



UNIVERSIDADE  
DO MINDELO

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
CURSO DE ENFERMAGEM**

*Romina Pereira Monteiro*

*Rosiane Sofia do Rosário Gomes*

*Sandra Helena Domingos Dias*

## **Cuidados Continuados aos Idosos com Doença Crónica**

2013

Mindelo

"Trabalho a ser apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem"

*Romina Pereira Monteiro*

*Rosiane Sofia do Rosário Gomes*

*Sandra Helena Domingos Dias*

## **Cuidados Continuados aos Idosos com Doença Crónica**

*Orientador: Luís Alberto Roque Flores*

Mindelo, 8de Julho de 2013

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho à minha mãe, Elizete Gomes Pereira, a toda minha família, a Maria Luísa Abreu que me ajudou no início do curso e as minhas colegas pelo suporte como grupo quando os obstáculos surgiram e para aqueles que o meu amor por eles me motivou para seguir em frente, como factor de mudança.

Romina Pereira Monteiro

A Deus todo-poderoso  
Aos amores de minha vida:  
Arlinda, Luís, Diesmira, Kelly e Márcia

Rosiane Gomes

Em primeiro lugar a Deus que iluminou esta caminhada.  
A minha mãe Ana Maria, minha tia Iolanda Rosa e ao meu namorado Péricles Duarte pelo amor, apoio e compreensão e por terem sido pilares em quem me pude apoiar, meu passado e meu futuro e por terem contribuído no processo de minha formação. As minhas queridas amigas.

Sandra Dias

## **Agradecimentos**

Agradecemos primeiramente á Deus pela oportunidade.

Aos nossos pais que quer de uma forma ou de outra tornaram possível a concretização deste sonho.

Agradecemos igualmente aos amigos e companheiros que nos acompanharam nesse longo percurso. Esperamos que sigamos sempre juntos e que este não represente o fim de 4 anos de amizade, camaradagem e companheirismo.

Aos docentes da Universidade pela paciência e por terem partilhado connosco os seus conhecimentos teóricos e algumas lições que levaremos pela vida inteira.

Aos que nos abriram a porta de sua casa, participaram, dispuseram um pouco do seu tempo connosco e partilharam pensamentos, sentimentos e nos permitiram concretizar o trabalho.

Ao nosso orientador Luís Roque pelo tempo, a amizade e a compreensão que nos dedicou nesses meses.

À nossa coordenadora de curso Rosemeire Ambrozano por tudo, pelas broncas quando foram necessárias, pela amizade e carinho dedicado ao longo desses anos.

Um agradecimento especial à Enfermeira Anete Ramos pelas informações que nos disponibilizou, o tempo que nos dedicou, a amizade que nos recebeu. Agradecemos também por ela nos ter permitido conhecer melhor o seu trabalho, as pessoas com quem trabalha e a pessoa que ela é, bem como ao facto de ela ser uma enfermeira em quem podemos espelhar quando estivermos na prática da profissão.

A todos aqueles que directa ou indirectamente tornaram a conclusão deste trabalho possível.

“A enfermagem é uma arte; e para realiza-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; pode-se dizer a mais bela das artes” Florence Nightingale

## **Resumo**

O presente trabalho, apresenta um estudo de revisão sistemática da literatura centrado no tema “Cuidados Continuados ao Idoso com Doença Crónica” e também na análise de entrevistas realizadas ao nosso público-alvo em estudo (idosos, família e profissionais de saúde envolvidos nesses cuidados), cujo objectivo central é a sistematização dos Cuidados Continuados prestados aos idosos com doença crónica na ilha de São Vicente. O estudo foi realizado com base numa abordagem qualitativa; os dados foram colhidos através de entrevistas estruturadas e registados em gravação áudio, com a permissão dos (as) participantes. Deste estudo participaram cinco idosos inseridos dentro do contexto familiar sendo duas do sexo feminino e três do sexo masculino e ainda treze idosos em lar de 3ª Idade, oito do sexo masculino e cinco do sexo feminino. Todos os entrevistados fazem parte de uma forma ou de outra do trabalho realizado pela Enfermeira Superintendente da Delegacia de Saúde de S. Vicente, Anete Lopes. Fazem parte também dos entrevistados os profissionais de saúde que acompanham a Enfermeira no trabalho dos Cuidados Continuados. A análise de dados foi realizada através da análise das entrevistas realizadas e foi garantido completamente o sigilo e a não identificação dos entrevistados.

Com o aumento da esperança média de vida, há uma maior propensão para a perda de autonomia, para o aumento da dependência física e para o aparecimento de doenças crónicas. De carácter progressivo, lento e permanente, a doença crónica abala profundamente a homeostasia do indivíduo a nível biopsicossocial. Com isso vem a necessidade da institucionalização dos Cuidados Continuados aos Idosos com Doenças Crónicas combinando os cuidados de saúde com o apoio social, procurando promover a capacidade funcional, a autonomia e a independência dos mesmos, melhorando assim a sua qualidade de vida.

**As palavras-chave:** Cuidados, Cuidados Continuados, Doença, Doença Crónica, Idoso.

## Summary

The present work presents a study of systematic revision of the literature centered in the theme cares continued the senior citizen with chronic disease and also in the analyzes of interviews accomplished ours publish objective in study. Senior citizen, families and professionals of health involved in those cares whose the central objective is the systemization of the cares continuous to the seniors citizen with chronic disease in the island of S.V.

The study was accomplished with base in a qualitative approach, the data were collected through interviews structured and registered in recording audio with the participants' permission of this study they announce five seniors inserted inside of the family context being two of the female sex and three of the male sex and also thirteen aging senior citizen in home of the 3rd age eight female and five male.

All the interviewees make part of the accomplished work for the infirmary of the police station of health in São Vicente Anete Lopes. they are part also of the interviewees the professionals of health that accompany the infirmary in the work of the continuous cares also make part of the interviewees. The analyze of data was accomplished through the analyzes of the accomplished interviews and thread guaranteed no interviewees' identification.

With the increase of the hope of life there is a larger propensity for the loses of autonomy for the increase of the physical dependence and for the emergence of chronicle diseases. The chronic disease affects deeply the individual in level such as psychological and social. With this appear the need of the intensity of the cares of the seniors citizen with chronic diseases combining the cares of health with the social support trying to promote the functional capacity the autonomy and the independence of the same ones improving their quality of life.

Key words: Cares continuous cares, disease, disease chronic, senior citizen.

## Índice

Introdução.....	10
Capítulo I.....	13
Enquadramento teórico .....	14
Enfermagem.....	14
História da enfermagem em Cabo Verde.....	15
Cuidado.....	16
Processo de enfermagem aplicado aos cuidados.....	20
O papel da família nos cuidados .....	23
Cuidados continuados .....	24
Cuidados Continuados em São Vicente .....	25
Ética aplicada aos cuidados .....	28
Idoso.....	31
Promoção do envelhecimento com saúde .....	34
Doença .....	35
Capítulo II.....	38
Metodologia .....	39
Justificação .....	39
Tipo de estudo .....	39
População \ Amostra .....	40
Instrumentos de recolha de dados .....	41
Procedimentos éticos.....	42
Tratamento dos dados.....	43
Capítulo III .....	44
Análise dos dados .....	45
Considerações Finais .....	54
Referências bibliográficas .....	56



## Índice de Anexos

Anexo I.....	60
Carta dirigida á Delegada de Saúde de São Vicente.....	61
Anexo II.....	64
Guião de entrevista .....	65
Entrevista aos profissionais de saúde.....	69
Entrevista aos Doentes e seus familiares .....	70
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	71
Anexo III .....	73
Ficha do doente no domicílio.....	74
Anexo IV .....	76
Doentes crónicos com apoio domiciliár - Ano 2011 .....	77
Doentes crónicos com apoio domiciliár - Ano 2012 .....	79
Doentes crónicos com apoio domiciliár - Ano 2013 .....	81

## Introdução

Apesar dos cuidados continuados serem considerados um direito do doente, segundo a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, aprovada na reunião do Conselho Nacional de Saúde a 20 de Novembro de 2011, estes ainda não se encontram institucionalizados, mas vêm sendo realizados de uma forma individualizada e pontual, pela enfermeira superintendente da Delegacia de Saúde de São Vicente. Nesta óptica surge-nos a questão: “como vêm sendo realizados os cuidados continuados em São Vicente?”, pergunta esta que vem de encontro como a nossa pergunta de partida para o estudo e a Delegacia de Saúde como o campo empírico.

O objecto de estudo centra-se nos Cuidados Continuados prestados aos idosos, pela enfermeira superintendente da Delegacia de Saúde de São Vicente, Anete Ramos. Definimos como objectivo geral para o trabalho: sistematizar os Cuidados Continuados prestados aos idosos com doença crónica na ilha de São Vicente.

Os objectivos específicos centram-se:

- ❖ Compreender melhor a dinâmica dos cuidados continuados;
- ❖ Descrever os cuidados continuados prestados pela enfermeira superintendente da Delegacia de Saúde de São Vicente aos idosos com doença crónica.
- ❖ Demonstrar a importância dos Cuidados Continuados aos idosos com doença crónica e as suas famílias, bem como, da promoção da saúde na 3ª idade;

Os cuidados de enfermagem são a atenção particular prestada por um enfermeiro a uma pessoa ou aos seus familiares com vista a ajuda-los na sua situação. Englobam tudo o que os profissionais fazem, dentro das suas competências, para prestar cuidados às pessoas. Os cuidados de enfermagem inscrevem-se assim numa acção interpessoal e compreendem tudo o que os enfermeiros fazem, dentro das suas competências, para prestar cuidados às pessoas.

“Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo. (...) Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afectivo com o outro”. (Boff,

1999: 33). Segundo o mesmo autor (1999: 34) “sem o cuidado desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, definha, perde sentido e morre”.

A escolha do tema baseou-se nas vivências dos ensinamentos clínicos e estágio e de nossas vivências pessoais. Consideramos que os cuidados continuados são uma necessidade no nosso sistema de saúde, para a prevenção de reinternamentos bem como para garantir uma melhor qualidade de vida aos idosos portadores de doença crônica. Segundo Sousa, Carvalhais e Carvalhais (2012: 645):

“As pessoas idosas apresentam mais doenças crônicas, comorbidades e índices superiores de dependência. Por isso, são os usuários mais comuns dos três níveis de cuidados de saúde: centro de saúde (cuidados primários – prevenção e promoção de saúde), hospital (secundários – tratamento e cura) e cuidados continuados (terciários - reabilitação e reintegração social) ”.

Com este trabalho pretendemos entender melhor o contexto dos Cuidados Continuados prestados aos idosos com doença crônica, visto que a nossa ver essa necessidade tem se mostrado constante e cada vez mais necessária, conforme o documento da Política Nacional de Saúde para 2020, elaborado pelo Ministério da Saúde de Cabo Verde (2006: 6): “O perfil epidemiológico de Cabo Verde, em fase de transição, mostra que as doenças não transmissíveis tendem a superar, em frequência e gravidade, as doenças infecto-contagiosas, representando novos desafios para o Serviço Nacional de Saúde”.

Acompanhando esta transição epidemiológica nota-se também um “ declínio progressivo das taxas de natalidade e de mortalidade, acompanhado do aumento da esperança média de vida, demarcando assim a presença de idosos, nomeadamente os muito idosos” (Santos e Mouro, 2010: 3), e conforme Faro (2001: 137) ” no processo de envelhecimento aparecem as doenças caracterizadas, sobretudo pela hipertensão arterial, diabetes, doenças reumáticas, etc. [...]”.

Este trabalho encontra-se estruturado em três fases, uma primeira onde encontramos a discussão das palavras-chave, e para tal recorreremos a revisão bibliográfica sobre os assuntos. Numa segunda parte encontramos o percurso metodológico, onde entre outros, podemos identificar o método de investigação escolhida para o estudo do tema, este deve estar harmonizado com os diferentes fundamentos filosóficos e suportar as preocupações e as orientações da investigação (Fortin, 1999: 22). A identificação da população alvo e a caracterização da amostra a

quem se pretende aplicar o método de investigação. Por último encontra-se a fase da avaliação dos dados colhidos através do método de investigação.

A ideia de desenvolver este estudo é pelo facto das investigadoras terem vivido e vivenciadas situações de familiares e amigos idosos com doença crónica, e quando começaram o estudo de enfermagem entenderam que se tivessem tido acesso aos cuidados continuados seriam prevenidas as repetidas internações, o sofrimento dos familiares e do próprio idoso e aumentado a qualidade de vida destes.

Este estudo contribuirá com informações relevantes sobre os Cuidados Continuados e como são praticados em São Vicente, bem como sobre o cuidado em enfermagem e o envelhecimento. Do ponto de vista prático, espera-se que contribua no sentido de ampliar os conhecimentos na área de Cuidados Continuados e sirva também de referência para outros estudantes de enfermagem e enfermeiros que buscam conhecer melhor os cuidados continuados e a forma como são realizados na ilha de São Vicente e assim prestar melhores cuidados aos utentes \ doentes que necessitam desses cuidados.

## Capitulo I

## Enquadramento teórico

### Enfermagem

“Na primeira metade do século XX, os líderes da enfermagem começaram a perceber que era necessária uma base de conhecimento para a prática de enfermagem profissional”. Medidas foram tomadas neste sentido, para que a enfermagem passasse a vigorar como profissão reconhecida e também com o objectivo de direccionar cuidados profissionais aos doentes (Tomey e Alligood: 2004; 3).

A definição de enfermagem vem ganhando diferentes olhares ao longo do tempo, Florence Nightingale (1820 - 1910) considerada a mãe da enfermagem moderna, afirmava que o papel da enfermagem era deixar o doente nas melhores condições possíveis para que a natureza pudesse sobre ele agir. Bastante avançada para a sua época Nightingale ainda defendia que os cuidados de enfermagem deveriam ser holísticos, pois a pessoa não se trata apenas de uma ferida ou uma febre, tratava-se de um ser social com vontades e conhecimentos próprios (Sorensen e Lucman 1998; 7).

Virgínia Henderson (1897 - 1996), sucessora de Nightingale, definiu que o enfermeiro tem o papel primordial de ajudar indivíduos saudáveis ou não a executarem tarefas que contribuam para a manutenção de uma boa saúde ou para recupera-la (ou ainda ajudar a pessoa a ter uma morte serena e digna) que o próprio indivíduo executaria se tivesse força, vontade ou conhecimentos que o permitiriam (Sorensen e Lucman 1998; 7).

Actualmente Jean Watson (2002; 35) definiu a enfermagem como uma ciência humana porque perspectiva a vida do outro como um bem a ser estimado, um processo de admiração, respeito e mistério.

Em suma podemos dizer que a enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida de indivíduos, grupos e famílias.

