ir aos domicílios; muitas vezes é o *desenrasca*); o tempo é escasso (garante-se o cuidado técnico, mas não o relacional); o local onde o doente está muitas vezes não permite prestar cuidados em boas condições, por exemplo de asséptica (*já fiz um penso com o doente sentado na beira de um poço*). Em suma: *o improvisado é mais frequente do que devia*. Os participantes afirmam que os cuidados de enfermagem reais são aqueles que efectuam da melhor forma que podem, nas condições que existem e do tempo disponível no dia-a-dia. Muitas vezes, há falta tempo para escutar (realizam-se os cuidados técnicos, mas não o resto porque existe mais um número imenso de domicílios para realizar) e falta tempo para esclarecer dúvidas dos utentes (*ficavam mais descansados*). Os participantes consideram que na perspectiva da pessoa idosa os cuidados reais são recebidos na solidão e acompanhados de práticas nem sempre de qualidade. Mas as pessoas são pacientes, de baixo estatuto socioeconómico, colaborantes, simples e raramente se queixam.

Os cuidados reais em enfermagem são traduzidos por: espera dos utentes; qualidade dos cuidados familiares; abandono dos idosos pela família; *empurrar*.

Aos idosos cabe-lhe esperar para poderem receber alguns cuidados (*há muita burocracia*). Esperam pela próxima visita e acabam por se apegar, mesmo quando os enfermeiros apenas as podem ouvir por breves momentos e oferecer algum gesto de carinho.

*“O senhor é extremamente paciente. Aguarda sempre com serenidade. Se nós os escutarmos nem que seja 5 a 10 minutos, eles apegam-se a nós. Por vezes uma palavra é o suficiente para os acalmar!”*  
[Carminda, 25 anos]

A qualidade dos cuidados familiares é o ponto-chave no cuidar, pois algumas famílias fazem tudo pelo idoso dependente (obras em casa, compras de ajudas técnicas, ...).

*“Efectuaram obras em casa. O quarto tem acesso a casa de banho...Há muitos familiares que colocam os familiares na sala porque tem lareira, é mais ampla e dá para receber visitas!”* [Célia, 29 anos]

Também há famílias que abandonam os idosos; algumas não os querem dentro de casa (estão em anexos ou em compartimentos que eram de animais); e também há idosos muito *agarrados ao dinheiro* e que não melhoram as condições em que vivem.

*“O senhor esta em casa de uma filha. O quarto que anteriormente era uma ordenha, ainda tem o cheiro as vacas e uma das portas tem acesso a um curral!”* [Carminda, 25 anos]

Os cuidados reais são vistos como o *empurrar*, que se traduz no esforço de todos: i) do enfermeiro para se adaptar ao ambiente domiciliário e ajudar os utentes a terem comportamentos mais adequados; ii) da família e do doente para conseguir ter apoio domiciliário (há muita burocracia a ultrapassar).

*“Para prestar um domicílio, o utente primeiro tem que ir ao médico para passar uma requisição. Após a requisição tem que passar pela administração e só depois de avaliada é que terá uma resposta. Este processo todo demora muito tempo!”* [Lúcia, 30 anos]

#### *6ª Sessão: O que afasta o cuidado de enfermagem do ideal?*

O que afasta os cuidados de enfermagem de se tornarem ideais é a escassez e desorganização dos serviços, o que inclui diversos aspectos: os enfermeiros devido à escassez de recursos (humanos e materiais), falta de tempo e à desorganização descoram alguma das dimensões do cuidar. Assim, o doente e/ou os seus familiares não se envolvem no processo de cuidar. Desta definição resultam três subcategorias: relógio (falta de tempo); desordem; passividade e frustração.

A falta de tempo é associada a escassez de recursos materiais e humanos e a inadequação dos horários de atendimento (inflexíveis e muitas vezes desadequados à disponibilidade dos utentes e aos cuidados necessários à população).

*“Temos um enfermeiro a trabalhar em cuidados domiciliários em parte time (trabalha no hospital!”*  
[Luís, 26 anos]

*“As pessoas só podem ficar doentes entre as 9h e as 17h (horário de funcionamento)!”* [Carminda, 25 anos]

A falta de organização (desordem) pode ocorrer no centro de saúde (por exemplo, programação de actividades e coordenação de equipas) o que resulta em descontinuidade dos cuidados aos doentes (o enfermeiro que vai a casa varia e cada um acaba por executar as técnicas de maneira diferente). As prioridades por vezes não são as mais adequadas (por exemplo, convocam-se consultas para fazer estatísticas e indicadores, que não são prioritários para os doentes, mas para as estatísticas do centro de saúde). A desorganização também atinge algumas famílias, umas vezes por negligência e maus-tratos aos idosos,

outras porque estão muito cansados e já não conseguem fazer melhor e não recebem ajuda; neste contexto, os utentes e/ou suas famílias não dão continuidade aos cuidados (não cumprem os ensinamentos). Esta desordem também se reflecte nas condições físicas que se relacionam com a falta de estruturas habitacionais adequadas (os idosos estão muitas vezes em quartos ou espaços sem condições), o que pode acontecer por: negligência ou falta de condições para toda a família.

*“Não há uma continuidade dos cuidados aos doentes (por exemplo, eu hoje não tenho tempo, amanhã o meu colega que faça!” [Carmina, 25 anos]*

Os enfermeiros referiram ainda a sua passividade (acomodados), indicando que são pouco reivindicativos.

*“A representação do enfermeiro de braços cruzados significa a nossa atitude passiva. Nós não reivindicamos tudo quanto podíamos!” [Paulina, 24 anos]*

Isto leva a frustração e descontentamento dos enfermeiros, pois não obtêm os resultados desejados (trabalham muito e os resultados não espelham esse esforço). Há também um descontentamento dos utentes e suas famílias, pois o estado de saúde não é o melhor.

*7ª Sessão: O que facilitaria que o cuidado real em enfermagem se aproximasse do ideal?*

Para que o cuidado real se aproxime do ideal é necessário manter o sonho (vontade), acreditar, não desistir e dar sempre o nosso melhor. Desta sessão resultaram quatro subcategorias: material; equipa multidisciplinar; apoiar os cuidados informais; e “as nossas mãos”.

Para a realização e execução de procedimentos é necessário material.

*“Os cuidados que prestamos no domicílio é basicamente tratamentos de feridas. Se não tivermos material, não conseguimos realizar bons cuidados!” [Carmina, 25 anos]*

Mas, também é necessário uma equipa multidisciplinar, que actualmente envolve os enfermeiros e as famílias, e só pontualmente algum outro profissional vai a casa dos doentes. Mas, estamos a tentar que esta situação evolua, por exemplo, neste momento já há um fisioterapeuta envolvido.

*“O facto de nos sentarmos a mesa e conversarmos acerca daquilo que deveríamos fazer, quais as estratégias a utilizar, faz-nos partilhar com a equipa novas situações!” [Lúcia, 30 anos]*

O mais importante para os inquiridos é a participação dos cuidadores informais, que também devem ser apoiados. Os cuidadores informais são neste momento o principal parceiro de cuidados, por isso é necessário dotá-los de mais competências.

*“A família é a grande prestadora de cuidados informais. Temos que fazer ensinamentos, porque são eles que cuidam do utente!”* [Vera, 27 anos]

Como conclusão os participantes focam “as nossas mãos” como o grande impulsionador: as mãos que tratam, que tocam, que previnem, que curam, que fazem projectos, ...

*“As nossas mãos tanto podem fazer pensos, injeções, projectos e ensinar a fazer levantamentos... As nossas mãos podem fazer tudo!”* [Carmina, 25 anos]

#### *8ª Sessão: Promover cuidado de qualidade a idosos dependentes*

Como resumo os participantes abordam três tópicos para a promoção de cuidados de qualidade em centro de saúde: fazer o que o utente precisa, não aquilo que pensamos que ele precisa; a família também precisa de apoio (ser ouvida); integrar a família como parceiro de cuidados (a família é a base dos cuidados). A família está no centro dos cuidados e necessita de apoio e formação para prestar melhores cuidados ao utente idoso. Os enfermeiros devem ver o utente no seu contexto com as suas vivências e necessidades, não tentando impor as suas vontades. Os participantes elegeram a fotografia (ideal humano) que designaram por “família feliz” (Figura I).

**Figura I- Ideal Humano**





Relativamente ao método utilizado ao longo das sessões referem que os idosos deliram com as fotos, não se importando *como estão*. Este trabalho teve como impacto nos inqueridos a reflexão: *mudar já é complicado, para mudar práticas é preciso mais que isto*. Aprenderam a ouvir os outros, reformulando conceitos, a prática do consentimento informado e o diálogo com os colegas.

### **3.7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

O envelhecimento da população é um fenómeno mundial, que representa a conquista da longevidade. A incidência de doenças crónicas aumenta com a idade, acarretando o declínio da capacidade funcional e a dependência nas actividades do quotidiano. Portanto, o aumento da população idosa associado a um elevado índice de doenças incapacitantes nesse grupo etário reforça a necessidade de fortalecer acções de prevenção e de promoção da saúde. Ou seja, em particular qualificar os cuidados e promover a qualidade de vida dos idosos e suas família (Costa et al., 2003).

A necessidade de cuidado é mais evidenciada perante o comprometimento da capacidade funcional do idoso, pois pode impedir o autocuidado, aumentando a responsabilidade da família e do sistema de saúde (Aires & Paz, 2008). Assim, a visita domiciliar tem vindo a emergir como uma nova fronteira dos serviços de saúde. Apesar de existir desde tempos remotos, este tipo de cuidado de saúde ganhou relevo especialmente desde a década de 1970 (Camarano, 2002; Costa & Pereira, 2007).

A enfermagem tem um papel fundamental nos cuidados aos idosos, principalmente quando se trata de cuidados primários que incluem a visita domiciliar. Compete ao enfermeiro exercer actividades relacionadas com a educação, cuidado ou assistência directa, planeamento e coordenação de serviços, além de organização e avaliação das actividades (Eliopoulos, 2005). Na visita domiciliar, o enfermeiro actua na prevenção, recuperação e reabilitação, tendo como objectivo a promoção da autonomia e independência do paciente idoso no seu ambiente (Eliopoulos, 2005). O cuidado em enfermagem abrange principalmente as consequências das síndromes de imobilidade, como a prevenção de úlceras por pressão (que uma vez instaladas são de difícil recuperação), as condições de incontinência urinária, instabilidade postural e riscos de

quedas, e também avalia o paciente de admissão a alta do serviço. Portanto, a tentativa de manter o idoso independente nas actividades de vida diárias é fundamental. Para a enfermagem, que desempenha um papel de relevo na assistência domiciliar, urge resgatar a sua função, principalmente no serviço público de saúde, para que possa dedicar-se aos cuidados no nível de assistência primária no domicílio, particularmente no atendimento da população idosa mais fragilizada (Stremel & Nakamura, 2008).

#### *Cuidados de enfermagem a prestar aos pacientes idosos dependentes*

Os resultados neste estudo indicam que os enfermeiros perspectivam a enfermagem de acordo com a definição e funções atribuídas teórica e legalmente. Os participantes valorizaram mais a vertente humana do cuidar (referindo também a técnica), que representaram através da fotografia que denominaram “presença” e apresenta uma lamparina (a luz na vida dos utentes). Indicam que a “presença” do cuidar vai além da execução técnica e representa diálogo/comunicação e disponibilidade, tendo em conta os valores individuais. Para que esta *presença* se desenvolva é, segundo os participantes, necessário que haja também condições físicas.

Os participantes parecem apresentar uma concepção humanista da enfermagem, que significa uma construção partilhada do processo do cuidar. De facto, a humanização valoriza as relações no ambiente domiciliar, resgata o respeito e a dignidade, e assenta em atender o utente em todas as suas dimensões (psíquica, social, mental, espiritual e biofísica) (e.g. Mezzomo, 2002). Este significado transcende o sentido etimológico e representa mais do que tocar ou fazer um curativo (Silva, 2005).

Neste contexto, tal como os participantes mencionam, diálogo, comunicação e disponibilidade assumem relevância. A comunicação evidencia-se na sensibilidade dos profissionais para executarem cuidados, observando as manifestações verbais e não-verbais do cliente, que podem indicar ao enfermeiro as suas necessidades individuais (Silva, 2005). Ou seja, o cuidado holístico está directamente associado ao processo comunicacional que envolve enfermeiro e utente. Então, para que o cuidado seja o mais eficiente e eficaz, ambos os intervenientes têm de compreender os sinais na relação interpessoal (incluindo gestos, expressões ou palavras) (Siqueira et al., 2006). Assim, enfermeiro/s e utente/s formam uma equipa de cuidados.

A literatura indica que os profissionais envolvidos na visita domiciliar devem apresentar as seguintes características (Osimo, 2007; Papaléo-Netto, 2007; Santos, 2003): empatia, poder de escuta, respeito, ética, honestidade, congruência e humildade. O profissional, perante o paciente deve saber respeitar, proporcionando um relacionamento baseado na honestidade e clareza, para que o utente/família não tenham dúvidas sobre a situação de saúde. O enfermeiro deverá informá-los acerca do seu problema e conversar sobre as facetas da sua doença, tratamentos e prognósticos. Quanto maior o esclarecimento, mais fácil será a sua adesão ao tratamento (Mendes, 2001).

Apesar de valorizarem mais a vertente humana do cuidar também mencionam a execução. Esta é a tarefa mais solicitada aos enfermeiros, sendo que a doença pode conduzir a acção de alguns enfermeiros em domicílio e dar sentido às actividades desenvolvidas junto ao utente/família. Num estudo da Ordem dos Enfermeiros (2002) acerca da visita domiciliária, verificou-se que no Distrito de Viseu se realizaram, em 1999, 24 427 visitas para um total de 1525 utentes. A estes utentes foram executadas 36 709 pensos, 1449 injeções, 1959 algaliações, 1132 técnicas de mobilização/reabilitação e 4476 outras actividades (por exemplo educação sobre alimentação, higiene e conforto, lazer/tempos livres e pequenos ensinamentos de práticas simples de cuidados).

Pereiras & Costa (2007) analisaram o cuidado do idoso em contexto domiciliar, verificando que as funções de acção eram a nível da manutenção da vida (acção curativa, alívio da dor e cuidados medicalizados) e situação social (isolamento, carência de recursos, carências básicas a nível habitacional), suporte social e familiar. Neste estudo verificou-se que mesmo perante alterações como a mobilidade e a necessidade de acompanhamento por fisioterapeuta, grande parte dos centros de saúde não tem apoio destes profissionais de saúde.

Para que a “presença” de cuidar ocorra, os participantes salientam a necessidade de algumas condições físicas, ou seja, que sejam adaptadas às necessidades da pessoa doente. Muitas vezes a família tem isso em atenção e adapta as condições habitacionais à prestação de cuidados ao idoso. Num estudo acerca das dificuldades relatadas pelos cuidadores durante a realização de cuidados ao idoso verificou-se que 65.9% não se queixaram de nenhuma dificuldade (Oliveira et al, 2006). Sabe-se que o cuidador busca meios para realizar a tarefa nas melhores condições, mas deve reconhecer-se que cuidar de um idoso dependente no domicílio não é tarefa fácil e que a acção organizada de serviços públicos

através de orientações e fornecimento de materiais e equipamentos pode facilitar a superação de dificuldades (Oliveira et al, 2006).

A literatura sugere que é cada vez mais difícil manter a pessoa idosa dependente no seu domicílio, principalmente devido a (Pimentel, 2001; Paúl, 1997): progressivo envelhecimento da população, alteração na estrutura familiar, emigração, fracas condições habitacionais, desadaptação das casas às necessidades dos idosos, grande probabilidade das alterações de saúde, e insuficiência dos serviços de proximidade alternativos. Como alternativa surge o internamento da pessoa idosa em lares, mesmo que implique uma ruptura no seu quadro de vida. Nos lares mesmo com boas condições físicas, o ambiente humano tende a ser impessoal, as relações interpessoais mais controladas, e as regras rígidas e despersonalizadas, dificultando ao idoso manter os seus hábitos e desenvolver as suas capacidades.

Quando as famílias não podem fazer adaptações nos locais de residência, é o profissional de saúde que tem de se adaptar, respeitando o contexto ambiental e familiar. Este é construído ao longo da vida do utente, estando relacionado com expectativas pessoais, normas sociais, auto-conceito de funcionalidade e condições económicas (Mendes, 2001). As pessoas idosas dependentes são caracterizadas pelos participantes como alguém que “necessita de apoio”; podem encontrar-se em situação de abandono, polimedicação, confinados a um quarto, necessitando de cuidados e com alterações da auto-imagem (espelho).

Os participantes indicam que a necessidade de apoio das pessoas idosas dependentes ocorre a vários níveis (tais como, físicas, sociais e espirituais) e terão de provir de várias fontes (por exemplo, familiar, social, institucional e formal). A literatura indica que os idosos tendem a viver nos seus domicílios (e.g. Figueiredo, 2007). Por exemplo: Walker (1999) analisou o apoio familiar a idosos dependentes e verificou que 79,3% viviam com familiar(es) com ou sem apoio formal; Sousa et al. (2003) verificaram que 65,9% dos idosos com mais de 74 anos vivia com a família. Outros estudos revelam que as pessoas idosas que permanecem no seu domicílio podem sentir, tristeza, desânimo e/ou melancolia, que advêm da perda de familiares ou da exclusão do grupo familiar ou social (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Em geral, as pessoas idosas dependentes que se mantêm nos seus domicílios têm um cuidador informal (por norma, um familiar) que assume a responsabilidade pelas suas

necessidades. Por norma, inicialmente, o cuidador não tem noção do esforço que lhe vai ser exigido, contudo, com a continuidade, pode chegar à exaustão (Abreu & Ramos, 2007). A literatura (e.g. Figueiredo, 2007) indica que os cuidadores familiares vivem um complexo emocional caracterizado por uma diversidade de sentimentos e emoções (tais como, revolta, tristeza, angústia, resignação, satisfação e amor). A prestação de cuidados tem impactos positivos (e.g. satisfação por cuidar de um ente querido) e negativos (e.g. *burden*, cansaço físico e mental, menos tempo disponível) no cuidador.

A prestação de cuidados de enfermagem em contexto de centro de saúde ocorre com frequência no domicílio do utente, daí que os enfermeiros que participaram no estudo relatassem que uma pessoa idosa dependente pode estar confinada a um quarto por longo tempo. Este espaço, mesmo que conhecido e repleto de histórias e recordações, pode oferecer problemas de manutenção e/ou oferecer barreiras arquitectónicas, que limitam e impossibilitam a mobilidade do idoso, além de o expor a situações de risco, podendo agravar ou desencadear processos patológicos. Fernandes & Garcia (2009) estudaram o ambiente físico do idoso e verificaram que muitas vezes é desfavorável: 20% não tinham um quarto exclusivo para o idoso; 53,3% tinham piso escorregadio; 80% não possuíam tapete antiderrapante no banheiro; 90% não tinham barras de apoio no banheiro; e 13,3% das casas apresentavam degraus na superfície. Mendes (2004) num estudo similar verificou que: 33,3% apresentava chão escorregadio; 37,5% possuía tapetes na área de circulação; 50% tinham armários de difícil acesso. O estado de doença (mais em pessoas idosas e muito idosas) acarreta algumas repercussões psíquicas, tais como preocupações, angústias, medos, alterações da auto-imagem e dependência (Montezuma et al., 2008).

Os participantes referiram que o cuidado ideal a idosos dependentes assenta na “parceria”, sendo para tal necessário o “ideal humano (amar e ajudar)” e a “legislação”. Contudo, indicam que os cuidados reais são “cuidados parciais quotidianos” (improviso, espera, qualidade dos cuidados familiares, abandono dos idosos pela família e empurrar).

#### *Facilidades e dificuldades na prestação de cuidados pelos enfermeiros*

Os dados sugerem que o principal obstáculo à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade é a escassez de recursos e a desorganização, traduzida pela falta de tempo, desordem e frustração.

Os enfermeiros (assim como outros profissionais de saúde) têm vindo a salientar alguns factores que dificultam os cuidados, nomeadamente: escassez de profissionais (médicos, enfermeiros e auxiliares de acção médica); instalações exíguas, antiquadas e desajustadas à procura crescente dos serviços de saúde; desorganização e desperdício de tempo, materiais e equipamento. Este contexto promove um clima de desmotivação, ainda acentuado pelos baixos salários nos enfermeiros (que obrigam ao pluri-emprego,) e precariedade profissional (Correia et al., 2001). Por exemplo, Carvalho & Carvalho (2002) estudaram a necessidade de ensinamentos para a saúde e verificaram que por vezes não se realizavam por “falta de recursos humanos” e “falta de tempo para planear as actividades de educação para a saúde”. O planeamento, muitas vezes até é feito no “papel”, mas depois cada enfermeiro organiza-se. Os enfermeiros destacados para a visita domiciliar (não sendo sempre o mesmo) decidem a metodologia de trabalho que devem utilizar (Pereira & Costa, 2007). Além disso, em contexto comunitário, Portugal é um dos países com mais baixo número de enfermeiros por habitante, apesar da tendência crescente (em 2002, 403,1 por 100 mil habitantes) (Ministério da Saúde, 2005). Daqui decorre que a falta de tempo para cuidados em domicílio se associa também à escassez de recursos.

Como meios facilitadores de uma boa prestação de cuidados os participantes referem que os cuidados ideais têm de ocorrer em parceria. Para tal, tem que existir boa relação entre o idoso, sua família e o profissional. Os participantes definem o cuidado ideal baseando-se na legislação, embora enfatizando a dificuldade em o alcançar na prática.

Das orientações emanadas pelo Ministério da Saúde, através da Direcção Geral de Saúde, observa-se que o Centro de Saúde é referido como uma unidade integrada, polivalente e dinâmica, prestadora de cuidados de saúde, que visa a promoção e vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo globalmente a sua acção ao indivíduo, família e à comunidade. A população a servir será confinada a uma determinada área geográfica em que a população não deverá ser superior a 120000 habitantes. O Centro de Saúde na sua estrutura formal poderá incluir subestruturas, entre as quais as unidades de saúde familiar (USF). Estas surgem com a missão de prestar cuidados de saúde personalizados, garantindo acessibilidade, continuidade e globalidade.

Os participantes referem os Centros de Saúde ainda tendem a assumir o método de trabalho centrado na tarefa; actualmente preconiza-se que as intervenções de enfermagem devem focar a atenção na promoção dos projectos de saúde de cada pessoa, podendo ser

otimizadas se toda a unidade familiar for alvo do processo de cuidados. Os participantes também referem a rotatividade dos enfermeiros, considerando que a tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo, implica uma abordagem sistémica, sistemática e sistematizada; as enfermeiras participantes no estudo estão limitadas em definirem as suas intervenções autónomas, pela descontinuidade temporal. Verifica-se também uma deficiente comunicação e trabalho de equipa; o exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de actuação multiprofissional, distinguindo-se intervenções interdependentes e autónomas, contudo o trabalho em equipa está comprometido, existindo várias barreiras.

