

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Papel do Prestador de Cuidados

- Contributo para promover competências na assistência do cliente idoso com compromisso do Autocuidado -

Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Enfermagem

submetida ao Instituto de Ciências da Saúde da

Universidade Católica Portuguesa

Orientadora - Professora Doutora Teresa Martins

PAULO ALEXANDRE PUGA MACHADO

Porto, Fevereiro de 2013

Aos meus pais,

À Raquel,

ao João Miguel, ao Francisco, à Ana e à Maria.

“Acreditamos no paradigma, em que o trabalho, pela sua organização, níveis de especialização e de desenvolvimento constitui talvez a forma mais eficaz de solidariedade, em que, através dele, ao dar-mo-nos aos/pelos outros, arrecadamos muito para além da subsistência... a autorrealização. Desta forma assumimo-nos enquanto actores e simultaneamente autores do tecido social humano”.

Paulo Machado

Agradecimentos

À Professora Doutora Teresa Martins pelo seu conhecimento, o seu acompanhamento contínuo e pela enorme disponibilidade.

À Professora Doutora Bárbara Gomes pela enorme disponibilidade, ajuda e apoio na realização deste trabalho.

Ao Professor Doutor Abel Silva, pela disponibilidade, ajuda e apoio na realização deste trabalho.

Ao professor Doutor Paulino Sousa, pela disponibilidade, ajuda e apoio na realização deste trabalho.

Ao Professor Doutor Carlos Sequeira pela disponibilidade, ajuda e apoio na realização deste trabalho.

À Professora Doutora Margarida Vieira pela disponibilidade e apoio na realização deste trabalho.

À Professora Doutora Maria José Peixoto, pela disponibilidade, ajuda e apoio nesta construção.

À Professora Doutora Fátima Araújo e Dr. José Elias pelas ajudas e apoio bem essenciais.

Ao Professor José Luis Ramos pela disponibilidade, ajuda e apoio na realização deste trabalho.

À Dr^a Priscilla Shotton pela empatia e apoio bem necessário quanto às formalidades.

Ao Nuno e à Fabíola pelas ajudas e angústias partilhadas.

Ao Enfermeiro Rui Silva pela ajuda sempre disponível.

Aos amigos: Alexandrina Cardoso, Alice Brito, Ana Leonor, Carlos Vilela, Célia Santos, Cristina Barroso, Cristina Pinto, Nilza Nogueira Filipe Pereira, Joana Campos Maria Rui, Marisa Lourenço, Maria José Lumini Olga Fernandes, Paulo Marques, Paulo Parente, Rosa Freire, Sandra Cruz porque foram pessoas sempre presentes.

Aos sempre presentes Mónica e António Lopes, Hernâni e Graça, Felisberto e Donzília, pela partilha de sentimentos e emoções relativas a esta caminhada.

Aos enfermeiros do Centro de Saúde de Leça da Palmeira, Lavra, Perafita e Santa Cruz do Bispo, pela colaboração, empenho e contributo para o desenvolvimento da profissão de enfermagem.

Aos enfermeiros Alice Martins, Clara Soares, Graça Farelo, Elisabete Moura, Marta Valadar, Paula Santos Sandra Mesquita e Sandra Moreira pela colaboração, empenho e contributo para o desenvolvimento da profissão de enfermagem.

À D. Fátima Santos, Dr^a Rute Morim, Dr. Francisco Vieira, Dr^a Orísia Pereira, D. Zulmira Ribeiro, D. Augusta Monteiro e D. Daniela Lopes, pela disponibilidade constante e ajudas bem necessárias que disponibilizaram.

Ao Conselho de Administração da ULSM, por acolher e autorizar a realização deste projeto.

À ESEP, pela sensibilidade, apoio, interesse e estímulo, sempre atentamente manifestados pelos responsáveis dos diferentes órgãos institucionais e demais colegas.

Resumo

O envelhecimento demográfico constitui, hoje, um fenómeno com elevada expressão e que tendencialmente está a agravar-se. Não obstante envelhecer, não seja sinónimo de dependência, sabemos que este processo de vida acompanha-se de perdas, as quais podem ainda ser mais ampliadas pela presença de comorbilidades. Face às necessidades de cuidados desta população, é a família que responde na sua grande maioria. Desta problemática emerge a necessidade de preparar esses prestadores de cuidados, que integram diferentes realidades e que até a um dado momento de suas vidas não apresentavam qualquer afinidade com áreas do cuidado e hoje constituem a resposta pronta face às necessidades de um dado familiar. A sua preparação contempla necessidades que advém da condição de saúde da pessoa com dependência, mas também das dificuldades inerentes ao processo de transição situacional que os prestadores de cuidados vivenciam, bem como do resultante do impacte face ao exercício do papel de prestador de cuidados na vida e pessoa destes. Face a tal complexidade é finalidade deste estudo contribuir para o desenvolvimento de uma teoria explicativa da intervenção de enfermagem face ao papel do prestador de cuidados, num contexto estratégico que permita ter em consideração a preparação para o regresso a casa de idosos com compromisso do autocuidado; e o potencial para desenvolvimento da capacidade de desempenho do prestador de cuidados. De modo a darmos cumprimento à finalidade a que nos propusemos formulamos os seguintes objectivos: identificar quais as necessidades expressas dos prestadores de cuidados; identificar quais os diagnósticos de enfermagem mais frequentes que emergem dessas necessidades; analisar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes que emergem dessas necessidades; identificar as intervenções de enfermagem implementadas, que tomam por beneficiário o prestador de cuidados; caracterizar as intervenções de enfermagem implementadas, que tomam por beneficiário o prestador de cuidados; perceber a concepção de cuidados subjacente ao modelo de atendimento vigente, a esta população alvo e explicitar o modelo de acompanhamento do prestador de cuidados de idosos com compromisso do autocuidado.

Na consecução da finalidade e dos objectivos delineados optamos por realizar um estudo múltiplo, sequencial, com uma vertente exploratória. Este integra quatro estudos. O primeiro, *“caracterização de prestadores de cuidados de idosos com compromisso do autocuidado”*, é um estudo descritivo de natureza exploratória. Recorremos a uma amostra de conveniência. A colheita de dados decorreu entre 01 de Setembro de 2007 e 29 de Fevereiro de 2008, tendo

sido caracterizados, 115 prestadores de cuidados e respetivos idosos (115) com compromisso do autocuidado (total de prestadores de cuidados contactáveis e localizáveis) inscritos no Centro de Saúde de Leça da Palmeira e respetivas extensões de saúde: Lavra, Perafita e Santa Cruz do Bispo.

O segundo estudo, *“caracterização dos diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções, documentados no sistema de informação de enfermagem”*, é também de caráter exploratório e recorreu ao método misto. Incorporou uma amostra intencional, a qual integrou os registos de enfermagem documentados no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), de 1 de Setembro de 2007 e 29 de Fevereiro de 2008, dos 115 participantes que integram o estudo I.

O terceiro estudo, *“Perceção dos enfermeiros quanto à estruturação do processo de cuidados, considerando as necessidades de cuidados do prestador de cuidados”*, é exploratório de natureza qualitativa e recorremos a uma amostra de conveniência, a qual integrou o total de enfermeiros (33) que trabalhavam no Centro de Saúde de Leça da Palmeira e respetivas extensões de saúde: Lavra, Perafita e Santa Cruz do Bispo. Para tal recorremos à entrevista semiestruturada. A colheita de dados decorreu entre, 1 de Junho e 30 de Julho de 2010. Este terceiro estudo adveio da necessidade, face ao constatado entre as necessidades de cuidados (estudo I) dos prestadores de cuidados e o que é registado pelos enfermeiros (estudo II), no sistema de informação de enfermagem, de aclarar qual a conceção de cuidados subjacente, de modo a: conhecermos quais as necessidades que identificam nos prestadores de cuidados; percebermos quais as estratégias e os meios que utilizam para responder a estas necessidades; conhecermos qual o local e motivações que os enfermeiros privilegiam para prestar assistência a estes prestadores de cuidados e percebermos as limitações com que se deparam e as razões subjacentes que condicionam as suas respostas às necessidades de cuidados dos prestadores de cuidados.

O quarto estudo, *“Preparação do regresso a casa do prestador de cuidados do idoso com compromisso do autocuidado - estruturação de um modelo de acompanhamento”*, assume-se enquanto corolário do apurado nos três estudos, citados anteriormente. Para tal recorremos a grupos focais, cujas entrevistas se realizaram entre Junho e Outubro de 2011. Para o tratamento da informação, procedemos à análise de conteúdo segundo Strauss e Corbin. Do apurado induzimos um modelo de acompanhamento dos prestadores de cuidados de idosos

com compromisso do autocuidado, no decurso do processo de regresso a casa. Conforme o salientado anteriormente é nosso intento testar o referido modelo, sob a forma de um estudo quase-experimental, após a conclusão do nosso doutoramento. Este modelo integra três *âmbitos*:

- As competências do prestador de cuidados, procurando perceber como podemos avaliar inicialmente e no decurso do desempenho das suas funções o conhecimento e as habilidades, do prestador de cuidados, face às necessidades do idoso de quem cuida.
- A intensidade, situando-nos na frequência e tipo de contactos entre a enfermeira de família e o prestador de cuidados. Considerando ainda na fase inicial uma frequência mais estreita, podendo ser mais espaçada numa fase posterior. Os contactos poderão ser de natureza presencial ou via telefone, conciliando-os numa conjugação ajustada à realidade de cuidados.
- A didática, na qual descreveremos os métodos de ensino, as estratégias e os meios mais ajustados aos prestadores de cuidados de idosos com compromisso do autocuidado.

Palavras-chave: método misto; estudo múltiplo; Grupos Focais; cuidador informal; prestador de cuidados.

Abstract

The aging population is today a phenomenon with high expression and that is tended to worsen. However aging, is not synonymous of dependency, we know that this process is accompanied life losses, which can be further enhanced by the presence of comorbidities. Considering the care needs of this population, it is the family that responds mostly. This problem arises the need to prepare these caregivers that integrate different realities and that to a certain point in their lives showed no affinity for areas of care and are now ready to answer to the needs of a given family. Their preparation includes requirements that comes from the health condition of the person with dependency, but also the difficulties inherent in the situational transition process that caregivers experience as well as the resulting impact against the exercise of the role of caregiver in life and person of these. Considering this complexity, the purpose of this study is to contribute to the development of a theory of nursing intervention over the role of care provider, in a strategic context to take into account the preparation for the return home for the elderly with impaired self-care, and potential for development of performance capacity of the caregiver. In order to give fulfillment to the purpose we set ourselves formulated the following objectives: identify which expressed needs of carers; identifying the nursing diagnoses frequently emerging from these requirements; analyze nursing diagnoses more frequently; identify nursing interventions implemented to the caregiver family; characterize the nursing interventions implemented to the caregiver family; understand the conception of nursing care to this population and explain the model for monitoring the caregiver family for the elderly with impaired self-care.

In achieving the purpose and objectives outlined we chose we decided to conduct a multiple, sequential, with one strand exploratory study. This includes four studies. The first, "Characterization of caregivers of older people with impaired self-care" is a descriptive exploratory study. We use a convenience sample. Data collection took place between 1 September 2007 and 29 February 2008, having been featured, 115 caregivers and their elderly patients (115) with impaired self-care (total of caregivers contacted and locatable) enrolled in the Health Center of Leca da Palmeira and their health extensions: Lavra, Perafita and Santa Cruz do Bispo. For this we turn to several instruments that allowed us to characterize the target population of our study.

The second study, "Characterization of nursing diagnoses and related interventions

documented in the nursing information system", is using the mixed method and is also exploratory study. Incorporated a purposive sample, which integrated the nursing records documented in System Support Nursing Practice (SAPE), from 1 September 2007 and 29 February 2008, of the 115 participants included in the study I.

The third study, "Perceived nurses how to structure the process of care, taking care needs of the care provider" is a qualitative exploratory and resorted to a convenience sample, which included the total number of nurses (33) who worked at the Health Centre of Leca da Palmeira health and their extensions: Lavra, Perafita and Santa Cruz do Bispo. For this we used the semi-structured interview. Data collection took place between June 1 and July 30, 2010. This third study came from the need to face recorded between care needs (Study I) and health care providers who are registered nurses (Study II), the information system of nursing, which clarify the underlying conception care of so: we know what needs to identify caregivers; realize what strategies and methods they use to meet these needs; know which location and motivations that nurses privilege to assist these caregivers and realize the limitations faced and the reasons that affect their answers to the care needs of caregivers.

The fourth study, "Preparing the Homecoming care provider for the elderly with impaired self-care - a model for structuring monitoring", it is assumed as a corollary of determined in three studies cited above. For this we turn to focus groups, whose interviews were carried out between June and October 2011. For data processing, we performed a content analysis according to Strauss and Corbin. Induce a model of accurate monitoring of caregivers of older people with impaired self-care during the process of Homecoming. As noted above it is our intent to test that model in the form of a quasi-experimental study, after completion of our PhD. This model integrates three areas:

- The skills of the caregiver, looking to see how we can assess initially and during the performance of their duties with the knowledge and skills of the carer, meet the needs of elderly caregivers.
- The intensity, standing in the frequency and type of contacts between the nurse and family caregiver. Considering also in the initial phase a frequency closer and can be spaced more later. In the contacts we may use the presential contact or the phone, reconciling them in conjunction adjusted to the reality of care.