## História da enfermagem em Cabo Verde

Para entendermos melhor a história da Enfermagem em Cabo Verde temos que recorrer á única bibliografia ainda existente da Enfermeira Germana Gomes (2010: 27-31), que foi a pioneira a aventurar-se a contar a história da profissão em livro e das primeiras enfermeiras a ser formadas em Cabo verde.

Sendo assim segundo a mesma (2010: 27), os primeiros relatos de cuidados de enfermagem prestados em Cabo Verde datam de 1585 quando um navio que encontrava-se em viagem para a Índia teve necessidade de atracar de emergência na ilha de Santiago para que os tripulantes doentes pudessem receber cuidados e tratamentos. Estes foram prestados pelo próprio capitão e por um padre da ilha que se ofereceu como enfermeiro.

Até 1862 os cuidados de enfermagem eram prestados apenas no seio familiar, a partir desta data foi reorganizado os serviços de saúde de Cabo Verde, foram praticados por uma companhia de serviços militares que vigoraram até 1898. Em Fevereiro de 1912 foi aprovado um Regulamento e Programa para um curso de enfermagem organizado pela direcção dos serviços de saúde direccionados aos Sargentos e aos Cabos e Soldados que prestavam serviços de auxiliares de enfermagem. Este curso capacitava os alunos com conhecimentos práticos de medicina e cirurgia bem como de farmácia.

Em 1946, foi determinado pelo Governador de Cabo Verde, ainda colonial, que seriam abertos dois cursos de enfermagem que teriam funcionamento no Hospital da Praia, um curso normal de enfermagem e um curso de auxiliares de enfermagem a habilitação mínima exigida era a 4ª classe.

Foi somente em 1960 que o curso de enfermagem teve inicio também no Hospital de São Vicente e foi exigido uma habilitação mínima do 2º ano dos liceus. Ao longo dos anos a exigência foi aumentando quanto á habilitação literária e em 2000 foram exigidas pessoas com o 12º ano de escolaridade, ou seja com o nível secundário completo. Estes cursos nos Hospitais da Praia e São Vicente foram ministrados até o ano 2005 em São Vicente e 2009 na Praia.

O primeiro curso de licenciatura em enfermagem leccionado pela Universidade de Cabo Verde teve o seu término no ano de 2012 e em São Vicente o primeiro curso terá o seu término neste ano de 2013.

## Cuidado

Etimologicamente a palavra cuidar deriva do latim, “*cogitare*” que significa cura, cogitar pensar mostrar atenção e interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação. Tal acontece quando a existência de alguém ou de algo passa a ter importância pessoal, existencial, e, por consequência, estabelece-se uma dedicação e uma preocupação frente à vida do outro ou à algo. (Filho, 2001: 36)

Cuidado significa atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado. [...] Esse cuidado deve ir além dos cuidados com o corpo físico, pois além do sofrimento físico decorrente de uma doença ou limitação, há que se levar em conta as questões emocionais, a história de vida, os sentimentos e emoções da pessoa a ser cuidada. (Ministério da Saúde: 2008, 7)

“O Cuidado faz parte da vida do ser humano desde os primórdios da humanidade, como resposta ao atendimento às suas necessidades” (Balduino, Mantovani, Lacerda, 2009: 343), “encontra-se na raiz primeira do ser humano e é o modo-de-ser essencial do humano [...] embora o acto de cuidar seja próprio da natureza humana, a enfermagem apropria-se dela e assume o cuidado como essência da profissão”(Filho, 2001: 36 - 38).

Collièr (2003, 176-177) afirma que o cuidado desde os primórdios da humanidade, representa os recursos investidos pelos seres humanos para dar continuidade a espécie, este cuidado tem como ponto de partida o nascimento e vai sendo praticada até a morte. A autora ainda afirma que o ser humano tem a necessidade de “tomar conta da vida, para que possa continuar e perpetuar-se...para sobreviver, permanecer vivo... e procriar novamente é uma necessidade vital”.

“O processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é um enfoque importante para a enfermagem, não apenas devido as transacções dinâmicas de humano-para-humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço” (Watson,



2002: 52). Neste sentido podemos definir cuidado como: “desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato, de modo a que é a atitude fundamental, mediante a qual a pessoa sai de si e centra-se no outro com desvelo e solicitude” (Filho, 2001: 37).

Na prestação de cuidados deve aplicar-se a melhor evidência disponível, associada à perícia profissional, sendo este um contínuo de múltiplas dimensões – resultados obtidos, atributos pessoais (como capacidades técnicas, de pensamento crítico, de comunicação e de relação interpessoal) e conhecimentos, bem como proficiência cognitiva e valores do indivíduo. (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2011:26)

Watson (2002: 55) afirma que “o cuidar requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento para com o próprio e para com os outros humanos, a enfermagem oferece a promessa da preservação do humano na sociedade”.

“O acto de cuidar refere-se a actividades zelosas e competentes, directas ou indirectas, a processos de decisões de ajuda, mercê de empatia, compassividade e apoio, e que dependem das necessidades, dos problemas e dos valores do indivíduo objecto dessa ajuda”. São uma necessidade humana essencial, indispensável a saúde e a sobrevivência de todos os indivíduos. Ao invés da cura, os cuidados tendem a melhorar a condição de vida de indivíduos ou grupos. (Poter e Perry: 2006; 447).

Podemos distinguir dois tipos de cuidados, o praticado em casa aos bem-queridos e aquele praticado pelos profissionais de saúde. A primeira segundo Collière (1999; 40) vem sendo praticada desde o início dos tempos principalmente pelas mulheres, a mulher curandeira, parteira, mãe e muitas vezes chefe de família, ela foi transmitindo os seus conhecimentos empíricos ao longo dos espaços e tempo. Contrariamente a esses cuidados, o cuidado em enfermagem requer conhecimentos científicos e “repartem-se por uma variedade de especialidades cujos contornos vão-se desenhando, no decorrer do tempo, ...” (Honoré: 2004, 23).

“Cuidar em enfermagem consiste em envidar esforços transpessoais de um ser humano para outro, visando proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrar significados na doença, sofrimento e dor, bem como, na existência.” Implica também prover indivíduos ou grupos de conhecimentos para que estes possam autocuidar-se (Souza; Santor; Padilha; Prado: 2005; 267). As expectativas do doente e

de sua família também devem ser levados em conta pelo profissional de saúde no desenvolvimento deste processo de cuidar (Tavares, 2008: 17).

Os cuidados em enfermagem são prestados objectivando “limitar as perturbações e os prejuízos causados pela doença, é dada prioritariamente atenção aos cuidados de vida diária prodigalizados com mais intensidade com o intuito de aliviar, confortar, manter «as forças» para combater a doença” (Collière: 2003, 179).

Existe uma dicotomia entre o cuidar e o tratar, numa situação de doença. O tratamento tem como objectivo “circunscrever a doença, detê-la, ou pelo menos, atenuar os seus efeitos, limitar os prejuízos e suprimir a diminuição ou perda de propriedades funcionais orgânicas”. Os cuidados são dirigidos a “ tudo o que estimula as forças de vida, as desperta, as mantém”, o tratamento, por seu lado, “dirigem-se a doença e aos prejuízos que causa”. Quando há necessidade de tratamentos acentua-se os cuidados com uma atenção redobrada (Collière: 2003, 180).

No caso de doença a pessoa necessita de tratamento, este não deve ser feito em detrimento dos cuidados, devem ser complementares. “Em nenhum momento um tratamento pode substituir os cuidados, e quando tal acontece é a custa de graves prejuízos (Collière: 2003, 180). Numa situação em que os tratamentos são insuficientes para atenuar, controlar ou mesmo extinguir uma doença, os cuidados não devem ser substituídos por este, pois, “os cuidados não têm, de forma alguma, a função de substituir a impotência dos tratamentos médicos. A sua razão de ser é acompanhar, confortar, tudo que permite existir” (Collière: 2003, 185). “O resultado esperado da acção cuidadora é poder continuar a viver a sua vida, ou manter-se nela com o máximo de bem-estar” (Honoré: 2003, 20).

Collière (2003, 180) ainda afirma que “ninguém trata sem continuar a cuidar na medida em que os cuidados para além de ajudar para que a reacção aos tratamentos seja positiva como também para não perder o adquirido e «reencontra as forças» para lutar «contra o mal» ”. Ainda (2003, 181-184) defende que o cuidar varia com a natureza e a finalidade. Neste ponto de vista a autora definiu doze tipos de cuidados sendo que seis têm como finalidade o cuidado nos primeiros anos de vida, ou seja, durante o período da infância, e os outros durante o período de doença ou no período de envelhecimento, mas interessa-nos esses últimos. Aquando do envelhecimento ou numa situação de doença os cuidados predominantes são de compensação e de manutenção da vida.

- Cuidados de compensação – “visam compensar o efeito das perdas e do desgaste que ocasionam, diminuições sensório-motoras, bem como no controle dos esfíncteres, das propriedades da pele e de suas consequências para a manutenção das funções vitais”.
- Cuidados de manutenção da vida – são complementares dos cuidados de compensação. “Estes cuidados são muitas vezes prodigalizados de forma arbitrária por discernimento do que é indispensável manter ou a discernimentos erróneos que determinam perdas de forma demasiadamente superficial”.
- Cuidados de estimulação – permitem a re aquisição de capacidades temporariamente perdidas ou diminuídas, bem como, a aquisição de novas capacidades.
- Cuidados de conforto – “destinam-se a confortar, restabelecer a segurança física e afectiva, necessárias para manter as capacidades existentes e reconquistar as que podem ser recuperadas. Em situação de doença crónica e de pessoas idosas estes cuidados reclamam uma atenção particular, pois a sua ausência pode causar um agravamento das deficiências e conseqüente dependência total que pode ser irreversível”.
- Cuidados do parecer – “procuram limitar, atenuar, a degradação da imagem do corpo assim como o sentimento de decadência que provoca, ocasionando um sofrimento moral que pode muitas vezes ser mais intolerável que a dor física”.
- Cuidados de apaziguamento, de alívio da dor permitem tornar suportáveis momentos de grande sofrimento.

Honoré (2004: 19) por seu lado defende que a acção do cuidado tem três intenções: “a intenção de reparar, de aliviar; a intenção de satisfazer, de contentar; a intenção de formar, de educar, de acompanhar um desenvolvimento. A primeira diz respeito mais especificamente ao sofrimento, a outra ao prazer e a terceira ao suporte e a plenitude”.

O cuidado em enfermagem desenrola-se num processo. A palavra processo “designa uma maneira sistemática de agir, é um método ordenado, um procedimento metodológico e uma actuação dinâmica” (Adam, 1994: 57), neste contexto podemos entender o processo de enfermagem como uma “variante do raciocínio científico, que lhe permite organizar os cuidados aos seus utentes, sejam eles um indivíduo, uma família ou uma comunidade. É uma abordagem que permite aos enfermeiros distinguir a

sua prática da dos médicos e de outros profissionais dos cuidados de saúde” (Potter e Perry, 2006: 86).

### **Processo de enfermagem aplicado aos cuidados**

Potter e Perry (1999; 95) defendem que o processo de enfermagem é uma “abordagem para a solução de problemas e habilita o enfermeiro a organizar e a administrar os cuidados de enfermagem. É um elemento do raciocínio crítico que propicia aos enfermeiros fazer julgamentos e realizar acções com base na razão.

As três características do processo são: a decisão, a organização e a criatividade. A decisão é a meta ou objectivo específico do processo, pois este processo é utilizado para diagnosticar e tratar as respostas humanas à saúde e à doença. A organização é a sequência de etapas ou componentes necessário para alcançar o objectivo. Encontra-se constituída por cinco etapas: a recolha de dados, a interpretação desses dados, a planificação da intervenção, seguida da intervenção e finalmente a avaliação do processo e só termina com a ruptura definitiva da relação enfermeiro \ utente. A criatividade é o desenvolvimento contínuo do processo em si mesmo (Potter e Perry, 1999: 95). Trata-se de um processo cíclico e dinâmico, (Adam, 1994: 51).

O processo de enfermagem é uma estrutura organizacional, criativa, e um referencial para o provimento dos cuidados de enfermagem, sendo flexível o bastante para ser utilizado em todos os sectores. Os propósitos do processo de enfermagem são identificar as necessidades de cuidados de saúde ao cliente, determinar as prioridades, estabelecer as metas e resultados esperados, estabelecer e comunicar um plano de cuidados centrados no utente, proporcionar prescrições de enfermagem, designadas para atender as necessidades do utente e avaliar a eficácia dos cuidados de enfermagem e alcançar os resultados esperados e as metas para os clientes (Potter e Perry, 1999: 95).

### **Recolha de dados**

Nesta etapa o enfermeiro faz a colecta e a verificação de dados sobre o utente recorrendo a uma variedade de fontes, com o fim de criar uma base de dados. A natureza e a quantidade dos dados estão sempre alterando-se, exigindo assim que o enfermeiro observe os dados e forme padrões significativos (Potter e Perry, 1999: 96-97).

A recolha de dados inclui duas fases, a primeira colhem-se e confirmam-se dados, de seguida analisam-se esses dados como base para a elaboração de diagnóstico de enfermagem e de um plano individualizado de cuidados de enfermagem, objectivando a criação de uma base de dados que permita ao enfermeiro avaliar as necessidades do utente, os problemas de saúde e as reacções a esses problemas (Potter e Perry, 2006: 86).

As fontes de informação que o enfermeiro possa recorrer para a criação da base de dados são: o utente e sua família, os membros da equipa de saúde, o processo individual do utente, as obras de referência, os conhecimentos do enfermeiro (Adam, 1994: 59). A mesma autora (1994: 63) também afirma que é necessário que o enfermeiro identifique o melhor método de recolha de informações que lhe permite um melhor conhecimento dos utentes dos serviços, mesmo daqueles que eles já conhecem há algum tempo. Os meios mais eficazes para a obtenção dessas informações são a observação e a entrevista.

### *Interpretação dos dados*

Esta etapa constitui-se pela elaboração dos diagnósticos de enfermagem de acordo com as necessidades e problemas do utente, correspondendo aos dados obtidos. A precisão dos diagnósticos depende da totalidade, da selecção, do agrupamento e da validação dos dados colectados (Potter e Perry, 1999: 97).

“Apenas a análise e interpretação dos dados obtidos tornará possível a escolha de uma intervenção eficaz para analisar e interpretar em colaboração com o utente que compreendem três subetapas: identificar as necessidades específicas, determinar se as mesmas são satisfeitas de maneira independente ou não, identificar a origem da não satisfação (Adam, 1994: 64).