Para que se prestem cuidados de qualidade é, ainda, necessário uma filosofia de qualidade, contudo não há supervisão dos cuidados prestados, nem avaliação. Estas duas actividades fornecem dados para uma melhor gestão de recursos tendo como base ganhos em saúde, assim como repercussões a nível dos custos.

#### *Fomentar a prestação de cuidados de enfermagem a pessoas idosas dependentes*

Os cuidados de enfermagem em domicílio (centro de saúde) envolvem a prestação de cuidados de enfermagem a pessoas sãs ou doentes, para que mantenham, melhorem ou recuperem a sua saúde, ajudando-as a atingir o máximo bem-estar físico e psíquico e a máxima independência nas actividades quotidianas. Os participantes consideram que para uma boa prestação de cuidados de enfermagem é essencial “manter os sonhos”, para tal há que acreditar, não desistir e dar sempre o melhor. Para que isto suceda é essencial material, uma equipa multidisciplinar, apoiar os cuidadores informais e as nossas “mãos” (que tratam, tocam, previnem, curam e realizam projectos) como o grande impulsionador. A “mão” encerra uma linguagem, um mistério, uma força; exprime os ideais de actividade e, ao mesmo tempo, de poder e dominação. Em hebreu, a palavra *iad* significa ao mesmo tempo mão e poder.

Destacam que a boa prestação de cuidados seria promovida se houvesse mais material e uma equipa multidisciplinar. Segundo o Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, as novas Unidades de Cuidados na Comunidade assentam em equipas multidisciplinares constituídas por enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, higienistas orais, terapeutas da fala, nutricionistas, em permanência ou em colaboração parcial. Contudo, essas equipas ainda não existem. Assim, os cuidados são, em larga

medida, prestados pelos cuidadores informais (em geral, familiares). Estes cuidadores prestam os cuidados em diversas circunstâncias: alguns com grandes dificuldades; outros gostariam de poder cuidar mas não sabem, por falta de conhecimentos, por medo ou falta de estruturas de apoio. Em qualquer contexto, estas famílias necessitam de apoio, reconhecimento e respeito; apesar da ajuda social e de enfermagem, são elas quem proporciona a maior parte dos cuidados e apoio diário (Ordem dos enfermeiros, 2005). Calvário et al. (1999) analisaram as necessidades de informação, educação e apoio nos cuidados ao idoso dependente; verificaram que os profissionais de saúde foram referidos como a principal fonte de informação, contudo referem falta de tempo e recursos para poderem dar resposta adequada as solicitações. Os familiares referem a importância de um cuidado contínuo por parte dos profissionais, para que o apoio ocorra nas diversas situações de crise relacionadas com o idoso dependente.

É de salientar que o cuidar é um compromisso dos enfermeiros de natureza moral (Watson, 2002). Deste modo, devem questionar o sistema de saúde e reivindicar recursos que respondam às necessidades dos utentes, tendo estes direito ao cuidado: é dever dos enfermeiros prestarem esses cuidados. Estas orientações teóricas que se desenvolvem nos discursos dos enfermeiros deveriam ser cada vez mais enfatizadas durante o processamento das práticas.

#### *Limitações e perspectivas de pesquisa*

Como limitações deste estudo salientamos a dimensão reduzida da amostra, que decorreu do método de recolha de dados que causava receios nos participantes e lhes ocuparia muito tempo. Contudo, o método de recolha é rico e pode desvanecer alguns limites. Como perspectivas de pesquisas futuras seria interessante ultrapassar estas limitações e recolher dados em diferentes Centros de Saúde. Usar métodos de recolha paralelos para comparar; ouvir outros envolvidos: os idosos, os familiares e outros profissionais; conhecer boas práticas.



### 3.8. CONCLUSÕES

Os cuidados domiciliários representam a componente do cuidado de saúde global continuado. Desta forma, os cuidados prestados aos indivíduos e às famílias, nos seus locais de residência, têm por finalidade promover, manter ou recuperar a saúde, maximizando o nível de independência ou minimizando os efeitos da deficiência ou da doença terminal (Stanhope & Lancaster, 1999).

Os cuidados domiciliários devem ser planeados, coordenados e adequados às necessidades do utente e seu suporte familiar, por profissionais competentes, motivados e formados. A visita domiciliária difere de outras áreas dos cuidados de saúde porque a prestação de cuidados é realizada no meio contexto utente e não no “contexto do profissional”. Nesta modalidade de intervenção os enfermeiros devem apresentar não só competências técnicas, mas estarem especialmente providos de competências de comunicação, relacionamento, rentabilização de tempos, espaços e capacidade de trabalho em equipa com os familiares e outros profissionais. Tudo isto enquadrado no código deontológico que facilita uma relação ética, respeitando e potenciando a autonomia de cada pessoa (Leonardo, 1995). Assim, o ambiente domiciliário coloca desafios ao enfermeiro, que deve estar provido de alguma criatividade e flexibilidade.

A essência do cuidar está na relação entre enfermeiro e paciente (e seu contexto), indo ao encontro da pessoa como um todo, com o seu passado, experiências e vivências, tendo a percepção das suas limitações e necessidades, bem como das expectativas dos seus familiares, em função dos recursos disponíveis, actuando com o objectivo de promover a saúde e manter a autonomia (Leonardo, 1995). Silva (1998) leva-nos a reflectir que o apoio domiciliário deve ser iniciado precocemente, para poder ser eficaz e contribuir para a qualidade de vida dos indivíduos. É também importante o respeito pelas suas convicções (culturais, políticas, religiosas, ...) mais íntimas dos indivíduos.

Os resultados deste estudo sugerem que os participantes (enfermeiros) valorizaram mais a vertente humana do cuidar (associada à técnica), que representaram através da fotografia que denominaram “presença” e apresenta uma lamparina (*a luz na vida dos utentes*). Indicam que a “presença” do cuidar vai além da execução técnica e representa diálogo/comunicação e disponibilidade, tendo em conta os valores individuais. Para que esta *presença* se desenvolva é necessário que haja também condições físicas adaptadas às

necessidades da pessoa doente/dependente. Muitas vezes a família pode e tem isso em consideração, adaptando as condições habitacionais à prestação de cuidados ao idoso; mas por vezes a família não pode (carências económicas) ou não se apercebe e essas condições não existem.

As pessoas idosas dependentes são caracterizadas como alguém que “necessita de apoio”; podem encontrar-se em situação de abandono, polimedicação, confinados a um quarto, necessitando de cuidados e com alterações da auto-imagem (espelho). Também por isso, apresentam necessidade de apoio a vários níveis (tais como, físicas, sociais e espirituais) que terão de provir de várias fontes (por exemplo, familiar, informal e formal). Os participantes indicam que o cuidado ideal a idosos dependentes assenta na “parceria”, sendo para tal necessário o “ideal humano (amar e ajudar)” e a “legislação”. Mas, sublinham que os cuidados reais são “cuidados parciais quotidianos”, principalmente porque a falta de recursos materiais e humanos implicam improvisos.

Os dados sugerem que o principal obstáculo à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade é a escassez de recursos e a desorganização, traduzida pela falta de tempo, desordem e frustração. Destacam que a boa prestação de cuidados seria promovida se houvesse mais material e uma equipa multidisciplinar, apoiando os cuidadores informais. Deste modo, torna-se importante e pertinente humanizar os cuidados prestados, contribuindo para o aumento da qualidade desses cuidados. Este deve ser um objectivo a buscar e a alcançar por todos os profissionais de saúde.

## **BIBLIOGRAFIA**

ABREU, Eugénio Pais & RAMOS, Susana I.V. (2007) - O regresso a casa do doente Vertebro-Medular: o papel do cuidador informal. Disponível em URL: <http://www.psicologia.com.pt>

AIRES, M.; PAZ, AA. (2008) - Necessidades de cuidado aos idosos no domicílio no contexto da estratégia de saúde da família. In: Revista Gaúcha Enfermagem, vol.29, nº1, Março, p. 83-89.

ANDRADE O. G. (1996) - Cuidado ao idoso com sequela de AVC: representações do cuidador familiar. In: Dissertação, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo.

BRANCO, A. G. & RAMOS V. (2001) - Cuidados de Saúde Primários em Portugal. In: Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol.1, nº 4, Março.

CALVÁRIO, Ascensão et al (1999) - Necessidades de Informação, Educação e Apoio nos Cuidados a Idosos Dependentes. In: Revista Referência, nº3, Novembro.

CALVÁRIO, Ascensão; BRITO, Irma; BRITO, Luísa (1999) - Necessidades de Informação, Educação e Apoio nos Cuidados a Idosos Dependentes. In: Revista Referência, nº 3, p. 15-21. ISSN- 0874.0283

CAMARANO, A. A. (2002) - Envelhecimento da população Brasileira: Uma contribuição demográfica. In: Freitas, E.V; PYL, Lançado FAX, Gorjini M.L.; Doll, J.- tratado de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro: Guanabara.

CARVALHO, Amâncio & CARVALHO, Graça Simões (2002) - Educação para a Saúde em Cuidados de Saúde Primários: Diagnóstico das dificuldades e necessidades de formação.

CARVALHO FILHO, E. T. (2000). In: DUARTE, Y. A. de O. DIOGO, M. J. D. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu.

CORREIA, Cristina et al (2001) – Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. In: Revista Portuguesa de saúde pública, nº2.

COSTA, G. M; HENRIQUES, M. E; FERNANDES, M. G. M. (2003) - Programa de atenção à saúde do idoso na visão da clientela. In: A terceira idade, vol.14, nº 27, p. 53-67.

DUTRA, Liege Silveira et al (2004) - Assistência pós alta hospitalar para pacientes com cuidados especiais. In: Boletim de Saúde, vol.18, nº2, Julho/Dezembro, Porto Alegre.

EGRY, Emiko Yoshikawa & FONSECA, Rosa M<sup>a</sup> G.S. (2000) - A família, a visita domiciliária e a Enfermagem: revistando o processo de trabalho da enfermagem em saúde colectiva. In: Revista Escola de Enfermagem USP, vol.34, nº3, Setembro.

ERDMANN, A.L; SILVA, R.F (2002) – Ambiente do cuidado: dimensão ecológica. In: Texto & Contexto de Enfermagem, vol.11, nº 3, Setembro/Dezembro, p. 72-82.

ELIOPOULOS, C. (2005) - Enfermagem Gerontológica. Porto Alegre: Artmed.

FABRÍCIO, Suzele Cristina Coelho et al (2004) - Assistência Domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior Paulista. In: Revista Latino Enfermagem, vol.12, nº5, Setembro/ Outubro, p. 721-726.

FERNANDES, Maria das Graças & GARCIA, Telma Ribeiro (2009) – Determinantes da tensão do cuidado familiar de idosos dependentes. In: Revista Brasileira de Enfermagem, vol.62, nº3, Maio/Junho. ISSN-0034-7167.

FIGUEIREDO, N. M.A; TONINI, T. (2006) - Gerontologia: actuação da enfermagem no processo de envelhecimento. São Paulo: Yendis.

FIGUEIREDO, D. (2007) – Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa: Climepsi Editores. 1º edição.

FINNEY, N. & RISHBETH, C. (2006) - Engaging with marginalised groups in public open space research: the potential of collaboration and combined methods. In: Planning, Theory & Practice, vol.7, nº1, p. 27-46.

FOSTER- Fishman et al (2005) - Using methods that matter: the impact of reflection, dialogue, and voice. In: American Journal of Community Psychology, vol.36, nº3, p. 275-291.

GIACOMOZZI, Célia M. & LACERDA, M<sup>a</sup> R. (2006) - A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. In: Texto & Contexto Enfermagem, Ano/Vol15, nº004, Outubro/Dezembro, Universidade Federal de Santa Catarina de Florianópolis, S.C.- Brasil, p. 645-653.

KARCH, U.M.S. (1998) - Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC.

KAWAMOTO, Emília, E. et al (1995) - Enfermagem Comunitária. Ed. Pedagogia e Universidade.

LANCASTER, Jeanette (1999) - Enfermagem Comunitária: Promoção de saúde de grupos, famílias e indivíduos. Lisboa: Lusociência, 1ª ed. ISBN-972-8383-05-3.

LAVINSKY, Andréa E. & VIEIRA, Therezinha, Teixeira (2004) - Processo de cuidar de idosos com acidentes vascular encefálicos: sentimentos dos familiares envolvidos. In: Revista Maringá, vol.26, nº1.

LEONARDO, Maria Isabel de O.F. Dias (1995) – A casa: um factor de risco de acidentes domésticos nos idosos. Coimbra. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

MARTINS, Cristina Araújo (2003) - Valorizar a Visitação Domiciliária. In: Revista Sinais vitais, nº48, Maio.

MENDES, W. Home Care (2001) - Uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: Universidade Aberta a Terceira Idade, Uerj.

MENDES, Farah Rejenne Correa (2004) – Capacidade funcional e acessibilidade do ambiente domiciliar de idosos atendidos em um programa de assistência domiciliar ao idoso. Portal do envelhecimento

MEZZOMO, A.A. (2002) - Humanização Hospitalar. Fortaleza: Realce, 1ª Ed.

MONTEZUMA, Camila Araújo et al (2008) - A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. In: Revista Eletrônica de Enfermagem, vol.10, nº2, p.395-404.

NETTO, Matheus (1996) - Gerontologia e o Problema do Envelhecimento: Visão Histórica. São Paulo: Atheneu.

NETTO, Matheus P. (2000) - A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Editora Atheneu, R.J., Belo Horizonte.

NETTO, Matheus.P. (2007) - Tratado de Gerontologia. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2ªed.

OLIVEIRA et al (2006) – Perfil dos cuidadores de idosos atendidos pelo projecto de assistência interdisciplinar a idosos em nível primário. In: Revista ciência, cuidado e saúde, Maringa, vol.5, nº 2, Maio/Agosto, p. 184-192.

ORGANISATION Mondiale de la Santé (1999) - Bureau régional de l'Europe Santé 21: la politique, cadre de la Santé pour tous la Région européenne de l'OMS. Paris (FR).

ORDEM dos Enfermeiros (2002) - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. In: Revista Divulgar, Edição Setembro. Disponível em URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>

ORDEM dos Enfermeiros (2005) - Proposta de Decreto-lei. Data da Publicação 10/05/2005. Disponível em URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>

ORDEM dos Enfermeiros (2006) - Envelhecer com Qualidade. Data da Publicação 27/10/2006. Disponível em URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) - Idoso e cultura. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. 11 de Janeiro de 2008. Disponível em URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>

ORGANIZAÇÃO Pan- Americana da Saúde (1978) - Declaração Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre os cuidados primários de saúde. Disponível em URL: <http://www.opas.org.br>.

OSMO A.A, Castellanos P.L (2007) - Os cuidados a domicílio: da decisão política à gestão de programas. Disponível em URL: <http://www.ufrgs.br/pdgs.cuidadomicilio.htm>.

PAPALÉO-NETTO, M. (2007) - Tratado de gerontologia 2 edição. Rio de Janeiro: Atheneu.

PARLAMENTO Europeu (2004) - Cuidados de Saúde e cuidados aos Idosos. 11/03/2004 Estrasburgo. Disponível em <http://www.europarl.europa.eu>.

PAÚL, Maria Constança (1997) – Lá para o Fim da Vida: Idoso, Família, e Meio Ambiente. Coimbra: Editora Almedina.

PEREIRA, Esperança do Gago Alves & COSTA, Maria Arminda Mendes (2007) – Os centros de saúde em Portugal e o cuidado ao idoso no contexto domiciliar: estudo de um

centro de saúde. In: Texto & Contexto, vol.16, nº 003, Julho/Setembro, p. 408-416. ISSN-0104-0707.

PERLINI, Nara M.O.G. & FARO, Ana C.M. (2001) - Cuidar de pessoa incapacitada por AVC no domicílio: o fazer do cuidador familiar. In: Extraído da Dissertação “ Cuidar”, Escola Enfermagem da Universidade de São Paulo.

PIMENTEL, Luísa (2001) – O Lugar do Idoso na Família. Coimbra: Quarteto Editora.

PORTAL do Governo (2005) - Resolução do Conselho de Ministros nº 84/2005 de 7 de Abril de 2005 (Princípios de estruturação dos cuidados de saúde às pessoas idosas e dependentes).

PORTAL do Governo (2006) – Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho de 2006, publicado em D.R. nº 109, I Série-A (Diploma que cria a rede nacional de cuidados continuados integrados).

PORTAL da Saúde (2007) – A reforma dos cuidados de saúde Primários (Artigo de Luís Pisco, Coordenador da MCSP, publicado nos Cadernos de Economia, edição n.º 80 - Julho/Setembro de 2007).

PORTUGAL, Ministério da Saúde (1996) - A prova o regulamento do exercício Profissional dos Enfermeiros. Decreto-lei-161/96 de 4 de Setembro, publicado em D.R. I Série-A.

PORTUGAL, Ministério da Saúde (1999) - Saúde em Portugal: uma estratégia para o virar do século 1998-2002. Lisboa (PT): Direcção Geral da Saúde.

PORTUGAL, Ministério da Saúde (1999) – Decreto-Lei nº 157 de 10 de Maio de 1999: regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde. Lisboa: imprensa nacional.



PORTUGAL, Ministério da Saúde; Ministério do Trabalho e Solidariedade Social (2005) – Cuidados de saúde e cuidados de longa duração: Relatório preliminar. Comissão da União Europeia Comité de Protecção Social. Portugal.

PORTUGAL, Ministério da Saúde (2008) - Caracterização geral e Criação dos agrupamentos de Cuidados de saúde. Decreto-lei nº28/2008, de 22 de Fevereiro de 2008.

RICE, Robyn (2004) - Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários: conceitos e aplicações. Lusociência. ISBN-972-8383-460.

SANTOS, S.M.A. (2003) - Idosos, Família e Cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas: Alínea.

SANTOS, Osvaldo et al (2007) - Os Centros de Saúde em Portugal: uma abordagem qualitativa. Unidade de Sistemas de Saúde do Instituto de Higiene e Medicina Tropical- Universidade Nova de Lisboa.

SAKATA, Karen Namie et al (2007) - Concepções da equipa de saúde da família sobre as visitas domiciliárias. In: Revista Brasileira de enfermagem, vol.60, nº6, Novembro/ Dezembro, Brasília. ISSN- 0034-7167.

SILVA, Madalena (1998) - Apoio Domiciliário ao Idoso. In: Geriatria, vol.11, nº106, Setembro, p. 16-17. ISSN 0871-5380.

SILVA, M.J.P. (2005) - O amor é o caminho. São Paulo: Loyola, 3ªed.

SIQUEIRA, Amanda Batista et al (2006) - Relacionamento enfermeira, paciente e família: factores comportamentais associados à qualidade da assistência. Arq. Med ABC, vol.31, nº2, p. 73-77.

SOUSA, Liliana, GALANTE, Helena e FIGUEIREDO, Daniela (2003) - Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. In: Revista Saúde Pública, vol.37, nº3, p.364-371. ISSN 0034-8910.

SOUZA, Chrissandra et al (2004) - A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliária. In: Revista da UFG, Ano VI, vol.6, nº especial, Dezembro.

STANHOPE, Margia & LANCASTER, Jeanette (1999) – Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. Lisboa: Lusociência, 4º ed.

STREMEL, Regina Célia & NAKAMURA, Eunice (2008) – A enfermagem no atendimento domiciliar aos idosos. Disponível em URL: <http://www.uniandrade.edu.br>.

VERAS, R.P. (1998) - O Cuidador nos novos modelos de atenção. In: Caldas CP editor. A saúde do idoso: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: EDUERJ.

WALKER, A. (1999). Attitudes to population ageing in Europe. A comparasion of the 1992 and 1999 Eurobarometer Surveys. Disponível em URL: [http://www.shef.ac.uk/socst/staff/staff\\_page\\_elements/a\\_walker/attitudes.pdf](http://www.shef.ac.uk/socst/staff/staff_page_elements/a_walker/attitudes.pdf)

WANG, C.; BURRIS, M.A. & XIANG, Y.P. (1996) - Chinese village woman as visual anthropologists: A participatory approach to reaching policymakers. In: Social Science and Medicine, vol.42, nº10, p.1391-1400.

WANG, C.C.; YI, Wu Kun & TÃO Zhan (1998) - PHOTOVOICE as a participatory health promotion strategy. Health Promotion International, vol.13, nº1, p.75-86

WANG, Carrine C. (1999) - Photovoice: A participatory Action Research Strategy Applied to Women´s Heath. vol.8, nº2, p.185-192.

WATSON, J. (2002) - Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Loures: Lusociência.

WILKERSON, Gail F. (2004) - Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários- conceitos e aplicações: o utente idoso. 3ªed. Robyn Rice Loures: Lusociência. ISBN-972-8383-96-0.

## **CAPÍTULO 4**

Promover a qualidade de cuidados enfermagem em unidades de cuidados continuados

# **PROMOVER A QUALIDADE DE CUIDADOS ENFERMAGEM EM UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS**

**Maribel Domingues Carvalhais\* e Liliana Sousa\***

\* Doutoranda em Ciências da Saúde

Sessão Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro, 3810- 193, Aveiro

mari.carvalhais@sapo.pt

\*\*Professora Auxiliar com Agregação

Sessão Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro, 3810- 193, Aveiro

Lilianax@cs.ua.pt

## **RESUMO**

Este estudo exploratório procura contribuir para compreender melhor como se pode promover a qualidade dos cuidados de enfermagem a idosos dependentes em contexto de cuidados continuados. Assim, procura-se contribuir para a sensibilização e formação de enfermeiros na prestação de cuidados de qualidade a idosos dependentes e melhor definir cuidados relacionais a idosos dependentes. A metodologia adoptada foi o photovoice, um método participativo (qualitativo) que usa a fotografia e a voz para aceder ao mundo dos outros e torná-lo acessível a *nós*. A amostra envolve 3 enfermeiras, com idades entre os 22 e 28 anos. Os principais resultados sugerem que a promoção dos cuidados de enfermagem a pessoas idosas dependentes envolve: i) trabalho e decisão em equipa multidisciplinar; ii) mais recursos materiais e humanos; iii) melhores condições físicas. Paralelamente, o principal obstáculo à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade centra-se na escassez de recursos humanos e materiais e na rotina. Referem como elemento fulcral o não envolvimento da família. Além disso, os participantes salientam a importância da integração social, para a reintegração do utente na sociedade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados de enfermagem; qualidade; idosos em cuidados continuados.