-
- The didactic, in which we describe the teaching methods, strategies and means more adjusted to caregivers of elderly with impaired self-care.

Keywords: mixed method, multiple study, focus groups, informal caregiver; caregiver.

Résumé

Le vieillissement de la population est aujourd'hui un phénomène avec une expression élevée et qui est tendance à s'aggraver. Cependant le vieillissement, n'est pas synonyme de dépendance, nous savons que ce processus s'accompagne des pertes de vie, qui peut être encore améliorée par la présence de comorbidités. Pour satisfaire au besoin de cette population, c'est la famille qui répond la plupart du temps. Ce problème se pose de la nécessité de préparer ces aidants familiaux qui intègrent des réalités différentes et que jusqu'à un certain point dans leur vie n'ont montré aucune affinité pour les domaines des soins et sont maintenant prêts à répondre aux besoins d'un élément de la famille. Leur préparation comporte des exigences qui viennent de l'état de santé de la personne à la dépendance, mais aussi les difficultés inhérentes au processus de transition situationnel que les aidants familiaux éprouvent de ainsi que l'impact qui en résulte contre l'exercice du rôle de l'aidant dans la vie et l'un de ceux-ci. Compte tenu la complexité de cette réalité, cet étude vise contribuer à l'élaboration d'une théorie de l'intervention en soins infirmiers sur le rôle de prestataire de soins, dans un contexte stratégique pour tenir compte de la préparation du retour à domicile pour les personnes âgées de conduite avec facultés d'auto-soins et potentiel de développement de la capacité de performance de l'aidant. Afin de donner satisfaction à la finalité nous avons fixé les objectifs suivants: identifier les besoins exprimés par les aidants; identifier les diagnostics infirmiers fréquemment issus de ces exigences, d'analyser les diagnostics infirmiers compte tenu de nouveaux besoins; d'identifier les interventions infirmières; caractériser les interventions infirmières; comprendre le concept sous-jacent du modèle de service de soins en place et expliquer le modèle de contrôle du fournisseur de soins pour les personnes âgées de conduite avec facultés d'auto-soins.

Pour atteindre la finalité et les objectifs définis, nous avons choisi de mener une étude multiple, séquentielle, et exploratoire. Cela comprend quatre études. Le premier, «Caractérisation des aidants familiaux de personnes âgées souffrant de troubles auto-soins» est une étude descriptive exploratoire. Nous utilisons un échantillon de commodité. La collecte des données a eu lieu entre le 1er Septembre 2007 et le 29 Février 2008, après avoir été présenté, 115 aidants familiaux et les patients âgés (115) de conduite avec facultés d'auto-soins (total des aidants familiaux contactés et localisable) inscrits au Centre Santé Leca da Palmeira et leurs extensions de santé: Lavra, Perafita et Santa Cruz do Bispo. Pour cela nous nous

tourneons vers plusieurs instruments d'évaluation qui nous ont permis de caractériser la population cible de notre étude.

La deuxième étude, «Caractérisation des diagnostics infirmiers et les interventions associées et documentées dans le système d'information de soins infirmiers», est également en utilisant la méthode exploratoire mixte. Constituée d'un échantillon choisi à dessein, qui a intégré les dossiers de soins infirmiers documentés dans le système de soutien à la pratique infirmière (SAPE), à partir du 1er Septembre 2007 et le 29 Février 2008, des 115 participants inclus dans l'étude I.

La troisième étude, «Perception des infirmières comment structurer le processus de soins, en prenant les besoins en soins du aidant familial», est aussi qualitative exploratoire et ont eu recours à un échantillon de convenance, qui comprenait le nombre total d'infirmières (33) qui a travaillé au Centre de santé de Leca da Palmeira et leurs extensions de santé: Lavra, Perafita et Santa Cruz do Bispo. Pour cela nous avons utilisé l'entretien semi-structuré. La collecte des données a eu lieu entre Juin 1 et Juillet 30, 2010.

Cette troisième étude provenaient de la nécessité de résoudre la conception de soins sous-jacente compte tenu de l'observée par rapport à les besoins de soins des aidants familiaux (étude I) et l'enregistrée par les infirmières (étude II), dans le système d'information des soins infirmiers. Nous visons à cette étude: comprendre les besoins identifiés dans les aidants familiaux; comprendre les stratégies et les méthodes qui les infirmiers utilisent pour répondre à ces besoins; comprendre quel emplacement et les motivations qui les infirmières privilégie pour aider ces aidants familiaux et comprendre les limitations rencontrées et les raisons qui affectent leurs réponses aux besoins en soins des aidants familiaux.

La quatrième étude, «Préparation du aidant familial pour les personnes âgées de retour à la maison, avec engagement d'auto-soins - un modèle pour la structuration de surveillance", il est le corollaire de les trois études citées ci-dessus. Pour cela nous recourons à groupes de discussion, et les interviews ont été réalisées entre Juin et Octobre 2011. Pour le traitement des données, nous avons effectué une analyse de contenu en fonction de Strauss et Corbin. Induire un modèle de suivi précis des aidants familiaux de personnes âgées avec d'engagement d'auto-soins pendant le processus de retour à la maison. Comme indiqué plus haut, il est de

notre intention tester ce modèle sous la forme d'une étude quasi-expérimentale, après la fin de notre thèse. Ce modèle intègre trois domaines:

- Les compétences du personnel soignant, qui cherche comprendre comment nous pouvons évaluer initialement et au cours de l'exercice de leurs fonctions les connaissances et les compétences du soignant et de répondre aux besoins des soins de ces aidants familiaux de personnes âgées.
- L'intensité, de bout dans la fréquence et le type des contacts entre l'infirmière et le soignant famille. En tenant compte également dans la phase initiale d'une fréquence de plus en plus espacés peuvent être ultérieurement. Dans le type nous aurons le presenciel et par le telephone.
- La didactique, dans lequel nous décrivons les méthodes d'enseignement, les stratégies et les moyens plus adapté pour enseigner les aidants de personnes âgées avec d'engagement d'auto-soins.

Mots-clés: méthode mixte, méthode multiple, groupes de discussion, aidants familiaux.

Resumen

El envejecimiento de la población es hoy un fenómeno con alta expresión y que se tendía a empeorar. Sin embargo, el envejecimiento, no es sinónimo de dependencia, sabemos que este proceso va acompañado de pérdidas en la vida, que pueden ser reforzadas por la presencia de comorbilidades. Considerando las necesidades de cuidados de los mayores, es la familia la que responde en su mayoría. Ante este problema se plantea la necesidad de los enfermeros prepararen a estos cuidadores que integran realidades diferentes y que nunca en sus vidas mostraran alguna afinidad por las áreas de atención y ahora están listos para responder a las necesidades de un ciudadano mayor su familiar. Su preparación incluye las necesidades que provienen de la condición de salud de la persona mayor, sino también las dificultades inherentes al proceso de transición situacional que los cuidadores experimentan, así como el impacto resultante del rol de cuidador, en su vida y en su persona. Teniendo en cuenta esta complejidad, el propósito de este estudio es contribuir al desarrollo de una teoría de la intervención de enfermería sobre el papel del cuidador, en un contexto estratégico para tener en cuenta la preparación para la vuelta a casa de los ancianos con problemas de auto-cuidado, y potencial para el desarrollo de la capacidad de rendimiento del cuidador. Con el fin de dar cumplimiento a la finalidad que nos propusimos tenemos los siguientes objetivos: identificar que necesidades de los cuidadores; identificar los diagnósticos de enfermería con más frecuencia, analizar los diagnósticos de enfermería más frecuentes; identificar las intervenciones de enfermería realizadas tomando el cuidador por beneficiario; caracterizar las intervenciones de enfermería realizadas que toman el cuidador por beneficiario; comprender la concepción de cuidados subyacente a el modelo de atención a esta población y explicar el modelo de acompañamiento del cuidador de personas mayores con problemas de auto-cuidado.

En la consecución de la finalidad y los objetivos definidos decidimos realizar un estudio múltiple, secuencial, y exploratorio. Esto incluye cuatro estudios. El primero, "Caracterización de los cuidadores de personas mayores con problemas de auto-cuidado" es un estudio exploratorio descriptivo. Utilizamos una muestra de conveniencia. La recolección de datos se llevó a cabo entre el 1 septiembre 2007 y 29 de febrero de 2008, después de haber sido presentado, 115 cuidadores y pacientes de edad avanzada (115) con una alteración de autocuidado (total de los cuidadores en contacto y localizable) matriculados en el Centro Salud Leca da Palmeira y sus extensiones de salud: Lavra, Perafita y Santa Cruz do Bispo.

Para ello utilizamos varios instrumentos que nos permitieron caracterizar la población objeto de nuestro estudio.

El segundo estudio, "Caracterización de los diagnósticos de enfermería y las intervenciones relacionadas documentados en el sistema de información de enfermería", también exploratorio y está utilizando el método mixto. Incorporó una muestra intencional, que integra los registros de enfermería documentados en lo Sistema de Apoyo para la Práctica de Enfermería (SAPE), del 1 de septiembre de 2007 y 29 febrero de 2008, de los 115 participantes incluidos en el estudio I.

El tercer estudio, "La percepción de las enfermeras en cómo estructurar el proceso de atención, tomando las necesidades de atención del cuidador familiar" es un cualitativo exploratorio y recurrió a una muestra de conveniencia, que incluye el número total de enfermeras (33) que trabajaba en el Centro de Salud de Leca da Palmeira y sus extensiones de salud: Lavra, Perafita y Santa Cruz do Bispo. Para ello se utilizó la entrevista semi-estructurada. La recolección de datos se llevó a cabo entre el 01 de junio y 30 de julio de 2010. Este tercer estudio ha sido hecho, considerando lo constatado en las necesidades de cuidados de los cuidadores familiares (Estudio I) y lo registrado por los enfermeros en el sistema de información de enfermería (Estudio II). Pretendemos aclarar la concepción subyacente a la atención de así: entender las necesidades de los cuidadores; darse cuenta de cuáles son las estrategias y los métodos que se pueden utilizar para satisfacer estas necesidades, saber qué lugar y las motivaciones que privilegian las enfermeras para ayudar a estos cuidadores y darse cuenta de las limitaciones que se presentan y las razones que influyen en sus respuestas a las necesidades de cuidado de los cuidadores familiares.

El cuarto estudio, "Preparación del regreso a casa del cuidador familiar de ancianos con problemas de auto-cuidado - un modelo para la estructuración de vigilancia", se asume como el corolario de los tres estudios citados anteriormente. Para ello utilizamos grupos focales, cuyas entrevistas se realizaron entre junio y octubre de 2011. Para el procesamiento de los datos, se realizó un análisis de contenido de acuerdo con Strauss y Corbin. Inducir un modelo de monitoreo preciso de los cuidadores de personas mayores con problemas de auto-cuidado durante el proceso de regreso a casa. Como se ha señalado anteriormente, es nuestra intención poner a prueba ese modelo en la forma de un estudio cuasi-experimental, después de la finalización de nuestro doctorado. Este modelo integra tres áreas:

-
- Las habilidades del cuidador, mirando a ver cómo podemos evaluar inicialmente y durante el desempeño de sus funciones, los conocimientos y habilidades del cuidador, y responder a las necesidades de los cuidadores de ancianos.
 - La intensidad, situándonos en la frecuencia y tipo de los contactos entre la enfermera de familia y lo cuidador familiar, teniendo en cuenta también en la fase inicial, una frecuencia más cerca y más tarde, más distante. Quanto a los tipos se pueden hacer presencialmente mas también por le teléfono.
 - La didáctica, en la que se describen los métodos de enseñanza, las estrategias y los medios más ajustada a los cuidadores de personas mayores con problemas de auto-cuidado.

Palabras clave: método mixto, estudio múltiple, grupos de enfoque, cuidador familiar.