“O diagnóstico de enfermagem é uma declaração sobre a reacção, real ou potencial, do utente a um problema de saúde, em que o enfermeiro tem competência e autorização para tratar”. A identificação destes diagnósticos levará posteriormente a realização do plano de cuidados individualizado (Poterr e Perry, 2006: 92).

### *Planificação da intervenção*

É a terceira etapa do processo. “A intervenção, ou seja, o suprir de recursos junto do utente, engloba o centro da intervenção, o modo de intervenção e a intervenção ou acção em si mesma” (Adam, 1994: 67). Nesta etapa o plano de cuidados é elaborado, deve ser individualizado e basear-se nos dados colhidos e nos diagnósticos de enfermagem do utente. É necessário que o enfermeiro identifique no plano de cuidados os resultados esperados que o utente obterá caso o plano de cuidados for bem sucedido (Potter e Perry, 1999: 97).

“Os modos de intervenção são os termos utilizados por Virgínia Henderson para descrever as actividades de substituição: fazer as vezes de, completar, substituir, acrescentar, reforçar aumentar” (Adam, 1994: 68).

“Em geral um plano escrito de cuidados de enfermagem inclui o diagnóstico, os objectivos, os resultados esperados, e as acções e intervenções de enfermagem específicas do caso em questão.” O plano de cuidados coordena os cuidados de enfermagem, promove a continuidade dos cuidados, e contem uma relação de critérios de resultados a usar na avaliação dos cuidados (Potter e Perry, 2006: 101).

Como os utentes têm vários diagnósticos de enfermagem, o enfermeiro escolherá prioridades acordadas consensualmente, com base na urgência do problema, na natureza do tratamento indicado, e na interacção entre diagnósticos. O estabelecimento das prioridades é um processo em que enfermeiro e utente, mutuamente, clarificam os diagnósticos segundo a sua importância baseando a sua segurança, vontade e necessidades do utente (Potter e Perry, 2006: 98).

### *Execução da intervenção*

“Executar, a intervenção propriamente dita, é também importante. A recolha mais exhaustiva, a identificação muito rigorosa das necessidades individuais e a planificação cuidada nada significam senão culminarem numa intervenção hábil que respeite a dignidade e a sensibilidade do utente” (Adam, 1994: 69).

Depois da elaboração do plano de cuidados torna-se necessário fazer a execução desse plano. A execução inclui intervenção nas actividades da vida diária e no auxílio delas, ou orientação na sua execução, aconselhamento e ensino ao utente e família, a prestação de cuidados directos, a delegação de algumas tarefas aos cuidadores informais, sua supervisão e avaliação bem como o registo e troca de informações relevantes para os cuidados continuados aos utentes (Potter e Perry, 2006: 104). “As prescrições são continuamente modificadas com base na evolução contínua da resposta do utente e da análise diagnostica do enfermeiro” (Potter e Perry, 1999, 97).

### **Avaliação**

A quinta e última etapa do processo é a avaliação. “A melhor avaliação, aquela que melhor testemunho dá dos cuidados mais apropriados, não assinala a conclusão do procedimento” (Adam, 1994:70).

Nesta etapa o enfermeiro avalia se as prescrições foram bem sucedidas. Se o problema de saúde não for resolvido, o processo de avaliação orienta o enfermeiro para fazer uma revisão, eliminar ou adicionar terapias. “Esta etapa proporciona a revisão do plano de cuidados de enfermagem conforme necessário para resolver os problemas de saúde” (Potter e Perry, 1999: 97).

Cada etapa deste processo é essencial para a resolução do problema e está intimamente inter-relacionada com as outras etapas. O processo como um todo é sequencial e deve ser lógico, pois as necessidades de cuidado do utente são determinadas posteriormente a recolha dos dados (Potter e Perry, 1999: 97).

### **O papel da família nos cuidados**

“A família e os amigos são a primeira fonte de cuidados. O maior indicador para o asilamento e outras formas de institucionalização de longa duração entre idosos é a falta de suporte familiar e a inexistência de doença” (Caldas, 2003:776).“E assim

sendo, já não basta assistir um indivíduo cômico de que este pertence a uma família, mas mister se faz assistir à família” (Marcon e Elsen, 1999: 26)

“É na família que o idoso tem o seu mais efectivo meio de sustentação e pertença, em que o apoio afectivo e de saúde se faz necessário e pertinente” (Mazza e Lefèvre, 2005: 2). “Em geral, são as mulheres que assumem o cuidado, e esse papel é visto como natural, pois está inscrito socialmente no papel de mãe. Cuidar dos familiares idosos, portanto, é mais um dos papéis que a mulher assume na esfera doméstica” (Caldas, 2003:778).

“Seria fundamental que profissionais de saúde treinassem o cuidador e supervisionassem a execução das actividades assistenciais necessárias ao quotidiano do idoso até que a família se sentisse segura para assumi-las. A família deve ser preparada também para lidar com os sentimentos de culpa, frustração, raiva, depressão e outros sentimentos que acompanham essa responsabilidade” (Caldas, 2003:778).

“A família portanto, além de ser agente do cuidado de seus membros, também deve ser considerada como objecto de cuidado dos profissionais da enfermagem e assim sendo, como seu objecto de trabalho, já que o cuidado é o próprio trabalho/actividade da enfermagem”(Marcon e Elsen, 1999: 26).

## Cuidados continuados

Os cuidados continuados são uma forma de prestação de cuidados, de enfermagem, num ambiente extra hospitalar é entendido como:

“um conjunto de intervenções sequenciais de saúde ou de apoio social centrando-se na promoção ou recuperação da autonomia e surgem na óptica de dar resposta as necessidades diferenciadas das pessoas portadoras de deficiência ou incapacitadas, bem como às pessoas portadoras de doença crónica pois estes cuidados exigem uma atenção holística à pessoa” (UAL, 2010: 31).

Ainda Potter e Perry (2006; 28) afirmam que os cuidados continuados referem a “um conjunto de serviços de saúde, pessoais e sociais, prestados durante um período prolongado a pessoas com deficiência, que nunca foram funcionalmente independentes, ou que sofrem de doença terminal”. Colaborando Timby (2001: 64) definiu cuidados continuados como “um continuo dos cuidados à saúde, cuja meta é evitar causar a uma pessoa saudável ou enfermo a sensação de isolamento, fragmentação ou abandono...”.

Os Cuidados Continuados representam



“uma gama de serviços para pessoas que estão dependentes de ajuda para as actividades da vida diária, devido a incapacidade física ou mental, que frequentemente está associada à prestação de serviços na área da saúde básicos, como tratamento de feridas, gestão da dor, medicação, monitorização de saúde, prevenção, reabilitação, cuidados paliativos” (Nogueira, 2009: 4)

Estes cuidados compreendem um “conjunto de intervenções que assentam em três pilares fundamentais, sendo eles a reabilitação e readaptação do indivíduo e sua reinserção familiar e social” (Santos e Mouro, 2010; 17), cujo principal objectivo é aumentar a independência e qualidade de vida do utente (Rice, 2001; 27).

A percepção de Qualidade de Vida depende de cada indivíduo, “da sua posição na vida dentro de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”. Trata-se de um conceito muito amplo que agrupa a saúde física da pessoa, “seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente” (OMS 2005: 14).

A finalidade destes cuidados, segundo Nogueira (2009: 5), passa por dar respostas adequadas às necessidades, melhores serviços de apoio continuado às pessoas em situação de fragilidade ou com doença crónica, prestar apoio à recuperação da funcionalidade e continuidade dos cuidados pós-internamento hospitalar.

Num doente geriátrico os cuidados continuados têm como objectivo (Rice, 2001; 463):

- Tratamento dos sintomas da doença;
- Manutenção das capacidades funcionais;
- Prevenir a deterioração da capacidade física;
- Dar ao utente e à família instruções relativas à gestão dos cuidados no domicílio;
- Identificar ou antecipar o tipo de assistência que o utente e a família possam precisar nas actividades quotidianas;
- Identificar aspectos de segurança física e do ambiente;
- Providenciar para que sejam satisfeitas as necessidades psicossociais e culturais do utente e da família;
- Localizar recursos comunitários que possam satisfazer as necessidades do utente e da família a curto e longo prazo.

## **Cuidados Continuados em São Vicente**

Segundo a enfermeira Superintendente da Delegacia de Saúde Anete Ramos, que pratica os Cuidados Continuados nesta instituição, estes cuidados começaram a ser praticados desde 16 de Agosto de 2011, a convite do então Delegado de Saúde. A proposta inicial era que ela apenas realizasse algumas visitas domiciliárias á pessoas que por motivos de doença ou incapacidade não poderiam frequentar os Centros de Saúde, mas ela ao aperceber-se que as pessoas teriam necessidades que exigiam mais que algumas visitas domiciliárias, ela decidiu, por si só fazer cuidados continuados, fazendo visitas semanalmente a essas pessoas prestando cuidados, e apoio as famílias, motivada apenas pelo gosto que a concretização que este trabalho lhe traz.

No fim deste ano ela já contava com 31 pessoas a quem prestava esses cuidados. Se antes ela teria que procurar os seus próprios doentes hoje são eles que a procuram, segundo a Enfermeira Anete Ramos o processo de recrutamento hoje dá-se de duas formas: ou são os doentes e familiares que a procuram ou ela é contactada directamente do Hospital Baptista de Sousa para dar continuidade aos cuidados.

Após uma primeira visita, para constatar o real estado de saúde da pessoa á qual ela foi chamada para cuidar, o seu procedimento pode ser de duas formas de acordo com a conclusão a que ela chegar:

- Pode constatar que esta pessoa não necessita de cuidados continuados mas, os familiares necessitam de ensinamentos sobre a melhor forma de lidar com esta pessoa e sua doença, neste caso ela realiza algumas secções de ensinamentos de acordo com as necessidades que ela possa observar que a pessoa apresenta, e depois realiza mas duas ou três visitas para fazer uma avaliação do que se tem feito ou um reajuste nos ensinamentos.

- Ainda também ela pode identificar que realmente esta pessoa necessita de cuidados continuados e neste caso ela faz uma ficha para essa pessoa e passa a segui-la semanalmente ou diariamente conforme for a sua necessidade.

Caso esta pessoa viver numa área de residência em que ela já sabe de antemão que o Centro de Saúde que cobre esta área apresenta recursos materiais e humanos para que eles mesmos façam essas visitas e uma continuidade dos cuidados, ela encaminha este doente para este Centro de Saúde deixando-a aos cuidados dos enfermeiros deste centro.

As pessoas com quem ela trabalha prestando os cuidados continuados, segundo a mesma, são na sua maioria pessoas adultas portadoras de doença crónica, na sua fase terminal ou não, em todas as condições socioeconómicas, nas suas casas e nos lares de idosos de Campinho e Ilha de Madeira. Para os doentes que não conseguem sair de casa ela faz-se acompanhar de um médico especialista ou não á residência desta pessoa ou aos lares, se ela tiver que fazer análises ela requisita uma técnica de laboratório para fazer a colheita do material também na casa ou nos lares da 3ª idade.

Aos doentes em fase terminal é-lhes dado um apoio diário é também feito um ensinamento aos familiares para que estes possam reconhecer alguns sinais de alarme e assim chamarem-na para ela prestar algum apoio, porque segundo ela muitas vezes as famílias não têm como fazer o transporte do seu ente para o hospital e é ela que acaba muitas vezes por transportar esses doentes para o Banco de Urgências.

Para além dos cuidados durante a vida da pessoa, se no caso o doente falecer e ela for chamada ela também faz a preparação do corpo para o funeral e dá algum apoio emocional a família, mesmo dias depois da morte dessa pessoa ela ainda faz uma ou duas visitas aos familiares.

A enfermeira Anete faz esse trabalho de livre vontade, não conta com nenhum apoio material ou financeiro por parte da Delegacia de Saúde de São Vicente, ela relata que a maioria dos materiais que necessita para fazer pensos ou qualquer outro cuidado, são materiais próprios, para algumas pomadas faz uma solicitação á farmácia quando os enfermeiros da sede Delegacia fazem as requisições de medicamento para o stock. Quando necessita de alguma pomada “especial” que sabe que o mercado caboverdiano não dispõe ela os solicita a irmã, médica, em Portugal, sem nenhum tipo de ajuda financeira, todos os custos são suportados por ela.

Mas a mesma afirma que esta realidade mudará em pouco tempo, pois quando a Delegacia de Saúde dispor dos recursos humanos necessários esses cuidados serão sistematizados. Os cuidados continuados são uma prioridade na reorganização do Serviço Nacional de Saúde, pois são uma função dos cuidados primários de saúde, ou seja, faz parte da função desempenhada pelos Centros de Saúde a prática dos cuidados continuados.

## Ética aplicada aos cuidados

Na sua prática o enfermeiro “vai deparar-se com muitas questões legais, que vai exigir de si o recurso à sua capacidade de raciocínio crítico, para uma prática segura... prestar cuidados, em segurança e com competência inclui o conhecimento do quadro legal em que deve funcionar” (Potter e Perry, 2006: 40).

“O cuidado manifesta-se na preservação com o melhor potencial saudável da espécie humana e depende de uma concepção ética que contemple a vida como um bem valioso em si” (Souza, Sartor, Prado, 2005: 76).

A ética e os valores estão relacionados. Valores são entendidos como “unidades estruturais para a moralidade pessoal e profissional, influenciam a tomada de decisão moral da pessoa, seus relacionamentos e sua conduta” (Potter e Perry, 1999: 295). As mesmas (1999, 295) estes baseiam-se na experiência, religião, cultura e educação. A ética por seu lado, origina-se dos seus valores.

“Ética é um sistema ou código moral e uma disciplina que procura formular e justificar, sistematicamente, respostas a dilemas morais” (Sorensen e Lucman, 1998: 54). Ainda Potter e Perry (2006: 56) nos dizem que a ética” refere-se à apreciação de normas de conduta ou ao estudo de ideias filosóficas de comportamento de certo ou errado”.

“A palavra ética deriva do grego – *ethos*, que significa costumes ou modos de conduta. Refere-se aos princípios morais ou filosóficos que definem as acções como certas ou erradas” (Timby, 2001:54)

A ética distingue-se das leis, enquanto estas são “determinadas por sistemas governamentais, e são impostas pelo sistema”. A sua violação tem “geralmente, resultados á nível público [...] A lei regulamenta o comportamento público, que vai afectar outras pessoas, e que, assim, protege a comunidade. A ética entretanto “tem uma base de interesse mais alargada incluindo o comportamento pessoal e questões de carácter, como a bondade, a tolerância, a generosidade” (Potter e Perry, 2006: 56).

“O enfermeiro ético agirá e tratará os outros segundo maneiras específicas que estão de acordo com as normas de enfermagem e serão orientadas por muito mais aspectos do que simplesmente por preferências ou valores pessoais” (Potter e Perry, 1999: 295).