#### 4.1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura social e familiar, verificadas em Portugal (e um pouco por todo o mundo), determinam novas necessidades em saúde. Nesse âmbito é relevante organizar respostas adequadas aos últimos anos de vida, pois são frequentemente acompanhados de fragilidade e incapacidade, susceptíveis de prevenção, tratamentos e recuperação e, sempre da possibilidade de manutenção da dignidade e qualidade de vida (App, s/d). A minimização desses fenómenos implica uma visão global de cuidados de saúde aos cidadãos, colocando-os no centro de decisão, deslocando os cuidados para a comunidade e enfatizando a qualidade de vida.

Os Cuidados Continuados Integrados têm como funções um conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrentes da avaliação conjunta, centrados na recuperação global, entendida como o processo terapêutico, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. O citado "conjunto de intervenções" integra também as intervenções de enfermeiros respeitando os princípios de multidisciplinaridade e interdisciplinaridade (Pironet, 2007)

Os enfermeiros nos cuidados continuados participam nesse processo de reabilitação e devem ter um desenvolvimento baseado em conhecimentos, capacidades e competências científicas, técnicas, relacionais e culturais, relacionadas com as práticas de cuidados de saúde. Os enfermeiros integrados em equipas multidisciplinares e interdisciplinares devem preocupar-se com as necessidades de auto-cuidado, promovendo a independência funcional, auto-estima e bem-estar, oferecendo um conjunto contínuo de cuidados segundo uma abordagem holística (Cruz, 2007). A literatura pouco tem discutido os cuidados continuados em enfermagem por se tratar de algo muito recente e ainda em construção. As unidades de cuidados continuados a funcionar ainda são relativamente poucas em Portugal, não havendo por isso muita investigação acerca delas. Este estudo procura responder a alguns desafios que os enfermeiros enfrentam no seu quotidiano de trabalho, de forma a desenvolverem cuidados com maior qualidade, centrados na pessoa e família, facilitando o processo de reabilitação e reintegração familiar, profissional e social, com melhorias evidentes na sua qualidade de vida.

## 4.2. IDOSOS E CUIDADOS CONTINUADOS

As várias transformações sociais, nomeadamente o envelhecimento da população e as alterações dos equilíbrios sociais, determinam necessidades para alguns grupos de pessoas, das quais se salientam os idosos, em especial os dependentes, pois apresentam uma crescente necessidade de prestação de cuidados continuados. Também o efeito cumulativo da diminuição da mortalidade e da natalidade se tem traduzido, em Portugal, no progressivo envelhecimento da população. (Martins & Melo, 2007). O grupo de Portugueses com mais de 65 anos constitui cerca de 17% da população do continente, chegando a atingir 20% nos grandes centros urbanos, e com índice de dependência, face a população em idade produtiva, estimando em cerca de 24%, sendo que cerca de 300000 vivem em situação de isolamento (Portal do Governo, 2005). O aumento da esperança média de vida, que se tem verificado em paralelo, espelha a melhoria do nível de saúde dos Portugueses nos últimos 40 anos. Em 1960 a esperança média de vida a nascença em Portugal era de 61,2% para os homens e 66,8% para as mulheres. Em 2002 a percentagem era de 73,8% e 80,3% respectivamente.

Apesar deste sucesso no prolongamento da vida, verificam-se carências ao nível dos cuidados de longa duração, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. As doenças crónicas estão entre as principais causas de morte na sociedade ocidental e serão a principal causa de incapacidade até ao final de 2020. Estima-se também que entre 70 a 80% dos recursos totais da saúde sejam consumidos com a doença crónica. Emergem, assim, novas necessidades de saúde e sociais, que requerem respostas novas e diversificadas que venham satisfazer o incremento esperado da procura por parte das pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doenças incuráveis em estado avançado ou em fase terminal, exigindo habitualmente uma forte componente de apoio psicossocial, a que se deu a designação de cuidados continuados (Ministério da Saúde, 2004; Ministério da Saúde, trabalho e Solidariedade Social, 2006; Portal do Governo, 2006).

O conceito de continuidade de cuidados pressupõe a *não quebras* da prestação de cuidados, mesmo que os prestadores não sejam os mesmos (Araújo et al., 2008). Segundo Cadete (1999: 98) a continuidade de cuidados é “um conjunto de acções que visam garantir

uma transição adequada quando há mudanças de prestador; é um direito da pessoa assistida e um dever dos profissionais e instituições envolvidas”.

Neste âmbito, o Plano Nacional de Saúde identifica a necessidade de ser melhorada a qualidade em diferentes áreas de Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente no que se refere à melhoria dos indicadores que permitam uma avaliação mais rigorosa da qualidade das prestações de cuidados de saúde e da sua organização. É dentro deste contexto que o Instituto da Qualidade em Saúde tem vindo, progressivamente, a desenvolver a sua acção. O Plano Nacional de Saúde salienta, ainda, a importância da humanização na melhoria contínua da qualidade, através, nomeadamente, do desenvolvimento da vertente da ética no sistema de saúde e através da maior formação das comissões de ética existentes nos serviços prestadores de cuidados de saúde.

O Governo considera fundamental a promoção da qualidade para a adequação dos cuidados de saúde e, neste caso, de enfermagem, às novas necessidades da população mais idosa e vulnerável, tornando-se cada vez mais adaptados às expectativas crescentes desta população. Neste sentido, a prestação de cuidados continuados de curta, média e longa duração, por se dirigirem a uma população em situação de especial vulnerabilidade, deve estar condicionada a aplicação de um modelo de avaliação de qualidade (Ministério da Saúde, do trabalho e solidariedade, 2005). Para tal, foi aprovada a rede de cuidados continuados, através do Decreto-Lei nº 281/2003, de 8 de Novembro, destinando-se a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos necessitados de cuidados de saúde, em consequência de doença crónica ou degenerativa. Esta rede de cuidados continuados cruzará todo o sistema público de saúde, sendo articulada com o sector social como parceiro de excelência. A rede é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e/ou apoio social, e de cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, centros de saúde, serviços distritais e locais da segurança social, rede solidária e autarquias locais (Portal do Governo, 2006). No sector da saúde, os serviços da rede incluem uma interacção no hospital com unidades de internamento e convalescença, de média e de longa duração e ao nível dos cuidados primários, prestados através dos centros de saúde (Portal da Saúde, 2006).

Os cuidados continuados assentam nos princípios da família como suporte, da humanidade e do respeito, da continuidade de cuidados, proximidade de cuidados,



qualidade de cuidados, interdisciplinaridade profissional, integridade, identidade e privacidade da pessoa (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). Em Portugal, a família é o centro da tradição da responsabilidade pela prestação de cuidados, tendo de facto de prestar cuidados devido à escassez de serviços organizados (Rebelo, 1996). A rede de cuidados continuados integrados irá prestar cuidados a nível de internamento transitório ou prolongado, apoio ao domicílio e centro de dia/centro de protecção de autonomia.

Neste artigo vamo-nos cingir apenas aos cuidados continuados a nível de internamento transitório ou prolongado. Esta unidade tem como finalidade dar continuidade aos cuidados de internamento hospitalar, constituindo um recurso de apoio aos doentes e suas famílias quando a situação de saúde e de perda de funcionalidade requerem cuidados profissionais qualificados de saúde, de reabilitação ou apoio social. Este tipo de unidade esta dividida em três tipos: tipo 1 – pós-agudo, convalescença e reabilitação, com o objectivo de prestação de cuidados e supervisão clínica de forma continuada e intensiva, bem como os cuidados de reabilitação, na sequência de um internamento hospitalar ou agudização de episódio de doença (duração até 30 dias); tipo 2 – unidades de média duração e reabilitação, destinadas à reabilitação e ao apoio social por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou de descompensação de um processo patológico crónico de uma pessoa com perda transitória de autonomia ou sem esperança de total recuperação e tão só de adaptação à incapacidade e promoção da autonomia (duração inferior a 90 dias); tipo 3 - unidades de longa duração ou manutenção, podem ser de carácter permanente ou temporário, prestando cuidados de saúde a pessoas com doenças crónicas, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas em domicílio; proporcionam cuidados que previnem e retardam o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida (duração superior a 90 dias consecutivos). Estas unidades também podem ser utilizadas por utentes que habitualmente são tratados no ambiente familiar, de modo a facilitar o descanso dos seus cuidadores. (Guerreiro, 2006; Portal do Governo, 2006).

Os cuidados continuados no nosso país encontram-se numa fase inicial, existindo algumas experiências pontuais ainda pouco divulgadas. No entanto, nos Estados Unidos da América, já nos anos 1970 há referência à criação de serviços com base no hospital para dar resposta à necessidade de continuidade de cuidados pós-internamento (Stanhope & Lancaster, 1999). Este modelo já testado em outros países garante a acessibilidade,

equidade e qualidade dos cuidados em especial a pessoas idosas com dependência funcional.

Mas, não basta olhar para os modelos de intervenção e reproduzi-los. As necessidades e recursos da população dos países mais desenvolvidos, como é o caso dos EUA, do Canadá ou dos países da Europa Central ou Escandinávia, são substancialmente diferentes dos de Portugal. É fundamental considerar as diferentes realidades culturais, económicas e sociais que condicionam o desenvolvimento desta vertente de cuidados (Cabete, 1999).

Estes cuidados promovem a qualidade do pós-internamento e, assim, da eficácia hospitalar (Guerreiro, 2006). De facto, muitos reinternamentos resultam da inexistência de cuidados pós-agudos. Entre 2000 e 2003 os reinternamentos hospitalares aumentaram mais de 15%, sendo que 48,8% trata-se de pessoas com mais de 65 anos (Guerreiro, 2006). Num estudo de Zunzunegue (2001) acerca da qualidade e eficácia dos serviços hospitalares em Espanha para as pessoas idosas, referiu que a drástica redução de internamento hospitalar esta associada em especial a um aumento de camas de unidades de média e longa duração. A maior parte das evidências científicas aponta para uma melhoria da qualidade e atenção, que é acompanhada de uma maior eficiência dos serviços.

É relevante compreender o contributo da rede dos cuidados continuados para os seus utentes: evitar internamentos desnecessários, que podem facilitar a perda de capacidades aos doentes; impedir, através do acompanhamento nos cuidados primários, a intensificação de sintomas que levam indubitavelmente os doentes de novo à urgência; evitar que a pessoa saia do seu meio de vida.

### **4.3. CUIDADOS CONTINUADOS E ENFERMAGEM**

As intervenções autónomas dos enfermeiros no âmbito dos cuidados continuados compreendem o processo de tomada de decisão e a resolução de problemas em enfermagem. Este processo tem início com a identificação da necessidade de cuidados de enfermagem, após o que o enfermeiro planeia *“as intervenções a concretizar de acordo com a sua competência e tendo em conta que as intervenções terapêuticas devem ser realizadas pelo técnico da equipa de saúde que, no contexto onde a acção toma lugar e em*

*tempo útil, melhor preparado está para as levar a cabo”* (Conselho de Enfermagem, 2000).

Mas autonomia não significa trabalhar isoladamente, o trabalho em equipa demonstra que o objectivo comum só se alcançará se cada um contribuir com a sua especificidade (Silva & Coelho, 1999). Segundo André (2002) a interdisciplinaridade é condição essencial como processo de trabalho quando se prestam cuidados continuados. É um trabalho difícil, que implica partilha de conhecimentos e de decisão, compromissos e cedências, cooperação e não exigência, conhecimento e respeito mútuos. No entanto, os benefícios são muitos, pois através permite rentabilizar recursos, melhorar a qualidade das respostas, garantir a continuidade dos cuidados e enriquecer a experiência de cada instituição, conseguindo-se uma intervenção mais eficaz (Cabete, 1999).

#### **4.4. OBJECTIVOS**

A enfermagem centra-se nas respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos de vida, assim como nas transições que cada pessoa vivencia ao longo da vida. Assim, o enfermeiro interage com o propósito de ajudar a manter, recuperar ou aumentar a saúde e o bem-estar, contribuindo para que o utente consiga reformular o seu projecto de saúde face às novas situações que com que se depara, independentemente da sua natureza e/ou gravidade (Pironet, 2007).

A investigação em enfermagem não pode descurar esta temática, pois sendo a RNCCI uma rede que assenta na avaliação e actuação em função de níveis de dependência, entra-se no campo da enfermagem (Martins & Melo, 2007). A literatura refere que os enfermeiros compreendem o sofrimento humano, mas isto nem sempre se verifica quando se trata de idosos dependente (Vielva, 2002). Por isso, nem mesmo os enfermeiros, cuidadores de proximidade, conseguem ficar imunes, à tendência de desvalorização do factor humano. Carvalho (1996) publicou os resultados de uma investigação sobre o tema “humanismo e enfermagem”, que indiciam uma crise do humanismo na enfermagem, pela perda da visão global da pessoa doente, pela instalação da rotina e pelas faltas progressivas na comunicação/relação.

Este estudo pretende atingir os seguintes objectivos: i) identificar os cuidados de enfermagem a prestar aos pacientes idosos dependentes em cuidados continuados; ii) aprofundar o conhecimento sobre as dificuldades/obstáculos (emocionais, institucionais, relacionais, ...) que os enfermeiros sentem na promoção de uma relação de cuidados mais expressivos a idosos dependentes; iii) identificar factores que facilitam e dificultam a prestação de cuidados mais relacionais pelos enfermeiros; iv) identificar modos de fomentar, sensibilizar e motivar os enfermeiros para a prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes.

#### **4.5. METODOLOGIA**

O método de recolha dos dados foi o photovoice. Trata-se de um método participativo (qualitativo) que usa a fotografia e a voz como meio para aceder ao mundo dos outros e torná-lo acessível aos outros. Serve como instrumento de recolha de informação e como criador de comunidade (processo grupal), estimulando os participantes a expressarem a sua visão, no sentido literal e figurativo. As fotografias permitem aceder às realidades diárias dos participantes e assenta na compreensão dos indivíduos como “*experts*” nas suas vidas (Wang *et al.*, 1996; Wang *et al.*, 1998; Wang, 1999). Este método surge em 1994 com os trabalhos de Carolina Wang (Universidade de Michigan) e Mary Ann Burris (Universidade de Londres) com um estudo na área da promoção e educação para a saúde.

##### **4.5.1. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DOS DADOS**

O photovoice foi adaptado aos objectivos deste estudo. Aliás, o método é flexível e prevê a adaptação a diversos tópicos de pesquisa e intervenção. O photovoice é um processo para as pessoas identificarem a sua vivência pela fotografia (imagem), discutindo-a em grupo (voz). Visa promover a mudança social e tem sido utilizado com diversas populações (Wang *et al.*, 1998; Foster-Fishman *et al.*, 2005; Finney & Rishbeth, 2006): refugiados, crianças de rua, sem-abrigo. Wang *et al.* (1998) indica que envolve três finalidades: capacitar as pessoas para reflectirem sobre os seus problemas e potencialidades; promover o diálogo sobre temas importantes através da discussão grupal e

da fotografia; envolver elementos influentes da comunidade para promover a mudança (este objectivo não foi incorporado neste estudo).

O photovoice desenvolve-se nas seguintes fases (Wang *et al.*, 1998; Foster-Fishman *et al.*, 2005; Finney & Rishbeth, 2006).

1. Conceptualização do problema. Neste projecto reporta-se à qualidade dos cuidados de enfermagem a pessoas idosas dependentes.

2. Definição das finalidades e objectivos. As finalidades são: analisar os cuidados de enfermagem às pessoas idosas dependentes em contexto de cuidados continuados e reflectir sobre obstáculos e potencialidades para melhorar a sua qualidade.

3. Seleccionar e recrutar os participantes. Foram recrutados enfermeiros que trabalham em cuidados continuados.

4. Conduzir o *Photovoice*. Este é a fase de desenvolvimento dos grupos com os participantes. O grupo começa por discutir o problema proposto e redefini-lo de acordo com as suas perspectivas. Em seguida, treinam-se os participantes para tirarem fotografias, apresenta-se o tema inicial a fotografar, tiram-se as fotografias e facilita-se a discussão grupal sobre as fotografias. Deve promover-se a reflexão crítica e o diálogo, através da selecção das fotografias para discussão, sua contextualização, relato e registo escrito das histórias das fotografias. Esta fase comportou 8 diversas sessões, em que cada sessão centra um tema/questão (quadro I).

**Quadro I- Descrição das sessões**

Sessão	Tópicos de discussão
1ª Sessão	Apresentação dos membros do grupo e do projecto Breve apresentação do Photovoice Apresentação e discussão do problema Introdução da primeira questão
2ª a 7ª Sessão	Apresentação das fotografias e discussão Seleção por cada participante da fotografia que melhor responde à questão e discussão Seleção da fotografia pelo grupo e discussão Introdução da questão seguinte.
8ª Sessão	Apresentação de todas as fotografias e discussão sobre o problema inicial: “Como promover cuidados de enfermagem de qualidade a idosos dependentes?” Análise do impacto da participação no estudo.

Questões
1. O que é o cuidado em enfermagem?
2. O que é ser idoso dependente?
3. O que é o cuidado de enfermagem ideal a um idoso dependente em cuidados continuados?
4. O que é o cuidado de enfermagem real a um idoso dependente em cuidados continuados?
5. O que impede que o cuidado de enfermagem real se afaste do ideal?
6. O que facilitaria que o cuidado de enfermagem real se aproximasse do ideal?

As sessões foram moderadas pela autora e desenvolvidas através de um guião. Tiveram uma duração de cerca de 60m todas foram gravadas (com autorização dos participantes) e transcritas. Na recolha de dados foram sentidas algumas dificuldades: i) os participantes referiram dificuldades em retratar em fotografia a sua representação acerca do tema; ii) a marcação das sessões foi difícil, pois os enfermeiros faziam vários *part-times*. A recolha dos dados decorreu entre Abril e Setembro de 2008, e as sessões tiveram o espaçamento de 1 a 2 semanas. Foi também assegurada a confidencialidade dos dados (todos os participantes assinaram o consentimento livre e informado).

#### 4.5.4. AMOSTRA

Inicialmente o projecto foi submetido à Comissão de Ética que aprovou a pesquisa. Depois foi solicitada autorização a duas instituições para a realização do estudo, sendo que uma autorizou. No sentido de recrutar os participantes, a autora efectuou uma breve apresentação do projecto junto de um dos enfermeiros da instituição, indicando problema, objectivos e metodologia e a participação solicitada. No final, deixou um resumo do projecto e do método, juntamente com uma ficha de inscrição, solicitando que divulgassem o pedido de participação. Após cerca de 1 semana recolheram-se as folhas de inscrição, verificando-se existirem 3 inscritos. Marcou-se uma reunião com cada um para explicar mais em detalhe o projecto e a colaboração solicitada. Os 3 acederam em participar e assinaram os consentimentos livres e informados. A amostra compreende 3 enfermeiras (Maria, Manuela, Ana<sup>\*</sup>), com idades compreendidas entre os 22 e 28 anos.

---

\* Todos os nomes são fictícios.

#### 4.5.5. ANÁLISE DE DADOS

Todas as sessões foram gravadas, transcritas e submetidas a análise de conteúdo por três juízes independentes (a autora, a orientadora e uma enfermeira especializada). Neste processo considerou-se a literatura e investigação na área da qualidade do cuidado em enfermagem e da dependência na velhice, mas procurou-se ser descritivo e manter, sempre que possível, o discurso dos participantes (mantendo as suas palavras e/ou expressões). Além disso, decidiu-se sempre que possível adoptar as categorias sugeridas pelo grupo e partir das fotografias eleitas em cada sessão.

O processo envolveu a construção de categorias e subcategorias que traduzissem a opinião dos participantes em cada sessão. A criação e teste do sistema de categorização seguiram um processo de refinamento sucessivo. As entrevistas foram lidas e revistas para fazer a selecção do material relevante. Com base num processo de codificação aberta, foram decompostas em unidades de análise, sendo critério de definição a representação de uma ideia única. Procedeu-se, então, à criação de categorias e subcategorias (quadro II).

#### **Quadro II- Categoria**

<b>O que é o cuidado em enfermagem?</b>
1. Mãos dadas
1.1. Cuidado social
1.2. Dialogo/comunicação
1.3. Prevenir/substituir
1.4. Humanizar
<b>O que é ser idoso dependente?</b>
1. Necessitar readaptação
1.1. Adaptação
1.2. Estimulação
1.3. Precisa de ajuda total ou parcial
<b>O que é o cuidado de enfermagem ideal a pessoas idosas dependentes</b>
1. Integra a família
1.1. Evitar o isolamento
1.2. Boas condições físicas e materiais
1.3. Equipa multidisciplinar
<b>O que é o cuidado de enfermagem real a pessoas idosas dependentes</b>
1. Os que prestamos!

<ul style="list-style-type: none"> <li>1.1. Manter hábitos</li> <li>1.2. Desenvolver a interacção social</li> <li>1.3. Promover a autonomia</li> </ul>
<p><b>O que afasta os cuidados reais do ideal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Não envolvimento da família <ul style="list-style-type: none"> <li>1.1. Rotinas</li> <li>1.2. Integração social</li> <li>1.3. Escassez</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>O que facilitaria que o cuidado real em enfermagem se aproximasse do ideal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Trabalho e decisão em equipa multidisciplinar <ul style="list-style-type: none"> <li>1.1. Material e estrutura física</li> <li>1.2. Recursos humanos</li> </ul> </li> </ul>

#### 4.6. RESULTADOS

Passamos, agora, a apresentar os dados, seguindo o planeamento das sessões realizadas através do photovoice com os participantes.

##### *1ª Sessão*

Na primeira sessão salientou-se a importância do tema (promover cuidados de enfermagem de qualidade a pessoas idosas dependentes em cuidados continuados); os participantes entendem que nem a sociedade, nem os cuidados de saúde estão preparados para as especificidades destas pessoas. Nas instituições de cuidados continuados as pessoas idosas normalmente apresentam um quadro degenerativo, com múltiplas patologias, muitas vezes com abandono da família. Referem também dificuldade em reflectir (tirar as fotografias acerca do tema) acerca dos cuidados de enfermagem.

##### *2ª Sessão: O que é cuidado em enfermagem*

A definição para o cuidado de enfermagem foi inspirada na fotografia que representa *mãos dadas*.



## Figura I- Cuidado Psicológico



Para os participantes o cuidar em enfermagem envolve ver o doente em todas as dimensões (biopsicossocial e espiritual), prestando cuidados holísticos e de readaptação. Os cuidados procuram ajudar o idoso dependente a melhorar e otimizar a sua qualidade de vida, promovendo a autonomia e integração social. A prestação de cuidados deve ser dirigida ao indivíduo (utente), família e pessoas significativas, tendo por base a relação de ajuda. As “mãos dadas” envolvem: cuidado social; diálogo/comunicação; prevenir/substituir; e humanizar.

Por cuidado social os participantes entendem o envolvimento da família (através dos ensinamentos clínicos) e a participação da rede social de apoio incluindo instituições e serviços domiciliários.