ÍNDICE GERAL

1 - INTRODUÇÃO.....	31
PARTE I.....	35
1 - O ENVELHECIMENTO	37
1.1 - TEORIAS DO ENVELHECIMENTO	39
1.2 - ALTERAÇÕES INERENTES AOS DIFERENTES ÓRGÃOS E SISTEMAS	42
1.2.1 - MODIFICAÇÕES A NÍVEL PSÍQUICO.....	43
1.2.2 - MODIFICAÇÕES A NÍVEL FÍSICO	44
2 - PRESTADOR DE CUIDADOS.....	57
2.1 - CONCEITO DO PRESTADOR DE CUIDADOS.....	58
2.2 - PAPÉIS DA FAMÍLIA.....	59
2.3 - DIMENSÕES DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS E SUA VALIA ECONÓMICA	61
2.4 - ASSUNÇÃO DO PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS.....	62
2.5 - RAZÕES PELAS QUAIS AS PESSOAS SE TORNAM CUIDADORAS	63
2.6 - PERFIL DOS PRESTADORES DE CUIDADOS.....	65
2.7 - TRANSIÇÕES DO PROCESSO DE PRESTADOR DE CUIDADOS	66
2.8 - PAPEL DO PRESTADOR DE CUIDADOS.....	74
2.8.1 - FUNÇÕES DO PRESTADOR DE CUIDADOS.....	75
2.8.2 - A DURAÇÃO DO CUIDADO	76
2.8.3 - IMPACTE NA VIDA DO PRESTADOR DE CUIDADOS.....	77
2.8.3.1 - Sobrecarga e Stress do prestador de cuidados	80
2.8.4 - NECESSIDADES DE CUIDADOS DO PRESTADOR DE CUIDADOS	89
2.8.5 - REDES SOCIAIS DE APOIO	90
2.8.5.1 - Rede de Nacional de Cuidados Continuados Integrados	91
2.9 - TERAPÊUTICAS DE ENFERMAGEM.....	95
PARTE 2	101
1 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	103
1.1 - TIPO DE ESTUDO	106

2 - CONTEXTO.....	110
ESTUDO 1.....	119
1 - INTRODUÇÃO.....	121
2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	122
2.1 - PARTICIPANTES.....	122
2.2 - MATERIAL	122
2.3 - PROCEDIMENTO	124
2.4 - TRATAMENTO DOS DADOS	125
3 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	126
4 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	127
4.1 - IDOSOS COM COMPROMISSO DO AUTOCUIDADO	127
4.1.1 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS IDOSOS COM COMPROMISSO NO AUTOCUIDADO.....	127
4.1.2 - DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS COM COMPROMISSO DO AUTOCUIDADO ..	129
4.2 - PRESTADOR DE CUIDADOS	129
4.2.1 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PRESTADORES DE CUIDADOS	130
4.2.2 - CONTEXTO DE CUIDADOS.....	131
4.2.2.1 - Percepção do prestador de cuidados quanto a diferentes vertentes do contexto de cuidados	133
4.2.2.2 - Percepção do Prestador de Cuidados quanto ao contributo de um programa estruturado, e quais os aspetos mais valorizados	135
4.2.3 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE GERAL DO PRESTADOR DE CUIDADOS.....	137
5 - CONCLUSÕES	139
ESTUDO 2.....	141
1 - INTRODUÇÃO.....	143
2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	145
2.1 - AMOSTRA.....	145
2.2 - PROCEDIMENTO	146
2.3 - TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS	147
3 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	149
3.1 - OS CONTACTOS	149

3.2 - OS FENÓMENOS DE ENFERMAGEM.....	151
3.3 - AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	161
3.4 - FENÓMENOS VERSUS INTERVENÇÕES	167
4 - CONCLUSÕES.....	171
ESTUDO 3.....	175
1 - INTRODUÇÃO.....	177
2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	180
2.1 - TIPO DE ESTUDO	180
2.2 - PARTICIPANTES.....	180
2.3 - MATERIAL	182
2.4 - PROCEDIMENTO	182
3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	185
3.1 - NOMEAÇÃO DO PRESTADOR DE CUIDADOS	185
3.2 - DEFINIÇÃO DO PRESTADOR DE CUIDADOS ENQUANTO FOCO DE ATENÇÃO DE ENFERMAGEM.....	187
3.3 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE CUIDADOS DO PRESTADOR DE CUIDADOS.....	190
3.4 - NECESSIDADES DE CUIDADOS DO PRESTADOR DE CUIDADOS	191
3.5 - PRESTADOR DE CUIDADOS INICIADO	194
3.6 - LOCAL DE CONTACTO	196
3.7 - CONTEXTOS DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO	198
3.8 - ÁREAS DE INTERVENÇÃO	200
3.9 - SUBSTITUIÇÃO VERSUS SUPERVISÃO	202
3.10 - CONSCIENCIALIZAÇÃO DO PAPEL DO PRESTADOR DE CUIDADOS.....	204
3.11 - PERCEPÇÃO E DESCRIÇÃO DA VIVÊNCIA DO PRESTADOR DE CUIDADOS	207
3.12 - DIFICULDADES NA PREPARAÇÃO DO PRESTADOR DE CUIDADOS	208
3.13 - OBJECTIVOS DA PREPARAÇÃO DO PRESTADOR DE CUIDADOS	212
3.14 - ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DO PRESTADOR DE CUIDADOS	214
3.15 - ESTRATÉGIAS DE INFORMAÇÃO AO PRESTADOR DE CUIDADOS	217
3.16 - MONITORIZAÇÃO DOS RESULTADOS	218
3.17 - O PROCESSO DE CUIDADOS	220

3.18 - COORDENAÇÃO E ARTICULAÇÃO PARA A CONTINUIDADE DE CUIDADOS	222
3.19 - DOCUMENTAÇÃO DE MÚLTIPLAS INTERVENÇÕES	225
3.20 - ALOCAÇÃO DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM	226
4 - DISCUSSÃO DOS DADOS	228
ESTUDO 4.....	239
1 - INTRODUÇÃO	241
2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	243
2.1 - PARTICIPANTES	245
2.2 - MATERIAL	247
2.3 - PROCEDIMENTO	247
2.3.1 - ANÁLISE DE DADOS.....	249
3 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	252
4 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	253
4.1 - PROMOÇÃO DA AUTONOMIA DO IDOSO	253
4.2 - IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR DE CUIDADOS.....	256
4.3 - AVALIAÇÃO INICIAL DO PRESTADOR DE CUIDADOS	261
4.4 - PREPARAÇÃO DO PRESTADOR DE CUIDADOS	275
4.5 - INTENSIDADE DOS CONTACTOS	285
4.6 - ACOMPANHAMENTO DO PRESTADOR DE CUIDADOS	288
5 - CONCLUSÕES	297
PARTE 3	301
1 - CONSOLIDAÇÃO DO MODELO DE ACOMPANHAMENTO DO PRESTADOR DE CUIDADOS	303
2 - CONCLUSÃO	310
3 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	315
ANEXOS	353

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Representação esquemática da Teoria das Transições	71
Figura 2 - Desenho do estudo.....	109
Figura 3 - Mapa do Concelho de Matosinhos	110
Figura 4 - Modelo de Análise.....	148
Figura 5 - Representação esquemática da categoria “Nomeação do Prestador de Cuidados”	186
Figura 6 - Representação esquemática da categoria “Definição do Prestador de Cuidados enquanto Foco de Atenção de Enfermagem”	188
Figura 7 - Representação esquemática da categoria “Avaliação das necessidades de Cuidados do Prestador de Cuidados”.....	190
Figura 8 - Representação esquemática da categoria “Necessidades de Cuidados do Prestador de Cuidados”	193
Figura 9 - Representação esquemática da categoria “Prestador de Cuidados Iniciado”.....	195
Figura 10 - Representação esquemática da categoria “Local de Contacto”.....	197
Figura 11 - Representação esquemática da categoria “Contextos de Dependência no Autocuidado”.....	199
Figura 12 - Representação esquemática da categoria “Áreas de Intervenção”	201
Figura 13 - Representação esquemática da categoria “Substituição versus Supervisão”	203
Figura 14 - Representação esquemática da categoria “Consciencialização do Papel do Prestador de Cuidados”	204
Figura 15 - Representação esquemática da categoria “Percepção e descrição da vivência do prestador de cuidados”	207
Figura 16 - Representação esquemática da categoria “Dificuldades na preparação do prestador de cuidados”	209
Figura 17 - Representação esquemática da categoria “Objectivos na preparação do prestador de cuidados”	213
Figura 18 - Representação esquemática da categoria “Estratégias de educação para a saúde do prestador de cuidados	215
Figura 19 - Representação esquemática da categoria “Estratégias de informação ao prestador de cuidados”	217
Figura 20 - Representação esquemática da categoria “Monitorização dos resultados”.....	218

Figura 21 - Representação esquemática da categoria “O Processo de Cuidados”	221
Figura 22 - Representação esquemática da categoria “Coordenação e articulação para a continuidade de cuidados”.....	222
Figura 23 - Representação esquemática da categoria “Documentação de múltiplas Intervenções”	225
Figura 24 - Representação esquemática da categoria “Alocação dos Registos de Enfermagem”.....	227
Figura 25 - Representação esquemática da codificação.....	250
Figura 26 - Representação esquemática da categoria “Promoção da autonomia do idoso” ..	256
Figura 27 - Representação esquemática da categoria “Identificação do Prestador de Cuidados”	261
Figura 28 - Representação esquemática da categoria “Avaliação Inicial do Prestador de Cuidados”	275
Figura 29 - Representação esquemática da categoria “Preparação do Prestador de Cuidados”	284
Figura 30 - Representação esquemática da categoria “Intensidade dos Contactos”.....	288
Figura 31 - Representação esquemática da categoria “Acompanhamento do Prestador de Cuidados”	296
Figura 32 - Modelo de acompanhamento do prestador de cuidados do idoso com compromisso do autocuidado	309

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 Despesa anual por categoria.....	80
Quadro 2 - Recursos humanos do Centro de Leça da Palmeira	115
Quadro 3 - Recursos humanos do Centro de Saúde de Lavra	116
Quadro 4 - Recursos Humanos do Centro de Saúde de Perafita	116
Quadro 5 - Recursos humanos do Centro de Saúde de Santa Cruz do Bispo	117
Quadro 6 - Coeficientes de Cronbach das sub-escalas do SF-36	124
Quadro 7 - Dados sociodemográficos dos idosos com compromisso do autocuidado.....	128
Quadro 8 - Compromisso do Autocuidado quanto ao grau de dependência considerando a Escala de Rankin e o Índice de Barthel	129
Quadro 9 - Dados sociodemográficos dos prestadores de cuidados.....	130
Quadro 10 - Tempo dispensado nos cuidados pelos prestadores de cuidados	131
Quadro 11 – Tipo de ajuda prestada ao idoso	132
Quadro 12 - Percepção do estado de saúde do idoso, sobrecarga física e emocional	133
Quadro 13 - Percepção face à sobrecarga financeira associada ao cuidar	134
Quadro 14 - Percepção face aos conflitos no seio familiar associados ao cuidar	134
Quadro 15 – Percepção face à restrição na vida social associada ao cuidar	135
Quadro 16 – Percepção quanto à mais-valia de um programa estruturado sobre Autocuidado	136
Quadro 17 - Percepção sobre o que ajudaria na sua função.....	137
Quadro 18 – Dimensões do SF-36, média, desvio padrão, valor mínimo e máximo	137
Quadro 19 - Correlações das dimensões do SF-36.....	138
Quadro 20 - Distribuição dos contactos por local onde estes ocorrem e por Centro de Saúde.....	150
Quadro 21 - Distribuição dos contactos por local onde ocorre o contacto	151
Quadro 22 - Distribuição dos fenómenos de enfermagem por Centro de Saúde e local de contacto	152
Quadro 23 - Distribuição do total de fenómenos de enfermagem por local de contacto.....	155
Quadro 24 - Distribuição dos fenómenos de enfermagem, com frequência > 1 %, por local de contacto em Lavra.....	155
Quadro 25 - Distribuição dos fenómenos de enfermagem, com frequência > 1 %, por local de contacto em Leça da Palmeira.....	157

Quadro 26 - Distribuição dos fenómenos de enfermagem, com frequência > 1 %, por local de contacto em Perafita.....	159
Quadro 27 - Distribuição dos fenómenos de enfermagem, com frequência > 1 %, por local de contacto em Santa Cruz do Bispo.....	160
Quadro 28 - Distribuição das intervenções de enfermagem por local de contacto em Lavra	162
Quadro 29 - Distribuição das intervenções de enfermagem por local de contacto em Leça da Palmeira.....	163
Quadro 30 - Distribuição das intervenções de enfermagem por local de contacto em Perafita.....	165
Quadro 31 - Distribuição das intervenções de enfermagem por local de contacto em Santa Cruz do Bispo.....	166
Quadro 32 - Distribuição do total de intervenções de enfermagem por local de contacto	166
Quadro 33 - Intervenções de enfermagem mais frequentes associadas aos fenómenos de enfermagem do domínio do Tegumento.....	168
Quadro 34 - Habilitações literárias, categoria profissional, área de especialização e formação pós –graduada dos enfermeiros em estudo.....	181
Quadro 35 - Fundamentação das subcategorias recorrendo a eixos de discurso.....	262

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Itens considerados importantes na estruturação de um programa de apoio ao prestador de cuidados.....	136
--	-----

1 - INTRODUÇÃO

O envelhecimento em Portugal é um processo progressivo, decorrente de múltiplos factores. Os estudos demográficos portugueses demonstram que a proporção de população idosa em 1960 era de 8,0% e em 2001, passou para 16,4% (INE, 2002). A 21 de Março de 2011, data do último censo, 19% da população residente tem mais de 65 anos de idade (INE, 2011). Tomando por base o índice de envelhecimento, verificamos que *“ultrapassou pela primeira vez os 100 indivíduos em 1999. Este indicador registou um aumento contínuo nos últimos 40 anos, aumentando de 27 indivíduos idosos por cada 100 jovens, em 1960, para 103, em 2001”* (INE, 2002; p. 12). Em 2011 o índice de envelhecimento era de 122,9 idosos por 100 jovens (INE, 2011). Sendo que: *“Cerca de 12% da população residente e de 60% da população idosa vive só (400 964) ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas (804 577), refletindo um fenómeno cuja dimensão aumentou 28%, ao longo da última década”* (INE, 2011, p. 1). Contudo o problema está em *crescendum*, dado estimar-se que: *“Até 2050 a população de todas as regiões, qualquer que seja o cenário escolhido, envelhecerá, podendo mesmo o índice de envelhecimento situar-se nos 398 idosos por cada 100 jovens, em 2050 no cenário mais pessimista, quase quadruplicando assim o valor deste indicador no decorrer dos 50 anos em projecção”* (INE, 2004, p. 5).