## **Princípios éticos**

“Cada um dos princípios éticos pode ser usado para resolver dilemas éticos relacionados com a discussão de deveres, direitos e objetivos. Nos dilemas éticos estes princípios podem estar em conflito entre si” (Sorensen e Lucman, 1998: 57).

**Autonomia** – “significa que os indivíduos deveriam ter liberdade para escolher seus próprios planos de vida e as maneiras morais de ser (Potter e Perry, 1999: 299). “Este princípio emana da noção de respeito pelas pessoas nasce do valor incondicional colocado nessas mesmas pessoas, porque elas têm a capacidade de agir moralmente e de fazerem escolhas racionais” (Sorensen e Lucman, 1998: 57). “...orienta as preocupações morais dos enfermeiros no sentido de determinar cuidadosamente os valores do doente” (Potter e Perry, 1999: 300). A moral é entendida como “um sistema de valores, do qual resultam normas que são consideradas correctas por uma determinada sociedade” (Segre e Cohen, 2002: 19)

“Este princípio é violado quando o profissional de saúde, crendo que a pessoa será lesada e mesmo assim actua com paternalismo e retém informação acerca do seu estado de saúde” os princípios de privacidade e confidencialidade emanam do princípio da autonomia. A privacidade é o direito de não sofrer intromissão nos assuntos sociais (Sorensen e Lucman, 1998:57).

**Princípios de benevolência e beneficência** – “defende a realização do bem. Fazer o bem, prevenir o dano e afastar o dano são a essência da obrigação do enfermeiro para com os utentes. Acontece quando o enfermeiro presta cuidados de acordo com os padrões estabelecidos”.O paternalismo, considerado como uma forma exagerada de beneficência, obtêm o bem a custa da autonomia (Sorensen e Lucman, 1998: 58).

“Para a determinação do que é bom nas situações de cuidados de saúde, a pessoa deve calcular os riscos e os benefícios de cada caso. Os benefícios promovem o bem-estar e a saúde do doente, ao passo que os riscos depreciam a saúde e o bem-estar” (Potter e Perry, 1999: 300).

“É imperioso que a relação com as pessoas se baseie numa real vontade de ajudar onde o calor, a compreensão e a compaixão são a regra” (Phaneuf, 2005: 15).

**Confidencialidade** é o princípio ético que “defende a prática da salvaguarda da informação pessoal. Os utentes devem poder confiar que os enfermeiros só partilham as informações sobre cuidados de saúde com outros profissionais de saúde que estão legitimamente ligados com os seus cuidados de saúde” (Sorensen e Lucman, 1998: 57).

“As obrigações divergentes podem surgir quando o doente por manter segredo de uma informação que o coloca, ou a outros, em risco” (Potter e Perry, 1999: 301). Os enfermeiros são obrigados ao sigilo profissional implica uma espécie de fronteira, um limite entre o que lhe é pessoal, interior e o que lhe é exterior (Phaneuf, 2005: 14).

**Respeito pela dignidade** – Na “ética o termo dignidade não significa mérito pessoal ou tem correspondência com a imagem ideal que fazemos de um ser humano”. É um atributo essencial que é o “direito de toda a pessoa, homem, mulher ou criança quaisquer que sejam a sua cor, raça, a sua cultura, a sua religião, a sua idade, o seu estado ou o seu QI, a ser respeitada em razão da sua humanidade e da sua pertença ao conjunto da família humana” (Phaneuf, 2005: 14).

**Justiça** – “Preconiza que cada pessoa tenha tudo a que tenha direito e seja tratada com equidade” (Sorensen e Lucman, 1998: 57). Este princípio exige que as pessoas recebam um tratamento imparcial e que se dê a elas os seus direitos. “A distribuição de cuidado de saúde de uma maneira justa é difícil. Duas pessoas nunca são absolutamente iguais” (Potter e Perry, 1999: 300).

**Fidelidade** – “Defende a manutenção de compromissos ou promessas é um princípio inclusivo que abrange todos os profissionais” (Sorensen e Lucman, 1998: 58). “Quando a pessoa é leal e mantém as promessas feitas, a confiança, tão vital para o relacionamento enfermeiro – utente, pode ser formada” (Potter e Perry, 1999: 301).

**Consentimento informado** – “pressupõem uma informação precisa, uma explicação clara e ao alcance da pessoa, uma ausência de qualquer constrangimento e também, evidentemente, a sua capacidade de compreender suficientemente o que está em questão e de decidir por si mesma” (Phaneuf, 2005: 15).” O consentimento informado ajuda os doentes a compreender as suas opções, de modo que eles possam tomar a decisão que melhor reflecta os seus próprios valores”. Este respeita a autonomia através da expansão do conhecimento do doente. As directrizes avançadas são formas

de comunicação em que as pessoas podem dar a direcção sobre como gostariam de ser tratadas quando não poderem falar por si próprias (Potter e Perry, 1999: 301).

“Os cuidados de enfermagem honrarão a autonomia, o bem, o evitar o dano e uma justa distribuição de cuidados. A enfermagem prezarão a verdade, a protecção dos indivíduos face a invasão da sua privacidade e a manutenção da confidencialidade da informação sobre os cuidados de saúde” (Sorensen e Lucman, 1998: 58).

Muitas vezes quando se trata de cuidar de um idoso, a família insiste em considera-lo como incapacitado, mesmo que o exame clínico e psicológico mostre que o idoso encontra-se psicologicamente saudável. Cabe aos profissionais de saúde fazer a família entender que idade por si só não significa demência. Nesse casos o profissional não se deve deixar levar pelos familiares e confiar informações clínicas e sigilosas sobre a saúde do familiar idoso sem a aprovação inicial do idoso alvo dos cuidados, pois isso seria um grave infracção á ética profissional (Filho e Netto, 2005: 425).

Nos cuidados ao idoso ou qualquer pessoa o profissional de saúde deve ter sempre em conta o sigilo profissional pois, a quebra do sigilo agride a pessoa na sua intimidade, parte constituinte e importante da sua individualidade (Filho e Netto, 2005: 425).

## Idoso

“Idoso é aquele que já viveu ou existiu muito tempo, porque tem muita idade, é velho” (Costa, 1998). Cabete (2005; 10) refere-se a idoso “ em termos biológicos, se tomarmos como primeira mudança de idade a que esta relacionada com a aquisição da capacidade reprodutiva, poderemos dizer que a sua perda será a segunda grande mudança e que ocorre por volta dos 50 anos”.

O organismo humano, desde a sua concepção até a morte, passa por diversas fases: desenvolvimento, puberdade, maturidade ou de estabilização e envelhecimento. É possível identificar entre as três primeiras fases marcadores físicos e fisiológicos de transição entre elas. O envelhecimento manifesta-se por declínio das funções dos diversos órgãos que, caracteristicamente, tende a se linear em função do tempo não se conseguindo definir um ponto exacto de transição, como nas demais fases. (Netto, 2002: 5)

O envelhecimento trata-se de um “processo natural e comum a todas as pessoas, decorrente do facto de se inscrever no ciclo de vida biológico, constituído pelo nascimento, crescimento e morte...” (Moniz, 2003:45), o mesmo autor afirma ainda que esse processo pode ser entendido como um decurso em que qualquer organismo, bem

como o corpo humano, são modificados através de um desenvolvimento contínuo e culminar na morte (2003: 48).

Na perspectiva de Netto (2002: 44) envelhecimento pode ser entendido como:

Um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por leva-lo à morte.

Ainda o mesmo autor (2002: 44) afirma que o envelhecimento é normalmente caracterizado pelo aparecimento dos cabelos brancos, das rugas, perda de massa corporal. Rice (2004: 454) corroborando com este pensamento também escreve que acompanhando o envelhecimento físico segue também o envelhecimento sistémico, “muitas funções fisiológicas diminuem a uma velocidade de aproximadamente 1% ao ano depois dos 30 anos”.

Em suma podemos dizer que o envelhecimento é um processo dinâmico e contínuo que se manifesta de forma fisio-psicossocialmente. As mutações fisiológicas são as que mais e melhor podem ser identificadas como marco da transição da fase adulta para a idosa. Os idosos são mais susceptíveis de ter doença crónica longa, prolongada. As incapacidades crónicas como diabetes, doenças cardíacas, hipertensão e artrite aumentam em proporção directa com a idade, pessoas com mais de 65 anos têm uma maior tendência para incapacidades crónicas graves (Phipps; Long; Woods; Cassmeyer: 1995; 227).

Com a avançar da idade as pessoas tornam-se mais susceptíveis a desenvolverem doenças crónicas e incapacitantes devido a diminuição do funcionamento dos demais sistemas a identificar os sistemas (Rice, 2004: 254 - 256):

Cardiovascular - devido a diminuição da elasticidade do músculo e débito cardíaco e um consequente aumento da tenção arterial. Os pulsos periféricos podem ser mais fracos como resultado de alterações arterioscleróticas, sendo que as extremidades inferiores podem estar mais frias ao tacto e aparecerem manchas.

Respiratória – há uma diminuição da circulação sanguínea pulmonar e da difusão gasosa. Os músculos respiratórios acessórios sofrem uma degeneração, que resulta numa diminuição da força muscular.



Pele – a quantidade de tecido adiposo subcutâneo diminui com a idade. Existe menor quantidade de gordura distribuída nas extremidades e maior quantidade no tronco. Há uma atrofia das glândulas epidérmicas do suor e dos folículos capilares, a pigmentação aumenta heterogeneamente, nota-se uma diminuição do colagénio e da elastina do tecido conjuntivo, provocando uma pele despigmentada, fina, seca e enrugada. O cabelo pode ficar sem brilho e cinzento, branco, amarelo, ou amarelo esverdeado. A distribuição capilar diminui no couro cabeludo, nas axilas, na área púbica e nas extremidades. As unhas tornam-se mais duras, grossas e quebradiças, podem ficar amareladas devido a perda de cálcio.

Genito-urinária – os homens podem sofrer um aumento das micções, em resultado do aumento prostático. As mulheres sofrem de uma diminuição do tónus perineal, podendo desenvolver urgência e incontinência de *stress*.

Gastrointestinal – a produção de enzimas digestivas encontra-se diminuída afectando a taxa de absorção das vitaminas liposolúveis. Também pode aparecer a obstipação devido a diminuição do peristaltismo. O esvaziamento gástrico pode durar mais tempo que o normal.

Músculo-esquelético – a estrutura óssea é mais porosa, há uma diminuição do movimento das articulações a altura normal diminui 3 a 9 cm em relação à fase de jovem adulto.

Sensoriais – todos os sentidos diminuem a sua função gradativamente com o envelhecimento devido a alterações anatómicas.

Padrões de sono – com a idade o número total de horas de sono pode diminuir, devido a um aumento do número de despertares e uma diminuição global na eficiência do sono.

Neurológica – pode-se notar uma maior lentidão na execução das tarefas mas é devido as alterações músculo-esqueléticas. Não se notam, normalmente, uma diminuição das funções cognitivas.

Este declínio funcional tem “repercussão nos mecanismos homeostáticos do idoso e em sua resposta orgânica, diminuindo sua capacidade de reserva, de defesa e de adaptação, o que o torna mais vulnerável a quaisquer estímulos” Dessa forma, as doenças podem ser desencadeadas mais facilmente. Segundo o Ministério da Saúde do

Brasil (2006: 31) as doenças mais frequentes que acometem os idosos são: afecções cardiovasculares, em especial doença hipertensiva; diabetes e suas complicações; déficits sensoriais (auditivo e visual); afecções osteoarticulares; déficits cognitivos.

O declínio funcional começa a acontecer a partir do 30-40 anos é influenciado por vários factores sejam físicos e\ou orgânicos, pela constituição genética individual, hábitos de vida, condições educacionais e socioeconómicas e também pelas relações familiares. (Faro, 2001: 137)

O envelhecimento não acontece apenas á nível funcional “... todos os factores ambientais, internos, externos, biológicos, psicológicos e sociais interferem com o processo de envelhecimento” (Cabete: 2005; 7 e 8). Importa também salientar que nem todas as pessoas envelhecem da mesma forma, nem há o envelhecimento dos órgãos ou sistemas simultaneamente, poderíamos dizer que quanto mais velhos somos, mais diferente somos uns dos outros. “Para a maioria das pessoas da terceira e quarta idade, a capacidade funcional não sofre qualquer limite, ou é apenas muito parcial” (Berger, 1995:142).

No nível neuropsicológico não se verifica uma alteração no nível de inteligência, o que se observa é uma lentidão em alguns processos como no tempo de reacção, a memória sensorial e de fixação também diminuem devido a redução da capacidade de processar informações recentes. Ao nível da comunicação pode-se verificar uma diminuição da capacidade auditiva ou na lentidão do discurso. A nível social, nota-se uma retracção da vida social, pois devido às perdas que vai sofrendo ao longo deste processo (amigos, famílias, papel social) há a exigência de uma nova adaptação ao qual ele reage de forma muito particular (Cabete, 2005: 8 - 9).

“Embora envelhecer não seja uma realidade agradável para ninguém, também não é uma doença degenerativa” (Berger, 1995: 145).

### **Promoção do envelhecimento com saúde**

Para os profissionais de saúde, cuidar do idoso implica promover a sua saúde (Mazza e Lefèvre, 2005: 2) Promoção da saúde é o processo que permite às pessoas controlar e melhorar sua saúde (OMS, 2005: 21). Nos idosos deve englobar “o auto-

cuidado, a integração social, a actividade física, o controle de hábitos nocivos à saúde, a utilização do tempo livre e a prevenção de incapacidades” (Mazza e Lefèvre, 2005: 2). A prevenção de doenças abrange a prevenção e o tratamento de enfermidades especialmente comuns aos indivíduos à medida que envelhecem: doenças não transmissíveis e lesões (OMS, 2005: 21)

A educação para a saúde é um processo consciente de planificação, preparação científica e técnica, de por em prática, controlar e avaliar diversos meios de comunicação baseados nos conhecimentos biomédicos, económicos, sociológicos e psicológicos, bem como em resultado de investigação, com vista a restaurar, manter ou melhorar a saúde dos indivíduos, de grupos ou da sociedade na sua globalidade (Silva, 2002: 147).

“A informação e a educação para a saúde podem desempenhar um papel importante na motivação dos idosos para a adaptação de novas situações” (Silva, 2002: 147). “A maior parte da aprendizagem é acidental, através da experiência. O ensino é o arranjo deliberado de condições para promover o alcance de alguma meta intencional”. Esta prática encontra as suas bases num conjunto de teorias, em resultados de investigação e em competências que devem ser aprendidas e praticadas (Redman, 2003: 3).