*“Se a pessoa idosa tem família, deve envolver-se a família nos cuidados!”* [Manuela, 23 anos]

O cuidado em enfermagem envolve “diálogo e comunicação” que ocorre quando os enfermeiros demonstram confortar e escutar a família e o doente.

*“Ter a colaboração do paciente, estabelecendo uma relação terapêutica (ajuda), para que o processo ocorra”.*

*“Prestar cuidados ao indivíduo (utente), família, pessoa significativa, enfatizando a sua autonomia”* [Ana, 28 anos]

Os enfermeiros mencionam a “prevenção/substituição” com maior relevância no cuidado biológico, através da substituição das necessidades humanas básicas (promover a qualidade de vida), que consideram *o ponto de partida de todos os cuidados*, pois é a *chave* para a readaptação.

*“Quando o utente não consegue fazer por ele, temos que o substituir!”* [Manuela, 23 anos]

Consideram que para humanizar é necessário respeitar o utente e estabelecer uma relação de ajuda (dar várias hipóteses e deixa o utente tomar uma decisão informada).

Neste âmbito incluem os cuidados psicológicos (*o equilíbrio emocional é base para a satisfação de outras necessidades*) e o desenvolvimento de uma relação terapêutica (de ajuda). Só assim o processo de readaptação pode ocorrer.

*“A relação de ajuda assenta sobre darmos-lhes várias hipóteses e ele decide. Envolve-lo no processo de autonomia!”* [Maria, 22 anos]

### *3ª Sessão: O que é ser idoso dependente?*

O idoso dependente é alguém que “necessita de readaptação” ao seu novo *estado* de vida, pois a perda funcional pode acompanhá-lo para o resto da vida. Os participantes clarificam esta ideia com mais três conceitos: adaptação; estimulação; e precisar de ajuda total ou parcial.

A adaptação é um processo com várias fases: na primeira os idosos tendem a sentir-se uns inúteis (labilidade emocional), sendo preciso apoio psicológico e empatia, demonstrando que são pessoas iguais às demais; na segunda (dependência parcial) o utente já adquiriu algumas das suas potencialidades, embora ainda necessite de alguma ajuda; depois este processo leva a um novo equilíbrio (diferente do anterior), ajudando as pessoas a se readaptarem para alcançarem a máxima autonomia e poderem integrar-se na sociedade.

*“Adaptação do utente ao seu novo estado de saúde, ao seu novo estado de vida. Com a mão funcional foi buscar a mão parética. A adaptação é aquilo que nos objectivamos muito, a readaptação à vida lá fora!”* [Maria, 22 anos]

A estimulação das potencialidades leva ao afastamento ou minimização de uma deficiência eminente, desenvolvendo ou restabelecendo a capacidade da pessoa exercer um actividade normal.

*“Nos muitas vezes olhamos para o doente consoante as suas necessidades. Temos que olhar o utente consoante as suas potencialidades. Temos que ter noção das suas potencialidades e daquilo que eles são capazes de fazer!”* [Maria, 22 anos]

Em cuidados continuados o diagnóstico mais comum é o AVC (acidente vascular cerebral), necessitando estes idosos de ajuda total ou parcial para que o processo de readaptação ocorra.

*“Cuidado ao nível das suas necessidades consoante o grau de dependência exigindo a nossa substituição (ajuda total) ou ajuda parcial ou moderada sempre a nível de todas as necessidades e abordagens!”* [Manuela, 23 anos]

*4ª Sessão: O que é o cuidado de enfermagem ideal a pessoas idosas dependentes?*

Para os participantes o conceito de cuidados de enfermagem ideal centra-se no envolvimento da família na continuidade dos cuidados, através da formação (ensinos) para continuarem os cuidados. A preparação da família para o acolhimento no domicílio é essencial para a continuação e recuperação do utente idoso. Esta formação deve ser efectuada num ambiente adequado.

*“Considero que é um dos aspectos mais importantes. A preparação da família para o acolhimento em domicílio é fundamental para a continuação da recuperação do utente!”* [Ana, 28 anos]

*“Se não fosse a família, os nossos cuidados, ensinos, não teriam continuidade!”* [Maria, 22 anos]

Salientam que o envolvimento da família ajuda a uma melhor readaptação e a manter os hábitos do utente:

*“Tentamos preservar ao máximo os hábitos do utente. É respeito por eles!”* [Manuela, 23 anos]

Os participantes referem que os cuidados de qualidade implicam boas condições físicas e material suficiente (o que ocorre onde trabalham).

*“Penso que esta instituição tem tudo para poder prestar cuidados ideais, basta limar algumas arestas. Temos boas condições físicas e de material!”* [Manuela, 23 anos]

Os cuidados ideais exigem uma equipa multidisciplinar e coesa.

*“Temos uma boa equipa, uma equipa multidisciplinar...!”* [Manuela, 23 anos]

*5ª Sessão: O que é o cuidado de enfermagem real a pessoas idosas dependentes?*

Os participantes consideram que no seu contexto os cuidados reais são muito próximos dos ideais (talvez apenas fossem necessários mais alguns enfermeiros), pois dão prioridade à continuidade dos cuidados promovendo a autonomia, personalizando os cuidados e evitando as rotinas. O cuidado de enfermagem real é exposto em três subcategorias: manter hábitos; desenvolver a interacção social; promover a autonomia.

É essencial respeitar e manter os hábitos dos doentes (por exemplo, mantendo as hora do banho e dando comidas que gostem) para que haja uma melhor adaptação à instituição e à patologia.

*“Devemos preservar os hábitos do doente. Se nós pretendemos uma integração na sociedade posterior a um acontecimento de doença, fragilidade na vida. Temos que manter os hábitos que os utentes tinham em casa, dentro dos possíveis, i.e. consoante os recursos humanos e físicos!”* [Manuela, 23 anos]

Para que tal ocorra é importante a integração social, isto é, que os utentes convivam e interajam de forma a partilhar experiências e sentimentos, o que contribui para a promoção da saúde mental e psicológica.

*“Nós levamos os utentes para a sala de convívio para interagirem, partilhar experiências, desabafar entre eles – promover a saúde mental, a interacção social!”* [Ana, 28 anos]

Aos enfermeiros cabe o papel de ajudar no processo de readaptação, tendo como principal objectivo a promoção da autonomia para enfrentarem a nova realidade.

*“As unidades de média duração têm como principal função a promoção da autonomia ou a readaptação a nova situação!”* [Maria, 22 anos]

#### *6ª Sessão: O que afasta os cuidados reais do ideal?*

Os participantes pensam que é o não envolvimento da família que afasta os cuidados reais do ideal. Referem o desinteresse de algumas famílias em participar nos cuidados aos idosos. Mas, também sublinham que alguns enfermeiros não estão disponíveis para ensinar e colaborar com os familiares (devido ao número reduzido).

*“Há famílias que não colaboram, nem estão interessadas em ficar aptos para cuidar do utente. Não estão interessados em apreender!”* [Manuela, 23 anos]

Para além disso consideram que um bom funcionamento da instituição e dos serviços implica manter rotinas, que se aproximem o mais possível do quotidiano das pessoas. Uma das rotinas frequentes ao longo do dia é o posicionamento e conforto.

*“As vezes como no turno da tarde esta uma enfermeira sozinha, pode acontecer que a 1ª volta que ocorre por volta das 18h não se realize...!”* [Manuela, 23 anos]

Apesar das rotinas deve-se preservar os hábitos dos doentes e estimular a sua integração social, para que partilhem de experiências.

*“Na sala de convívio podem interagir mais. É importante para o bem-estar!”* [Ana, 28 anos]

A escassez de recursos humanos impede que se prestem melhores cuidados. Os participantes referem necessitarem de mais apoio administrativo, porque as tarefas administrativas diminuem o tempo para cuidados técnicos e humanos.

*“Algo que também poderia mudar era em termos burocráticos (apesar de já estar melhor) temos que recepcionar todos os tiques da farmácia!”* [Maria, 22 anos]

*7ª Sessão: O que facilitaria que o cuidado real em enfermagem se aproximasse do ideal?*

Para realizar cuidados próximos do ideal é necessário trabalhar e tomar decisões em equipa multidisciplinar. Os enfermeiros salientam que são necessárias também: material e estrutura física; recursos humanos (enfermeiros). Reforçando o que foi dito nas outras sessões a instituição em que estes profissionais trabalham apresenta boas condições físicas e de material.

*“Cada utente tem um quarto individual, onde pode estar com a família. As condições físicas são muito boas. Em termos de material, temos bom material para trabalhar, o que é importante!” [Ana, 28 anos]*

Para que a prestação de cuidados se aproxime do ideal é necessária uma equipa multidisciplinar, que envolva: enfermeiro, médico, auxiliar de acção médica, assistente social, fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala e administrativo.

*“A equipa multidisciplinar pode ajudar o indivíduo como um todo, tendo qualidade de cuidados, na sua pessoa (psicológica; social; espiritual!” [Ana, 28 anos]*

Apesar de existir uma equipa coesa, o número reduzido de enfermeiros, faz com que os cuidados se afastem um pouco do ideal. Nessas circunstâncias, há que estabelecer prioridades, privilegiando as necessidades físicas em detrimento das psicológicas ou espirituais.

*“...gostaria de ter mais tempo suficiente e ajudar a ultrapassar determinadas necessidades. Tenho que estabelecer prioridades. E evidente que são as físicas!” [Maria, 22 anos]*

*8ª Sessão: Promover cuidados de qualidade a idosos dependentes*

Os participantes incidem as suas conclusões, para a promoção dos cuidados de qualidade a pessoas idosas dependentes em cuidados continuados, em dois tópicos: readaptação e autonomia e visão humanista. O utente é visto nas dimensões biopsicossocial e espiritual, para que se consiga atingir o objectivo de readaptação. A readaptação resume a política dos cuidados continuados, isto é, a adaptação do indivíduo às novas necessidades, fazendo com que adquira independência total ou parcial e que saiba viver com nestas circunstâncias. A foto eleita pelos participantes foi a “readaptação”.

**Figura II- Readaptação**



Relativamente ao método utilizado referem que a imagem nem sempre faz passar toda a representação, mas ajudou a reflectir acerca dos temas e a mudarem algumas atitudes. A falta de tempo foi o motivo mais apontado para a realização das tarefas e o estarem sozinhos nos turnos. Apesar disso, e para melhor execução pediram ajuda e trocaram ideias com colegas.

#### **4.7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

O cuidado é considerado uma das mais antigas práticas da humanidade, tendo como objectivo a manutenção biológica da espécie e a manutenção social dos grupos. No entanto, o cuidado ao ser humano insere-se na história também como uma actividade associada à cura das doenças e ao alívio do sofrimento físico e mental. Assim, a concepção de doença e saúde sempre determinou princípios ou maneiras de praticar o cuidado orientando-se pelos valores predominantes na sociedade (Gonçalves & Sena, 1999). A enfermagem é a ciência e a arte de assistir ao ser humano (indivíduo, família e comunidade) no atendimento de suas necessidades básicas, tornando-o independente, quando possível pelo ensino do auto-cuidado (Abreu & Ramos, 2007). Quando a pessoa se encontra doente ou incapacitado, aumenta a sua vulnerabilidade biopsicosocial, pelo que

devem ser geridos cuidados de saúde de natureza preventiva, curativa, de reabilitação ou terminais.

Define-se como cuidados continuados integrados, o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrentes de avaliação conjunta, centrados na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (Decreto Lei nº 101/2006 de 6 de Junho). Assim a prestação de cuidados continuados é um direito fundamental, pois se a continuidade dos cuidados for interrompida, pode colocar em risco o sucesso das anteriores intervenções (Almeida, 2008). Assim, é necessário que a alta seja planeada no hospital, o que representa mais do que uma transferência do doente para o seu domicílio ou para uma instituição de solidariedade. Existem equipas multidisciplinares nos hospitais, com o objectivo de preparar e gerir a alta dos doentes em articulação com os serviços de internamento, de modo a que seja assegurada a continuidade de cuidados ao longo do processo de reabilitação (Segurança Social & Instituto da Segurança Social, 2008).

Os hospitais continuam a surgir como centros especializados de tratamento, onde não há lugar a permanência, com o objectivo de reabilitação. Por isso, a maior parte dos utentes quando regressa a casa (após a alta), encontra-se com elevado grau de dependência. Como refere Ermida (1995), muitos destes utentes têm alta hospitalar muito mais fragilizados e dependentes do que quando foram internados. Neste contexto houve necessidade de uma reorganização da família e da sociedade num processo integrador de duas dimensões indissociáveis: a da saúde e a da segurança social. É neste contexto que se insere o conceito e a prática de cuidados continuados, onde a complementaridade entre as famílias e o apoio formal se concretiza (Resolução do Conselho de Ministros nº 84/2005). Cabe aos profissionais de saúde, uma redefinição do seu papel, como formador, educador, supervisor, amigo, orientador de cuidados a prestar nestas circunstâncias, partindo do pressuposto de que as pessoas não têm só capacidades, mas também potencialidades a desenvolver para se tornarem mais competentes.

Destaca-se como característica da enfermagem a dimensão ampliada do assistir, ou seja, o enfoque não é a doença, mas a promoção, manutenção e recuperação da saúde do ser humano na perspectiva de sua família e comunidade (Duarte & Diogo, 2000). Waldow

(2005) refere que podem ser consideradas relações de cuidados aquelas que se distinguem pela expressão de comportamentos tais como, confiança, respeito, consideração, interesse e atenção. Num ambiente de cuidado, as pessoas sentem-se bem, reconhecidas e aceites; conseguem expressar-se de forma autêntica e preocupam-se com os outros no sentido de actualizar informações, fornecendo e trocando ideias, oferecendo apoio, ajuda, responsabilizando-se e comprometendo-se com a manutenção desse clima de cuidado. Assim torna-se imprescindível a participação do doente e o trabalho em equipa no processo do cuidado.

#### *Cuidados de enfermagem aos pacientes idosos dependentes*

Os resultados indicam que os enfermeiros perspectivam a enfermagem de acordo com a definição e funções atribuídas teórica e legalmente, consistentes com a definição de cuidados continuados. Para os participantes o cuidar em enfermagem envolve ver o doente em todas as dimensões (biopsicossocial e espiritual), prestando cuidados holísticos e de readaptação. Representam o cuidar através da fotografia “mão dadas” uma imagem que representa a complementaridade entre apoio social, familiar e processo de reabilitação. As mãos dadas representam: cuidado social; diálogo/comunicação; prevenir/substituir e humanizar.

Em termos conceptuais os participantes parecem orientar-se por uma vertente mais humanista, enfatizando a vertente social dos cuidados continuados. O apoio social envolve a família e a participação da rede social de apoio incluindo instituições e serviços domiciliários. A participação da família nos cuidados é fundamental, ainda mais porque posteriormente (num máximo de 90 dias, quando o doente voltar para o domicílio, serão os familiares os principais cuidadores. Abreu & Ramos (2007) estudaram o regresso a casa do doente vertebro-medular e verificaram que com frequência os familiares se preocupavam com a recuperação dos défices adquiridos; no entanto, quando confrontados com a possibilidade da alta a curto prazo e com o pedido de colaboração na prestação de cuidados, revelam alguma angústia e receio na execução. Frequentemente, referiam não ter condições habitacionais e faziam alusão a sobrecarga financeira, mas especialmente estava presente o medo (do inesperado, da pouca ou nenhuma aprendizagem durante o período de internamento).



Mas, é uma abordagem mais humanista que define a prestação dos participantes, abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais. Em Portugal, Carvalho (1996) publicou os resultados de uma investigação sobre “humanismo e enfermagem”, indicando alguma crise do humanismo na enfermagem pela perda da visão global da pessoa doente, instalação da rotina ao longo dos anos da acção do enfermeiro e faltas progressivas na comunicação/relação.

A comunicação aplicada à saúde tem como objectivo reduzir a incerteza, melhorar os relacionamentos e indicar ao doente e família uma direcção a seguir. Parte desta informação é transmitida não verbalmente, através da expressão facial, contacto visual, da postura, tom/velocidade da voz e tacto. Os processos de informação e comunicação constituem uma importante estratégia, pois influenciam a avaliação dos doentes em relação aos cuidados de saúde e comportamentos de adesão à terapêutica. Esta avaliação é em grande parte medida através das competências comunicacionais dos profissionais de saúde (Teixeira, 2004).

No caso dos cuidados continuados, a comunicação é um pilar importante, sendo uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e controlo de sintomas associados à doença avançada e/ou terminal, dependendo da formação, treino e experiência. As variadas técnicas deverão enfrentar e resolver as situações mais frequentes e problemáticas, como comunicação do diagnóstico e prognóstico, transmissão de más notícias. Nos cuidados continuados, a abordagem dos problemas deve ser focada no doente e família e suas necessidades. É essencial prestar atenção durante o processo de doença, pois as relações interpessoais, papéis sociais e ocupacionais, participação, liderança e dinâmicas de grupos sofrem alterações (Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos, s/d). A partilha da informação adequada às necessidades do doente altera a forma como este encara a situação e como confronta os sintomas da doença. Também influencia os comportamentos de adesão à terapêutica, exames de rastreio/diagnóstico e reabilitação e no desenvolvimento do auto-cuidado. Assim a comunicação efectiva em saúde adquire importância a nível individual e comunitário, podendo influenciar os ganhos em saúde, bem-estar psicológico e qualidade de vida (Teixeira, 2004).

Outro das categorias mencionadas foi a prevenção/substituição com maior relevância no cuidado biológico, através da substituição das necessidades humanas básicas (promover a qualidade de vida), que consideram o ponto de partida de todos os cuidados, pois é a

*chave* para a readaptação. Como tal, os participantes vêem o idoso dependente como alguém que necessita de readaptação ao novo estado de vida, pois a perda funcional pode acompanhá-lo para o resto da vida. Os participantes clarificam esta ideia através de três conceitos: adaptação, estimulação e ajuda total ou parcial.

A reabilitação é um processo dinâmico, contínuo, progressivo e educativo, tendo como objectivos a restauração funcional do indivíduo e reintegração na família, comunidade e sociedade (Ring, 1994). A reabilitação da pessoa idosa é ainda muito influenciada por preconceitos sociais, vinculados à fragilidade física, presença de incapacidades funcionais e de aprendizagem e ao “peso” social decorrente da “improdutividade” (Diogo & Campedelli, 1992; Diogo, 1997). Portanto, há menor investimento na sua reabilitação, o que pode levar à “acomodação” do idoso e à aceitação (resignação), por pensar que já cumpriu o seu papel social. Os familiares do idoso dependente tendem a procurar alternativas de suporte social para o apoio no domicílio, numa tentativa de manter o idoso no seu ambiente, evitando a institucionalização. A nova rede de cuidados procura colmatar estas lacunas.

O princípio dos cuidados continuados é a reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. Apesar disso a actual cobertura de cuidados continuados é insuficiente e apresenta uma deficiente distribuição territorial (Portal do Governo, 2005). A futura rede de Cuidados Continuados Integrados só ficará concluída em 2015, prevendo-se que em 2009 já estejam cobertas 30% das necessidades (Pinto & Sá, 2006). No distrito de Aveiro, as unidades de média duração e reabilitação contam com 70 camas, distribuídas por Águeda, Arouca, Castelo Paiva e Mealhada. Apesar de insuficientes, a evolução da autonomia física dos utentes assistidos nas unidades de média duração e reabilitação no momento da admissão era de 45,48% de utentes incapazes e 51,17% de utentes dependentes, sendo que na alta apenas 27,76% ficam incapazes e 46,49% dependente. Destes 13,38% saem autónomos e 12,37% saem independentes (Segurança Social & Instituto de Segurança Social, 2008). Apesar de ainda só alguns beneficiarem dos cuidados, aqueles que beneficiam tem resultados positivos.

Os participantes referem que o cuidado ideal a idosos dependentes assenta no “integrar a família”, sendo para tal necessário o “evitar o isolamento”, “boas condições físicas e matérias” e a “equipa multidisciplinar”. Contudo, indicam que os cuidados reais são “os que prestamos” (manter hábitos, desenvolver a interacção social e promover a autonomia).

### *Factores que facilitam e dificultam a prestação de cuidados pelos enfermeiros*

Os dados sugerem que o principal obstáculo à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade é o não envolvimento da família. Os participantes referem o desinteresse de algumas famílias em participar nos cuidados aos idosos, mas também sublinham que alguns enfermeiros não estão disponíveis para ensinar e colaborar com os familiares (devido ao número reduzido). A colaboração da família é solicitada para a prestação de cuidados, contudo alguns familiares revelam alguma angústia e receio quanto à execução. Há ainda utentes com alta clínica e em situação de dependência que vivem em ambiente familiar problemático (carência económica, indisponibilidade da família/cuidadores por motivos profissionais e/ou de saúde, ausência de condições psicológicas para cuidar dos familiares).

Estas situações associam-se muito à entrada da mulher no mundo profissional. Segundo dados da OCDE (2005), as mulheres Portuguesas registam uma taxa de actividade a tempo inteiro de 61%, um dos valores mais elevados da UE. O grupo etário dos 20 aos 40 anos atinge 72% de taxa de emprego, sendo o mais elevado da EU (Portal da Saúde, 2006). Antes desta mudança social eram as mulheres que cuidavam das crianças, doentes, idosos e família. Vai desaparecendo assim, de uma forma silenciosa, uma rede informal, não institucionalizada, que assegurou durante séculos muitas das respostas de que se carecia neste domicílio.

Outro aspecto complicado é o isolamento e solidão dos idosos. Segundo os Censos 2001 metade das pessoas que declararam viver sós tinha idade igual ou superior a 65 anos (cerca de 321000 pessoas) e, aproximadamente 22% com 75 anos ou mais encontravam-se nesta situação, o que corresponde a perto de 15500 cidadãos (Portal do Governo, 2005). A literatura indica que os idosos tendem a viver nos seus domicílios (e.g. Figueiredo, 2007). Por exemplo: Walker (1999) analisou o apoio familiar a idosos dependentes e verificou que 79,3% viviam com familiar(es) com ou sem apoio formal e 9,1% em lar de idosos; Sousa et al. (2003) verificaram que 65,9% dos idosos com mais de 74 anos vivia com a família, apenas 21,2% vive sozinho e 9,2% em lar de idoso. Outros estudos revelam que as pessoas idosas que permanecem no seu domicílio podem sentir, tristeza, desânimo e/ou melancolia, que advêm da perda de familiares ou da exclusão do grupo familiar ou social solidão (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Estes dados somados à quebra dos tradicionais mecanismos de ajuda informal, incluindo os de vizinhança, especialmente nas grandes áreas metropolitanas, evidenciam a necessidade de novas formas de apoio institucional na área da saúde e da solidariedade social (Portal do Governo, 2005). O objectivo da rede de cuidados é integrar o doente e família como unidade de cuidados, promovendo o envolvimento dos cuidadores nos cuidados, dinamizando a sua formação de modo a promover a autonomia dos utentes, adaptação à incapacidade e melhoria da qualidade de vida (Segurança Social & Instituto de Segurança Social, 2008).