Importa ainda salientar que: *“O saldo natural de valor negativo (-4 945), em 2009, decorre naturalmente do facto de o número de nados-vivos de mães residentes em Portugal (99 491) ter sido inferior ao número de óbitos de residentes em Portugal (104 436)”* (INE, 2010, p. 3). Deste modo o envelhecimento da população portuguesa é um acontecimento galopante e silencioso que nos precipita para uma realidade onde só a racionalização dos meios aliada a um alto nível de diferenciação técnica, com uma actuação em duas frentes, poderá minorar ou impedir que tal progresso se transforme em retrocesso ou cataclismo. Assim numa primeira frente, urge a implementação de meios no sentido da prevenção, desde logo nos mais jovens, a promoção de hábitos de vida saudáveis e nos mais velhos a promoção do envelhecimento activo. Impõe-se pois, uma mudança de pensamento, relativa à aposentação enquanto fase de paragem, para a visão da mesma, enquanto ponto de partida para novas missões, logo, para

novos desafios. Contudo, o processo de envelhecimento, por muito bem preparado que seja, acompanha-se de perdas, as quais podem ainda ser mais ampliadas se na presença de comorbilidades. A outra frente emerge desta problemática, em que o contexto demográfico português se agravará dentro de 10 a 15 anos, verificando-se uma preponderância em *crescendum* da necessidade dos prestadores de cuidados familiares na assistência ao idoso.

Para tal, urge o imperativo de garantir um sistema de saúde com técnicos em número e diferenciação bastante, para fornecerem respostas ajustadas às peculiaridades de cada cidadão e/ou de cada família que o mesmo integra. O papel destes técnicos irá mais além do que centrar-se no cuidado directo ao idoso com dependência, procurará participar activamente no acompanhamento das famílias, logo dos prestadores de cuidados que apoiam essa população ao longo do tempo. O Sistema Nacional de Saúde consome 10,7% do Produto Interno Bruto do nosso país (OCDE, 2012). A OCDE (2005, p. 3-4) refere que: “*Na medida em que as populações mais idosas tendem a precisar de maiores cuidados de saúde a longo prazo, espera-se que o envelhecimento da população aumente as despesas públicas nessas áreas*”. Dos dados disponíveis do INE (2011) é absolutamente objectivo que a classe etária com maior evidência dos principais tipos de doença crónica (diabetes, asma, hipertensão, dor crónica, doença reumática, osteoporose e depressão) é a dos indivíduos com mais de 65 anos. Sobressai ainda que com o envelhecimento da população portuguesa, desde 1990 até 2010 o índice de dependência tem aumentado, variando de 20,5% para 27,2%, respectivamente. Dado o contexto socioeconómico do país, é inevitável que uma parte substancial das respostas à população idosa dependente advenha da família. Nolan, Grant e Keady (1996) referem-nos que actualmente se verifica: uma tendência a manter os idosos nas suas próprias casas, um aumento da confiança no cuidado informal e uma necessidade de reduzir os custos do estado.

Deste modo a preparação destes actores contempla as necessidades que advém da condição de saúde da pessoa com dependência, mas também das dificuldades inerentes ao processo de transição situacional que os prestadores de cuidados vivenciam, bem como do resultante do impacto face ao exercício do papel de prestador de cuidados na vida e pessoa destes. Esta vivência caracteriza-se pelas “*Condições que podem influenciar a qualidade da experiência de transição e as consequências das transições que são: os significados, as expectativas, o nível de conhecimento e habilidade, o meio ambiente, o nível de planeamento e o bem-estar físico e emocional*” (Schumacher e Meleis, 2010, p. 38). Neste contexto, Vieira (2009, p.121)

afirma que: “*O percurso da profissão até hoje coloca os enfermeiros numa posição privilegiada para responder a alguns dos imensos desafios que as tendências do Sistema de Saúde permitem vislumbrar para amanhã*”. Acreditamos pois, que só uma resposta devidamente estruturada e aferida às peculiaridades desta população, alvo de cuidados, será profícua, logo a conduzirá à consecução de ganhos em saúde e qualidade de vida. Collière (2003, p. 352) aclara que: “*O futuro dos cuidados de enfermagem que permitam a permanência no domicílio é objecto de um desafio social, económico e político. Podemos julgar uma sociedade pela sua concepção dos cuidados e pela forma como os prodigaliza e reconhece. O verdadeiro desafio do apoio no domicílio é conceber e oferecer uma acção de cuidados vivificante, tanto para quem beneficia como para quem os presta e cujo valor social e económico seja reconhecido tanto pelos poderes administrativos e financeiros como pelo público*”. Tendo por referência este contexto, foi finalidade deste estudo contribuir para o desenvolvimento de uma teoria explicativa da intervenção de enfermagem face ao papel do prestador de cuidados, num contexto estratégico que permita ter em consideração a preparação para o regresso a casa de idosos com compromisso do autocuidado; e o potencial para desenvolvimento da capacidade de desempenho do prestador de cuidados.

De modo a darmos cumprimento à finalidade a que nos propusemos formulamos os seguintes objectivos:

- Identificar quais as necessidades expressas dos prestadores de cuidados.
- Identificar quais os diagnósticos de enfermagem mais frequentes que emergem dessas necessidades.
- Analisar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes que emergem dessas necessidades.
- Identificar as intervenções de enfermagem implementadas, que tomam por beneficiário o prestador de cuidados.
- Caracterizar as intervenções de enfermagem implementadas, que tomam por beneficiário o prestador de cuidados.
- Perceber a concepção de cuidados subjacente ao modelo de atendimento vigente, a esta população alvo.
- Explicitar o modelo de acompanhamento do prestador de cuidados de idosos com compromisso do autocuidado.

Consequentemente à complexidade da temática e aos achados desde o primeiro estudo, tornou-se um imperativo reformular o projecto inicial de modo a consolidarmos o desenvolvimento do mesmo na base da coerência. Deste modo, não obstante o que inicialmente pretendíamos construir, ficou claro que a evidência da realidade ditava o traçar de um novo rumo, o qual poderia posteriormente suportar a concretização daquilo a que nos propúnhamos. Efectivamente, percebemos que não era possível partir para a estruturação de intervenções de enfermagem e de modo experimental, implementa-las num grupo de clientes e comparar os resultados com outro grupo de clientes cujo seguimento pressupunha as intervenções estipuladas pela instituição de saúde a que pertenciam, sem que primeiro fosse criado um modelo de acompanhamento dessa população. Da evidência que descobríamos por meio dos estudos que realizamos, percebemos que era fundamental a estruturação de um modelo de acompanhamento, o qual numa fase posterior e extrínseca a este projecto, pretendemos testar e aí sim, recorrer a intervenções de enfermagem, que possam constituir uma mais-valia para esta população. Por tal, tivemos a preocupação em dar a conhecer as alterações ao projeto inicial, através dos relatórios de acompanhamento. Salientamos ainda que as mudanças que operamos foram absolutamente partilhadas e acompanhadas pela nossa orientadora. Importa ainda relevar, que dada a diversidade de sensibilidades (áreas de conhecimento) dos autores que trabalham esta temática, e tendo nós recorrido às mais diversas fontes, optamos por utilizar enquanto sinónimos os termos: cuidador informal e prestador de cuidados. Este projecto de investigação desenvolveu-se em quatro estudos, conforme o exposto no enquadramento metodológico.

Esta tese está organizada em três partes, a primeira contempla a revisão da literatura que consubstancia o nosso trabalho. A segunda incorpora os quatro estudos que compõe a nossa tese. A terceira apresenta a nossa proposta do modelo de acompanhamento do prestador de cuidados do idoso com compromisso do autocuidado.

PARTE I

Perspetivas Teóricas

Nesta parte aludiremos ao fenómeno de envelhecimento, as perdas que lhe são inerentes quer por via das alterações fisiológicas típicas da idade avançada, quer pelas comorbilidades mais frequentes e que constituem motivo para se iniciar o cuidado familiar. Abordaremos também o cuidado familiar, caracterizando o prestador de cuidados e o processo de transição para a assunção desse papel.

1 - O ENVELHECIMENTO

O envelhecimento constitui um fenómeno, cujo impacte é difícil de estimar. A OMS (2006, sp) refere-nos que: *“entre 2000 e 2050, a população mundial com mais de 60 anos mais que triplicará, passando de 600 milhões a 2000 milhões. A maior parte desse aumento se produzirá nos países em desenvolvimento, onde passarão de 400 a 1700 milhões nesse mesmo período”*. Ducharme, Lebel e Bergman (2001) afirmam que com a industrialização, se verificaram mudanças de fundo que estão hoje na base do envelhecimento da população. De entre estes fatores de mudança citam: o êxodo do campo para a cidade, a baixa de natalidade, a inclusão da mulher no mercado do trabalho, a existência de assistência na doença, a segurança social e a maior longevidade. É a própria OMS (2006) que nos alerta que estas mudanças têm repercussões na saúde pública. Deste modo é essencial desenvolver nos distintos sistemas de saúde dos diversos países, medidas de promoção de saúde, que conduzam a uma maior autonomia do cidadão idoso e incrementem a sua participação activa na vida em família e em comunidade. A mesma entidade alerta ainda que face aos idosos com problemas de saúde crónicos é possível reduzir os transtornos ou consequências inerentes às distintas patologias, das quais são portadores, com estratégias de seguimento continuado. Na União Europeia dos 25, estima-se que em 2050, a população activa diminuirá em 52 milhões de indivíduos (Bautier, 2005). Em Portugal também nos debatemos com este problema, os estudos demográficos demonstram, conforme o descrito pelo INE (2002; p. 11), que *“a proporção da população idosa, que representava 8,0% do total da população em 1960, mais*

que duplicou, passando para 16,4% em 12 de Março de 2001, data do último recenseamento da população”. Tomando por base o índice de envelhecimento, este “ultrapassou pela primeira vez os 100 indivíduos em 1999. Este indicador registou um aumento contínuo nos últimos 40 anos, aumentando de 27 indivíduos idosos por cada 100 jovens, em 1960, para 103, em 2001” (INE, 2002; p. 12). Salientamos ainda que segundo o INE (2004) a realidade estimada para o nosso país, em 2050, quanto ao índice de envelhecimento (numero de idosos por cada 100 jovens), será de 398 idosos por cada 100 jovens, quase que quadruplicando o valor actual.

O envelhecimento massivo da população, requer respostas proficientes. Para melhor abordarmos este processo e suas implicações, urge esclarecer alguns conceitos. O envelhecimento é um “*processo fisiológico de degeneração progressiva que ocorre em qualquer organismo, com a passagem do tempo*” (Academia de Ciências de Lisboa, 2001, p. 1455). Spirduso, (2005, p. 6) define envelhecimento por: “*um processo ou conjunto de processos que ocorrem em organismos vivos e que com o passar do tempo levam a uma perda de adaptabilidade, deficiência funcional, e, finalmente à morte*”. O referido processo ocasiona fenómenos diversos no ser humano, cuja compreensão implica o seu estudo detalhado, surgem então outros dois conceitos, de etimologia grega, sendo estes: *Geriatrics*, a qual consiste no “*ramo da medicina que se ocupa das doenças próprias do envelhecimento*” (Academia de Ciências de Lisboa, 2001, p. 1891) e *Gerontology* que se define pelo “*estudo dos problemas próprios do idoso, da velhice ou da idade avançada, nos seus mais diversos aspectos*” (Academia de Ciências de Lisboa, 2001, p. 1893). Hoje encontramos imensa literatura referente ao envelhecimento emergindo desta outros termos que merecem a nossa atenção, são estes a *Senectude*, de etimologia latina e que significa “*idade avançada*” (Academia de Ciências de Lisboa, 2001, p. 3379), *Terceira Idade* que representa a “*duração considerável da vida de um ser, similar a velhice*” (Academia de Ciências de Lisboa, 2001, p. 2017), *Velhice* de etimologia grega e que significa “*último período da vida humana que sucede à idade madura*” (Academia de Ciências de Lisboa, 2001, p. 3716) e *Senescência*, também de étimo latino e que traduz uma “*diminuição não patológica da actividade vital, observável nos elementos celulares, de um ser na idade avançada, e atribuída a uma má eliminação e acumulação de detritos insolúveis*”, podendo mesmo ser definida por “*Envelhecimento*” (Academia de Ciências de Lisboa, 2001, p. 3379).

Relevamos ainda outros dois conceitos de primordial importância, as múltiplas perdas intrínsecas à idade sem influência de doenças ou de factores ambientais constituem o “*envelhecimento primário*”, quando há influência, além da idade, de factores ambientais e doenças diz-se “*envelhecimento secundário*” ou “*senilidade*” (Netto, 2007; Spirduso, 2005). De forma mais explícita, Neri (2002) aclara cada um destes conceitos e introduz um terceiro, o “*envelhecimento terciário*”. Assim, o “*envelhecimento primário*” compreende “*mudanças que são intrínsecas ao processo de envelhecimento, são irreversíveis, progressivas e universais, como o embranquecimento dos cabelos, o aparecimento de rugas, as perdas de massa óssea e muscular, o declínio em equilíbrio, força e rapidez e as perdas cognitivas*”, o “*envelhecimento secundário*” traduz-se por “*mudanças causadas por doenças que são dependentes da idade, na medida em que o tempo vivido significa aumento da probabilidade de exposição a fatores de risco*” e o “*envelhecimento terciário*” “*diz respeito ao declínio terminal, caracterizado por um grande aumento das perdas num período relativamente curto, ao cabo do qual sobrevém a morte*” (Neri, 2002, p. 35-36).