Na educação para a saúde dirigida ao idoso, a comunicação deve ser em simultâneo para este e para a família (Silva, 2002: 148). A mesma autora (2002:148) afirma que para haver comunicação deve existir pelo menos “um emissor (que também é receptor) e um receptor (que também é emissor) e um canal de comunicação através do qual se processa a informação” e quando dirigida aos idosos não devem ser transmitidas muitas informações.

Este processo, segundo Redman (2003: 5) pode ser perspectivado em paralelo ao processo de enfermagem visto que cada um possui fases de recolha de dados, sua interpretação, planificação das intervenções, sua execução e avaliação.

## Doença

Doença é entendido “ como um estado em que o funcionamento da pessoa, em termos físicos, emocionais, intelectuais, sociais, de desenvolvimento, ou espirituais, está diminuído ou afectado, quando comparado com a situação anterior” (Potter e Perry,

2006: 11). Para melhor entender a doença torna-se necessário primeiro entender o conceito de saúde.

“A carta de Alma-Ata de 1978 definiu a saúde como um “completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença e de enfermidade, é um direito humano fundamental e sua realização no mais elevado nível possível é o mais importante objectivo universal cuja realização requer acções de outros sectores sociais e económicos, além do sector da saúde” (VanderPlaat: 2004; 28).

Fazer uma definição de saúde não é uma tarefa fácil, pois cada pessoa a atribui a sua própria definição dependendo da sua idade, raça ou cultura, a definição mundialmente aceite é a da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1947 que define a saúde como sendo um completo bem-estar físico, social e mental e não tão-somente ausência de doença ou enfermidade (Potter e Perry, 2006: 2).

No contexto de cuidados continuados, que realmente nos interessa, o enfermeiro deve entender a saúde de um ponto de vista holístico, ou seja, como um todo, seguindo a compreensão que o utente tem sobre a saúde. Entender a saúde não é sujeito apenas a dados específicos como resultados de exames alterados, está também sujeito a tudo o que o utente entende de si e todo o que ele deseja para si próprio (Rice, 2001: 21).

No binómio saúde-doença, a saúde é um estado dinâmico que varia conforme a pessoa se adapta a alterações, nos ambientes internos e externos, para manter uma condição de bem-estar. Doença é um processo em que o funcionamento da pessoa está diminuído, ou afectado, quando comparado com a situação anterior” (Potter e Perry, 2006: 2). “A doença é um estado de desconforto, resultante do momento em que a saúde de um indivíduo torna-se prejudicada por enfermidade, stress, acidente ou trauma” (Timby, 2001: 62).

Importa salientar que doença pode ser classificada de aguda ou crónica, interessa-nos entender neste contexto a doença crónica. “A Organização Mundial de Saúde distingue a doença crónica como uma doença de carácter progressivo, lento e de longa duração, e que respeita determinadas características primordiais, como ser permanente e induzir um estado de incapacidade ao indivíduo” (Santos e Mouro, 2010: 8).

Doença crónica é quando há a persistência de uma doença por mais de seis meses e pode afectar o funcionamento do indivíduo em qualquer aspecto: físico, social

ou emocional podendo apresentar oscilações entre estados ótimos de saúde e recaídas sérias colocando em risco a vida da pessoa (Potter e Perry, 2006: 11). Em jeito de complemento Phipps, Long, Woods e Cassmeyer (1995: 225) afirmam que a “doença crónica não é uma entidade em si mesma, mas um termo lato que engloba doenças de longa duração, que estão muitas vezes associadas a um certo grau de incapacidade.

Em 1949 a Comissão sobre Doenças Crónicas definiu doença crónica como: qualquer deficiência ou desvio do normal, que tem uma ou mais das seguintes características: é permanente, deixa incapacidade residual; é provocada por alteração patológica irreversível; ou pode esperar-se que exija um longo período de supervisão, observação ou cuidados. (Phipps; Long; Woods; Cassmeyer, 1995: 226).

Ainda afirmam (1995: 226) que “uma doença crónica é causada por doença que produz sintomas e sinais dentro de um período variável de tempo, que tem um curso prolongado, e da qual há apenas recuperação parcial”.

“Sob uma perspectiva de enfermagem, a doença crónica é a presença irreversível, acumulação, ou a latência de estádios de doença ou deficiências que envolvem todo o ambiente humano nos cuidados que apoiam e no auto-cuidado, manutenção da função, e prevenção de mais incapacidades” (Novais, Conceição, Domingos, Duque, 2009:37).

“Curiosamente, muitos doentes encontram a saúde na doença”. Pois muitas vezes, principalmente em casos de doenças crónicas, os doentes assumem estilos de vida mais saudável contrariamente à aquela que levavam anteriormente (Potter e Perry, 2006: 11).

## Capitulo II

## Metodologia

A metodologia desenvolvida na presente investigação é apresentada neste capítulo, e encontra-se dividida em seis etapas: na primeira encontra-se a justificação do estudo; na segunda encontra-se identificação do tipo de estudo, a sua classificação e como a investigação foi conduzida; na terceira, a descrição da população e amostra e sua classificação e os critérios para a sua selecção; na quarta etapa, nomeia-se os instrumentos de recolha de dados e sua classificação; na quinta etapa encontra-se os procedimentos éticos que se deve ter em conta numa investigação; na sexta e última etapa identifica-se a forma como os dados foram tratados.

## Justificação

Para além de fornecer-nos um maior conhecimento sobre os temas, que a nosso ver são pertinentes à prática da enfermagem, como o conceito de cuidar, o cuidado prestado aos idosos, visto que nesta etapa da vida as pessoas têm necessidade de uma atenção diferenciada dos profissionais de saúde, os cuidados continuados, que apesar de ainda não serem uma realidade institucionalizada, mostra-se, á nosso ver, importante e necessária para o cuidado a idosos com ou sem doença crónica bem como a outras pessoas que tenham a necessidade desses cuidados quer de forma prolongada ou apenas no período pós-internamento.

Ainda a realização deste trabalho servira para a consciencialização de enfermeiros e outros profissionais de saúde sobre a importância dos cuidados continuados e como estes interferem positivamente nos cuidados aos idosos com doença crónica ou em fase terminal.

## Tipo de estudo

Para uma melhor compreensão sobre a importância dos Cuidados Continuados aos Idosos com Doença Crónica faremos um estudo qualitativo, pois, este tipo de estudo irá permitir-nos “compreender o problema no meio em que ela ocorre, sem criar

situações artificiais que mascaram a realidade ou que levam a interpretações ou generalizações equivocadas” (Gauthier et all, 1998:18).

Conforme afirma Craig e Smith (2004: 137), a principal característica da investigação qualitativa é que esta não procura respostas quantificadas às questões de investigação, e tem como finalidade produzir uma compreensão do mundo social, dentro do seu contexto natural, enfatizando os significados, experiências, práticas e pontos de vista daqueles que nele estão envolvidos.

Este tipo de pesquisa permitir-nos-á saber a opinião dos profissionais que realizam os Cuidados Continuados bem como a dos alvos desses cuidados, sobre a importância que estes têm para a sua saúde.

Optou-se por um estudo qualitativo, já que a prestação de cuidados é uma experiência pessoal, que importa compreender, tal como os intervenientes a percebem, permitindo assim compreender a problemática em estudo e desvendar os significados atribuídos pelos intervenientes.

### **População \ Amostra**

A população que se identifica como “pessoas, grupos ou objectos que partilham características comuns” (Fortin, 1996: 41) será então os enfermeiros e demais profissionais de saúde que praticam os cuidados continuados e as pessoas alvos destes cuidados. A amostra, pode ser entendida como um subconjunto dos elementos ou sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo, tratando-se de uma réplica em miniatura da população alvo, que se refere a população cujo investigador pretende estudar e fazer generalizações (Fortin, 1996:41), centrar-se-á num grupo de enfermeiros e as pessoas e suas famílias que são alvos dos cuidados continuados.

A colheita das informações decorrerá num ambiente em que as pessoas possam sentir-se confortáveis e á vontade, que será no seu local de trabalho para os profissionais de saúde e para os idosos em suas casas.



A amostra centra-se num conjunto de profissionais de saúde (5 \ cinco), estes profissionais seguem de perto o trabalho feito pela enfermeira ou acompanham-na nas visitas e têm mais de três anos de serviço. Os idosos escolhidos (6 \ seis) vivem numa situação familiar, são visitados pela enfermeira Anete há pelo menos um ano, todos possuem uma pensão social de 4990\$00, ou têm uma reforma, mas se não tivessem o apoio económico de familiares teriam maiores necessidades económicas. Fazem também parte da nossa amostra um grupo de (13 \ treze) idosos internados num lar de idosos e que também são alvos dos cuidados continuados. São todos idosos maiores de 70 anos de idade que também encontram-se numa situação de doença crónica.

Esta amostra foi escolhida de forma intencional de modo a seleccionar os participantes que reúnem as experiências da problemática em estudo. Depois da escolha da nossa amostra em estudo, tivemos acesso ao campo de pesquisa através do pedido formal a Delegada de Saúde de S. Vicente (que se encontra em anexo) e só seguidamente fomos ao terreno juntamente com a Enfermeira onde fizemos a selecção dos participantes do estudo.

### **Instrumentos de recolha de dados**

Dentro do tipo de pesquisa qualitativa optamos pelas entrevistas, pois este tipo de método nos irá permitir entender de melhor forma a perspectiva do entrevistado (profissionais de saúde e idosos alvos dos cuidados continuados), criando uma inter-relação com eles. Ainda traz a vantagem de nos permitir ter acesso de forma imediata e corrente da informação desejada e uma troca de impressões entre os entrevistados e os entrevistadores (Martins e Bógus, 2004: 49).

As entrevistas permitem-nos colher melhores informações juntamente com os participantes referentes aos factos, às ideias, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes. “É um modo particular de comunicação verbal, que estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas” (Fortin, 1996: 245).

“As entrevistas são muitas vezes utilizadas na investigação em saúde para explorar o que os utilizadores sentem sobre os serviços que lhes são oferecidos...”,

permitem ao investigador explorar o que os entrevistados pensam de forma a descobrir novas ideias, que poderiam ser inacessíveis se tratasse de um método quantitativo (Craig e Smyth, 2004: 139-140).

Podem ser estruturadas ou semi-estruturadas, em que na primeira o investigador exerce um máximo controlo sobre o conteúdo da entrevista, e na última é o entrevistador que tem o controlo sobre o conteúdo. Neste contexto, e para este estudo, interessa-nos as entrevistas estruturadas, pois nos permitirá “fazer comparações entre as respostas dadas e denota uma maior fidelidade do que as formas de entrevistas semi-estruturadas” (Fortin, 1996: 246). Conforme o mesmo autor, as questões colocadas, a sua enunciação bem como a sequência são determinadas antecipadamente com ajuda de questões fechadas, em um jeito de complementaridade Craig e Smyth (2004: 140) também afirmam que a formulação e a ordem de todas as questões são exactamente iguais para cada respondente.

Esta entrevista será dirigida aos profissionais de saúde que praticam os cuidados continuados, preferencialmente aos enfermeiros, e aos destinatários destes cuidados e suas famílias, com o intuito de percebermos a importância destes cuidados para as pessoas cuidadas e suas famílias bem como a percepção que os enfermeiros têm sobre eles. As questões a serem dirigidas serão, obviamente, diferentes, pois para cada grupo temos objectivos diferente a atingir com as perguntas colocadas.

### **Procedimentos éticos**

“De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta” (Fortin, 1996: 114).

Será respeitado o anonimato de todas as pessoas que directa ou indirectamente participaram no trabalho. Para garantir o anonimato as pessoas assinarão previamente um consentimento informado, onde tomaram conhecimento do trabalho a ser realizado e que concordam em tomar parte da pesquisa, a pessoa será informada que toda e qualquer informação que o possa identificar, bem como a sua identidade não serão divulgados.

O consentimento será assinado pelo entrevistado na presença das entrevistadoras e se desejar de uma testemunha, garantindo que toda e qualquer informação colhida serão destinadas apenas para os fins da pesquisa.

### **Tratamento dos dados**

As entrevistas foram realizadas de forma formal, estruturadas e individuais, realizadas pessoalmente aos profissionais de saúde que participaram e as entrevistas aos idosos foi realizado junto a um cuidador informal. Falou-se do trabalho, assim como dos objetivos, tendo sido solicitada autorização para gravar as entrevistas.

As entrevistas foram gravadas em forma de áudio e posteriormente transcritas de forma fiel e fidedigna respeitando os princípios éticos da investigação. Depois será feita a sua análise, pergunta por pergunta. As perguntas encontram-se em anexo. Estas decorreram durante o mês de Junho (11\6) e Julho (4 \7), com duração entre 7 a 18 minutos aproximadamente. Tivemos caso de cuidadores informais e até mesmo os próprios idosos que se emocionaram durante as entrevistas.

## Capitulo III

## Análise dos dados

No presente capítulo pretende-se dar a conhecer os resultados obtidos, em função de toda a informação colhida e cujo instrumento foram entrevistas estruturadas. A análise de dados foi feita pergunta por pergunta analisando a importância de cada questão e algumas das respostas obtidas que consideramos pertinentes e que a nosso ver iam de encontro com os objectivos pretendidos com cada uma das questões. “A análise de dados consiste em examinar, categorizar, classificar em tabelas, ou, do contrário, recombina evidências” (Yin, 2005: 28).

### Entrevista dirigida aos idosos e familiares

Quadro 1- caracterização dos participantes

Entrevista	Idade	Sexo		Tempo que recebe esses cuidados (anos)
		M	F	
E1	75	X		Aproximadamente. 2 anos
E2	81	X		1 ano
E3	87		X	1 ano
E4	89	X		Aproximadamente. 2 anos
E5	85		X	1 ano
E6 (no lar)	35 à 90	8	5	Aproximadamente. 2 anos

**1ª Questão.** Nessa questão o objectivo, é identificar se a pessoa se apercebe de melhoras na sua condição de saúde desde que começou a receber as visitas da Enfermeira Anete.

Das pessoas entrevistadas todas concordam que depois que começaram a receber as visitas da Enfermeira Anete começaram a identificar melhorias nas suas condições de saúde ou na dos familiares.

“Nota-se melhorias consideráveis, uma vez que aquando ele teve alta hospitalar, eu, a família toda e amigos esperávamos que ele não resistisse, mas com a

nossa ajuda e com a ajuda da enfermeira, ele tem vindo a viver ate agora e bem melhor”. (esposa do E1, esteve emocionada durante a maior parte da entrevista, o doente tem 75 anos, sofre de paralisia disfágica há 4 anos, desde então usa sonda nasogástrica, vive com a esposa, dois netos e uma filha e o rendimento familiar provem de uma reforma de menos de 4000\$00 que o doente recebe.)