Os participantes mencionam as “rotinas” como elemento que dificulta a prestação de cuidados, apesar de referirem a sua importância para o bom funcionamento da instituição e dos serviços. Enfatizam que se devem evitar alterações significativas no ambiente e rotina dos utentes, que se devem aproximar do quotidiano das pessoas. O internamento representa o afastamento do contexto físico e emocional habitual, obrigando a um elevado esforço de adaptação (Neri, 1993). O utente pode sentir-se limitado, sem autonomia e sem possibilidade de escolhas, como as relacionadas com medicação ou cuidados pessoais (Coutinho, 1992). Os participantes referem que têm em conta o quotidiano das pessoas, preservando os hábitos dos doentes e estimulando a sua integração social, para que partilhem de experiências.

Outra das categorias mencionadas diz respeito a escassez de recursos humanos o que impedem que se prestem melhores cuidados. Segundo o Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho a prestação de cuidados nas unidades e equipas da Rede deveria ser garantida por equipas multidisciplinares com dotações adequadas à garantia de uma prestação de cuidados seguros e de qualidade nos termos a regulamentar. O Despacho Conjunto nº 407/98 de 18 de Junho (II Série) refere que os profissionais deveriam ter formação nas áreas de geriatria e gerontologia, o que raramente se verifica. Apesar do número ser insuficiente para a prestação de cuidados de qualidade, muitas vezes ainda têm que realizar tarefas administrativas, diminuindo o tempo para cuidados técnicos e humanos. Além disso, parte dos enfermeiros nestas unidades está a tempo parcial, com pouca formação na área de geriatria e gerontologia.

Como factores facilitadores a prestação de cuidados de qualidade referem: equipa multidisciplinar; boas condições físicas e materiais; evitar o isolamento. Os cuidados de

enfermagem ideais centram-se no envolvimento da família na continuidade dos cuidados, através da formação (ensinos).

Relativamente à equipa multidisciplinar, os participantes referem que existe nos locais de cuidados continuados que conhecem e/ou onde trabalham. O convívio e o lazer são formas de evitar o isolamento, conjuntamente com a integração da família neste processo, o que ajuda na recuperação e readaptação do utente a sua nova realidade. Outras das categorias mencionadas são referentes às boas condições físicas e materiais, o que ocorre onde trabalham. Alguns dos factores susceptíveis de influenciar o processo de prestação de cuidados aos utentes são os ambientes físicos (estrutura arquitectónica, lotação, equipamentos, materiais, dotação das equipas), ambientes conceptuais (filosofia, valores, padrões de cuidados, método de trabalho, normas) e as próprias características de utentes e profissionais.

#### *Fomentar a prestação de cuidados de enfermagem a pessoas idosas dependentes*

A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, de acordo com o preâmbulo do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, procura dar resposta às carências de cuidados, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, do aumento de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida. Para tal, o modelo de intervenção articulado da saúde e da segurança social tem natureza preventiva, recuperadora e paliativa, estando situado num nível intermédio entre os cuidados de base comunitária e os de internamento hospitalar. O perfil de serviços, o perfil profissional e a permanência contínua, segundo o Concelho de Enfermagem de Março de 2009, permitem afirmar que o enfermeiro é o técnico de saúde melhor colocado para responder aos objectivos e atribuições das unidades de média duração e reabilitação, especificamente no que respeita à coordenação.

Os participantes consideram que para uma boa prestação de cuidados de enfermagem é essencial trabalho e decisão em equipa multidisciplinar. Salientam que são necessárias também: material e estrutura física; recursos humanos (enfermeiros), boas condições físicas e de material. Os participantes mencionam a importância da equipa multidisciplinar ser constituída por enfermeiro, médico, auxiliar de acção médica (actualmente designadas de assistentes operacionais), assistente social, fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta

ocupacional, terapeuta da fala e administrativo, o que vai de encontro o Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho. Apesar de existir uma equipa, o número reduzido de enfermeiros, afasta os cuidados um pouco do ideal. Segundo os participantes, nestas circunstâncias, há que estabelecer prioridades, privilegiando as necessidades físicas em detrimento das psicológicas ou espirituais.

#### *Limitações e perspectivas de pesquisa*

Como limitações deste estudo salientamos a dimensão reduzida da amostra, que decorreu do método de recolha de dados que causava receios nos participantes e lhes ocuparia muito tempo, visto grande parte deles trabalhar em tempo parcial. Outro dos motivos deve-se a implementação das unidades ainda estar no início, isto é, são poucas. Contudo, o método de recolha é rico e pode desvanecer alguns limites. Como perspectivas de pesquisas futuras seria interessante ultrapassar estas limitações e recolher dados em diferentes unidades de cuidados continuados e verificar como esta rede trabalha a nível das unidades de ambulatório (pessoas que reúnem condições para ser cuidadas em domicílio). Usar métodos de recolha paralelos para comparar; ouvir outros envolvidos: os idosos, os familiares e outros profissionais; conhecer boas práticas.

## **4.8. CONCLUSÃO**

O aumento da esperança média de vida espelha a melhoria do nível de saúde dos Portugueses nos últimos 40 anos. Apesar de tal sucesso, verificam-se carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. Estão, assim, a surgir novas necessidades de saúde e sociais, que requerem respostas novas e diversificadas para satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida (Decreto Lei nº 101/2006 de 6 de Junho).

O actual panorama demográfico e as suas consequências no sistema social, desde o âmbito das relações familiares até ao funcionamento das estruturas macro, como a prestação de cuidados de saúde, obrigam à reconsideração do papel atribuído aos idosos no

contexto português. Promover a qualidade de vida numa etapa de vida em que o declínio físico é incontornável, implica considerar critérios multidimensionais, como a manutenção da rede social e de actividades significativas. A perspectiva do envelhecimento activo enfatiza em simultâneo os contributos prestados pelos idosos à sociedade, através dos bens que produzem, e o bem-estar e qualidade de vida derivados do processo (Kaye, Butter, & Webster, 2003). Assim, a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, e de acordo com o preâmbulo do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, procura responder a esses desafios. Para tal, o modelo de intervenção articulado da saúde e da segurança social tem natureza preventiva, recuperadora e paliativa, estando situado num nível intermédio entre os cuidados de base comunitária e os de internamento hospitalar (Conselho de Enfermagem, 2009).

Os dados deste estudo sugerem que o cuidar em enfermagem envolve ver o doente em todas as dimensões (biopsicossocial e espiritual), prestando cuidados holísticos e de readaptação. Os participantes representam o cuidar através da fotografia “mão dadas”, uma imagem que representa a complementaridade entre apoio social, familiar e processo de reabilitação.

Em termos conceptuais os participantes parecem orientar-se por uma vertente mais humanista, enfatizando a vertente social dos cuidados continuados. O apoio social envolve a família e a participação da rede social de apoio incluindo instituições e serviços domiciliários. A participação da família nos cuidados é fundamental, ainda mais porque num máximo de 90 dias, o doente volta ao domicílio e serão os familiares os principais cuidadores.

Os enfermeiros de cuidados continuados, consideram a comunicação com o utente e seus familiares um pilar importante, sendo mesmo uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e controlo de sintomas associados à doença avançada e/ou terminal, dependendo da formação, treino e experiência. Os participantes vêem o idoso dependente como alguém que necessita de readaptação ao novo estado de vida, pois a perda funcional pode acompanhá-lo para o resto da vida. Os participantes clarificam esta ideia através de três conceitos: adaptação, estimulação e ajuda total ou parcial.

Referem ainda que o cuidado ideal a idosos dependentes assenta no “integrar a família”, para o que é necessário “evitar o isolamento”, ter “boas condições físicas e matérias” e uma “equipa multidisciplinar”.

Como principal obstáculo à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade referem o não envolvimento da família, salientando o desinteresse de algumas famílias em participar nos cuidados aos idosos; também sublinham que alguns enfermeiros não estão disponíveis para ensinar e colaborar com os familiares (devido ao número reduzido). Mencionam também as “rotinas” como elemento que dificulta a prestação de cuidados, apesar de referirem a sua importância para o bom funcionamento da instituição e dos serviços. Enfatizam que se devem evitar alterações significativas no ambiente e rotina dos utentes, que se devem aproximar do quotidiano.

Como factores facilitadores a prestação de cuidados de qualidade referem: equipa multidisciplinar; boas condições físicas e materiais; evitar o isolamento. Os cuidados de enfermagem ideais centram-se no envolvimento da família na continuidade dos cuidados, através da formação (ensinos).



## **BIBLIOGRAFIA**

APP (Associação Portuguesa de Psicogerontologia) – Curso de formação: 7º edição do curso de prestação de cuidados a pessoas idosas e dependentes. In: Resolução do Conselho de Ministros nº 84/2005. DR 81, Série I-B de 27 de Abril de 2005. Disponível em URL: <http://www.app.com.pt>.

ABREU, Eugénio Pais & RAMOS, Susana Isabel Vicente (2007) - O regresso a casa do doente vertebro medular: o papel do cuidador informal. Disponível em URL: <http://www.Psicologia.com.pt>.

ALMEIDA, Helena (2008) – Cuidados Continuados Integrados: um olhar sobre a rede. Hospital Nossa Senhora do Rosário E.P.E – Barreiro. Artigo de 01/08/2008.

ANDRÉ, Carlos (2002) - Cuidados Continuados um Modelo de Intervenção na Comunidade. In: Sinais Vitais, nº 44, Setembro, p. 40-44. ISSN-0872-8844.

ARAÚJO, I. M. et al (2008) - Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à comunidade – Um desafio. In: Revista Referência II.ª Série, nº 7, Outubro.

BERGER, Louise; MAILLOUX- POIRIER, Danielle. (1995) - Pessoas Idosas- uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidades. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-95399-87.

CABETE, D. (1999) - Cuidados continuados e continuidade dos cuidados. In: COSTA, Maria Arminda et al - O idoso: problemas e realidades. Sinais vitais. Coimbra: Editora Formasau. ISBN 972-8485-03-4. p. 93-113.

CARVALHO, M.M.M. (1996) - *A Enfermagem e o Humanismo*. Loures: Lusociências.

CONSELHO DE ENFERMAGEM (2009) – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro. Março de 2009.

COUTINHO, M.I.S.T. (1992) - Aspectos psicológicos do paciente politraumatizado. In: Revista de Psicologia Hospitalar do HC. São Paulo, vol.1, nº1.

CRUZ, Arménio (2007) - The chronotype and the academic achievement of nursing students. 18th International Nursing Research Congress Focusing on Evidence-Based Practice, Comunicação oral, Viena.

DIOGO, M.Y.D'E & CAMPEDELL, M.C (1992) – O idoso submetido à amputação dos membros inferiores nas actividades de vida diárias. In: Revista Paul. Enfermagem, vol.11, nº 2, p. 92-99.

DIOGO, M.J.E. (1997) - Consulta de Enfermagem em Gerontologia. In: Papéleo Netto, M. Gerontologia. São Paulo: Editora Atheneu.

DUARTE, O. de A. YEDA & DIOGO, E.D.J. Maria (2000) - Atendimento Domiciliar- um enfoque gerontológico. São Paulo: Editora Atheneu, 1º ed.

ERMIDA, José Gomes (1995) - Envelhecimento demográfico, doença e cuidados de saúde. In: Temas Geriátricos, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia. 1º Tomo.

FIGUEIREDO, N. M.A & TONINI, T. (2006) - Gerontologia: actuação da enfermagem no processo de envelhecimento. São Paulo: Yendis.

FIGUEIREDO, D. (2007) – Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa: Climepsi Editores. 1º edição.

FINNEY, N. & RISHBETH, C. (2006) - Engaging with marginalised groups in public open space research: the potential of collaboration and combined methods. *Planning, Theory & Practice*, vol.7, nº1, p.27-46.

FOSTER- Fishman et al (2005) - Using methods that matter: the impact of reflection, dialogue, and voice. *American Journal of Community Psychology*, vol.36, nº3-4, p.275-291.

GONÇALVES, M. & SENA R. Roseni (1999) - A Pedagogia do Cuidado de Enfermagem. In: Publicado na *Revista Mineira de Enfermagem*, vol.3, nº1, Janeiro/Dezembro.

GUERREIRO, Inês (2006) - Cuidados Continuados e Paliativos: desafios. In: *Revista Gestão & Saúde*, nº4, Janeiro.

KAYE, L.W.; BUTTER, S.S.; WEBSTER, N.M. (2003) - Toward a productive ageing paradigm for geriatric practice. *Ageing International Spring* vol. 28(2), p. 200-213.

MARTINS, Maria da Conceição Almeida & MELO, Manuel Cardoso Dias (2007) – Cuidados continuados...uma aposta para o futuro. *Millenium spectrum*.

NERI, a. L. (org) (1993) - Bem estar e stress em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência. In: *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas: Papirus.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008)- Idoso e cultura. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. 11 de Janeiro de 2008. Disponível em URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>

PINTO, Cláudia & SÁ, Rui Moreira (2006) - A nova rede de cuidados continuados vem dar respostas de saúde e de apoio social a idosos dependentes. In: *jornal do Centro de Saúde*, edição on-line. Ano 2, nº16, Abril.

PIRONET, Nadine (2007) - O enfermeiro e ... os cuidados continuados. Ordem dos enfermeiros: Newsletter Secção regional da região A. Dos Açores, Outubro

PORTAL da saúde (2006) – Rede de Cuidados Continuados: Intervenção da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde na sessão de apresentação da Rede de Cuidados Continuados Integrados. 21 de Abril de 2006.

PORTAL do Governo (2005) - Resolução do Conselho de Ministros nº 84/2005 de 7 de Abril de 2005 (Princípios de estruturação dos cuidados de saúde às pessoas idosas e dependentes).

PORTAL do Governo (2006) - Decreto - lei nº 101/2006 de 6 de Junho de 2006, publicado em D.R. nº109, I Série- A (Diploma que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados integrados).

PORTUGAL, Ministério da Saúde (1996) - Decreto - lei nº 161/96 de 4 de Setembro de 1996 (Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros).

PORTUGAL, Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade (1998) - Despacho conjunto nº407/98 de 18 de Junho de 1998 (II- Série) (Orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência).

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde (2003) - Decreto - lei nº 281/2003, 8 de Novembro de 2003. (Estabelece a rede de cuidados continuados de saúde).

PORTUGAL, Ministério da saúde. Direcção Geral da Saúde (2004) - Plano Nacional da Saúde 2004-2010.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade (2005) - Cuidados de saúde e cuidados de longa duração – Relatório Preliminar, Comissão da União Europeia.

PORTUGAL, Ministério do trabalho e da solidariedade (2006) - Rede Nacional de Cuidados Integrados. Dec. Lei nº 101/2006, 6 de Junho, publicado em DR nº 109, I série-A.

REBELO (1996) – Os Discursos nas Práticas de Cuidados de Enfermagem: contributo para a análise das representações para a obtenção de grau de Mestrado em Ciências da Educação – Área de Pedagogia da Saúde. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Lisboa.

RING, H (1994) – La rehabilitación en los ancianos. In: Organización Paramericana de la salud de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington: Elios Anzole Pérez, publicacion científica, 546, p.27.

SEGURANÇA, Social e Instituições da Segurança Social (2008) - Rede Nacional de Cuidados Integrados. Sessões Temáticas Inter-Clas.

SILVA, Ana & COELHO, Manuela (1999) – Cuidados Continuados e Integrados. Santarém. Trabalho apresentado no curso de estudos superiores especializados em enfermagem na comunidade.

SOUSA, Liliana; GALANTE, Helena & FIGUEIREDO, Daniela (2003) - Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. In: Rev. Saúde Pública, vol.37, nº3, p.364-371. ISSN 0034-8910.

STANHOPE, Margia, LANCASTER, Jeanette (1999) - Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. Lisboa: Lusociência, 4ªed.

TEIXEIRA, E.R. (2004) - A Crítica e a Sensibilidade no processo de cuidar na Enfermagem - ESC. Anna Nery. In: Revista de Enfermagem, vol. 8, nº3.

VIELVA, J.A. (2002) - Ética Profesional de la Enfermería. Bilbao: Editorial Deselée De BrouWer. S.A.

WALDOW, Vera R. (2005) – Estratégias de ensino de enfermagem. Petrópolis: Editora vozes.

WALKER, A. (1999) - Attitudes to population ageing in Europe. A comparasion of the 1992 and 1999 Eurobarometer Surveys. [citado em 16 de Junho de 2009]. Disponível em URL: [http://www.shef.ac.uk/socst/staff/staff\\_page\\_elements/a\\_walker/attitudes.pdf](http://www.shef.ac.uk/socst/staff/staff_page_elements/a_walker/attitudes.pdf)

WANG, C.; BURRIS M.A. & XIANG Y.P. (1996) - Chinese village woman as visual anthropologists: A participatory approach to reaching policymakers. Social Science and Medicine, vol.42, nº10, p.1391-1400.

WANG, C.C.; YI, Wu Kun & TÃO, Zhan (1998) - PHOTOVOICE as a participatory health promotion strategy. Health Promotion International, vol.13, nº1, p.75-86.

WANG, Carrine C. (1999) - Photovoice: A participatory Action Research Strategy Applied to Women´s Heath. vol.8, nº2, p.185-192.

ZUNZUNEGUI, Maria Victoria (2001) - Más servicios o mejores servicios? Calidad y eficiência en los servicios hospitalarios para las personas mayores. In: Revista Espanhola de Salud Pública, vol. 75, nº3, Mayo-Junio 2001. ISSN 1135-5727, p. 181-182.

## **CAPÍTULO 5**

Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a idosos em cuidados: hospitalares, domiciliares e continuados

## **PROMOVER A QUALIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM A IDOSOS EM CUIDADOS: HOSPITALARES, DOMICILIARES E CONTINUADOS**

**Maribel Domingues\* Carvalhais e Liliana Sousa\*\***

\* Doutoranda em Ciências da Saúde

Sessão Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro, 3810- 193, Aveiro

mari.carvalhais@sapo.pt

\*\*Professora Auxiliar com Agregação

Sessão Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro, 3810- 193, Aveiro

Lilianax@cs.ua.pt

### **RESUMO**

Este estudo exploratório procura contribuir para compreender melhor como se pode promover a qualidade dos cuidados de enfermagem a idosos dependentes comparando três contextos: hospital, cuidados continuados e em centro de saúde (domiciliares). Assim, procura-se contribuir para a sensibilização e formação de enfermeiros na prestação de cuidados de qualidade a idosos dependentes e melhor definir cuidados relacionais a idosos dependentes. A metodologia adoptada foi o photovoice, um método participativo (qualitativo) que usa a fotografia e a voz para aceder ao mundo dos outros e torná-lo acessível a *nós*. A amostra envolve 12 enfermeiros (3 de contexto hospitalar, 3 de cuidados continuados e 6 de centro de saúde), com idades entre os 22 e 43 anos, 10 do sexo feminino. Os principais resultados sugerem que a promoção dos cuidados de enfermagem a pessoas idosas dependentes envolve: i) trabalho e decisão em equipa multidisciplinar; ii) mais recursos materiais e humanos; iii) melhores condições físicas e formação adequada. Paralelamente, o principal obstáculo à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade nos três contextos centra-se na escassez de recursos e na desorganização, que se traduzem em falta de tempo, desordem e frustração. Além disso, os participantes salientam a importância do envolvimento da família, considerada parte da unidade de cuidado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados de enfermagem; qualidade; idosos; Hospital; Centro de Saúde; Cuidados Continuados.



## 5.1. INTRODUÇÃO

Com o aumento progressivo da expectativa de vida a nível mundial, nas últimas décadas, o apoio na área da saúde ao idoso passou a ser uma prioridade, pois sempre foi desejo do ser humano aumentar o seu tempo de vida (Silva et al., 2007). Conforme afirmam Pessini & Barchifontaine (2006), a longevidade tem implicações importantes, e mesmo quem apresenta uma boa saúde pode debilitar-se devido às alterações fisiológicas que acontecem com o avanço da idade. Ou seja, o avanço da idade tende a ser acompanhado por limitação nas funções do organismo, tornando os mais velhos cada vez mais em risco de dependência. Desta forma, tornam-se mais susceptíveis a doenças crónicas degenerativas, aumento de incapacidade e, por consequência, da necessidade de cuidados de saúde. Os idosos, por norma, apresentam mais problemas de saúde e mais complexos, exigindo do enfermeiro mais tempo para a prestação de cuidados. Portanto, a individualização do cuidado torna-se ainda mais relevante, pois cada pessoa idosa vai apresentar diferentes tipos e níveis de dependência/necessidades, exigindo cuidados específicos, sempre com o objectivo de diminuir e/ou compensar as limitações.

Neste sentido, é fundamental que os enfermeiros conheçam o processo de envelhecimento, a pessoa idosa de quem cuidam e o seu contexto familiar e comunitário. Devem também ter presente que pessoas com histórias de vidas e significados de qualidade de vida diferentes podem ter compreender os cuidados de modos diferentes dos profissionais de saúde. Há a tendência para considerar que, em especial, as pessoas idosas com maior grau de dependência dependem da vontade dos profissionais e já não têm uma opinião. Mas tal raramente é verdade, pois as pessoas idosas têm os seus interesses, gostos e vontades, que os profissionais têm de respeitar, mesmo que colidam com os seus valores ou crenças (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006; Pessini & Barchifontaine, 2006).

Levando em consideração as modificações físicas, psíquicas e sociais que ocorrem com o processo de envelhecimento humano, o cuidado de enfermagem necessita ir além da técnica, quantificação e observação de sinais e sintomas. Somente o enfermeiro crítico, será capaz de propor e executar mudanças nos modelos do cuidar, principalmente, quando se refere a grupo específico, como são os idosos (Rizzotto, 1999; Sampaio, 1999). O objectivo é que os recursos disponíveis individuais e colectivos se integrem de forma a compensar a incapacidade, redefinir prioridades e ajudar na de forma que a pessoa idosa

mantenha qualidade e dignidade de vida, mesmo perante problemas de saúde graves (Souza et al., 2002).

A humanização dos cuidados apresenta-se como uma exigência crescente, como um processo de respeito e valorização do ser humano. Humanizar significa acolher o paciente na sua essência, a partir de uma acção solidária, que permita compreender o doente na sua singularidade. No âmbito das situações de doença e/ou dependência são necessários profissionais que desenvolvam habilidades emocionais, e sejam capazes de se sensibilizar (Amestoy et al., 2006). O termo *humanização* vem sido associado ao reconhecimento da individualidade do paciente, compreendido como ser integral e singular.