Spirduso (2005, p. 7) define o “*Índice de envelhecimento*” por “*a mudança na função dos órgãos e sistemas por unidade de tempo*”. De acordo com Ekonomov, Rudd e Lomakin (1989) [cit. por Spirduso (2005, p. 7)], “*o índice de envelhecimento é diferente nos homens e nas mulheres*”. Pelo que Spirduso (2005, p. 7) explicita-nos que “*o ritmo com que os homens envelhecem diminui lentamente, com o tempo, enquanto que as mulheres envelhecem a um ritmo mais lento entre os 45 e os 60 anos do que entre os 70 e 80 anos*”.

Face aos conceitos expostos percebemos que o envelhecimento, enquanto processo é multifacetado e extremamente complexo. São inúmeros os fenómenos que ocorrem, no decurso deste processo, os quais têm suscitado vários trabalhos que visam a sua teorização, com o intuito de perceber a sua magnitude de modo a actuar-se proficuamente, seja a nível profilático, recuperador ou mesmo reabilitador. Deste modo, a teorização constitui o inevitável caminho, determinante para a explicitação de um dado fenómeno. Aludiremos então às distintas teorias que procuram explicar o fenómeno do envelhecimento.

1.1 - TEORIAS DO ENVELHECIMENTO

São muitas as teorias que visam explicar o envelhecimento, para melhor percebermos as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente idoso, procederemos então a uma síntese

de vários autores que aludem a esta temática. Mota e outros (2004, p. 82) e Rattan (2006, p. 1230) referem que o processo de envelhecimento tem sido muito explorado referindo que “*Medvedev recenseou mais de 300 teorias desde o século XVIII*”. Moraes (2004) afirma que o processo de envelhecimento ocorre universalmente em todos os seres vivos, manifestando-se inevitavelmente ao longo do tempo. O mesmo autor refere ainda quatro condições para as mudanças infligidas serem atribuídas à idade:

- “*Devem ser deletérias, levando à perda de funcionalidade.*
- *Devem ser progressivas, manifestando-se gradualmente.*
- *Devem ser intrínsecas, sofrendo uma forte influência do ambiente quanto ao aparecimento e velocidade de ocorrência das mesmas, mas sem acção causal.*
- *Devem ser universais, abrangendo todos os indivíduos de uma mesma espécie”*
(Moraes, 2004, p. 27).

As teorias do envelhecimento podem, na sua essência, ser categorizadas em dois grandes grupos: as *Deterministas* e as *Estocásticas* (Robert, 1995, p. 316 - 317; Atkinson e Murray, 1989, p. 186). Estas teorias assentam no pressuposto de, ao teorizarmos estarmos a tentar adiar a inevitável, mas mal aceite, morte (Robert, 1995). O *Determinismo* constitui um “*princípio segundo o qual todos os fenómenos da natureza estão ligados entre si por rígidas relações de causalidade e leis universais que excluem o acaso e a indeterminação, de tal forma que uma inteligência capaz de conhecer o estado presente do universo necessariamente estaria apta também a prever o futuro e reconstituir o passado*” (Instituto António Houaiss de Lexicografia, 2003, p. 1326). Por sua vez *Estocástico* “*diz-se do que depende ou resulta de uma variável aleatória*” (Instituto António Houaiss de Lexicografia, 2003, p. 1629). Face às *Teorias Deterministas*, Robert (1995, p. 317) afirma que: “*os mecanismos do envelhecimento são controlados pelo genoma, como o são os mecanismos do desenvolvimento e da maturação do óvulo fecundado*”. Como factores ilustrativos destas, aponta a esperança de vida das espécies, mantendo-se imutável. As teorias estocásticas traduzem “*o processo de envelhecimento, apesar de grande variabilidade de padrões e ritmos observados entre indivíduos e espécies, possui certa regularidade, no sentido de que as mudanças observadas ao longo do tempo se apresentam mais ou menos gradualmente e, de modo progressivo, ocorrendo uma redução da capacidade funcional dos organismos*” (Cunha, 2011, p. 16). Aclarando, “*as Teorias Estocásticas sugerem que a perda de funcionalidade que acompanha o fenómeno do envelhecimento é causada pela acumulação aleatória de lesões, associadas à acção ambiental, em moléculas vitais, que provocam um*

declínio fisiológico progressivo” [Cristofalo e outros, (1994) cit por Mota e outros (2004, p. 90)]. Outros autores classificam estas teorias em: *Teorias Biológicas* e *Teorias Psicossociais* (Eliopoulos, 2005, p. 38 – 48; Moraes, 2004, p. 27 – 31; Roach, 2003, p. 19 – 22; Teixeira, 2006, p. 5 – 16). Discriminando os dois grandes grupos as *Teorias Biológicas* integram a: *Teoria Genética*, *Teoria da Mutação*, *Teoria das Ligações Cruzadas*, *Teoria dos Radicais Livres*, *Teoria Auto-Imune*, *Teoria do Stress*, *Teoria Nutricional* e *Teoria da Substituição Celular*. E as *Teorias Estocásticas* compreendem: a *Teoria do Desengajamento*, a *Teoria da Actividade* e a *Teoria da Continuidade* (Atkinson e Murray, 1989, p. 186; Farinatti, 2002, p. 129).

As “*Teorias Genéticas*” segundo os biogerontologistas assumem que para além dos outros factores, cabe aos genes um papel preponderante no processo de envelhecimento e as “*Teorias Estocásticas*” integram teorias que explicam o envelhecimento com base na acumulação aleatória de lesões cuja causa é a acção ambiental (Mota e outros, 2004). Dos múltiplos factores intervenientes no processo de envelhecimento citam-nos ainda, de relatos experimentais, que há factores exógenos determinantes na senescência tais como: a temperatura, o teor de oxigénio (a hipoxia, mais concretamente), as radiações ionizantes e a manipulação calórica (Mota e outros, 2004).

O início do envelhecimento toma diferentes momentos conforme a fineza da avaliação deste fenómeno, se a nível molecular, celular, tissular ou orgânico (Macieira-Coelho, 1989). Deste modo, o mesmo autor, alerta que o tipo de teste a utilizar poderá influenciar a mesma análise. São múltiplas as alterações infligidas no organismo humano pelo envelhecimento. A exemplo, o músculo começa a envelhecer cerca dos 25 anos de idade, o que explica a cessação da actividade desportiva de alta competição, para muitos atletas, por volta desta idade. O mesmo autor refere que a velocidade da perfusão sanguínea renal diminui próximo dos 30 anos de idade. Já o osso embora manifeste redução da massa óssea mais cedo, é pelos 40 anos de idade que sofre as maiores modificações. O que condiciona a que: “*para lá dos 30 anos, a probabilidade de morrer duplica todos os 7 anos*” (Macieira-Coelho, 1989, p. 62).

Eliopoulos (2005, p. 38 - 39) explicita-nos que “*nenhum factor isolado conhecido, causa ou previne o envelhecimento*”. Face às possibilidades que a ciência nos ocasiona Fries (1988) [cit. por Eliopoulos (2005, p. 39)] afirma que: “*o objectivo é manter a pessoa sadia e activa por um período de tempo mais longo, não tentar mantê-la viva por um período de tempo*

maior”. Assim é fundamental percebermos que: “*o processo de envelhecimento varia não apenas entre os indivíduos, mas também entre os diferentes sistemas de uma mesma pessoa*” Eliopoulos (2005, p. 39).

Moraes (2004) aclara que não só, não há uma definição completa dos diferentes mecanismos responsáveis pelo envelhecimento, como provavelmente há uma causalidade multifactorial e interdependente.

Robert (1995) alerta-nos para o risco de enviesar o nosso pensamento, quando apenas analisamos tão vasto processo à luz de uma única teoria. Fala-nos mesmo das “*ciladas montadas pela exclusividade do raciocínio causal admitido pela maior parte dos biólogos: post hoc, proper hoc, cilada já denunciada pelos pensadores clássicos*” (Robert, 1995, p. 325). Deste modo podemos inferir que a multicausalidade está na base do envelhecimento, pelo que a actuação de enfermagem terá que ser encetada face às diferentes manifestações e/ou às respostas de transição na saúde e à doença.

São múltiplas as transições que o ser humano sofre com o decurso da idade. Moraes (2004, p. 7 – 8) explicita-nos que o envelhecimento ocorre com base em três premissas:

- “*Vulnerabilidade*” - verifica-se uma maior susceptibilidade às agressões ou estímulos dos meios interno e externo.
- “*Variabilidade*” - com efeito as diferentes células, tecidos, órgãos, aparelhos e sistemas envelhecem de forma diferenciada.
- “*Irreversibilidade*” – verifica-se um cumulativo de perdas ao longo da vida, as quais uma vez instaladas não são recuperáveis.

1.2 - ALTERAÇÕES INERENTES AOS DIFERENTES ÓRGÃOS E SISTEMAS

A partir dos 50 anos de idade a perda funcional anual é de 1% (Moraes, 2004). O mesmo autor diferencia ainda o envelhecimento em “*senescência*” se fisiológico e “*senilidade*” se patológico. Quanto ao envelhecimento fisiológico ainda o subdivide em: “*Envelhecimento usual (apresenta prejuízos significativos, mas não são qualificados como doentes) e Envelhecimento Bem-sucedido (perda fisiológica mínima, com preservação da função robusta em*

uma idade avançada. O processo de envelhecimento é “puro”, isento de danos causados por hábitos de vida inadequados, ambientes inapropriados e doenças) (Moraes, 2004, p. 7).

1.2.1 - MODIFICAÇÕES A NÍVEL PSÍQUICO

Moraes (2004) defende a noção de que o idoso consegue perceber e aceitar a realidade com que se depara quanto às perdas funcionais e desenvolve maior tolerância à dor. Também Eliopoulos (2005) fundamenta esta linha de pensamento afirmando que a consciencialização do fim de vida é um percurso que se esboça e projecta com o desaparecimento dos amigos e contemporâneos. Deste modo apresenta uma menor vulnerabilidade psíquica. Não obstante, Roach (2003, p. 151) refere que a *“perda é um dos principais factores de risco que ocasionam depressão nos idosos”*. A mesma autora (Roach, 2003), salienta que da depressão emergem os seguintes diagnósticos de enfermagem: esperança diminuída, interacção social prejudicada e compromisso do autocuidado. Salienta ainda que há outros fenómenos subjacentes como o luto e a solidão. Neri (2002, p. 43) afirma que: *“com o envelhecimento diminui a plasticidade comportamental, definida como a possibilidade de mudar para adaptar-se ao meio (por exemplo, através de novas aprendizagens) e diminui a resiliência, definida como a capacidade de reagir e de recuperar-se dos efeitos da exposição a eventos stressantes (por exemplo, doenças e traumas físicos e psicológicos)”*. Verificam-se também perdas de memória, nomeadamente a operacional e a episódica, o que determina o esquecimento dos factos recentes e a recordação dos factos passados (Krause, 2006; Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia, 2006; Yassuda e outros, 2011). Considerando o conceito de *“envelhecimento bem sucedido”*, é fundamental informar o idoso sobre as modificações de que será alvo, tomando sempre por horizonte a singularidade do processo de envelhecimento, logo, habilita-se e reabilita-se a cada dia (Moraes, 2004). Urge então percebermos que a velhice bem sucedida é o corolário de um investimento pessoal no domínio preventivo ao longo da vida. Moraes (2004, p. 21) salienta três variáveis decisivas no êxito de um *“envelhecimento bem sucedido: autonomia, independência e sabedoria”*. Em sintonia com o autor anterior, Vieira e outros (2011, p. 1535) releva a *“gerotranscendência”*, que se reporta à *“elevação na velhice”*.

1.2.2 - MODIFICAÇÕES A NÍVEL FÍSICO

São múltiplas as manifestações destas modificações pelo que discriminaremos em função dos diferentes focos ou temas que nos parecem determinantes no domínio da enfermagem.

Volume de Líquidos e modificações génito-urinárias

O volume de água no idoso corresponde a 52% do total do seu peso. Este valor traduz uma redução de 20 a 30% da água corporal total e 8 a 10% do volume plasmático. Esta redução hídrica é maior no meio intracelular, emergindo um maior risco de desidratação. Deste modo é fundamental a ingestão diária de 1500 ml de água (Moraes, 2004; Eliopoulos 2005; Roach, 2003).

Há outros factores no idoso que estão subjacentes a uma menor ingestão de líquidos: diminuição da sede, medo da incontinência, líquidos inacessíveis, incapacidade para obter ou ingerir líquidos autonomamente, perda de motivação, cognição ou humor alterado e náusea, vômito e diarreia (Eliopoulos, 2005; Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia, 2006). A taxa de filtração glomerular e a massa renal diminuem com a idade. Percebemos então que as modificações que se manifestam a nível deste sistema são múltiplas tendo repercussões na vida do cidadão idoso (Donaire, 1988; Gallo *e outros*, 2001; Rice, 2004). As alterações fisiológicas no sistema génito-urinário são: redução do fluxo sanguíneo renal (estima-se em 10% por década a partir dos 30 anos de idade); diminuição da taxa de filtração glomerular (há uma redução de cerca de 8 ml/minuto/1,73m² por década após os 40 anos de idade, diminui também o nível da creatinina devido à sarcopenia); alteração da função tubular (com redução da capacidade de concentração da urina, diminuição da acidificação e maior sensibilidade aos agentes nefrotóxicos); alterações no sistema renina-angiotensina-aldosterona (determinando uma diminuição dos níveis de aldosterona e consequente vulnerabilidade aos desequilíbrios hidroelectrolíticos, nomeadamente a depleção de volume, desidratação e risco de hipercaliémia); relativamente à bexiga verifica-se fibrose a nível da parede o que conduz à diminuição da contractilidade e consequente aumento do volume residual; na uretra ocorre o aumento da deposição de colagénio diminuindo a resistência ao fluxo miccional; a nível prostático é comum a hiperplasia, podendo ocasionar situações de retenção urinária; a mucosa vaginal por diminuição da celularidade sofre atrofia do epitélio podendo desencadear dispareunia e o soalho pélvico por aumento da deposição do colagénio e do tecido conjuntivo ocasiona défice da acção muscular ocasionando incontinência de esforço (Gomes, 2011;

Maciel, 2011; Moraes, 2004; Pires, 2011; Roach, 2003; Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia, 2006).