“Melhorias, melhorias não muitas, mas ele ganhou algumas mobilidades perdidas, a enfermeira trás outras pessoas para lhe visitar como a assistente social, psicóloga, fisioterapeuta e médico. Ele é uma pessoa alegre apesar da sua situação; se tiver que terminar os seus últimos dias nessa condição, que seja o Deus quiser. O seu desejo é regressar a terra (Paul) de origem onde partiu desde criança e nunca mais regressou” (esposa do E4, Sr. de 89 anos, sofre de perturbação mental, e há muito tempo que não se levanta da cama embora não tenha nenhum comprometimento físico que o impeça, vive sozinho com a esposa de 85 anos e ambos vivem de ajuda dos filhos e de uma pensão social que o Sr. recebe).

**2ª Questão. Nessa questão queríamos identificar as necessidades, dificuldades e problemas maiores em termos de saúde que o doente enfrentava antes de ser visitado pela enfermeira.**

“As dificuldades eram muitas e a enfermeira Anete acabou por facilitar a nossa vida, primeiro vindo ate nos em vez de irmos ao encontro das estruturas de saúde, fazemos o controlo de glicemia, temos visitas médicas e os medicamentos ficam mais fácil de adquirir uma vez que os meus medicamentos de coração são um pouco caros” (E2 e E3 - casal de 81 e 87 anos. O Sr. é diabético, sofre de insuficiência venosa, já sofreu 3 AVCs, foi-lhe amputado a perna direita e o terceiro dedo do pé esquerdo, encontra-se necrótico. A sua esposa é hipertensa e sofre de problemas auditivos, mas consegue realizar as suas actividades da vida diária. Ambos vivem com uma filha o seu esposos e dois filhos, o Sr. tem pensão social; a filha e o marido trabalham e fazem todos os possíveis para que os pais vivem bem, e os outros filhos ajudam de uma forma ou de outra.

“Antes não tinha ninguém para me visitar, uma vez que fico a maior parte do tempo sozinha em casa, mas só pelo facto de ela vir ate mim já é muito bom. O único apoio era a minha filha e a ajuda da pensão; quando ainda consegui movimentar-me ia sozinha ao centro de saúde para realizar as minhas consultas e levantar os meus

medicamentos, mas depois do AVC e a forte dor nas costas, já não consigo satisfazer todas as minhas necessidades sozinhas” (E5 - Sr<sup>a</sup>. De 85 anos, sofre de Diabetes Mellitus, é hipertensa, já sofreu um AVC, tem problemas a nível psicológicos e tem pouca mobilidade, passam o dia todo sentada, é pensionista, vive com a filha que trabalha como operária e mais três netos que de momento estudam, a Sr<sup>a</sup>. Esteve durante toda a entrevista emocionada).

“Uma das dificuldades que tínhamos eram as deslocações até o hospital quinzenalmente para a troca da sonda e eu não tinha possibilidades para pagar o transporte, um vizinho que possuía um carro levava-nos até o hospital, mas não tínhamos como voltar para casa e o meio de transporte mais barato é o autocarro, mas é bastante complicado e desgastante para o meu marido a viagem até casa de autocarro. Mas com a ajuda da enfermeira já não temos de tirar do pouco que temos para comer, para pagar o transporte, sou bastante grata e muito satisfeita com o trabalho da enfermeira” (esposa do E1)

**3ª Questão. Nesta questão queríamos saber se as mudanças ocorridas são positivas ou negativas do ponto de vista de quem as acompanha.**

“São positivas porque o médico lhes acompanha, tem um controlo da doença e dos seus medicamentos, já não ficam sem medicamentos. Se tem necessidade de algum exame a enfermeira nos ajuda, porque a colheita é feita logo aqui no lar, sem necessitar deslocar os idosos” (E6 - cuidadora de 13 idosos com idade compreendida entre 35 e 95 anos, apenas o mais velho não sofre de doenças crónicas, mas vive confinada a cama e necessita de ajuda para a realização de todas as suas necessidades, são todos pensionistas).

“As mudanças foram boas, porque a minha filha já não ia conseguir cuidar de mim sozinha porque o seu trabalho não lhe permite, então ela foi a procura da enfermeira para lhe auxiliar e ajudar a cuidar da minha saúde” (E5).

**4ª Questão. Com esta pergunta pretendemos saber a satisfação das pessoas e se gostam como os cuidados são realizados.**

“A minha satisfação é muita, não só para eles, como para mim, porque ao deixar os meus afazeres para ajudar algum deles ou lhes acompanhar ao Centro de

Saúde ou ao Hospital os outros ficam sem ajuda e sem alguém que olhe por eles. Gosto como são realizados, isso facilita muito e é um trabalho lindo” (E6).

“A chegada da enfermeira. Anete em minha casa foi uma alegria e continua a ser. Gosto muito dela e do seu trabalho e o meu marido gosta muito dela” (esposa do E4).

**5ª Questão. Queríamos saber a importância que a pessoa atribui a esses cuidados para si e para a saúde de outrem.**

“É um benefício para quem é abrangido, um bem. Ela chega com todo o carinho, amor e alegria, tornando tudo mais fácil de suportar” (esposa do E4).

“São importantes sim, não só a visita dela, como do fisioterapeuta, porque são pessoas que importa com a nossa situação. Antes de me adoecer, conseguia fazer tudo, mas hoje necessito de auxílio.” (E5)

**6ª Questão. Queríamos saber se as pessoas alvas destes cuidados pensam que seria necessário criar uma unidade própria para a prestação de cuidados Continuados.**

Todos concordaram que sim que seria bom que a enfermeira tivesse ajuda e assim abranger um maior número de pessoas que necessitam desses cuidados.

“Era bom, porque assim teria mais pessoas como a enfermeira para cuidar de pessoas como eu” (E5).

“Com isso ela teria muito mais pessoas para nos visitar e cuidar da nossa saúde. Ela sozinha não consegue e com mais gente teria possibilidade de visitar outros doentes. Quando ela tinha que fazer curativo da minha ferida, vinha 3 vezes por semana, mas agora ela não consegue” (E2 e E3).



## Entrevista dirigida aos profissionais de saúde

Quadro 2 – Caracterização dos participantes

Entrevista	Idade	Sexo		Profissão
		M	F	
P1	47	X		Enfermeiro
P2	35		X	Enfermeiro
P3	38		X	Assistente social
P4	35		X	Psicóloga
P5	34		X	Enfermeiro

**1ª Questão. Pretendíamos ter o ponto de vista dos profissionais que acompanham a enfermeira Anete sobre a importância dos cuidados que prestam aos idosos no domicílio.**

Todos os profissionais entrevistados concordaram que estes cuidados são importantes e que todos que dele necessitam deveriam ter acesso a eles, pois possibilita uma melhor qualidade de vida principalmente aos idosos que vivem em situação de vulnerabilidade, e que a doença crónica agrava ainda mais essa vulnerabilidade.

“Este trabalho é muito importante, uma vez que antes da Enfermeira Anete não se praticava este tipo de serviços na Delegacia de Saúde; para que as pessoas fossem atendidas em casa tinham que ter plano de saúde ou serem atendidas por clínicas particulares e em Cabo Verde muitos idosos não possuem condições para pagar essas clínicas e muitos ficam abandonados a própria sorte, porque muitas famílias estão abrir mão da responsabilidade de cuidar dos seus idosos. Com esses cuidados acabamos por ajudar a pessoa a viver com mais dignidade nessa fase de vida, a ter mais saúde mesmo com uma doença crónica ou até a ter uma morte digna. Muitas vezes só o facto de ir ao encontro deles é muito importante, porque não podem ter nenhuma doença crónica mais sim carência de afecto e de pessoas com quem possam conviver” (P3 - trabalha na Delegacia de Saúde há 9 anos).

“Acho que é indiscutível a importância dos cuidados continuados. Em relação a uma pessoa em situação frágil, ao tira-la dessa situação e oferecer melhor qualidade de vida, torna-se de extrema importância os cuidados oferecidos” (P4 - trabalha na delegacia de saúde há 8 anos).

**2ª Questão. Queríamos a percepção dos profissionais sobre o grupo de pessoas que mais têm necessidade desses cuidados.**

“A nível desses cuidados não se pode especificar, porque cada grupo é um grupo e precisa de cuidados de saúde” (P1 – trabalha há 3 anos na Delegacia de Saúde).

“Para mim, são os idosos com doença crónica, porque fazer tratamento e continuar a cuidar-se é mais complicado para eles, uma vez que necessitam de mais carinho, cuidado e amizade” (P2 – trabalha há 8 anos na Delegacia de Saúde).

“Para mim é a 3ª idade, porque é uma fase onde necessitam de mais cuidados e de serem acarinhados como na infância. Os cuidados prestados hoje, serão trabalhos colhidos no futuro, porque todos nos chegaremos a essa faixa etária” (P4).

**3ª Questão. Queríamos saber a importância dada pelos profissionais a prestação de Cuidados Continuados aos idosos com doença crónica.**

Todos sem excepção concordaram que estes cuidados são muito importantes para a melhoria da qualidade de vida dos idosos numa condição de doença crónica.

“Quando se realizam esses cuidados, estamos a prevenir o agravamento da saúde da pessoa, apesar de se tratar de uma doença crónica e não ter cura, mas há que ter um controlo para evitar complicações e consequências” (P1).

“Acho muito importante, porque são os doentes que mais necessitam de cuidados, são as doenças que apresentam mais resistência no tratamento, o que leva a um maior cuidado e desse a maior qualidade de vida” (P2).

“Aumenta em muito a qualidade de vida destes como também a sua auto-estima. Muitas vezes a sua doença crónica não lhe afecta tanto como os problemas espirituais, porque sentem-se abandonados por tudo e por todos; e quando chega um enfermeiro ou então uma equipa multidisciplinar, eles sentem um conforto, é algo que os alegra, e consequentemente leva ao aumento da qualidade de vida” (P3).

“São importantes porque podemos comparar dois idosos, um que recebe os cuidados continuados e outro que não tem nenhuma ajuda, não recebe nenhum cuidado e veremos que, aquele que recebe cuidados continuados tem melhorias na sua saúde e logo maior qualidade de vida” (P5 – trabalha há 6 anos na Delegacia de Saúde).

**4ª Questão. Queríamos saber a importância dos cuidadores informais, pessoas que não são familiares e que prestam um cuidado às pessoas, e dos familiares nos cuidados continuados.**

Sem exceção todos concordaram que os cuidados prestados por familiares ou vizinhos são importantes, porque infelizmente o profissional de saúde não pode estar vinte e quatro sobre vinte e quatro horas com o doente.

“Os cuidadores informais são uma peça chave nos cuidados continuados, independente de ser família ou não, porque muitas vezes é o vizinho que acaba por ajudar nesses cuidados, dependendo da boa vontade de cada um. Nessa situação a alguém que importa em cuidar do outro, que tem compaixão” (P3).

“Um profissional de saúde desloca-se a casa dessas pessoas mas nem sempre tem a disponibilidade para estar presente, então fica a cargo de um familiar, amigo ou vizinho para prestar os cuidados ao idoso. Um cuidador informal bem instruído, consegue cuidar perfeitamente do seu idoso e esses por sua vez necessitam de suporte a nível psicológico para melhor cuidar de si e assim cuidarem do idoso” (P4)

“Os cuidados continuados não fazem parte só do trabalho do enfermeiro ou de outro profissional de saúde, faz parte também da família, porque ela é a nossa base, o nosso centro, foi ali que crescemos, então também podem dar continuidade a esses cuidados e são elas as pessoas chaves, que estão mais próximas e mais tempo connosco. O enfermeiro tem como função ensinar a família ou cuidador informal, como cuidar dessa pessoa em seu lar” (P5).

**5ª Questão. Queríamos ter o ponto de vista dos profissionais sobre a sistematização dos Cuidados Continuados.**

Todos concordaram que se faz necessária a sistematização desses cuidados, para que todo aquele que deles tiver necessidade o possa usufruir e assim melhorará a situação de saúde de muitos doentes crónicos ou apenas num período pós internamento.

“É de extrema importância a sistematização desses cuidados, primeiramente para o utente trará melhorias a sua qualidade de vida, veremos a sua situação de melhor forma e depois para o nosso sistema de saúde isso tem uma grande vantagem, porque evitará muitos internamentos, uma vez que quando as pessoas tiverem acesso a um cuidado em casa, e personalizado, evitará muitos agravamentos da saúde, evitando internamentos desnecessários, ocupando um lugar de uma pessoa mais necessitada de cuidados hospitalares. Entre muitas outras situações que acabamos por evitar e facilitar com a prestação dos Cuidados Continuados” (P4).

“Há necessidade sim destes cuidados serem sistematizados, um trabalho necessário que precisa ser oficializado” (P1).

**6ª Questão. Pretendíamos saber se existe uma sensibilização pessoal ou mesmo governamental dos profissionais de saúde para a prestação dos Cuidados continuados.**

“Ainda não houve uma consciencialização da necessidade que esses cuidados fazem e os grandes benefícios que trará a uma comunidade que tem vindo a crescer em direcção ao envelhecimento, mas isso não tardará a acontecer” (P2).

“A Enfermeira Anete sim faz um trabalho com muita sensibilidade e nos somos motivados por ela, mas isso não acontece com muitos profissionais, porque podem até realizar estes cuidados no seu horário de trabalho, mas fora desse horário não realizariam estes cuidados. É um trabalho que, quem faz tem de estar disponível a qualquer momento para atender a um pedido de ajuda. Mas com a sistematização desses cuidados, tudo tornaria mais fácil, organizado e com pessoas suficientes para, pelo menos, começar a desenvolver estes trabalhos. As famílias também já estão a pedir auxílio para cuidar dos seus idosos” (P3).

**7ª Questão. Queríamos saber do ponto de vista dos profissionais qual a importância da criação de uma unidade de cuidados continuados, com um corpo de profissionais próprio para a prestação desses cuidados.**

“Seria fundamental, «ouro sobre azul» para uma melhor prestação de serviços para a nossa comunidade, uma nova forma de serviço nos Centros de Saúde e o descongestionamento do hospital” (P4).

“Seria algo mais organizado, esses profissionais estariam mais familiarizados com os doentes e seus familiares e conseqüentemente o acompanhamento dessas pessoas seria muito mais fácil e mais aceite, os profissionais de saúde conseguiriam traçar um percurso com os doentes, estabelecendo uma relação de proximidade que ajudaria melhor a pessoa” (P1).