A enfermagem envolve uma atitude facilitadora na promoção da saúde e do bem-estar biopsicossocial e espiritual do utente, conduzindo-o às melhores formas de enfrentar o processo de doença e cuidados (Fontes & Alvim, 2008). Portanto, o cuidado em enfermagem deve ser prestado de forma humana e holística, sem excluir o cuidado emocional, mais abrangente e personalizado, vislumbrando uma assistência de qualidade. Mas as acções de enfermagem só têm significado quando resultam de um processo interactivo entre enfermeiro, utente e seu contexto (Oliveira et al, 2006). Nesse sentido, os enfermeiros devem usar a comunicação como instrumento para humanizar o cuidado, dialogando para esclarecer dúvidas e minimizando a ansiedade perante a doença e/ou dependência (Morais et al., 2009).

Assim, segundo o Decreto-lei nº 161/96 de 4 de Setembro o enfermeiro é o profissional a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família grupos ou comunidades. Estes cuidados visam, prioritariamente, a ajuda na adaptação aos processos de vida e às situações de saúde/doença experimentadas pela pessoa, enquanto alvo de cuidados, e complementam a actuação de outros profissionais na resolução dos problemas de saúde.

As acções de enfermagem, quaisquer que sejam, não poderão nunca ser amorais. Contudo, a reflexão que se pretende promover vai mais no sentido do empreendimento de um esforço de reflexão axiológica, sendo necessário encontrar modelos explicativos e de análise que permitam, perante o mandato social da profissão, o compromisso em cumprir e orientar a nossa conduta face às decisões. É necessário clarificar o que são cuidados de qualidade, o que nos leva a uma abordagem da sua essência e natureza (Neves et al, 2004).

## 5.2. QUALIDADE DOS CUIDADOS

A qualidade, conceito tão abstracto, poderá ser descrita como uma filosofia de lutas pela consciência que deve existir a todos os níveis e ser assumida como conceito lato. A qualidade existe em relação a algo mensurável e implica a existência/definição de padrões. Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros assumiu formalmente (seguindo indicações internacionais, provenientes da Organização Mundial da Saúde e o Conselho Internacional de Enfermagem, e nacionais, do Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde) a importância e prioridade na criação do sistema de Qualidade em Saúde. Um contributo para garantir esta qualidade pode estar nas seis categorias de enunciados descritivos já definidos (Ordem dos enfermeiros, 2005): i) satisfação dos doentes (respeito pelas suas capacidades, crenças, valores e desejos de natureza individual); ii) promoção da saúde (promover o potencial de saúde do doente através da optimização do trabalho adaptativo ao processo de vida, crescimento e desenvolvimento); iii) prevenção de complicações (rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem e a responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos actos que pratica e que delega); iv) bem-estar e auto cuidado (identificação tão rápida quanto possível dos problemas do doente, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar as intervenções); v) readaptação funcional (continuidade do processo de cuidados perante a readaptação eficaz aos problemas de saúde); vi) organização dos cuidados de enfermagem (existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional).

A melhoria contínua da qualidade fará mais sentido à medida que os três níveis de prestação de cuidados funcionarem mais em rede. Assim sendo, o nível da prevenção assenta nos cuidados primários; o secundário assenta nos cuidados hospitalares (cura); e o terciário centra os cuidados continuados (reabilitação e reintegração social). Isto apesar da linha que separa os níveis poder ser muito ténue.

Os desafios que se colocam hoje aos enfermeiros, em Portugal como noutros países do mundo ocidental, associam-se sobretudo à complexidade das situações de saúde e doença que exigem uma abordagem interdisciplinar, que extravasa a área da saúde e que obriga a trabalho de equipa e mesmo ao recurso à criatividade para contornar obstáculos internos e externos à organização onde se desenvolve a actividade. Estes desafios, cada vez mais

amplos e complexos, não são alheios às mudanças na saúde, nem às mudanças sociais e globais.

A reflectividade impõe-se na matriz analítica da enfermagem, necessária para enfrentar novas realidades, nas quais as virtudes relacionais têm que dar lugar a uma fundamentada problematização, que de modo estruturado e contínuo, permita questionar as transformações que reconfiguram as racionalidades (técnicas e leigas) e os quotidianos de saúde (Mendes, 2009).

Exige-se e deseja-se que os saberes da enfermagem se encontrem capacitados para apreender todas estas novas dinâmicas de mudança e de expressão da saúde. Trata-se de uma tarefa que se configura árdua, mas que assume uma relevância decisiva para a afirmação da enfermagem nestes tempos profundamente marcados pela incerteza (Mendes, 2009). Por isso é necessário que haja uma forte interligação entre os vários níveis de cuidados e que o enfermeiro seja capaz de reconhecer e activar a fase seguinte de cuidados para uma melhoria contínua da qualidade. E aqui se reforça a dupla perspectiva do processo da melhoria da qualidade: saúde ou doença; desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão e disciplina (Mendes, 2009). Assim, o conhecimento de algumas realidades de apoio/cuidado ao idoso dependente, assim como a preocupação com a promoção e qualidade dos cuidados prestados e sua humanização, motivaram a realização deste estudo.

### **5.3. OBJECTIVOS**

O conhecimento adquirido pela investigação em enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2006). Os estudos sobre a prestação de cuidados de enfermagem a idosos dependentes, confusos e/ou desorientados, têm demonstrado que os enfermeiros tendem a interagir menos e a centrarem-se mais em cuidados físicos (secundarizando a interação psicossocial) (Caris-Verhallen, Kerkstra & Bensing, 1997). Ou seja, o cuidado de enfermagem a idosos dependentes tendem a decorrer centrados nos cuidados técnicos. Apesar da literatura em enfermagem enfatizar a necessidades dos cuidados relacionais a todos os pacientes, na prática os enfermeiros

sentem dificuldade em incorporar esta vertente, pela falta de tempo e pela dificuldade em interagir com alguém que não dá *feedback*. Neste estudo procura-se contribuir para o conhecimento sobre a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem a idosos dependentes considerando os contextos de saúde mais comuns que assistem estas pessoas: centro de saúde (cuidados primários, mais especificamente a visita domiciliar), hospital (cuidados especializados com internamento) e cuidados continuados (reabilitação). Mais especificamente, pretende-se identificar e comparar naqueles três contextos, os seguintes aspectos: i) cuidados de enfermagem a prestar aos pacientes idosos dependentes; ii) dificuldades/obstáculos que os enfermeiros sentem na promoção de uma relação de cuidados mais expressivos a idosos dependentes; iii) factores que facilitam e dificultam a prestação de cuidados mais relacionais pelos enfermeiros; iv) modos de fomentar, sensibilizar e motivar os enfermeiros para a prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes.

#### **5.4. METODOLOGIA**

Neste estudo recorre-se aos dados recolhidos nos três estudos apresentados previamente e comparam-se os resultados obtidos nos três contextos: centro de saúde, hospital e cuidados continuados. O método de recolha dos dados foi o photovoice, um método participativo (qualitativo) que usa a fotografia e a voz para aceder ao mundo dos outros e torná-lo acessível a *nós*. Serve como instrumento de recolha de informação e como criador de comunidade (processo grupal), estimulando os participantes a expressarem a sua visão, no sentido literal e figurativo. As fotografias permitem aceder às realidades diárias dos participantes e assenta na compreensão dos indivíduos como “*experts*” nas suas vidas (Wang et al., 1996; Wang et al., 1998; Wang, 1999). Este método surge em 1994 com os trabalhos de Carolina Wang (Universidade de Michigan) e Mary Ann Burris (Universidade de Londres) com um estudo na área da promoção e educação para a saúde.

#### 5.4.1. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DOS DADOS

O photovoice foi adaptado aos objectivos deste estudo, pois é um método flexível que prevê a adaptação a diversos tópicos de pesquisa e intervenção. Trata-se de um processo para as pessoas identificarem a sua vivência pela fotografia (imagem), discutindo-a em grupo (voz). Visa promover a mudança social e tem sido utilizado com diversas populações (Wang et al., 1998; Foster-Fishman et al., 2005; Finney & Rishbeth, 2006): refugiados, crianças de rua, sem-abrigo. Wang et al. (1998) indica que envolve três finalidades: capacitar as pessoas para reflectirem sobre os seus problemas e potencialidades; promover o diálogo sobre temas importantes através da discussão grupal e da fotografia; envolver elementos influentes da comunidade para promover a mudança (este objectivo não foi incorporado neste estudo).

O photovoice desenvolve-se nas seguintes fases (Wang et al., 1998; Foster-Fishman et al., 2005; Finney & Rishbeth, 2006).

1. Conceptualização do problema. Neste projecto reporta-se à qualidade dos cuidados de enfermagem a pessoas idosas dependentes.

2. Definição das finalidades e objectivos. As finalidades são: analisar e comparar os cuidados de enfermagem às pessoas idosas dependentes em contexto hospitalar, centro de saúde e cuidados continuados e reflectir sobre obstáculos e potencialidades para melhorar a sua qualidade.

3. Seleccionar e recrutar os participantes. Foram recrutados enfermeiros que trabalham num serviço de medicina num hospital, em centros de saúde e em cuidados continuados.

4. Conduzir o *Photovoice*. Este é a fase de desenvolvimento dos grupos com os participantes (constituíram-se 3 grupos, um por cada contexto de cuidados). O grupo começa por discutir o problema proposto e redefini-lo de acordo com as suas perspectivas. Em seguida, treinam-se os participantes para tirarem fotografias, apresenta-se o tema inicial a fotografar, tiram-se as fotografias e facilita-se a discussão grupal sobre as fotografias. Deve promover-se a reflexão crítica e o diálogo, através da selecção das fotografias para discussão, sua contextualização, relato e registo escrito das histórias das fotografias. Esta fase comportou 8 diversas sessões, em que cada sessão centra um tema/questão (quadro I).

### Quadro I- Descrição das sessões

Sessão	Tópicos de discussão
1ª Sessão	Apresentação dos membros do grupo e do projecto Breve apresentação do Photovoice Apresentação e discussão do problema Introdução da primeira questão
2ª a 7ª Sessão	Apresentação das fotografias e discussão Seleccção por cada participante da fotografia que melhor responde à questão e discussão Seleccção da fotografia pelo grupo e discussão Introdução da questão seguinte.
8ª Sessão	Apresentação de todas as fotografias e discussão sobre o problema inicial: “Como promover cuidados de enfermagem de qualidade a idosos dependentes?” Análise do impacto da participação no estudo.
<b>Questões</b>	
1. O que é o cuidado em enfermagem?	
2. O que é ser idoso dependente?	
3. O que é o cuidado de enfermagem ideal a um idoso dependente no contexto X?	
4. O que é o cuidado de enfermagem real a um idoso dependente no contexto X?	
5. O que impede que o cuidado de enfermagem real se afaste do ideal?	
6. O que facilitaria que o cuidado de enfermagem real se aproximasse do ideal?	

Todas as sessões (hospital, cuidados domiciliários e cuidados continuados) foram moderadas pela autora e desenvolvidas através de um guião. Cada sessão teve uma duração que variou entre os 60m e 120m e todas foram gravadas (com autorização dos participantes) e transcritas. Na recolha de dados foram sentidas algumas dificuldades: i) os participantes referiram dificuldades em retratar em fotografia a sua representação do tema; ii) a moderadora (autora) refere a tendência dos grupos para dispersarem o discurso (por exemplo, referência a vivências do serviço e/ou a casos que acompanham); iii) a marcação das sessões foi difícil, pois era necessário conciliar horários de participantes que fazem turnos e tinham diversos *part-times*; iv) as reuniões eram efectuadas após trabalho laboral, já estando todos um pouco cansados. A recolha dos dados decorreu entre Abril e Setembro de 2008, e as sessões tiveram o espaçamento de 1 a 2 semanas. Foi também assegurada a confidencialidade dos dados (todos os participantes assinaram o consentimento livre e informado).

#### 5.4.2. AMOSTRA

Inicialmente o projecto foi submetido à Comissão de Ética (Hospital Infante D. Pedro, Aveiro) que aprovou a pesquisa. Depois foram pedidas autorizações para realização do estudo a um hospital, uma unidade de cuidados continuados e três centros de saúde. Todos concordaram em colaborar.

No sentido de recrutar os participantes, a autora desenvolveu procedimentos similares nas várias instituições envolvidas: começou por uma breve apresentação do projecto aos enfermeiros chefes, indicando problema, objectivos e metodologia e a participação solicitada; no final desta sessão deixou um resumo do projecto e do método, juntamente com uma ficha de inscrição, solicitando que divulgassem o pedido de participação; após cerca de 1 semana recolheram-se as folhas de inscrição, verificando-se existirem no total 12 participantes; marcou-se uma reunião com cada um para explicar mais em detalhe o projecto e a colaboração solicitada; os 12 acederam em participar e assinaram os consentimentos livres e informados. Assim a amostra envolve 12 enfermeiros (3 enfermeiros de hospital, 3 enfermeiros de cuidados continuados e 6 enfermeiros de centro de saúde) com idades entre os 22 e 43 anos, 10 do sexo feminino e 2 do sexo masculino.

#### 5.4.3. ANÁLISE DE DADOS

Todas as sessões foram gravadas, transcritas e submetidas a análise de conteúdo por três juízes independentes (a autora, a orientadora e uma enfermeira especializada). Neste processo considerou-se a literatura e investigação na área da qualidade do cuidado em enfermagem e da dependência na velhice, mas procurou-se ser descritivo e manter, sempre que possível, o discurso dos participantes (mantendo as suas palavras e/ou expressões). Além disso, decidiu-se sempre que possível adoptar as categorias sugeridas pelo grupo e partir das fotografias eleitas em cada sessão. O processo foi paralelo para cada contexto de saúde e processo envolveu a construção de categorias e subcategorias que traduzissem a opinião dos participantes em cada sessão. A criação e teste do sistema de categorização seguiram um processo de refinamento sucessivo. As entrevistas foram lidas e revistas para fazer a selecção do material relevante. Com base num processo de codificação aberta, foram decompostas em unidades de análise, sendo critério de definição a representação de



uma ideia única. Procedeu-se, então, à criação de categorias e subcategorias. Após a criação das categorias e subcategorias dos três grupos de participantes (quadro II).

**Quadro II - Confrontação dos principais valores emergentes dos três grupos de participantes**

<b>O que é o cuidado em enfermagem?</b>		
<b>Hospital</b>	<b>Centro de Saúde</b>	<b>Cuidados Continuados</b>
1. <i>Mão</i>	1. Presença	1. Mãos dadas
1.1. Dialogar/comunicar	1.1. Dialogar/comunicar	1.1. Dialogar/comunicar
1.2. Executar	1.2. Executar	
1.3. Estar disponível	1.3. Estar disponível	
1.4. Humanizar		1.4. Humanizar
<b>O que é ser idoso dependente?</b>		
1. Necessitar de ajuda	1. Necessitar de apoio	1. Necessidade de readaptação
1.1. Ter sido abandonado pela família	1.1. Abandono	
<b>O que é o cuidado de enfermagem ideal a pessoas idosas dependentes</b>		
1. Satisfazer as necessidades do doente	1. Parcerias	1. Integrar a família
	1.1. Ideal humano	
<b>O que é o cuidado de enfermagem real a pessoas idosas dependentes</b>		
1. Cuidados reais prestados no limite	1. Cuidados parciais quotidianos	1. Os que prestamos
1.1. Falta de apoio da família	1.1. Abandono dos idosos pela família	
<b>O que afasta os cuidados reais do ideal</b>		
1. Escassez e desorganização	1. Escassez e desorganização	1. Não envolvimento da família
		1.1. Escassez
<b>O que facilitaria que o cuidado real em enfermagem se aproximasse do ideal</b>		
1. Trabalho e decisão em equipa multidisciplinar	1. Manter o sonho (vontade)	1. Trabalho e decisão em equipa multidisciplinar
1.1. Material	1.1. Material	1.1. Material
	1.2. Equipa multidisciplinar	

## 5.5. RESULTADOS

### *O que é o cuidado em enfermagem?*

As definições nos três contextos são muito similares apenas apresentando diferenças de ênfase. No geral, os enfermeiros de contexto hospitalar referem “mão”, os dos cuidados continuados indicam “mãos dadas” e os do centro de saúde “presença”. Com esta simbologia traduzem algumas das formas mais comuns de definir a enfermagem, traduzindo um apoio técnico com uma componente humana e de acompanhamento.

Todos referem o “diálogo/comunicação” como elemento central do cuidado em enfermagem, que deve ocorrer entre profissionais de saúde e incluir o utente e sua família.

*“Não só a comunicação verbal, mas toda a comunicação analógica. O nosso olhar é muito importante. A nossa expressão facial e os nossos olhos muitas vezes falam!” [Lúcia, 30 anos].*

*“...precisamos de conversar, de estar com o doente, de ter disponibilidade o que muitas vezes não temos!” [Joana, 29 anos].*

“Executar” e “estar disponível” são mencionados pelos enfermeiros do hospital e do centro de saúde, mas não pelos dos cuidados continuados, pelo menos de forma explícita. “Executar” refere-se à vertente mais técnica da enfermagem, que é relevante como parte do cuidado em enfermagem. A prestação técnica de cuidados está relacionada com a prática/execução dos cuidados, tais como, administração da medicação, puncionar e execução de pensos, sendo esta exigida pelos colegas.

*“As técnicas tem que ser feitas. É algo que é exigido por nós e pelos colegas” [Teresa, 26 anos].*

“Estar disponível” refere-se a uma competência relacional, centrada na atenção ao outro e às duas necessidades.

“Humanizar” é explicitado pelos enfermeiros do hospital e dos cuidados continuados, provavelmente porque são contextos tendencialmente mais técnicos e por isso os participantes sentem mais a necessidade de evidenciar este aspecto. Por humanizar entendem que é necessário respeitar o utente e estabelecer uma relação de proximidade/de ajuda (dar várias hipóteses e deixa o utente tomar uma decisão informada). Neste âmbito incluem os cuidados emocionais (*o equilíbrio emocional é base para a satisfação de outras necessidades*) e o desenvolvimento de uma relação terapêutica (de ajuda).

*“A relação de ajuda assenta sobre darmos-lhes várias hipóteses e ele decide. Envolve-lo no processo de autonomia!” [Maria, 22 anos].*

“Acima de tudo humanizar os cuidados é sermos humanos em relação a outra pessoa!” [Joana, 29 anos].

### *O que é ser idoso dependente?*

As pessoas idosas dependentes são consideradas pelos participantes como “necessitando de ...”. Para os participantes do hospital as pessoas idosas necessitam de ajuda, total (a maioria das vezes, visto tratar-se de idosos dependentes) ou parcial. Nos cuidados primários as pessoas idosas necessitam de apoio, pois num contexto em que os idosos estão nas suas casas a ajuda é prestada mais por familiares, amigo, vizinhos; os enfermeiros apoiam através da capacitação (ensinos aos familiares) para que estes possam prestar os cuidados necessários ao utente. Nos cuidados continuados os idosos dependentes necessitam de readaptação.

Os participantes do hospital e do centro de saúde referem que as pessoas idosas dependentes são abandonadas, de alguma forma, pelos familiares.

*“Os familiares não querem os idosos em casa e primeiro que a assistente social encontre um lar, os utentes estão no hospital mais uns dias!”* [Delfim, 43 anos].

*“Uma utente que está todo o dia sozinha, abandonada, a chorar porque tinha a fralda suja!”* [Carmina, 25 anos].

No contexto de centro de saúde, os participantes afirmam que muitas vezes há abandono apesar de estarem ou serem acompanhados pelos familiares. Muitas famílias principalmente as mais vulneráveis, estão desprotegidas quando se trata de cuidar no seu domicílio do familiar dependente. Os participantes referem que até pode haver presença física da família, mas os doentes *estão ali*, à espera que “*as senhoras do apoio ou as enfermeiras venham*”.

Os participantes do hospital também sentem este abandono da família. Referem que talvez se associe ao medo que os familiares têm da prestação de cuidados, do inesperado, ou a escassa aprendizagem a que têm acesso durante o internamento. Os participantes referem o abandono pela família associado a situações em que tentam preparar a alta convocando os familiares e alguns não demonstram interesse.

Os participantes dos cuidados continuados não referem este abandono. Talvez porque, com a nova rede de cuidados, as equipas tentam reorientar e adaptar os equipamentos de saúde para que se garanta a cobertura destas necessidades que emergiram.

*O que é o cuidado de enfermagem ideal a pessoas idosas dependentes?*

Os resultados apontam para diferenças nos contextos: os enfermeiros do hospital mencionaram “satisfazer as necessidades do doente”; os do centro de saúde indicam “parcerias”; e os dos cuidados continuados referem “integrar a família”. Assim, parece que o cuidado às pessoas idosas difere consoante os contextos e é influenciado por especificidades e dificuldades de cada um deles.

O cuidado ideal a idosos dependentes assenta para os participantes dos cuidados hospitalares em “satisfazer as necessidades do doente” como pessoa, o que engloba a família e outros significativos. Para os participantes dos cuidados domiciliários os cuidados ideais tem de ocorrer em parceria, que decorre da conjugação de competências técnicas, humanas, éticas e científicas no processo de cuidar; através de uma equipa multidisciplinar com meios técnicos e humanos para se deslocar até à pessoa idosa dependente e sua família, e não somente na prevenção. Esta equipa inclui como parceiros o utente e o cuidador informal, assim como a família e a rede social informal, todos envolvidos numa relação horizontal (por oposição à relação de poder ou vertical).

A comunicação entre os cuidados primários e secundários assume uma posição de destaque, visto que, na sua ausência, a continuidade da prestação dos cuidados de saúde pode ficar comprometida. Para ambos o cuidado ideal assenta na família.

*“É essencial a família, porque a família faz parte da identidade pessoal de cada pessoa e além disso a família tem que se responsabilizar por aquela pessoa...”* [Joana, 29 anos].

Isto também se verifica para os cuidados continuados que referem “integrar a família”. O conceito de cuidados de enfermagem ideal centra-se no envolvimento da família na continuidade dos cuidados, através da formação (ensinos). A preparação da família para o acolhimento no domicílio é essencial para a continuação e recuperação do utente idoso. Esta formação deve ser efectuada num ambiente adequado.

*“Considero que é um dos aspectos mais importantes. A preparação da família para o acolhimento em domicílio é fundamental para a continuação da recuperação do utente!”* [Ana, 28 anos]

*“Se não fosse a família, os nossos cuidados, ensinos, não teriam continuidade!”* [Maria, 22 anos]

Todos eles concordam que a prestação de cuidados ideais só ocorrerá se houver integração, apoio e envolvimento da família para que ocorra o “ideal humano”, que significa uma boa relação entre o idoso e a sua família. O cuidador e a família devem gostar de ter a pessoa idosa dependente em casa, caso contrário *não vale a pena estar em casa*. Por isso é necessário que na família haja amor e dedicação e que o cuidador e a

família revelem em relação ao idoso dependente: dedicação (como complemento dos apoios formais), preocupação (querer o melhor) e esperança (de o ver melhor).