Massa Muscular

A perda de massa muscular é denominada de *sarcopenia*. Esta ocorre por: perda de neurónios motores, redução da acção hormonal anabólica, redução da actividade física logo atrofia por desuso sob a qual estão as doenças incapacitantes [Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva (DPOC), artrite reumatóide, parkinsonismo...] (Moraes, 2004; Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia 2006). As consequências desta perda são: redução da massa muscular magra (20 a 30%), a qual ocasiona: redução na força muscular, diminuição na mobilidade, menor tolerância ao exercício, risco de queda e imobilidade; diminuição da sensibilidade à insulina, conduzindo à intolerância à glicose; comprometimento da resposta imunológica e redução dos tecidos metabolicamente activos (diminuição do metabolismo basal, o qual condiciona à perda de apetite e consequente redução da ingestão alimentar. Este facto conduz à subnutrição proteico-calórica e mineralo-vitamínica) (Moraes, 2004; Valente, 2011).

Com o envelhecimento verifica-se o aumento da densidade do tecido conjuntivo e a diminuição de água contida neste (Rice, 2004; Valente, 2011). A perda de massa muscular traduz-se na diminuição do número de fibras musculares tipo II, de contracção rápida. Tais modificações condicionam a uma lentificação e instabilidade da marcha, sobressaindo o risco de queda e fadiga (Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia, 2006). A prática regular de exercício físico, constitui uma necessidade no sentido de minorar os efeitos das modificações típicas do aumento de idade (Eliopoulos, 2005; Valente, 2011).

Massa Gorda

De acordo com Williams (1995) [cit. por Eliopoulos (2005, p. 75)] “a gordura total em proporção à composição do corpo duplica entre as idades de 25 e 75 anos”. Verifica-se o aumento do tecido adiposo entre 20 a 30%, na gordura corporal total. Estima-se que 2 a 5% por década após os 40 anos de idade. Também a sua distribuição é mais abdominal e visceral. Nas mulheres a predominância regional corporal é nas nádegas e coxas e a nível masculino é mais no abdómen. Sobressai daqui um risco de toxicidade quando administrados fármacos, pelo aumento da semi-vida das drogas lipossolúveis (Moraes, 2004). O aumento da massa gorda é a causa do aumento do peso corporal. Há no entanto outros factores associados que

concorrem sinergicamente para o mesmo efeito, sendo estes: a redução da actividade física, alterações hormonais e mudança de hábitos alimentares (Krause, 2006). Com a obesidade aumenta o risco de doenças cardiovasculares, cancro de mama e endométrio, intolerância ao exercício, aumento da imobilidade, osteoartrite, lombalgias, apneia do sono, Diabetes Mélitus, entre outros (Moraes, 2004).

Massa Óssea

Também o tecido ósseo sofre modificações com o decurso da idade, Rice (2004, p. 455) refere-nos que “*a estrutura óssea é mais porosa mas mantém uma desmineralização normal*”. Gallo e outros (2001, p. 334) expõe que um “*modelo de dados baseado na população concluiu que 54% das mulheres com 50 anos de idade apresentarão fracturas relacionadas à osteoporose durante o restante da vida*”. A Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia (2006, p. 54) afirma que “*a perda de massa óssea é uma característica fundamental, constante e universal do envelhecimento*”. Salientamos ainda que a actividade osteoclástica está aumentada e a osteoblástica está diminuída a partir dos 40 anos de idade (Roach, 2003; Rossi e Sader, 2011; Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia, 2006). Predominantemente no sexo feminino verifica-se a redução do conteúdo mineral ósseo (osteopenia) após a menopausa. Denotando-se um aumento da osteoporose e conseqüente risco de fractura. Estima-se que as mulheres perdem cerca de 40% do cálcio esquelético. Na base desta perda estão os factores hormonais (redução da hormona de crescimento, somatomedina e aumento da paratormona), diminuição da ingestão alimentar de cálcio e redução da vitamina D (diminuição da ingestão alimentar e reduzida exposição solar). Face ao envelhecimento verificamos que a estatura também diminui cerca de 1cm no homem e 1,5 cm na mulher por década, a partir dos 40 a 50 anos. As causas de tal modificação residem na redução de massa óssea por vezes associada à cifoescoliose ou à hipercifose e à redução dos discos intervertebrais (Moraes, 2004). Importa ainda salientar que os estrogénios, na mulher, têm a acção de inibir a reabsorção óssea e promover a absorção de cálcio. Deste modo, após os 30 anos em que começa a diminuição da segregação destes, a qual é ainda mais significativa a partir da menopausa, o risco de fractura é exponencial (Roach 2003).

Modificações a nível do sistema gastrointestinal

São múltiplas as modificações infligidas no sistema gastrointestinal, pelo envelhecimento. Muito embora a mortalidade por causa digestiva na idade avançada seja significativamente menor que por outros sistemas, são os sintomas e sinais deste sistema que com mais

frequência impõe a procura de cuidados de saúde (Eliopoulos, 2005). A xerostomia é dos sintomas mais incomodativos no idoso devendo-se à acção de fármacos, a determinadas patologias, como a diabetes, a ansiedade, a respiração pela boca ou ainda a défices de vitamina B₁₂ (Roach, 2003). Para além da xerostomia há diminuição do número de papilas gustativas o que diminui o paladar. Com o envelhecimento verificam-se alterações da motricidade oral que podem estar na base do compromisso da deglutição. A deglutição pode estar comprometida ainda pela atrofia dos músculos da língua e pela alteração funcional da musculatura oral (Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia, 2006). Por outro lado a perda de dentes (parcial ou total) prejudica a mastigação, no entanto há outras razões possíveis como a má oclusão dentária ou ainda as próteses dentárias desajustadas (Moraes, 2004; Rice, 2004). Na idade avançada verifica-se a diminuição dos neurónios do plexo mioentérico em cerca de 20 a 60%, o que diminui a motilidade do esófago, podendo ocorrer espasmos. As manifestações comuns são dor esofágica e engasgamento. Outra das modificações é a redução dos factores citoprotectores gástricos e a maior prevalência de gastrite atrófica ocasionando maior reacção aos agressores da mucosa e diminuição da acidez o que determina deficiente absorção de vitamina B₁₂ e de ferro, respectivamente (Ferriolli, 2011; Moraes, 2004). Verifica-se também a redução das dimensões do fígado, bem como da actividade das enzimas hepáticas e do volume sanguíneo hepático, condicionando o metabolismo das drogas o que aumenta a sua semi-vida (Ferriolli, 2011; Moraes, 2004; Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia, 2006). Há ainda maior propensão para a litíase biliar, o que determina intolerância às gorduras e maior risco de colestase (Roach, 2003; Moraes, 2004). Ocorre também a redução de neurónios mioentéricos o que está ainda na base da obstipação por redução da motilidade intestinal. A nível do cólon verifica-se hipotrofia, havendo maior risco de diverticulose. Por fim, a diminuição da massa muscular abdominal aumenta o risco de hérnias (Ferriolli, 2011; Moraes, 2004).

Repercussões nutricionais

Algumas modificações que ocorrem com o envelhecimento condicionam a ingestão nutricional. Devemos ainda considerar se estão presentes défices de origem patológica, os quais, se associados às modificações decorrentes da idade, têm uma acção sinérgica nefasta, conduzindo a uma pior ingestão nutricional (Moraes, 2004). Com o aumento da idade verifica-se uma redução do número de papilas gustativas e uma diminuição das terminações nervosas gustativas e olfactivas. Decorre desta uma exacerbação do limiar de percepção dos sabores doce e salgado, pelo que se instala a noção de que os alimentos são amargos e azedos,

levando ao aumento de sódio e açúcar no tempero da dieta. Acresce ainda a presença de xerostomia, a qual amplia de modo negativo os efeitos anteriormente citados (Atkinson e Murray, 1989; Hagemeyer e Rezende, 2011; Moraes, 2004; Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia, 2006). Obviamente que a menor salivação e ingestão alimentar leva a uma diminuição da estimulação gástrica que de *per si* se caracterizava já pela redução da acidez, verificando-se deste modo um efeito sinérgico, o qual conduz à diminuição de oligoelementos como: vitamina B₁₂, ferro, cálcio, ácido fólico e zinco. Também o metabolismo basal é mais baixo, estimando-se que diminui cerca de 100Kcal por década, levando à diminuição da massa magra e da actividade física (Hagemeyer e Rezende, 2011; Moraes, 2004). Dada a redução da síntese e ingestão proteica, aumenta a necessidade do aporte deste nutriente. Por outro lado há uma redução da biodisponibilidade da vitamina D, condicionando à baixa absorção do cálcio. No entanto verifica-se uma predisposição para o aumento da toxicidade pelas vitaminas lipossolúveis. Importa ainda referir que os mecanismos reguladores da sede, fome e saciedade ficam alterados (Moraes, 2004; Atkinson e Murray, 1989).

Segundo Moraes (2004) há outros factores que embora não estejam directamente ligados ao sistema digestivo, podem interferir com a adequada nutrição tais como: situações em que haja sequelas ou danos os quais limitam a acessibilidade ao alimento como a hemiparésia, a demência, a hipocondria ou a depressão; causas sociais que conduzem à restrição da alimentação como o: isolamento, baixo poder económico ou ainda a institucionalização; uso de drogas que conduzem à inapetência ou alteram o paladar. Alterações inerentes ao tubo digestivo como: mastigação e/ou deglutição comprometidas, gengivite, candidíase oral, diarreia, síndromes de má absorção, consumo de tóxicos. A Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia (2006) complementa os factores anteriores, acrescentando a: diminuição do paladar, por diminuição do número de papilas gustativas; xerostomia; diminuição do olfacto; diminuição das secreções gástricas; défice adquirido de lactase; diminuição da absorção; e dependência nas actividades instrumentais. As consequências das alterações do estado nutricional são por vezes grandes condicionantes do grau de saúde dos idosos, logo da sua qualidade de vida.

Modificações na resposta imunitária

Para além dos factores extrínsecos como a malnutrição, o consumo de substâncias e a Diabetes Méllitus entre outros verifica-se que a resposta imunitária é deficiente com a idade avançada (Moraes, 2004; Atkinson e Murray, 1989). A nível da imunidade celular apontam-se

as seguintes modificações: involução do timo; redução do número de linfócitos T circulantes entre 20 a 30%; redução da reacção de hipersensibilidade tardia; e redução da produção de citocinas IL₂ e IL₁₀ (Moraes, 2004; Veiga, 2011).

Relativamente à imunidade humoral, descrevem-se as seguintes modificações: aumento da produção de auto-anticorpos; menor produção de anticorpos contra antigénios específicos; a primo-vacinação é menos eficaz do que se administrada em idades infanto-juvenis; menor capacidade de neutralização de anticorpos; e maior latência na resposta mediada por anticorpos (Moraes, 2004; Roach, 2003; Veiga, 2011).

Modificações na termorregulação

Com o envelhecimento a capacidade de adaptação térmica, logo a regulação da temperatura corporal estão comprometidas (Moraes, 2004; Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia, 2006). As causas subjacentes a esta resposta deficitária atribuem-se a: disfunções hipotalâmicas, lentificação da resposta aos pirogénios, dificuldade da produção e conservação do calor quer por redução da massa gorda, (tecido celular subcutâneo), quer por diminuição da vasoconstricção periférica (Moraes, 2004; Atkinson e Murray, 1989). O indivíduo idoso apresenta temperaturas basais menores que os jovens, podendo até num processo infeccioso não se instalar febre. Verifica-se ainda um risco de hipotermia considerando a resposta à infeção. Também face ao aumento da temperatura atmosférica, por diminuição da vasodilatação periférica, a sudorese é menos efectiva (Moraes, 2004). Pozos e Born (1982) [cit. por Atkinson e Murray (1989, p. 186)] afirmam que “*a hipotermia é a ameaça constante e universal dos idosos*”.