“Se tivesse uma unidade própria com pessoas específicas, esse trabalho seria diferente, onde esta teria uma relação estreita com o Centro de Saúde, hospital e os organismos de saúde, onde essa unidade tomaria conta das pessoas depois do internamento e não ficaria restrito somente a idosos mas a todas as pessoas que necessitassem de cuidados” (P5)

## Considerações Finais

A temática dos cuidados continuados ganhará novos contornos, numa sociedade inegavelmente em constante mudança, onde o desenvolvimento da ciência e da tecnologia contribuirão, ainda em maior medida, para o aumento da esperança de vida, e a consequência inevitável será o aumento do número de idosos portadores de doenças crónicas, por vezes incapacitantes, esta terá, como não pode deixar de ser, reflexos na necessidade de Cuidados Continuados.

Relativamente à análise de dados e em jeito de síntese final destaca-se que os profissionais que prestam esses cuidados quer as pessoas que beneficiam deles concordam que esses são importantes para a melhoria da qualidade de vida de pessoas idosas com doenças crónica como também de outras pessoas quer sejam idosos ou não, com ou sem doença crónica.

Concordam todos também que a sistematização desses cuidados, e constituição de uma equipe própria para executar esses cuidados seria o ideal, essa equipe teria estreitos laços com os centros de saúde, hospitais, lares da terceira idade e qualquer outro serviço de saúde ou social, que possamos encontrar pessoas necessitadas de um cuidado contínuo, estaria muito mais próxima da família e da própria pessoa criando laços de confiança, amizade, trabalho mutuo com a família, importantes para o bom desenrolamento dos cuidados.

A necessidade de sistematizar estes cuidados urge, pois, são muitas as pessoas idosas ou não que necessitam deles. Ajudaria na diminuição de sucessivos reinternamentos dos doentes com doença crónica e significaria uma diminuição de infecções nosocomiais, custos ao estado com os internamentos longos, stress nos familiares e doentes causados pelo internamento, teríamos mais vagas para as pessoas que realmente necessitam dos cuidados hospitalares, diminuiria o stress dos enfermeiros que trabalham nas enfermarias do hospital e esses poderiam ter mais tempo para se dedicar aos doentes internados.

Mas só a sistematização desses cuidados, não é suficiente, devem ser criadas um leque de condições para que estes aconteçam, uma das principais seria a criação de uma ordem dos enfermeiros, que criassem leis que protegessem os enfermeiros aquando da prestação de cuidados fora das instituições de saúde. Outro ponto importante seria a

sensibilização das pessoas sobre esses cuidados, pois representa um risco para o enfermeiro deslocar-se a casa de uma pessoa \ família que ele não conhece e que não o conhecem expondo-se á violência moral, psicológica ou até mesmo física.

Criar condições também de transporte, quando o enfermeiro tem a necessidade de se deslocar à casa de um doente ou utente, deslocando-se muitas vezes á pé e a função que ele desempenha no Centro fica abandonada. Caso for destacado um enfermeiro próprio para desempenhar essas funções ele terá que carregar os materiais e deslocar grandes distancias muitas vezes sob sol (somos de um país onde o sol se faz durante todo o ano), enfim a que cuidar primeiramente do enfermeiro que fará esses cuidados para que assim ele possa cuidar do outro com segurança sem colocar em risco a sua própria saúde.

Outro facto importante seria a criação de protocolos, no que tange ao bom funcionamento dos Cuidados Continuados, como por exemplo obtenção de materiais e manutenção de outras despesas necessárias, e para que todos que deles necessitassem pudessem ter acesso.

O enfermeiro, infelizmente, não consegue ficar com o utente e a família vinte e quatro sobe vinte e quatro horas, neste sentido será de extrema importância a formação e treino dos familiares e \ ou cuidadores informais para que esses possam saber a melhor forma de cuidar do doente e reconhecer sinais de alerta que possam significar a intervenção imediata do enfermeiro. Após o ensinamento e o treino torna-se importante a avaliação das intervenções dos familiares ou cuidadores informais e se necessário fazer uma nova intervenção educativa junto destes.

Ao nosso ver e o nosso desejo na realização do trabalho é que criassem condições que permitissem uma atenção direccionada aos idosos crónicos e visto que os cuidados continuados permitem uma atenção especializada a qualquer pessoa que necessita de cuidados fora das condições hospitalares é de justo a criação de condições para a realização da mesma oferecendo maior qualidade de vida, vivendo com maior dignidade.

Lembrar sempre que os que cuidaram no passado, hoje necessitam de alguém que cuida deles.

## Referências bibliográficas

- BALDUINO, A. de F. A.; MANTOVANI, M. de F.; LACERDA, M. R. (2009)- “O Processo de Cuidar de Enfermagem ao Portador de Doença Crônica Cardíaca”, *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, volume 13, nº 2 (342 – 351)
- BERGER, L. (1995). *Pessoas Idosas - Uma Abordagem Global*. Lisboa. Lusodidacta
- BOFF, Leonardo (1999). *Saber Cuidar: ética do humano – Compaixão pela Terra*. 7ª edição, Petrópolis. Vozes
- CABETE, Dulce Gaspar (2005). *O Idoso, a Doença e o Hospital -O Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional das Pessoas Idosas*. Loures. Lusociência
- CALDAS, Célia Pereira (2003). “Envelhecimento e Dependência: responsabilidades e demandas da família”. *Caderno Saúde Pública*, volume 19, nº 3 (773-781). [on line]  
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15880.pdf>, 11\11\12
- CARNEIRO, Roberto (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência, Activação e Qualidade*. [on line]  
[http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento\\_populacao.pdf](http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf), 8\01\2013
- COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999). *Promover a Vida*. Lisboa. Lidel.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. 2ª Edição, Loures. Lusociência
- CRAIG, Jean V. e SMYTH, Rosalind L. (2004). *Prática Baseada na Evidência: manual para enfermeiros*. Loure. Lusociência.
- FARO, Ana Cristina Mancussi (2001). “Autonomia, Dependência e Incapacidades: Aplicabilidade dos conceitos na saúde do Adulto e do Idoso”. In Faro, Ana Cristina Mancussi. *Manual de Enfermagem*. São Paulo.
- FILHO, António Martins (2001). “Cuidado como Essência Humana em Martin Heidegger e a Enfermagem”. in Filho, António Martins. *A outra margem: filosofia, teorias de enfermagem e de cuidado humano*. Fortaleza. Casa de José de Alencar (29 - 49)



- FILHO, Eurico T.C. e NETTO, Matheus P (2005). Geriatria Fundamentos, Clínica e Terapêutica. 2ª edição. Atheneu
- FONTIN, Marie-Fabienne (2009). Fundamentos e etapas do Processo de Investigação. Loures. Lusodidacta
- FONTIN, Marie-Fabienne (1996). O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização, Loures: Lusociência
- GAUTIER, Jacques; CABRAL, Ivone; DOS SANTOS, Iraci e TAVARES, Cláudia (1998). Pesquisa em Enfermagem Novas Metodologias. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.
- GOMES, Germana M. N. (2010). História da Enfermagem em Cabo Verde: 1950 – 2009. Mindelo. Gráfica do Mindelo
- HONORÉ, Bernard (2004). Cuidar – Persistir em Conjunto na Existência. Loures. Lusociência
- MARTINS, Gilberto Andrade (2008). “Estudo de Caso: Uma Reflexão sobre a Aplicabilidade em Pesquisas no Brasil”, RCO – *Revista de Contabilidade e Organizações – FEARP/USP*, volume 2, nº 2 (8 – 18) [on line]  
<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rco/v2n2/02.pdf>, 26\01\13
- MARCON, Sonia Silva; ELSEN, Ingrid (1999). “A Enfermagem com um novo olhar... a necessidade de enxergar a família”. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, volume 1, nº1/2 (21 – 26) [on line]  
<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/4877>, 6 \ 6 \13
- MAZZA e LEFÈVRE (2005). “Cuidar em Família: Análise da Representação Social da Relação do Cuidador Familiar com o Idoso”. *Revista Brasileira de Crescimento e de Desenvolvimento Humano*, volume 15, nº 1 (1-10). [on line]  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v15n1/02.pdf>, 24 \05 \13
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2011). Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. Cabo Verde. [on line]  
[http://www.minsaude.gov.cv/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=64](http://www.minsaude.gov.cv/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=64), 5\01\13
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006). Política Nacional de Saúde 2020: Para uma Reforma do Sector
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2008). Guia Prático do Cuidador. 1ª edição, Brasília
- NETTO, Matheus Papaléo (2002). Gerontologia - A velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada. 2ª ed. São Paulo. Atheneu,

- NOVAIS, E.; CONCEIÇÃO, A. P.; DOMINGOS, J. e DUQUE, V. (2009). "O Saber da Pessoa com Doença Crónica no Auto-cuidado". *Revista HCPA* volume 29, nº 1 (36 – 44).[on line]  
<http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/7376>, 17\01\ 2013
  
- NOGUEIRA, J.M. de Abreu (2009). Cuidados Continuados – Desafios [on line]  
[http://www.rncci.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidados\\_continuados\\_desafios\\_2012.pdf](http://www.rncci.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidados_continuados_desafios_2012.pdf), 9 \ 11 \ 12
  
- OMS (2005). Envelhecimento Activo: Uma Política de Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde - Brasil.
  
- PHANEUF, Margot (2005). Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação. Loures. Lusociencia.
  
- PHIPPS; LONG; WOODS e CASSEMEYER (1995). Enfermagem Médico Cirúrgica – Conceitos e Práticas. 2ª Edição, volume II, Lisboa. Lusodidacta.
  
- POTTER, P. A. e PERRY, A. G. (2006). Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos. 5ª Edição, Loures. Lusociência.
  
- POTTER, P. A. e PERRY, A. G. (1999). Fundamentos de Enfermagem: Conceitos, Processo e Prática. 4ª Edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan
  
- REDMAN, B. K. (2003) – A Prática da Educação para a Saúde. 9.ª edição. Loures. Lusociência
  
- RICE, Robyn (2004). Prática dos Cuidados de Enfermagem nos Cuidados Domiciliares: Conceitos e Aplicações. 3ª edição. Lusociência
  
- SANTOS, Inês João e MOURO, Freire (2010). Doentes Crónicos Idosos nas UCCI: Qualidade de Vida e Satisfação. Universidade de Aveiro. [one line]  
<http://ria.ua.pt/handle/10773/4032>, 19\ 12\ 2012
  
- SEGRE, Marco e COHEN, Claudio (2002). Bioética. 3ª Edição. São Paulo. Editora da universidade de São Paulo
  
- SILVA, Edna Lúcia e MENEZES, Estera M. (2001). Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação. 3ª Edição, Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina.
  
- SORESEN e LUCMAN (1998). Enfermagem Fundamental- Abordagem Psicofisiologica- 1ª edição. Lusodidacta.

- SOUSA, Liliana X. M.; CARVALHAIS Maribel D. e CARVALHAIS Lucibel D. (2012). “O Cuidado em Enfermagem a Pessoas Idosas Dependentes: Cuidados Domiciliares, Hospitalares e Continuados”, *Revista Electrónica de Enfermagem*, volume 14, nº 3 (664 – 653). [on line]  
<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a22.htm>, 19 \ 12 \ 2012
- SOUZA, M. L.; SARTOR, V. V. B.; PADILHA, M. I. C. S. e PRADO, M. L. (2005). “O Cuidado em Enfermagem - Uma Aproximação Teórica”. *Texto Contexto em Enfermagem*, volume 14, nº 2 (266 – 270). [on line]  
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a15v14n2.pdf>, 25\02\2013
- SOUZA, Maria; SARTOR, Vicente e PRADO, Marta (2005). “Subsídios para uma ética da responsabilidade em enfermagem”. *Texto e Contexto em Enfermagem*, volume 14, nº 1 (75-81).[one line]  
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a10v14n1.pdf>, 26\6\2013
- TAVARES, João P. de A. (2008). Em Direcção à Conceptualização dos Cuidados Continuados de Enfermagem. Universidade do Aveiro. [one line]  
<http://ria.ua.pt/handle/10773/3285>, 19 \ 12 \ 2012
- TIMBY, Barbara K. (2001). *Conceitos e Habilidade Fundamentais no Atendimento de Enfermagem*. 6ª edição, Porto Alegre. Artmed
- TOMEY, Ann M.; ALLIGOOD, Martha R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª Edição, Loures. Lusociência.
- UNIVERSIDADE AUTONOMA DE LISBOA (2010). Contributo da UAL para o Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016 [on line]  
<http://pns.dgs.pt/files/2010/10/ual.pdf>, 19 \ 12 \ 2012
- VANDERPLAAT, Madine (2004). “Os direitos Humanos: Uma Perspectiva para a Saúde Pública”. *Saúde e Direitos Humano*, volume 1, nº 1. (27 – 33) Brasília. Editora MS
- WATSON, Jean (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*. Loures. Lusociência
- YIN, Robert K. (2005). Estudo de Caso: Planeamento e Métodos. [on line]  
[http://empreendetche.unisc.br/portal/upload/com\\_arquivo/estudo\\_de\\_caso\\_planeamento\\_e\\_metodos.pdf](http://empreendetche.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/estudo_de_caso_planeamento_e_metodos.pdf), 20 \ 5 \ 13

## **Anexo I**

## Carta dirigida á Delegada de Saúde de São Vicente

*Dar conhecimento aos  
médicos e à sua superior  
dente de enfermagem. (leleved)*

Exma. SR<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>.

Ariana Monteiro, Delegada de Saúde em São Vicente

T.C. 02/05/13  
O pedido veio sem a  
assinatura dos estudantes!

**Assunto:** pedido de autorização para realização de trabalho de conclusão de curso.

Romina Monteiro, Rosiane Gomes e Sandra Dias, estudantes do quarto ano do curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo, no âmbito da realização da monografia para obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem cujo título é: "Cuidados Continuados Prestados aos Idosos com Doença Crónica", pretendem desenvolver a pesquisa na Delegacia de Saúde de São Vicente, de maneira a dar resposta à questão: "Como são realizados os cuidados continuados aos idosos com doença crónica pela Delegacia de Saúde de São Vicente? Deste modo, vêm por este meio mui respeitosamente solicitar à Vossa Exa. a autorização para a realização do referido trabalho nesta instituição.

Aproveitam ainda para lhe informar que todos os dados obtidos serão confidenciais e oportunos para a realização do trabalho que será respeitada a privacidade das pessoas envolvidas, salvaguardado através do consentimento informado que cada participante assinará.

Em anexo seguem a declaração da universidade e o consentimento informado.