*O que é o cuidado de enfermagem real a pessoas idosas dependentes?*

Os resultados apontam para diferenças nos vários contextos: os enfermeiros do hospital mencionaram “cuidados prestados no limite”; os do centro de saúde indicam “cuidados parciais quotidianos”; e os dos cuidados continuados referem “os que prestamos”. Assim, parece que o cuidado às pessoas idosas difere consoante os contextos, sendo influenciado por especificidades e dificuldades de cada um deles.

Os cuidados hospitalares são dirigidos para a intervenção na crise, sendo preconizada a prestação de cuidados técnicos avançados para enfrentar a fase aguda de doença.

Os cuidados domiciliares cada vez mais vão além da promoção da saúde e prevenção da doença. Talvez por isso e pela adaptação ainda a realizar os participantes mencionem que os cuidados são parciais. Os cuidados continuados são aqueles que parecem prestar cuidados próximos do ideal.

Normalmente os cuidados hospitalares prestam cuidados a doentes idosos muito dependentes, com ocupação total das camas do serviço; nestas circunstâncias os cuidados técnicos são assegurados, mas os de cariz mais humano são relegados para um segundo plano. Os participantes dos cuidados domiciliares referem que os cuidados de enfermagem reais são aqueles que efectuem da melhor forma que podem, nas condições que existem e do tempo disponível no quotidiano. Muitas vezes, há falta tempo para escutar (realizam-se os cuidados técnicos, mas não o resto porque existe mais um número imenso de domicílios para realizar) e falta tempo para esclarecer dúvidas dos utentes. Em ambos os contextos, os enfermeiros tentam assegurar os cuidados técnicos, mas os de cariz mais humano (como escutar, esclarecer dúvidas) são relegados para segundo plano.

Os participantes dos cuidados continuados consideram que no seu contexto os cuidados reais são muito próximos dos ideais (talvez apenas fossem necessários mais alguns enfermeiros), pois dão prioridade à continuidade dos cuidados promovendo a autonomia, personalizando os cuidados e evitando as rotinas.

Os enfermeiros de cuidados hospitalares e domiciliares referem que os cuidados reais são efectuados sem o apoio da família, tal como referenciaram no que é ser idosos dependente. Mas, ambos os grupos de enfermeiros afirmam ter pouco tempo para dispensar

aos familiares. O tempo que tem é para prestar cuidados técnicos, porque é isso que lhes é exigido pelos colegas, pelas entidades, serviços e pelos familiares.

*O que afasta os cuidados reais do ideal?*

Para os participantes do hospital e centro de saúde (também, mas não em destaque para os dos cuidados continuados) os que afasta os cuidados reais dos ideais é a “escassez e desorganização dos serviços”; para os enfermeiros dos cuidados continuados é, principalmente o “não envolvimento da família”.

A escassez e desorganização descrevem cuidados prestados com um número de enfermeiros insuficiente. Os participantes consideram que um maior número de enfermeiros permitiria mais tempo para os cuidados de cariz humano (que muito valorizam). Os enfermeiros de cuidados hospitalares e de centro de saúde referem ainda a falta de material, de espaço, falta de condições nas casas das pessoas onde vão prestar cuidados, falta de tempo e desorganização da gestão (não articulação com os outros serviços ou com os colegas na continuação dos domicílios, necessidade improvisar por falta de recursos materiais).

*“A estrutura é má mas consegue-se resolver os problemas desde que haja uma boa organização, uma boa metodologia. Por exemplo: vamos pedir 50 pensos porque estamos em contenção, sabendo que são precisos 100. Se faltar depois pede-se a outros serviços!”* [Joana, 29 anos].

*“Não há uma continuidade dos cuidados aos doentes (por exemplo, eu hoje não tenho tempo, amanhã o meu colega que faça!”* [Carminda, 25 anos]

O não envolvimento da família é mais evidenciado pelos cuidados continuados. Os participantes voltam a reforçar a ideias que sem a família, mesmo que se prestem cuidados ideais, haverá sempre algo que falta, ou seja, o apoio e compreensão das pessoas mais significativas.

*O que facilitaria que o cuidado real se aproximasse do ideal?*

Neste caso os participantes que trabalham em hospital e os que trabalham em cuidados continuados apontam: “trabalho e decisão em equipa multidisciplinar” e salientam a necessidade de material; os que trabalham em centro de saúde falam de “manter o sonho” e salientam necessidades de “material” e de “uma equipa multidisciplinar”.

O trabalho e decisão em equipa multidisciplinar facilitariam a continuidade e consistência dos cuidados, assim como permitiria uma melhor tomada de decisão. Para tal

há que se integrar a família. A participação dos cuidadores informais é essencial e também devem ser apoiados. Os cuidadores informais são neste momento o principal parceiro de cuidados, por isso é necessário dotá-los de mais competências.

*“O facto de nos sentarmos a mesa e conversarmos acerca daquilo que deveríamos fazer, quais as estratégias a utilizar, faz-nos partilhar com a equipa novas situações!” [Lúcia, 30 anos]*

Uma equipa multidisciplinar organizada e articulada facilitaria a “existência e disponibilidade do material e equipamento” necessário para realizar e executar bons procedimentos.

*“Se tivermos bom equipamento, como no caso do desfibrilhador que agora temos, podemos prestar bons cuidados” [Joana, 29 anos].*

Anteriormente referiram que o que afastava os cuidados ideais era a escassez em parte de materiais e a desorganização dos serviços. Agora salientam que para que esta desorganização não ocorresse deveria trabalhar-se e decidir em equipa multidisciplinar, o que facilitaria a continuidade e consistência dos cuidados. Além disso, permitiria melhor tomada de decisões, que muitas vezes são discutidas na passagem de turno por elementos da equipa de enfermagem, não incluindo outros profissionais de saúde. Mesmo no hospital em que os médicos e raramente outros profissionais estão envolvidos, não há uma tomada de decisão em conjunto. A equipa multidisciplinar do hospital é alargada, envolvendo fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos... Mas, só pontualmente é pedido pelos médicos a colaboração destes profissionais de saúde. Nos cuidados domiciliários a equipa é constituída por enfermeiro e família e só pontualmente por outro profissional, até porque muitos centros de saúde apenas têm médicos, enfermeiros, auxiliares e administrativos. Os cuidados continuados são aqueles que tem uma equipa multidisciplinar mais coesa. Como lema e como foi referido pelos cuidados domiciliários é necessário manter o sonho (vontade), acreditar, não desistir e dar sempre o melhor.

## **5.6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

*Factores que facilitam e dificultam a prestação de cuidados pelos enfermeiros*

Os dados sugerem que o principal obstáculo à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade nos três contextos se centra na escassez de recursos e desorganização, que se traduzem em falta de tempo, desordem e frustração. O ambiente social e organizacional

condiciona a dinâmica de funcionamento, podendo mesmo retirar o doente do centro da acção. É importante que a filosofia institucional, assim como as políticas públicas de humanização, estejam igualmente atentas para a vida e a dignidade dos trabalhadores de saúde, quando o que se pretende realmente seja a humanização do cuidado nas instituições de saúde (Backes et al., 2006).

A escassez de recursos (humanos e materiais) e a conseqüente desorganização desencadeiam um ambiente de trabalho onde impera a rapidez, agitação, cumprimento de tarefas, proporcionando o desenvolvimento de mecanismos de defesa nos enfermeiros que diminuem a sua sensibilidade (Martinho, 2001; Knobel, 1998), afastando os cuidados do ideal. As pessoas idosas dependentes requerem mais tempo de cuidados de enfermagem, o que raramente é tido em consideração. Sabe-se que Portugal é um dos países com mais baixo número de enfermeiros por habitante, apesar da tendência crescente (em 2002, 403,1 por 100 mil habitantes) (Ministério da Saúde, 2005); a Ordem dos Enfermeiros indica que em 2007 existiam em Portugal 6,6 enfermeiros por cada mil habitantes, número que nos deixa longe do rácio médio da EU: 7,5 por mil habitantes (Ordem dos enfermeiros, 2007). Além disso, existem graves assimetrias na distribuição regional destes profissionais, que se concentram sobretudo nas grandes unidades hospitalares de Lisboa, Porto e Coimbra. Por exemplo, no Distrito de Coimbra o número de enfermeiros por mil habitantes é 8, mas há Distritos no norte e sul do país (por exemplo Braga e Setúbal), onde esse o número desce para menos de 3. É também necessário destacar que 68,2% dos enfermeiros no país exercem a sua actividade em Hospitais Públicos e apenas 16,3% estão em Centros de Saúde. Para a Ordem dos Enfermeiros, é fundamental reforçar a presença de enfermeiros na rede de cuidados de saúde primários, porque estão mais próximos das populações e constituem as estruturas ideais para promover a saúde e responder às necessidades de assistência das comunidades e, particularmente, das famílias (Ordem dos enfermeiros, 2003). Dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2005, referem que Portugal, França e Alemanha ainda não atingiram a média da União Europeia (UE), no que diz respeito ao número de enfermeiros, cuja média se situava nos 7,5 enfermeiros por mil habitantes, não incluindo os da área da gestão, formação, investigação, assessoria e em situação de aposentação. Um outro dado indica que os países com maiores índices de enfermeiros são a Irlanda (15,4), Noruega (15,3), Holanda (14,5), Bélgica (13,4) e Suécia (10,2). Entre os países que apresentavam menor número de enfermeiros para idêntica



população encontravam-se, ainda: Turquia (2,6), Grécia (3,5), Roménia e Espanha (3,7) (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Contudo a escassez de recursos nem sempre é impeditivo da prestação de cuidados de qualidade, pode mesmo ser geradora de formas inovadoras e criativas de resolução dos problemas (Cabete, 1999). A falta de enfermeiros, que se traduz em falta de tempo para prestar cuidados, pode permitir que encontremos tempo para aquilo que consideramos prioritário.

Os enfermeiros de cuidados continuados referiram também como obstáculo à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, o não envolvimento da família. Referem o desinteresse de algumas famílias em participar nos cuidados aos idosos, mas também sublinham que alguns enfermeiros não estão disponíveis para ensinar e colaborar com os familiares. A colaboração da família é solicitada para a prestação de cuidados, contudo alguns familiares revelam alguma angústia e receio quanto à execução. Há ainda utentes com alta clínica e em situação de dependência que vivem em ambiente familiar problemático (carência económica, indisponibilidade da família/cuidadores por motivos profissionais e/ou de saúde, ausência de condições psicológicas para cuidar dos familiares).

De facto, grande parte dos cuidados aos idosos é prestada por familiares, o que demonstra o envolvimento dos familiares nos cuidados ao idoso. Contudo, há casos de negligência. Mas há, ainda, que ponderar outros aspectos: a prestação pelos familiares de cuidados a idosos associa-se a sobrecarga. Esta define-se como o conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos que decorrem da tarefa de cuidar, susceptíveis de afectar diversos aspectos da vida do indivíduo, nomeadamente as relações familiares e sociais, carreira profissional, intimidade, liberdade e equilíbrio emocional. Num contexto de sobrecarga os familiares cuidadores podem tornar-se menos disponíveis para prestar os cuidados necessários e da forma adequada (Zarit et al., 1980).

Assim, deve ponderar-se que também os cuidadores familiares necessitam de apoio. A sobrecarga apresenta duas dimensões: objectiva e subjectiva (Zarit et al., 1980). A primeira resulta da conjugação entre a exigência dos cuidados prestados (mediante a gravidade, tipo da dependência e comportamento do doente) e as consequências nas várias áreas da vida do cuidador (familiar, social, económica, profissional). A subjectiva deriva das atitudes e respostas emocionais do cuidador à tarefa de cuidar, ou seja, evoca a percepção do cuidador acerca da repercussão emocional das exigências ou problemas associados à

prestação de cuidados. Desta forma, os cuidadores familiares precisam de apoio objectivo (substituição na realização de algumas tarefas, ficando com algum tempo para si) e subjectivo (apoio emocional e reforço sobre a importância da tarefa que realizam de cuidado aos idosos) (Nolan, 2001).

Num estudo sobre “as representações que o enfermeiro tem do idoso” (Miranda, 1998) verifica-se que os enfermeiros que preferem cuidar de idosos, o justificam por constituir o grupo etário que mais necessita de atenção, sendo muitas vezes rejeitado pela própria família. Esta ideia está também presente no nosso estudo em que 29,4% dos enfermeiros inquiridos apontam relatos em que a família “não se interessa pelo idoso”.

Como meios facilitadores de uma boa prestação de cuidados os participantes referem o envolvimento da família, que faz parte da unidade de cuidado. Mas a família não pode ser vista apenas como um recurso, pois há que considerar o impacto da situação (doente dependente) na família. A equipa de saúde nem sempre se mostra acolhedora com a família, que pode estar a vivenciar um processo de intenso sofrimento (Silva et al., 2008). Pena & Diogo (2005) estudaram factores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idosos e verificaram que, na perspectiva dos cuidadores, a equipa de enfermagem poderia promover a participação do familiar através de: apoio emocional e cognitivo, informações sobre quando e como participar nos cuidados e sobre as condições da doença e limitações do paciente. O envolvimento da família deve ocorrer em parceria, implicando a construção de uma boa relação entre o idoso, sua família e o profissional.

#### *Fomentar a prestação de cuidados de enfermagem a pessoas idosas dependentes*

Os cuidados aos idosos podem ser (simultaneamente): preventivos, curativos, paliativos, ligados à cronicidade e à saúde mental. Para Berger & Poirier (1991) “o trabalho com pessoas idosas, durante muito tempo, foi percebido como fácil e pouco exigente, no plano de actividades e das habilidades; hoje é reconhecido como um domínio especializado e complexo” (citado por Costa, 1998: 74). Os participantes consideram que uma boa prestação de cuidados de enfermagem exige o trabalho e decisão em equipa multidisciplinar. Referem que uma equipa organizada e articulada facilitaria a prestação de cuidados as pessoas idosas. Destacam que a boa prestação de cuidados seria promovida se houvesse mais material, recursos humanos, melhores condições de trabalho, boas condições físicas e formação adequada.

Para uma boa prestação de cuidados de enfermagem é essencial “manter os sonhos” e ter material, uma equipa multidisciplinar, apoiar os cuidadores informais e as nossas “mãos” como o grande impulsionador. A “mão” encerra uma linguagem, um mistério, uma força; exprime os ideais de actividade e, ao mesmo tempo, de poder e dominação.

#### *Limitações e perspectivas de pesquisa*

Como limitações deste estudo salientamos a dimensão reduzida da amostra, que decorreu do método de recolha de dados que causava receios nos participantes, temiam que lhes ocuparia muito tempo. Contudo, o método de recolha é rico e pode desvanecer alguns limites. Como perspectivas de pesquisas futuras seria interessante ultrapassar estas limitações e recolher dados em diferentes contextos (hospitalares, centros de saúde e unidades de cuidados continuados) e verificar como a rede esta a trabalhar a nível da equipa das altas hospitalares; a nível das unidades de ambulatório e articulação da rede nos diferentes contextos. Usar métodos de recolha paralelos para comparar; ouvir outros envolvidos: os idosos, os familiares e outros profissionais; conhecer boas práticas.

### **5.7. CONCLUSÃO**

Promover cuidados de qualidade em saúde justifica-se por várias razões, entre as quais se destacam as de ordem social (existe cada vez maior exigência e expectativas por parte dos utentes), ética (exigência ao nível de formação e conhecimentos), profissional (desenvolvimento de boas práticas, valorização e satisfação dos prestadores de cuidados) e económicas (racionalização dos recursos e desenvolvimento por parte das organizações de uma cultura da qualidade na saúde). De acordo com André & Rosa (1997), por cuidados de saúde de qualidade entendem-se os que maximizam a satisfação dos intervenientes em todas as etapas do processo do cuidar. Nesta perspectiva, a satisfação do utente opera como um indicador da qualidade, na pois reflecte as visões dos utilizadores, sobre as características do processo de que foram alvo e acerca da conformidade dos resultados com as suas expectativas.

Os beneficiários identificam como indicadores da qualidade um ambiente holístico, com o seu envolvimento e da família, uma comunicação eficaz entre os que prestam os

cuidados de saúde e os utentes e enfermeiros disponíveis, eficientes e empenhados (Holman, 2000). Esta visão também é manifestada pelos nossos participantes que referem que para promover cuidados de enfermagem de qualidade é necessário diálogo/comunicação, que deve ocorrer entre os profissionais de saúde, incluindo o utente e a família. Os participantes também referem como indicadores na promoção de cuidados o “executar”, “estar disponível” e “humanizar”.

Todos definem cuidados de enfermagem na sua perspectiva legal e conceptual, apenas diferente na sua ênfase. Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo do ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores (frequentemente através de processos de aprendizagem do utente) (Divulgar, 2001).

Como tal, as pessoas idosas são consideradas como “necessitando de...”, variando apenas consoante o contexto. Para os participantes do hospital – necessidade de ajuda parcial ou total; para os participantes do centro de saúde – necessidade de apoio e para os participantes de cuidados continuados – readaptação. Os participantes também evocam o abandono por parte dos familiares, mais referenciado pelo hospital e centro de saúde apesar da rede de cuidados continuados estar a tentar reorientar e adaptar as equipas de saúde para que se garanta a cobertura desta necessidade.

Os cuidados ideais parecem assentar na família. Para tal é necessário que na família haja amor e dedicação em relação ao idoso dependente: dedicação (como complemento dos apoios formais), preocupação (querer o melhor) e esperança (de o ver melhor). Apesar disso, principalmente os enfermeiros de cuidados hospitalares e domiciliários, referem que os cuidados reais são efectuados sem o apoio da família. Mas, ambos os grupos de enfermeiros afirmam ter pouco tempo para dispensar aos familiares. O seu tempo é para prestar cuidados técnicos, porque é isso que lhes é exigido pelos colegas, entidades, serviços e familiares.

De modo geral todos referem que o que afasta os cuidados reais dos ideais é a “escassez e desorganização dos serviços”, apesar dos participantes dos cuidados continuados darem mais ênfase ao “não envolvimento da família”. Para que o cuidado real

se aproximasse dos cuidados ideal seriam necessários “trabalho e decisão em equipa multidisciplinar”.

## **BIBLIOGRAFIA**

AMESTOY, S.C; SCHWARTZ E; THOFEHRN M.B. (2006) - A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. In: Acta Paul Enfermagem. vol.19, nº4, p. 444-449.

ANDRÉ, Orlando & ROSA, Daniel (1997) - Qualidade dos cuidados de saúde: satisfação dos utentes. In: Enfermagem Oncológica, Ano 1, n.º3, Julho, p. 23-33.

BERGER, L. et al (1991) – Soins gériatriques, problèmes complexes et interventions autonomes. Montréal: Ed. Malouine.

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI, Valéria Lerch; LUNARDI Filho Wilson D. (2006) - A humanização hospitalar como expressão da ética. In: Revista Latino-Americana Enfermagem, vol.14, nº 1, Janeiro/Fevereiro. ISSN 0104-1169

CABETE, D. (1999) - Cuidados continuados e continuidade dos cuidados. In: COSTA, Maria Arminda et al - O idoso: problemas e realidades. Sinais vitais. Coimbra: Editora Formasau. p. 93-113. ISBN 972-8485-03-4.

CARIS-VERHALLEN, W.; KERKSTRA, A.; BENSING, J.(1997) - The role of communication in nursing care for elderly people: a review of the literature. In: Journal of Advanced Nursing. nº 25, p. 915-933.

COSTA, Maria Arminda Mendes (1998) – Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados. Lisboa: Fim de século Edições Lda, p. 159. ISBN- 972- 754- 125-9.

DIVULGAR (2001) – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Concelho de Enfermagem: Edição ordem dos enfermeiros. Dezembro de 2001.

FIGUEIREDO, N. M.A; TONINI, T. (2006) - Gerontologia: actuação da enfermagem no processo de envelhecimento. São Paulo: Yendis.

FONTES, C.A.S & ALVIM, N.A.T. (2008) - A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica. In: Acta Paulista de Enfermagem, vol.21, nº1, p.77-83. ISSN 0103-2100.

FINNEY, N. & RISHBETH, C. (2006) - Engaging with marginalised groups in public open space research: the potential of collaboration and combined methods. Planning, Theory & Practice, vol.7, nº1, p.27-46.

FOSTER- Fishman et al (2005) - Using methods that matter: the impact of reflection, dialogue, and voice. American Journal of Community Psychology, vol.36, nº3-4, p.275-291.

HOLMAN, Shirley P. (2000) - Enfermagem de Reabilitação. Editora Lusociência-Edições Técnicas e Científicas. 2ª Edição, p.97-110.

KNOBEL, E. (1998) – Condutas no paciente grave. Rio de Janeiro: Atheneu, 2ª edição.

MARTINHO, Ana Maria P. Rebelo (2001) – Enfermagem agora: concepção de cuidados de enfermagem a idosos na perspectiva do enfermeiro. Trabalho elaborado no âmbito do CESE em Saúde ao Idoso e Geriátrica- E.S.E. Francisco Gentil. In: Enfermagem, nº22, 2ª Série.

MENDES, Felismina Rosa Pereira (2009) - A enfermagem diante dos amplos e complexos desafios globais da actualidade. Curitiba: cogitare Enfermagem, vol.14, nº1, Janeiro/Março, p. 8-10

MIRANDA, José & MIRANDA, Laurinda (1998) - Às Representações que o Enfermeiro têm do Idoso. In: Sinais Vitais, nº19, Julho, pp. 21-25. ISSN 0872-8844.

MORAIS, Gilvânia Smith da Nóbrega; COSTA, Solange Fátima Geraldo; FONTES, Wilma Dias; CARNEIRO, Alan Dionizio (2009) - Comunicação como instrumento básico no cuidar. In: Acta Paul Enfermagem, vol. 22, nº3, p. 323-327.

NEVES, M.C; PACHECO, S; QUEIROZ, A; NUNES, L; PAIVA, A; COSTA, M.A (2004) - Para uma Ética da Enfermagem: Desafios. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

NOLAN, Mike; DAVIES, Sue; GRANT, Gordon (2001) - Working with older people and their families. Buckingham: openup. ISBN 0-335-20560-7

OLIVEIRA, M.E; FENILI, R.M; ZAMPIERI, M.F; MARTINS, C.R. (2006) - Un ensayo sobre la comunicación en los cuidados de enfermería utilizando los sentidos. In: Enfermeria Global, vol.8, nº8, p.1-7. Disponível em URL: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/450/439>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) - Mensagem da Bastonária no dia internacional dos enfermeiros. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. 12 de Maio de 2003. Disponível em URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005) – Envelhecimento activo e educação para a saúde: uma prioridade. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. 28 de Outubro de 2005. Disponível em URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005) - Reflexões: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 10 de Maio de 2005. Disponível em URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006) – Parecer sobre o projecto de Decreto-Lei para a criação da rede de cuidados continuados integrados. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 25 de Janeiro de 2006. Disponível em URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>



ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006) – O enfermeiro e a .../nas equipas. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 27 de Abril de 2006. Disponível em URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006) – Envelhecer com qualidade. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 27 de Outubro de 2006. Disponível em URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) – Saúde: algumas estatísticas. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 23 de Setembro de 2007. Disponível em URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>

PENA, Silvana Barbas & DIOGO, M<sup>a</sup> José D'Elborex (2005) – Factores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. In: Revista Latino Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, vol.3, nº5, Setembro/Outubro. ISBN-0104-1169.