Modificações nos Tegumentos

O fotoenvelhecimento é uma das modificações mais comuns com a velhice. Esta modificação tem repercussões quer a nível físico (fisiologicamente) quer a nível psicossocial (Moraes, 2004). Devido à redução do colagénio, das fibras elásticas e da vascularização periférica, a pele sofre uma diminuição da epiderme e da derme em cerca de 20% da sua original espessura (Brandão e Brandão, 2011; Eliopoulos, 2005; Moraes, 2004). O que condiciona a um aumento da rigidez dos tecidos, menor elasticidade dos mesmos e diminuição do turgor (Moraes, 2004). Salientamos ainda a diminuição, em cerca de 50%, das células de Langerhans e dos mastócitos. A produção de glândulas sebáceas diminui cerca de 60% e a produção de vitamina D também. A textura da pele modifica ficando mais pálida, flácida, frágil e seca (xerose) (Eliopoulos, 2005; Moraes, 2004). Originam-se as rugas, hiper ou hipopigmentação, manchas

e teleangiectasias, sobretudo nos locais de maior exposição solar. O fumo tabágico agrava estas modificações. Na raça negróide estas manifestações são mais tardias (Moraes, 2004). Verifica-se a redução do índice de renovação epitelial e da taxa de crescimento linear das unhas, do cabelo e dos pêlos, pelo que os estes ficam mais finos, quebradiços e uma distribuição rarefeita (Brandão e Brandão, 2011; Eliopoulos, 2005; Moraes, 2004; Rice, 2004). Também as unhas ficam mais espessas podendo originar ranhuras e mais propensas a onicogribose e onicomucose (Brandão e Brandão, 2011; Moraes, 2004; Rice, 2004).

Modificações no sistema endócrino

São múltiplas as modificações a nível deste sistema e difíceis de quantificar especificamente, dado o grande número de factores intervenientes (Donaire *e outros*, 1988; Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia, 2006). Com o envelhecimento verificam-se alterações da função tiroideia, sendo estas: atrofia glandular, aumento da susceptibilidade a nódulos (sobretudo coloidais) e infiltração leucocitária. Não obstante a função manter-se praticamente inalterável ao longo do ciclo de vida, há um aumento da prevalência de doenças da tiróide primárias (hipo / hipertiroidismo e nódulos) e secundárias (síndrome eutireóideo e toxicidade por drogas) (Lieberman, 2011; Moraes, 2004; Nasri, 2011). As paratiróides podem aumentar a sua secreção em resposta à diminuição do cálcio sérico (Lieberman, 2011; Roach, 2003; Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia, 2006). Nas supra-renais pode ocorrer aumento da fibrose e formação de pequenos nódulos no córtex e uma diminuição de 30% das taxas de secreção e excreção (Lieberman, 2011; Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia, 2006). Quanto à função pancreática, a tolerância à glicose altera-se, por diminuição da sensibilidade celular à insulina (Donaire *e outros*, 1988; Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia, 2006). Relativamente à hipófise, embora mantenha o peso, há alterações da estrutura, o que condiciona ao aparecimento de microadenomas (Lieberman, 2011; Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia, 2006).

Modificações cardiovasculares

Tomar a idade avançada como a causa essencial das modificações que se verificam neste sistema é excessivo, dado estas serem transversais às diferentes idades (Moraes, 2004). A ilustrar o anteriormente afirmado apontamos a arteriosclerose, a qual se instala progressivamente ao longo do tempo. O denominado “coração senil” comporta alterações a nível do miocárdio, do sistema de condução, das válvulas e dos septos (Moraes, 2004; Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia, 2006). Estas modificações têm repercussão

sobretudo a nível funcional, o que condiciona a limitações no dia-a-dia do idoso. A nível do pericárdio e do endocárdio verificam-se as valvulopatias degenerativas (aórtica e mitral) e ainda a fibrose e calcificação do anel valvar e do septo (Afiune, 2011; Donaire *e outros*, 1988; Moraes, 2004; Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia, 2006; Roach 2003). Relativamente ao miocárdio ocorre a diminuição do número de miócitos e sua substituição por fibrose, bem como a hipertrofia dos restantes, sem que haja repercussão nas dimensões globais cardíacas (Afiune, 2011; Donaire *e outros*, 1988; Moraes, 2004; Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia, 2006; Roach 2003). Verifica-se ainda o aumento do número e espessura das fibras de colagénio do sub-tipo I o que condiciona ao enrijecimento e a deposição amilóide (amiloidose) e de lipofusina (Moraes, 2004; Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia, 2006; Roach 2003). Quanto ao sistema de condução constata-se a substituição do tecido deste sistema por fibrose, a qual tem repercussões eléctricas, associando-se a estas modificações a redução até 90% das células do nodo sinusal acima dos 75 anos e a redução da enervação cardíaca parassimpática e simpática (Afiune, 2011; Moraes, 2004; Roach 2003; Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia, 2006). Considerando o continente vascular, a aterosclerose e consequente arteriosclerose constituem modificações de extrema importância pela morbidade e até mortalidade associada. No entanto, não podemos considerar a idade avançada como a principal causa desta alteração já que a sua proveniência tem origem multifactorial (Moraes, 2004). Há no entanto trabalhos que estabelecem uma diferença significativa entre o processo arteriosclerótico na senescência e nas restantes idades. Deste modo, destacamos as seguintes diferenças: a arteriosclerose é predominante nos homens ocidentais, enquanto que na senescência é universal em diferentes espécies; as placas são heterogenias e na senescência a sua distribuição é uniforme, sobretudo nas artérias de maior calibre; na arteriosclerose verifica-se o compromisso luminal, já na senescência há o aumento do lúmen; a gravidade relaciona-se com a turbulência e o stress local, na senescência é generalizado; na arteriosclerose há um componente inflamatório, na senescência não se verifica a participação de leucócitos; na arteriosclerose o colesterol é um co-factor e na senescência ocorre independentemente da colesterolémia (Afiune, 2011; Miranda e Borges, 2011; Moraes, 2004).

Modificações a nível do sistema respiratório

Tal como noutros sistemas, também neste se verificam alterações que por vezes têm relação não apenas com o envelhecimento, mas também com hábitos de vida ou outros factores transversais às restantes idades. Como exemplo temos os hábitos tabágicos os quais só por si

podem determinar alterações profundas no domínio da respiração (Moraes, 2004; Eliopoulos, 2005). Destacam-se as seguintes modificações características do sistema respiratório do indivíduo idoso: a redução dos fluxos expiratórios máximos, aumento da capacidade vital forçada, aumento do volume residual, diminuição do volume corrente, capacidade pulmonar total estável, diminuição da capacidade de difusão, diminuição da PO_2 e da $SatO_2$ decorrente da alteração da relação ventilação/perfusão, (após os 20 anos de idade verifica-se uma diminuição desta capacidade em cerca de 2,03 ml/minuto/mmHg no homem e de 1,47 ml/minuto/mmHg na mulher por década, devido à diminuição da superfície de difusão pela alteração alveolar, aumento da espessura da parede e diminuição luminal das vias respiratórias), enrijecimento da caixa torácica (devido à calcificação das cartilagens intercostais e articulações costo-vertebrais), aumento da complacência pulmonar (perda da elasticidade pulmonar dada a redução das fibras elásticas do parênquima a qual balanceia a redução da força muscular que expande o pulmão), diminuição do controlo respiratório (esta diminuição verifica-se pela ineficácia da resposta dos quimiorreceptores periféricos e centrais, relativamente à hipoxia há uma redução das respostas ventilatórias de 51% nos homens entre os 64 e 73 anos de idade, já em relação à hipercapnia é de 41%) e aumento da reactividade das vias aéreas. Estão ainda descritas alterações no domínio dos mecanismos de defesa sendo estas: redução do transporte muco-ciliar, redução do reflexo da tosse e redução da resposta aguda aos alérgenos externos e da imunidade celular (daí o aumento da reactivação da tuberculose) (Donaire *e outros*, 1988; Gorzoni, 2011; Moraes, 2004; Roach, 2003; Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia, 2006).

Modificações a nível do sistema nervoso central e periférico

São múltiplas as modificações que ocorrem a nível do sistema nervoso central no indivíduo idoso: a redução do peso (em cerca de 10%), do fluxo sanguíneo cerebral (em cerca de 15 a 20%) e dilatação dos ventrículos; diminuição progressiva e irreversível do número de neurónios cerebrais (sobretudo no hipocampo), cerebelares e medulares; deposição neuronal de lipofuscina; degeneração vascular amilóide; surgimento de placas e degeneração neurofibrilar; compromisso da neurotransmissão dopaminérgica e colinérgica e lentificação da velocidade de condução nervosa (Moraes, 2004; Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia, 2006). As repercussões clínicas no idoso são: diminuição do diâmetro pupilar (miose senil); lentificação do reflexo pupilar; lentificação do olhar conjugado vertical, superior e inferior; diminuição da coordenação fina e da agilidade; diminuição da força muscular (simétrica); aumento do risco de hemorragia intracraniana; diminuição da

sensibilidade vibratória abaixo dos joelhos; ataxia; diminuição da visão e da audição (Moraes, 2004; Roach, 2003). A condução dos estímulos nervosos diminui com o aumento da idade, o que determina uma diminuição das reacções, logo uma lentificação da resposta motora (Atkinson e Murray, 1989).

Modificações sensoriais

Quanto às modificações sensoriais abordaremos sucintamente a visão, a audição, a dor, o tacto e o olfacto. Relativamente à visão, com o envelhecimento instala-se a presbiopia, (a partir dos 40 anos e máxima manifestação aos 60 anos), que se caracteriza pela perda progressiva da capacidade de acomodação. Tal facto deve-se à perda de flexibilidade do cristalino e à atrofia do músculo ciliar, o que determina a dificuldade visual a curtas distâncias (Atkinson e Murray, 1989; Moraes, 2004; Pedrão, 2011). Verifica-se também a redução do campo visual periférico, da acuidade visual e da discriminação das cores (degeneração macular – ocasiona dificuldade de individualizar e distinguir detalhes e cores podendo atingir perda de visão central). Pode ocorrer ainda a diminuição da visão periférica, central e espacial (Atkinson e Murray, 1989; Moraes, 2004; Pedrão, 2011; Roach, 2003). Outras modificações com o envelhecimento são: o aumento da pressão intra-ocular (resistência à passagem do humor vítreo da câmara anterior), a diminuição da produção de lágrimas, o espessamento do epitélio corneano, a liquefacção do gel vítreo (formação de partículas de fibras de colagénio que flutuam no humor vítreo desencadeando sombras na retina as quais simulam clarões e alucinações visuais), a opacificação do cristalino (esclerose do cristalino) e a rigidez pupilar (miose pupilar) manifestando-se por dificuldade de adaptação às variações de luminosidade, sobretudo se luz fraca ou visão nocturna. Esta pode ainda caracterizar-se por dificuldade de acomodação aos clarões e à iluminação súbita (Atkinson e Murray, 1989; Moraes, 2004; Pedrão, 2011). Outras alterações anatómicas possíveis são: enoftalmia, edema da pálpebra inferior (com ou sem pigmentação), ptose, entrópio (inversão da pálpebra e cílios), ectrópio (eversão da pálpebra), epífora (lacrimajamento excessivo), arco ou halo senil (deposição de lípidos na periferia da córnea, manifestando-se em todos os idosos com mais de 80 anos), amarelecimento da esclerótica, pterígio e conjuntiva mais fina e friável (ocasionando sensação de areia nos olhos / picadela) (Moraes, 2004; Pedrão, 2011).

Quanto à audição, Moraes (2004, p. 44) alerta-nos que as perdas neste domínio representam *“a terceira causa mais prevalente de incapacidade crónica na população com mais de 65 anos. A prevalência é de cerca de 24% na faixa etária de 65 a 74 anos e aumenta para 39%*

na população com idade superior a 74 anos. Pacientes institucionalizados apresentam a mais alta prevalência”. As modificações mais comuns na idade avançada relativamente ao ouvido, são: ouvido externo – pêlos do trago mais espessos, maiores e mais proeminentes; atrofia das glândulas sebáceas ocasionando o cerúmen mais seco; atrofia e secagem da pele desencadeando prurido; ouvido médio – diminuição do espaço articular dos ossículos e calcificação das respectivas cartilagens, desencadeando degeneração articular; ouvido interno – degeneração das células do órgão de Corti (equilíbrio) e da cóclea (audição) ocasionando redução da sensibilidade vestibular e hipoacusia (Moraes, 2004; Pedrão, 2011).

As modificações degenerativas no sistema auditivo periférico e central que ocorrem com o envelhecimento estão na base da perda auditiva, denominada de presbiacusia (Moraes, 2004; Pedrão, 2011; Roach 2003). A causa é desconhecida admitindo-se ser devida a vários factores entre os quais se citam: a dieta, alterações metabólicas, arteriosclerose, ruído, hereditariedade, hipercolesterolemia e doença coronária (Moraes, 2004). Quanto à clínica, manifesta-se por: perda bilateral (lenta e progressiva para tons de alta frequência), dificuldade no discernimento dos fonemas, dificuldade em perceber os fonemas em contextos com ruído de fundo, traduzindo-se na dificuldade de audição o que conduz ao isolamento (Atkinson e Murray, 1989; Moraes, 2004; Pedrão, 2011; Roach, 2003). Com o envelhecimento há dois tipos de surdez que se pode instalar: a surdez de condução e a surdez neurossensorial. A surdez de condução implica o bloqueio na transmissão das ondas sonoras através do ouvido externo e médio podendo estar na sua base um rolhão de cerúmen, otite média e a calcificação entre os ossículos (Moraes, 2004). Verifica-se uma tendência para falar mais baixo dada a percepção melhor da própria voz e entendimento da fala. A surdez neurossensorial pode ter por causa: a degeneração das células do órgão de Corti, presbiacusia, ototoxicidade e a Doença de Menière (Menezes e Lin, 2011; Moraes, 2004). Manifesta-se pela tendência em falar mais alto, atingimento bilateral, não entende a fala, instalação progressiva, diminuição ou perda da sensibilidade para sons de alta-frequência (Moraes, 2004; Pedrão, 2011; Roach, 2003). Sobressai ainda que os movimentos súbitos da cabeça podem estar na base de tonturas, por alterações no ouvido interno (Atkinson e Murray, 1989; Menezes e Lin, 2011).