Com os melhores cumprimentos,

Romina Monteiro

Rosiane Gomes

Sandra dias

Mindelo, 26 de Abril de 2013

*9/5/13*  
*Obs: Autorizado, mas o  
resultado do trabalho deve ser  
submetido à apreciação da  
Comissão de Ética do U.S. antes  
da publicação. (leleved)*

*9/5/13*  
*T.C. 9/05/13*  
*Escoones*  
*T.C. 9/05/13*  
*Phonnet.*

*T.C.*  
*8/05/13*  
*JD*

*T.C.*  
*08/05/13*  
*Apelgado*

ENTRADA
Entrada Nº 206/13
Em 26/04/13
Assinat. <i>leleved</i>
Delegacia de Saúde de São Vicente



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“Cuidados continuados prestados aos idosos com doença crónica, pela Delegacia de Saúde de São Vicente”

Prezado(a) Senhor(a):

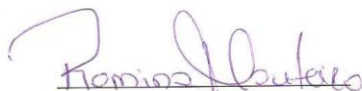
Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa “Cuidados continuados prestados pela Delegacia de Saúde de São Vicente aos idosos com doença crónica”. O objectivo da pesquisa é “mostrar a importância dos cuidados continuados prestados aos idosos numa situação de doença crónica. A sua participação é muito importante e será realizado através de entrevistas. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer prejuízo à sua pessoa. Todas as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

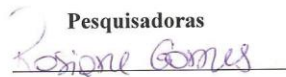
Os benefícios esperados são: identificar com clareza se os cuidados continuados são ou não importantes e caso se verifique pretendemos levar essa questão a delegacia da saúde.

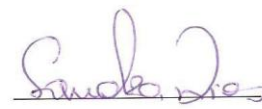
Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar: Rosiane Sofia do Rosário Gomes, telemóvel (238) 981 35 89 ou pelo e-mail [rosisophiagomes@gmail.com](mailto:rosisophiagomes@gmail.com). Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue ao Sr(a).

Mindelo, 21 de  Maio de 2013.

  
\\Romina Monteiro\\

**Pesquisadoras**  
  
\\Rosiane Gomes\\

  
\\Sandra Dias\\

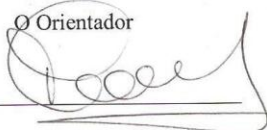
## DECLARAÇÃO

Por esta via venho declarar que Romina Monteiro, Rosiane Gomes e Sandra Dias são estudantes do 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo, e que se encontram a realizar um trabalho de conclusão de curso cujo tema é os cuidados continuados a idosos com doenças crónicas, e que têm como campo empírico a Delegacia de Saúde de São Vicente. A investigação decorrerá sob a forma de entrevistas dirigidas a equipe responsável dos Cuidados Continuados, bem como as pessoas alvo destes cuidados, com o intuito de melhor entender estes cuidados e de conhecer a opinião das pessoas alvo sobre os cuidados e sugestões de melhoria.

Os melhores cumprimentos

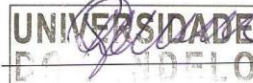
Mindelo, 26 de Abril de 2012

O Orientador



/Luís Roque/

A coordenadora do curso de Enfermagem



UNIVERSIDADE  
DO MINDELO

/Rosemeire Ambrozano/

## **Anexo II**



## Guião de entrevista

<b>Entrevista n°:</b>	<b>Hora:</b>	<b>Data:</b>	<b>Local:</b>
-----------------------	--------------	--------------	---------------

	<b>Objectivos</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Actuação em campo /Questões</b>	<b>Observações</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Legitimação da entrevista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Apresentação do entrevistador ao entrevistado;</li> <li>➤ Solicitar para gravar dados;</li> <li>➤ Fornecer consentimento informado;</li> <li>➤ Explicação dos objectivos da entrevista;</li> <li>➤ Assegurar ao entrevistado o anonimato e a confidencialidade dos dados;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Negociar;</li> <li>➤ Obter a assinatura do Consentimento informado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Colocar o gravador em local visível;</li> <li>➤ Fazer esclarecimentos sobre qualquer dúvida que o entrevistado possa a vir a ter;</li> <li>➤ Preenchimento do cabeçalho da entrevista;</li> </ul>
<b>Narração</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Compreender melhor a dinâmica dos cuidados continuados;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anotar, sempre que possível, gestos e expressões do</li> </ul>	<p><b>Profissional:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Qual a sua percepção sobre a importâncias dos</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Descrever os cuidados continuados prestados pela Delegacia de Saúde de São Vicente aos idosos com doença crónica.</li> <li>➤ Realçar o papel e intervenção da Enfermagem nos cuidados continuados.</li> <li>➤ Demonstrar a importância dos Cuidados Continuados aos idosos portadores de doença crónica e as suas famílias e a necessidade de qualificação, treino e formação destes cuidadores informais, bem como, a importância da promoção da saúde na 3ª idade;</li> </ul>	<p>entrevistado que possam enriquecer o conteúdo da entrevista.</p>	<p>cuidados continuados?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Qual o grupo de pessoas que mais necessitam desses cuidados na sua óptica?</li> <li>➤ No seu ponto de vista, até que ponto estes cuidados são importantes para a melhoria e aumento da qualidade de vida dos idosos com doença crónica?</li> <li>➤ Qual a importância das famílias e os prestadores de cuidados informal na prestação destes cuidados?</li> <li>➤ Qual a necessidade destes cuidados existirem de forma sistematizado em S. Vicente?</li> <li>➤ Acha que neste momento existe alguma sensibilização dos profissionais de saúde para a existência de cuidados continuados em S.Vicente?</li> <li>➤ Qual a importância da criação de uma unidade</li> </ul>	
--	--	---	---	--

			<p>de cuidados continuados?</p> <p><b>Doente e familiar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consegue identificar melhorias na sua condição de saúde com a prestação destes cuidados?</li> <li>➤ Quais eram as necessidades, dificuldades e tipos de apoio que o doente e familiar prestador de cuidados tinham para cuidar do seu familiar antes da intervenção da Enf.<sup>a</sup> Anete?</li> <li>➤ No seu ponto de vista, até que ponto estes cuidados são importantes para a melhoria e aumento da qualidade de vida dos idosos com doença crónica?</li> <li>➤ Qual a importância das famílias e os prestadores de cuidados informal na prestação destes cuidados?</li> <li>➤ Qual a sua opinião sobre a importância destes</li> </ul>	
--	--	--	--	--

			cuidados para a sua saúde e para a saúde de outros? ➤ Qual a importância da criação de uma unidade de cuidados continuados?	
<b>Fase final</b>	Terminar a entrevista	Terminar com cordialidade a entrevista		Agradecimento pela participação

## Entrevista aos profissionais de saúde

Profissão: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Anos de trabalho: \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_

Data de realização: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### Perguntas

1. Qual a sua percepção sobre a importância dos cuidados continuados?
2. Qual o grupo de pessoas que mais necessitam desses cuidados na sua óptica?
3. No seu ponto de vista, até que ponto estes cuidados são importantes para a melhoria e aumento da qualidade de vida dos idosos com doença crónica?
4. Qual a importância dos prestadores de cuidados informais na prestação dos cuidados continuados?
5. Qual a necessidade destes cuidados existirem de forma sistematizado em S. Vicente?
6. Acha que neste momento existe alguma sensibilização dos profissionais de saúde para a existência de cuidados continuados em S.Vicente?
7. Qual a importância da criação de uma unidade de cuidados continuados?

## Entrevista aos Doentes e seus familiares

Idade do doente: \_\_\_\_ Local de residência: \_\_\_\_\_

Situação física do doente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Situação socioeconómica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data de realização: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### Perguntas

1. Consegue identificar melhorias na sua condição de saúde com a prestação destes cuidados?
2. Quais eram as necessidades, dificuldades e tipos de apoio que o doente e o prestador de cuidados tinham para cuidar do seu familiar antes da intervenção da Enf.<sup>a</sup> Anete?
3. Como analisas as mudanças que têm ocorrido desde do início os cuidados prestados?
4. Qual a sua satisfação com estes cuidados? Gosta da forma que são realizados ou tem alguma sugestão de melhorias?
5. Qual a sua opinião sobre a importância destes cuidados para a sua saúde e para a saúde de outros?
6. Qual a importância da criação de uma unidade de cuidados continuados?



## **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

“Cuidados continuados prestados aos idosos com doença crónica, pela Delegacia de Saúde de São Vicente”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa “Cuidados continuados prestados pela Delegacia de Saúde de São Vicente aos idosos com doença crónica”. O objectivo da pesquisa é “mostrar a importância dos cuidados continuados prestados aos idosos numa situação de doença crónica. A sua participação é muito importante e será realizado através de entrevistas. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer prejuízo à sua pessoa. Todas as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios esperados são: identificar com clareza se os cuidados continuados são ou não importantes e caso se verifique pretendemos levar essa questão a delegacia da saúde.

Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar: Rosiane Sofia do Rosário Gomes, telemóvel (238) 981 35 89 ou pelo e-mail rosisophiagomes@gmail.com. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue ao Sr(a).

Mindelo, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

**Pesquisadoras**

---

\Romina Monteiro\

\Rosiane Gomes\

\Sandra Dias\

\_\_\_\_\_, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_



## **Anexo III**

DELEGACIA DE SAÚDE DE S. VICENTE

Ficha do doente no domicílio

A INFORMAÇÃO BÁSICA			
NOME:	DATA NASC.: / /	IDADE:	Sexo:
ALCUNHA:			
LOCALIDADE:	PERTO DE:	TELEFONE:	
DOENÇA:	DATA DE INÍCIO:	MÉDICO ASSISTENTE:	

CADASTRO DA FAMÍLIA

NOME DE FAMILIARES (COM QUEM VIVE)	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		OCUPAÇÃO	DOENÇA (SIGLA)
				SIM	NÃO		

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA		TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO	
TAMBOR		FERVURA	
BLOCO DE CIMENTO		FILTRAÇÃO	
PEDRA		CLORAÇÃO	
PRÓPRIA		SEM TRATAMENTO	
ALUGADA		GARRAFAS	
ESTADO		ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
R/C		REDE PÚBLICA	
PRÉDIO		POÇO	
Nº DE CÓMODOS		AUTO-TANQUE	
ENERGIA ELÉCTRICA		SENTINAS	
VELA		DESTINO DE ELIMINAÇÃO E EXCRETAS	
GÁS		SISTEMA DE ESGOTOS	
VENTILAÇÃO		FOSSA	
SANITÁRIOS		CÉU ABERTO	
		CRIAÇÃO DE ANIMAIS NO DOMICÍLIO	



## **Anexo IV**

## DELEGACIA DE SAÚDE DE S. VICENTE

### Doentes crónicos com apoio domiciliário - Ano 2011

Nº	IDENTIFICAÇÃO	ID.	DOENÇAS	X – INSCRIÇÃO      O – ÓBITO				
				AGOSTO	SET.	OUT.	NOV.	DEZ.
01	MF290329	82 A	CA (Próstata)	X			O	
02	JDL	?	HTA/DEF	X	O			
03	HML081023	88 A	DEF	X				
04	FRL221032	78 A	HTA/POLIART	X				
05	AMV230236	75 A	DIA/HTA	X				
06	ADF251035	54 A	DEF (Motor)	X				
07	CCR300766	45 A	AS/CEG. /I.CARD.	X				
08	MQS231024	86 A	HTA/CEG/GAST.	X				
09	EAC260650	61 A	EPILEPSIA	X				
10	MAC030634	77 A	DIA/HTA/CEG.	X				
11	AS130536	75 A	HTA	X				
12	VLF260764	47 A	DEF (Mental)	X				
13	AN	66 A	EPILEPSIA	X				
14	AMN	93 A	EPILEPSIA	X				
15	GMR180426	85 A	HTA	X				
16	MMÁ080553	58 A	DEF (Motor)	X				
17	JBR070633	78 A	HTA	X				
18	MPD261025	86 A	HANS	X				
19	MR	?	DEF (Mental)	X				

20	VSD230470	41 A	ATR. MENTAL	X				
21	AML190433	78 A	DIA/HTA/DEF		X			
22	AMN	83 A	CEG.			X		
23	JLP	67 A	CA (Pulmão)			X O		
24	PLR150767	44 A	ALC/HTA/HB			X O		
25	HMC010634	74 A	HTA/AVC/DISF. NEUR.			X		
26	ARLS230836	75 A	HTA/DIA/POLIART				X	
27	JCL061244	67 A	HTA/GAST.				X	
28	JMR240657	54 A	DIA/HTA				X	
29	AJS230820	91 A	HTA/DIA				X	
30	ACS150773	38 A	DIA/HTA/Esquisof.				X	
31	MCMC040537	74 A	DIA/HTA/Dif. Visão					X

## DELEGACIA DE SAÚDE DE S. VICENTE

### Doentes crónicos com apoio domiciliário - Ano 2012

Nº	IDENTIFICAÇÃO	ID	DOENÇAS	INSCRIÇÃO X ÓBITOS O												
				J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
01	FMR2738	74 A	DIA+HTA+OBES	X												
02	EMP26926	85 A	HTA+CA RETRO-ORBITAL	X			O									
03	FNS4545	66 A	DM	X												
04	FSC1528	83 A	HTA+DIA+DEF. MOTOR	X												
05	CML101135	76 A	HTA+DIA+DEF MOTOR/ VISUAL		X											
06	DLM210577	34 A	EPI+DEF MOTOR		X											
07	ISF	?	HTA+DEF.MOTOR		X											
08	HMLF18827	84 A	HTA+DIA+CEGUEIRA		X			O								
09	AMA151135	76 A	HTA+CEG			X										
10	MAA100556	55 A	DEF. MENTAL ??			X										
11	MSB240567	44 A	???			X	O									
12	MMS250937	74 A	HTA+DEF.MOTOR+ AVC			X						O				
13	CAF240430	82 A	HTA+AVC+DEF MOTOR				X									
14	JMR240657	54 A	DIA+HTA+CA Esófago+ DEF				O									
15	MVA150548	63 A	HTA + DEF MOTOR				X									
16	JLGF150535	76 A	HTA + DIA				X		O							
17	VMR060139	73 A	HTA				X									
18	APR050261	50 A	DEF. MENTAL/DEF. MOTOR				X									
19	CRGO040331	81 A	DIA + HTA + EM				X	O								





## DELEGACIA DE SAÚDE DE S. VICENTE

### Doentes crónicos com apoio domiciliário - Ano 2013

Nº	IDENTIFICAÇÃO	ID	DOENÇAS	INSCRIÇÃO X ÓBITOS X												
				J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
01	MJRN160124	87 A	HTA+ FERIDA ESQUÉMICA MID	X												
02	JL211032	80 A	HTA+ARTROSE DOS JOELHOS+ CEG.	X												
03	JAR	90 A	HTA	X												
04	ANM3326	86 A	Insuf. Cardíaca	X												
05	GJR10732	81 A	HTA+DIA+AMUT.MID	X												
06	MVR13626	86 A	HTA+DIA	X												
07	AFF260338	74 A	AVC+DIA	X												
08	AN	66 A	EPILEPSIA + HTA+AVC			X										