PESSINI, L. & BARCHIFONTAINE C.(2006) – Bioética: Longevidade Humana. São Paulo: Edição Loyola.

PORTUGAL, Ministério da Saúde (1996) - Decreto - lei nº 161/96 de 4 de Setembro de 1996 (Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros).

PORTUGAL, Ministério da Saúde; Ministério do Trabalho e Solidariedade Social (2005) – Cuidados de saúde e cuidados de longa duração: Relatório preliminar. Comissão da União Europeia Comité de Protecção Social. Portugal, 2005.

RIZZOTTO M. L. F. (1999) - História da enfermagem e sua relação com a saúde pública. Goiânia: Editora AB.

SAMPAIO S. F. (1999) - Qualidade de ensino de um curso de enfermagem: subsídio para construção de um modelo de avaliação. In: Texto Contexto Enfermagem, vol.8, nº1, p.273-285.

SILVA J.L.L, ANDRADE M, LIMA R.A, LOBO E.L, FALCÃO L. (2007) - Reflexões sobre a humanização e a relevância do processo de comunicação. In: Promoção da Saúde, vol.3, nº2, p.9-11. [scielo] [citado em 5 de Novembro de 2009]. Disponível em URL: <http://www.uff.br/promocaodasaude/human.pdf>

SILVA, Lúcia et al (2008) – O papel da solidariedade desempenhado por familiares visitantes e acompanhantes de adultos e idosos hospitalizados. In: Textos & Contexto Enfermagem, Ano/vol. 17, nº 002, Abril/Junho.

SOUSA, L., FIGUEIREDO, D. & CERQUEIRA, M. (2006) - Envelhecer em Família: Os cuidados familiares na velhice (2ª ed.). Porto: Ambar.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S.; XIMENES, L. F. & DESLANDES, S. F., 2002. O idoso sob o olhar do outro. In: Antropologia, Saúde e Envelhecimento, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz , p.191-209.

WANG C.; BURRIS, M.A.& XIANG Y.P. (1996) - Chinese village woman as visual anthropologists: A participatory approach to reaching policymakers. Social Science and Medicine, vol.42, nº10, p.1391-1400.

WANG, C.C.; YI, Wu Kun & TÃO, Zhan (1998) - PHOTOVOICE as a participatory health promotion strategy. Health Promotion International, vol.13, nº1, p.75-86.

WANG, Carrine C. (1999) - Photovoice: A participatory Action Research Strategy Applied to Women´s Heath. vol.8, nº2, p.185-192.

ZARIT, S.; REEVER, K.; BACH-PETERSON, J. (1980) – Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. In: Gerontologist, nº20, p. 649-655.

**CAPÍTULO 6**  
**CONCLUSÃO GERAL**

## CONCLUSÃO GERAL

Os cuidados de enfermagem centram-se numa relação dinâmica com o paciente (Henderson, 1982): o enfermeiro deverá cuidar de cada sujeito tendo em conta as suas necessidades e desejos. Neste contexto, o utente será o melhor juiz sobre os cuidados de enfermagem que promovem o seu bem-estar (Johansson, Oléni & Fridlund, 2004). Mas também os enfermeiros que prestam cuidados devem ser seus próprios juízes para promover cuidados de qualidade a estes utentes.

Nas últimas décadas têm-se enfatizado a experiência dos pacientes com os cuidados de saúde, em geral, e com os cuidados de enfermagem, em particular, pois a avaliação e definição dos cuidados pelos pacientes e enfermeiros são fundamentais para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Tal torna-se mais relevante pois diversos estudos sugerem que a avaliação pelos enfermeiros da qualidade dos cuidados raramente está em consonância com a percepção dos pacientes (Johansson, Oléni & Fridlund, 2004). Os enfermeiros têm dificuldade em identificar e subestimam sintomas como dor, perda de apetite e sonolência (Holmes & Eburn, 1989).

Sofaer & Firminger (2005) realizaram uma revisão da literatura sobre a forma como os doentes definem a qualidade dos cuidados de saúde. Aqui, salientamos as dimensões relativas aos cuidados de enfermagem: comunicação e informação; cortesia e apoio emocional; qualidade dos cuidados técnicos; cuidado centrado no paciente; disponibilidade.

A qualidade da comunicação e informação inclui competência de escuta, capacidade para explicar informação técnica complexa de forma acessível e clara e educação que facilite a autonomia do paciente e a promoção da saúde, categoria que foi mencionada por todos os participante. A cortesia e o apoio emocional associam-se a sensibilidade, carinho, apoio emocional (também à família e amigos), empatia e atitude positiva; incide, ainda, na capacidade de estabelecer uma relação que alivie os medos e a ansiedade relativas ao estado de saúde, a qual podemos equiparar ao estar disponível e ao apoio da família, referenciada esta última, mas pela negativa. A qualidade dos cuidados técnicos envolve conhecimento, formação e experiência; essencialmente, os pacientes valorizam o apoio diligente em actividades de vida diária e a execução dos procedimentos técnicos garantindo o conforto físico e psicológico, referenciado neste estudo pelo hospital e centro de saúde.

Os cuidados centrados no paciente caracterizam-se por serem individualizados, respeitando as preferências e valores dos pacientes, respondendo às suas necessidades físicas e emocionais, envolvendo-os nas decisões, garantindo e protegendo a privacidade. A disponibilidade indica que os enfermeiros têm tempo para estar com os pacientes, estão preocupados e disponíveis para responder às necessidades do indivíduo; “o estar disponível”.

Na velhice, o risco de doença em situações agudas e crônicas aumenta, pois os idosos tendem a apresentar multipatologias. Aliás, constituem o grupo etário da população que mais utiliza os cuidados, quer sejam hospitalares, cuidados continuados ou domiciliares. A doença na velhice envolvem significados especiais, pois associam-se, ou tornam mais reais, o medo da dependência física e/ou a percepção de que a morte se aproxima.

O internamento associa-se a diversos problemas e riscos específicos para a população idosa (Rabkin, 1989), principalmente porque o envelhecimento enfraquece diversos mecanismos fisiológicos protectores. Um internamento reforça os sentimentos negativos do idoso e tende a remetê-lo para uma postura mais passiva e regressiva. Esta situação pode acentuar-se se os profissionais de saúde reforçarem a ideia de que o idoso é alguém que necessita de... Por exemplo, a investigação demonstra que as crenças sobre a velhice, por norma negativas, podem enviesar a interpretação do que o idoso afirma (Caris-Verhallen, Kerkstra & Bensing, 1997): os idosos são julgados (por comparação com doentes mais novos) como tendo menos competências cognitivas.

Neste contexto o papel do enfermeiro é fundamental para a qualidade de vida, melhoria da situação de saúde do doente, promoção do envelhecimento bem sucedido e promoção de cuidados de qualidade. Os hospitais em geral, mas também os cuidados continuados e domiciliares são os principais prestadores de cuidados de enfermagem (Rabkin, 1989), *todos os dias e a todas as horas* os profissionais de enfermagem prestam cuidados aos pacientes. Em simultâneo, é importante sublinhar que os idosos são pacientes que, por norma, necessitam de mais serviços e tempo (por comparação a pacientes mais novos), porque tendem a estar mais doentes e ser dependentes e/ou lentos na realização de actividades funcionais. Por isso, necessitam de mais atenção, supervisão e cuidado, o que os pode tornar pacientes mais *incómodos* num contexto em que os enfermeiros (e outros profissionais de saúde) estão com muito trabalho e têm muitas solicitações.

De facto, todas as pessoas precisam de apoio, conforto, amor e afecto, e não há qualquer indicação de que estas necessidades diminuam com a idade (Moore & Gilbert 1995). Contudo, à medida que se envelhece as pessoas experienciam várias mudanças na vida, que interferem no modo como estabelecem os contactos sociais. Como as redes sociais dos idosos tendem a ser mais reduzidas, os pacientes idosos podem procurar nos enfermeiros (mais do que os pacientes mais novos) alguém com quem possam falar “da sua vida”, procurando relações interpessoais de amizade, afecto e empatia.

Apesar disto constata-se que há alguma inconsistência no discurso dos participantes: por um lado, na definição dos cuidados de enfermagem valorizam a componente afectiva, embora reconhecendo que na sua prática acaba por assumir um papel secundário face à componente técnica; por outro, consideram que uma pessoa idosa dependente é aquela que “necessita de ajuda”, isto é “precisa da execução de técnicas”. Ou seja, parece que a harmonia entre técnica e afectividade ainda é um processo em desenvolvimento. Estes assumem que executam as técnicas em rotinas, essencialmente por falta de tempo e recursos humanos, mas esforçam-se por as efectuar de forma humanizada.

Assim, os cuidados de enfermagem são conceptualizados em torno de duas componentes: uma componente técnica que envolve conhecimento, juízo e competências de execução; e uma componente afectiva que envolve diálogo/comunicação, estar disponível e humanizar. Aqui também se evidencia a componente da família, referida pelos participantes dos cuidados hospitalares e domiciliários, para sublinhar que com frequência os cuidados reais são efectuados sem o apoio da família. Mas, ambos os grupos de enfermeiros afirmam ter pouco tempo para dispensar aos familiares.

Bottorff & Morse (1994) numa análise mais descritiva das tarefas executadas pelos enfermeiros apresentam quatro categorias de comportamentos: i) *fazer tarefas* que excluem o paciente; ii) *fazer com*, de modo a envolver o paciente nos cuidados; iii) *fazer para*, inclui comportamentos centrados na companhia social e relação afectiva com o paciente; iv) *fazer mais*, refere-se a prestar os cuidados ao paciente, mantendo um diálogo e apoio intensos. As duas primeiras categorias de comportamentos são instrumentais, a terceira é afectiva e a quarta engloba elementos instrumentais e afectivos. No estudo que apresentamos, as categorias emergentes coincidem com esta categorização de comportamentos (não surge a componente *fazer tarefas*, uma vez que excluiu o paciente e no nosso estudo tanto o hospital e os cuidados continuados referem o “humanizar”): *fazer*

com aproxima-se de “cuidados técnicos”, mais evidenciados pelo hospital e centro de saúde; *fazer para* é próximo do “estar disponível”, referenciado pelo hospital e centro de saúde; e, *fazer mais* relaciona-se com o “diálogo/comunicação”, referenciado por todos os intervenientes.

Os cuidados prestados a idosos são, de uma maneira geral, muito centrados na vertente técnica, sendo enfatizada a rapidez de execução de técnicas e frequentemente descurada a vertente humana, essencialmente por falta de tempo e recursos humanos, mas há esforço para efectuar as técnicas de forma humanizada.

Caris-Verhallen, Kerkstra & Bensing (1997) salientam que este pode ser um dos problemas na relação e promoção de cuidados de qualidade entre idosos e enfermeiros, pois pode fazer colidir duas necessidades diferentes: o doente idoso, com privação de contacto social, quer interacção social; o enfermeiro quer despachar-se porque tem muitos pacientes para cuidar.

O processo de envelhecimento, mesmo que normal, envolve que as pessoas idosas se confrontem com diversos problemas, tais como a deterioração física (por exemplo, diminuição das capacidades motoras) e psicológica (por exemplo, decorrente da perda de amigos ou de estatuto social) necessitando de reajustamento nos padrões de vida. Os nossos participantes vêem o idoso dependente como tendo necessidade: de ajuda (hospital), de apoio (centro de saúde) e de readaptação (cuidados continuados). Em todos os contextos, o idoso é visto como alguém necessitado.

O processo de envelhecimento e do que é ser idoso é muito heterogéneo: alguns idosos tentam camuflar os efeitos do envelhecimento, enquanto outros assumem os estereótipos e as características que acreditam serem típicas do seu grupo etário; alguns vêem o envelhecimento negativamente, enquanto outros associam à evolução normal da vida (Caris-Verhallen, Kerkstra & Bensing, 1997). Os enfermeiros têm de comunicar com todas estas diferentes pessoas, atingindo um conjunto de objectivos instrumentais e afectivos, tais como: construir uma boa relação interpessoal; avaliar a natureza dos problemas percebidos; negociar e tomar decisões acerca dos objectivos de enfermagem; providenciar cuidados físicos; ser empático, tudo isto para uma promoção de cuidados de qualidade.

Os cuidados ideais para os nossos participantes seriam: i) no hospital, os que permitem satisfazer as “necessidades do doente” sendo para isso essencial o “envolvimento da família” e a “monitorização e execução de rotinas”; ii) no centro de saúde envolveriam

parceria, através de uma equipa multidisciplinar com meios técnicos e humanos para se deslocar até à pessoa idosa dependente e sua família; esta equipa inclui como parceiros o utente e o cuidador informal, assim como a família e rede social informal, envolvidos numa relação horizontal (por oposição à relação de poder ou vertical); iii) nos cuidados continuados assenta no envolvimento da família para a continuidade dos cuidados, através da formação (ensinos).

Em geral, os cuidados ideais assentam na família. Para tal é necessário que na família haja amor e dedicação e que o cuidador e a família revelem em relação ao idoso dependente: dedicação (complemento dos apoios formais), preocupação (querer o melhor) e esperança (de o ver melhor). Apesar deste “ideal humano” os cuidados reais são: i) no hospital “prestados no limite” (sobrelotação, excesso de doentes, excesso de medicação); ii) no centro de saúde parciais *em tudo*, pois não há uma equipa domiciliar (o enfermeiro vai sozinho a casa dos utentes), raramente há material adequado (por exemplo, não há um saco de domicílios, os profissionais usam os seus sacos de ginástica, e até usam o carro próprio, muitas vezes é o *desenrasca*), o tempo é escasso (garante-se o cuidado técnico, mas não o relacional), o local onde o doente está muitas vezes não permite prestar cuidados em boas condições (por exemplo de asséptica); iii) nos cuidados continuados são muito próximos dos ideais (talvez apenas fossem necessários mais alguns enfermeiros), pois dão prioridade à continuidade dos cuidados promovendo a autonomia, personalizando os cuidados e evitando as rotinas.

Em geral, os participantes consideram que os cuidados reais se afastam dos ideais devido à “escassez e desorganização dos serviços”. O sistema de saúde das instituições e comunidade são organizados e administrados de forma incongruente com o cuidar profissional. Cada vez mais a função do cuidar está ameaçada pela tecnologia, tarefas administrativas, descurando as suas raízes e origem. Além destes factores ainda se deparam com os valores sociais, as representações de enfermagem e das pessoas que prestam esses mesmos cuidados, levando a uma dificuldade nos cuidados e por conseguinte a uma diminuição da interacção (Moniz, 2003; Watson, 2002). Alexander et al (1981) concluíram, com o seu estudo, que a satisfação do trabalhador é determinada por uma variedade de características individuais assim como organizacionais e de trabalho. Carvalho (1996) no seu estudo sobre “A Enfermagem e o Humanismo” aponta vários factores que condicionam o grau de satisfação dos enfermeiros na prestação de cuidados de



saúde, como sejam, factores humanos, institucionais e materiais. O método de organização de cuidados de enfermagem, aparentemente, não é suficiente para ter uma influência directa na sua satisfação. Apesar disso vários estudos apontam para o método de enfermeiro responsável. O foco da enfermagem é o utente pretendendo-se que receba cuidados individualizados de alta qualidade, nos quais participem tão activamente, quanto possível (Pinheiro, 1994). Para isso, fica a cargo de um enfermeiro qualificado e sob a sua responsabilidade permanente, idealmente desde a admissão até à alta. Mas como este enfermeiro (enfermeiro de referência), não pode estar sempre de serviço, trabalha em associação com outros que o substituem nas suas ausências (enfermeiros associados). Normalmente, a cada enfermeiro de referência são entregues três ou quatro clientes, cabendo-lhe a responsabilidade de: efectuar a colheita de dados, diagnóstico e planificação dos cuidados; assegurar a sua continuidade através da elaboração de planos escritos; planear a alta (ensino ao cliente e à família e encaminhamento) desde o momento de admissão; prestar cuidados durante o seu turno de trabalho; transmitir aos enfermeiros associados toda a informação pertinente, pela leitura nas «notas de enfermagem» respeitantes a cada utente, no final do turno, e avaliar todas as intervenções de enfermagem realizadas. Para além de coordenar o trabalho dos seus associados, deve coordenar as diversas actividades de outros intervenientes da equipa de saúde, para evitar duplicações e excessiva solicitação do cliente e assegurar a continuidade do plano global de cuidados de saúde. Este é o método que se preconiza e que se tem implantado na maioria das instituições de saúde, mas na prática não é totalmente posto em prática.

Como método facilitador da prestação de cuidados de qualidade seriam necessário material e uma equipa multidisciplinar, e mais formação. É reconhecido que um dos grandes desafios a qualquer sistema de saúde consiste na adequação dos recursos (humanos e materiais) às necessidades da população que serve. Contudo, exigências cada vez maiores e mais complexas tendem a colidir com a diminuição dos recursos disponíveis, desafiando mais a capacidade do sistema de saúde em dar resposta. Tendo em vista a maior qualidade dos cuidados prestados, é necessária uma acção pró-activa do próprio profissional. Desta forma, é possível afirmar que “a aquisição de competências em enfermagem envolve a articulação de vários processos, incluindo a formação inicial e contínua de competências, através da conjugação dos saberes formais, do saber-fazer e da experiência, do processo de

construção e evolução do enfermeiro e por fim do reconhecimento das competências pelos pares e pela comunidade em geral.” (Madureira et al., 2007: 27/28).

A investigação tem indicado algumas especificidades da relação entre enfermeiros e idosos (Caris-Verhallen, Kerkstra & Bensing, 1997): as interações entre enfermeiros e idosos tende a ser baixa (comparativamente com outros grupos etários); os enfermeiros interagem mais com pacientes idosos lúcidos do que com confusos e/ou desorientados; os enfermeiros interagem menos com pacientes fisicamente dependentes e tendencialmente usam mais *babytalk* com estes idosos; os enfermeiros na prática dão prioridade aos cuidados físicos, relegando para segundo plano a componente afectiva, apesar de afirmarem que o diálogo e a humanização com os pacientes são muito importantes.

Através destes dados torna-se claro que o enfermeiro necessita de formação e educação para compreender melhor o envelhecimento e os idosos. Em Portugal há pouca oferta de formação especializada em geriatria e/ou gerontologia para enfermeiros, apesar da maioria destes profissionais prestar cuidados a idosos no seu trabalho quotidiano. Esta situação é mais preocupante tendo em conta a generalização de atitudes *ageistas*, quase sempre associadas à pouca informação sobre o processo de envelhecimento.

Na formação dos enfermeiros seria importante enfatizar quais os cuidados prestados a idosos dependente e como promover a sua qualidade. É fundamental relembrar que a essência da profissão de enfermagem “encontra a sua razão de ser na pessoa que cuida e não nas tarefas e rotinas” (Silveira, 2004: 25). Com efeito, “o foco no utente mantém a atenção nas expectativas e necessidades daqueles que são a alma do funcionamento dos serviços, encarando-os como seu fim” (Fabião et al., 2005: 236).

Para promover cuidados de qualidade aos idosos dependentes são necessárias as nossas “mãos” (que tratam, tocam, previnem, curam e realizam projectos) como o grande impulsionador. Como lema e como foi referido pelos cuidados domiciliários é necessário manter o sonho (vontade), acreditar, não desistir e dar sempre o melhor!

## **BIBLIOGRAFIA**

ALEXANDER, C. S. (1981) - Evaluating primary nursing in hospitals: examination of effects on nursing staff. In: Med. Care, nº19, p. 80-89.

BOTTORFF, J.; MORSE, J. (1994) - Identifying types of attending: patterns of nurses work. In: Journal of Nursing Scholarship. vol. 26, nº 1, p. 53-60.

CARIS-VERHALLEN, W.; KERKSTRA, A.; BENSING, J. (1997) - The role of communication in nursing care for elderly people: a review of the literature. In: Journal of Advanced Nursing, nº25, p. 915-933.

CARVALHO, M.M.M. (1996) – A enfermagem e o Humanismo. Loures: Lusociências.

FABIÃO, António Carlos Pereira et al (2005) – Formação: Contributo para a Qualidade. In: Servir, vol.53, nº5, p. 236, Setembro/Outubro. ISSN- 0871-2370.

HENDERSON, V. (1982) – The nursing process: is the title right? In: Journal of advanced nursing, vol.7, p.103-109.

HOLMES, H.; EBURN, E. (1989) - Patients' and nurses' perceptions of symptoms distress in cancer. In: Journal of Advanced Nursing, nº14, p.840-846.

JOHANSSON, P.; OLÉNI, M.; FRIDLUND, B. (2004) - Nurses' assessments and patients' perceptions: development of the night nursing care instrument (NNCI), measuring nursing care at night. In: International Journal of Nursing Studies, vol.42, nº5, p.569-578.

MADUREIRA, Isaura et al. (2007) – Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais: Análise do Sub-domínio “Prática Segundo a Ética” de Acordo com o Modelo de Aquisição de Competências de Patricia Benner. In: Revista Sinais Vitais. Coimbra: Formasau, nº71, Março, p. 27-30. ISSN 0872-0844.

MONIZ, José Manuel Nunes (2003) – A Enfermagem e a Pessoa Idosa: A prática de cuidados como experiência formativa. Loures: Lusociência. ISSN-972-8383-49-5.

MOORE, J.; GILBERT, D. (1995) – Elderly residents: perceptions of nursing, comforting touch. In: Journal of Gerontological Nursing, vol.21, nº1, p. 6-13.

PINHEIRO, M. F. R. (1994) - Organizar a prestação de cuidados: Uma função / desafio para o enfermeiro chefe. In: Servir, vol.42, nº6, Novembro/Dezembro, p. 319-331.

RABKIN, M. (1989) - The acute care hospital and the elderly: framing issues. Care of the elderly patients: policy issues and research opportunities. In ROGERS, D.; BARONDESS, J; LOHR, K. Care of the Elderly Patient. Washington: Institute of Medicine.

SILVEIRA, Rosa (2004) – Enfermeira ou tarefaira? In: Nursing. Lisboa: Edirevistas. nº184, Janeiro, p.24-26. ISSN 0871-6196.

SOFAER, S.& FIRMINER, K. (2005) - Patient perceptions of the quality of health services. In: Annual Review of Public Health, vol.26, p.516-559.

WATSON, Jean (2002) – Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Camarote. Lusociência, p. 59-66. ISBN- 972-8383-33-9.