Relativamente à dor, parece haver diminuição da sensibilidade à dor com o aumento da idade, ao mesmo tempo que aumenta a frequência e a multiplicidade etiológica (Atkinson e Murray, 1989).

Considerando o tacto verifica-se que com o aumento de idade é notória uma diminuição da sensibilidade táctil. Esta perda de sensibilidade generaliza-se a todo o corpo, o que determina o retardamento da resposta aos estímulos quente / frio ou até a traumatismos sobressaindo daqui o risco de queimadura ou de traumatismo por acção mecânica, por exemplo: o calçado apertado (Atkinson e Murray, 1989; Eliopoulos, 2005; Pedrão, 2011).

Quanto ao olfacto verificam-se alterações com a menopausa, dada a diminuição de estrogénios (Atkinson e Murray, 1989). Há ainda uma redução do número de células sensoriais da mucosa nasal e no bolbo olfactivo, com o aumento da idade (Eliopoulos, 2005; Pedrão, 2011).

Estratégias de comunicação face às modificações inerentes à idade avançada

É fundamental a manutenção de um ambiente bem iluminado e isento de ruído. Devemos posicionar-nos estrategicamente a cerca de um metro a metro e meio de distância. Também é importante chamar a atenção do idoso, da nossa presença, tocando-o ou até tossindo. O discurso deve ser distinto, pausado sem gritar e usando de um vocabulário ajustado ao idoso. Sempre que for necessário devemos repetir ou reformular a frase. Importa ainda não mudar de assunto sem informar o idoso. As frases devem ser curtas, usando de palavras simples claras e afirmativas. Destacamos também a necessidade de escutar com paciência permitindo a conclusão do que o idoso pretende comunicar. Não menos importante é a permissão para que o idoso integre os diálogos com a família ou conviventes. Se institucionalizado, devemos tratá-lo da forma que ele aprecia e nunca com “familiarismos” que menosprezem o idoso ou possam ser entendidos como tal. Por fim é importante não ser sistematicamente directivo e deve ser evitada qualquer exposição desnecessária (Moraes, 2004; Roach, 2003).

Também com o envelhecimento se verificam modificações inerentes ao aparelho fonatório. *“O processo de deterioração vocal inerente à idade decorrente da perda natural da eficiência biomecânica do organismo é chamado de presbifonia”* (Moraes, 2004, p.48). Dada a similaridade com alguns processos patológicos é difícil discernir entre estes e a presbifonia. Por outro lado a perda de dentes, pode conduzir à distorção dos fonemas. Também a atrofia dos músculos da língua e a alteração da capacidade funcional da musculatura oral estão na base de problemas da fala (Moraes, 2004).

Modificações no sono e repouso

Com o aumento da idade verificam-se modificações dos hábitos de sono e repouso sendo estas: uma diminuição do número horas de sono necessárias, podendo situar-se entre as 5 e as 7 horas por dia; os idosos despertam mais facilmente e demoram mais tempo a adormecer; também o sono profundo diminui, podendo cair para 50% comparativamente com o padrão do adulto jovem (Atkinson e Murray, 1989; Câmara e Câmara, 2011; Eliopoulos, 2005; Jenike, 1989). Denota-se uma maior prevalência de insónia, sendo esta mais expressiva no homem (Câmara e Câmara, 2011).

O conhecimento, das modificações subjacentes ao processo de envelhecimento, é fundamental, dado permitir-nos não só melhor entender o idoso, como possibilita instituir o cuidado por antecipação ou seja, objectiva-se um agir preventivo e profícuo às necessidades inerentes. Sabemos também que nem só os problemas que derivam dos défices do indivíduo idoso estão na base da sobrecarga e do stress do prestador de cuidados. Há outras incumbências que carecem ser trabalhadas de modo a prestar um apoio devidamente ajustado ao prestador de cuidados. Deste modo aludiremos ao prestador de cuidados, considerando as necessidades presentes quando tem a seu cargo um indivíduo idoso com compromisso do autocuidado.

2 - PRESTADOR DE CUIDADOS

De algumas décadas até aos dias de hoje, no mundo ocidental, verificaram-se progressos prodigiosos a nível científico. Tais avanços desencadearam repercussões a nível tecnológico, socioeconómico e na área da saúde, os quais condicionaram a uma melhoria da qualidade de vida e conseqüente aumento da esperança de vida, mas também geraram novos problemas aos quais a humanidade tem que responder. Martins (2006, p. 59) alerta-nos para que: *“A maior longevidade nem sempre é sinónimo de uma vida funcional, independente e sem problemas de saúde. Pelo contrário, o número de indivíduos com perda de autonomia, de invalidez e de dependência não pára de aumentar, devido à maior prevalência de doenças crónicas e incapacitantes”*. Segundo Oliveira (2000, p. 437) *“ a incapacidade adquirida, não discutindo para já a influência da sua maior ou menor gravidade, pode desafiar muitos dos princípios fundamentais da vida de qualquer pessoa. (...) A pessoa em causa confronta-se com uma situação nova, radicalmente diferente, capaz de lhe limitar o desempenho das suas obrigações sociais, profissionais e familiares como até então sucedia”*. Em sintonia Moraes (2004, p. 7) refere-nos que *“a partir dos 50 anos de idade a perda funcional anual é de 1% por ano”*. Também Ramos (2003) afirma que cerca de 90% da população idosa era portadora de pelo menos uma doença crónica não transmissível e desta, quase metade precisava de ajuda para realizar pelo menos uma das atividades da vida diária, instrumentais ou pessoais (limpar a casa, ir à casa de banho, comer, trocar de roupa, etc.), e cerca de um quarto teve um rastreamento positivo para distúrbio emocional tipo distímia. Destacamos ainda que Lebrão e Duarte (2003) referem que um quinto dos idosos possui dificuldade em realizar as actividades de vida diária, um terço tem dificuldade em realizar pelo menos uma actividade instrumental da vida diária e 91% tem que receber algum tipo de ajuda. Na base destas limitações referem-se os factores hereditários, ambientais e a vulnerabilidade (Moraes, 2004).

Podemos então inferir que independentemente da causa, a incapacidade adquirida, condiciona a um conjunto de limitações, perdas de autonomia e dependência, nomeadamente nas actividades básicas da vida diária e nas actividades instrumentais da vida diária, as quais impõem que a pessoa acometida requeira a ajuda de um prestador de cuidados.

2.1 - CONCEITO DO PRESTADOR DE CUIDADOS

Ser prestador de cuidados é uma missão complexa e multifacetada pelo que procuraremos proceder a uma abordagem sintética mas suficientemente abrangente de modo a compreendermos este processo na sua globalidade. Para percebermos o que encerra ser “Prestador de Cuidados”, é fundamental analisarmos o conceito. Importa salientar que o mesmo pode assumir diferentes referências, tais como cuidador formal e cuidador informal. Segundo Figueiredo (2007, p. 103) cuidador formal é “*o profissional que é contratado para a prestação de cuidados*” e cuidador informal integra “*os familiares, amigos, vizinhos ou voluntários que prestam cuidados de forma não remunerada*”. Martins (2006, p. 60) explicita-nos que:

“a designação de cuidador informal surge por contraste aos profissionais dos serviços de saúde, que formalmente assumem o exercício de uma profissão, para a qual optaram de livre vontade e tiveram preparação académica e profissional. (...) O indivíduo funcionalmente dependente procura ajuda primeiro no seio da família, sendo os familiares directos os mais solicitados para desempenharem este papel”.

Analisando etimologicamente a palavra cuidador, percebemos que a mesma deriva do latim, encerrando em si mesma a palavra cuidar cuja raiz é *cojito* a qual significa “*agitar no espírito, pensar, meditar, projectar, preparar*” (Instituto Antônio Houaiss, 2002, p. 1149). Por conseguinte, cuidador é “*aquele que cuida; aquele que se mostra zeloso*” (Instituto Antônio Houaiss, 2002, p. 1148). Focalizando o mesmo termo na língua inglesa, *caregiver*, este encerra duas palavras unidas, *care* (*cuidado*) e *giver*, em que *to give* significa “*dar, entregar, oferecer (...)*”, logo: entregar-se ao cuidado. Face à sua natureza, cuidar remonta à antiguidade do Homem, pelo que Colliérre (1989, p. 25) refere-nos que “*a prática de cuidados é sem dúvida, a mais velha prática da história do mundo*”. Verificamos contudo, que cuidar implica uma grande diversidade de tarefas, logo distintos processos de vinculação e de resposta dos diferentes actores, daí que estes sejam designados de forma diferenciada. Martin (2005, p. 184) diferencia-os em *cuidador informal primário* (“*é quem realiza mais de metade do cuidado informal recebido pela pessoa dependente*”) e *cuidador informal secundário* (“*o cuidador que não tem as responsabilidades principais no cuidado*”). Também Neri e Carvalho (2002) diferenciam entre cuidador primário e secundário, mas acrescentam ainda outro conceito, o de cuidador terciário. Deste modo, denominam de *cuidador primário* “*são os principais responsáveis pelo idoso e pelo cuidado e são os que realizam a maior parte das tarefas*” e *cuidador secundário* “*podem até realizar as mesmas tarefas que o*

cuidador primário, mas o que os distingue dos primeiros é o facto de não terem o mesmo nível de responsabilidade e decisão. Geralmente actuam de forma pontual em algumas tarefas dos cuidados básicos e em deslocamentos e transferências, dão ajuda doméstica e se revezam com o cuidador primário”. Os cuidadores terciários, “são co-adjuvantes e não têm responsabilidade pelo cuidado. Substituem o cuidador primário por curtos períodos e, geralmente, realizam tarefas especializadas, tais como compras, pagar contas e receber a pensão” (Neri e Carvalho, 2002, p. 779).

Outra denominação, é *cuidador informal*, sendo definido por Leme e Silva (1996; p. 95) como “*uma legião de conjugues, filhos e filhas, noras e genros, sobrinhos e netos, amigos, membros de entidades paroquiais e de serviços que se dispõem, sem formação profissional de saúde, a dar aos doentes sob sua responsabilidade os cuidados indispensáveis, tendo como sua maior arma sua disponibilidade e boa vontade*”. Destacamos uma outra designação que a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) incorpora, “*Membro da Família Prestador de Cuidados*”, o qual é definido como o “*Responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família*” (ICN, 2011, p. 115). Face ao exposto é importante salientar o papel da família no cuidado da pessoa dependente.

2.2 - PAPÉIS DA FAMÍLIA

A família constitui o alicerce da sociedade. Duarte e Diogo (2000, p. 11) definem família enquanto “*sistema dinâmico de duas ou mais pessoas que estão envolvidas emocionalmente umas com as outras e vivem próximas. O termo envolvimento emocional implica obrigações recíprocas e responsabilidades dentro do contexto de atenção e cumplicidade*”. À semelhança de qualquer sistema, a família detém múltiplas funções, pelo que destacamos: partilha de afecto entre os seus membros, responder às diferentes necessidades dos seus membros, apoio e segurança pessoal, construir e responder aos objectivos comuns dos seus membros, promover a socialização, transmissão da responsabilidade moral e controlo social, construção e manutenção de ambiente de intimidade, aceitação dos seus membros com amor incondicional, responder às necessidades específicas inerentes aos diferentes estádios de vida (Duarte e Diogo, 2000; Leme, 2007; Moreira, 2006; Figueiredo, 2007; Marques, 2007). Sobressai daqui, que a família assume um papel preponderante na assistência dos seus idosos e/ou membros que necessitem de apoio. Farran (2002, p. 4) revela que “*um quarto das famílias nos EUA têm um familiar com mais de 50 anos que requer algum tipo de ajuda*”.

Face a esta realidade emergente, os estudos americanos e canadianos revelam-nos, que após os anos 80, as famílias asseguram 80% do suporte aos seus familiares idosos (Ducharme, Lebel e Bergman, 2001; Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006). De acordo com Kneipp, Castelman e Gailor (2004, p. 24) “*Na população idosa, cerca de 65% de toda a assistência, é prestada informalmente por familiares e amigos apenas 5% dos idosos recebe cuidados qualificados inteiramente por via formal (pagando ou cobertos pelo seguro de saúde)*”. Também Nolan, Grant e Keady (1996, p.13) explicitam que “*a família fornece actualmente 77 a 80 % de todos os cuidados necessários*”. Noelker (2001) reforça, afirmando que: “*estima-se que 25 milhões de cuidadores familiares, prestam cuidados a um idoso e 6 a 9 milhões prestam cuidados durante o dia, com equipas de apoio*”. Por sua vez Quintela (2000) [cit. por Veríssimo (2003, p. 10)] afirma que “*em Portugal a maioria dos cuidados aos idosos continuam a ser efectuados pelas famílias. Dos cuidados informais prestados às pessoas idosas, 80% são exercidos pela família, amigos e voluntários*”. Contudo, percebemos que este fenómeno é comum aos países do sul da Europa, pelo que Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) explicitam que, na Europa do sul, a família é quem acolhe os seus idosos dependentes, fruto da não existência de uma rede de suporte institucional bem estruturada. Lage (2005) reforça que com a situação da crise económica, a sociedade volta a atribuir às famílias a responsabilidade dos cuidados que tomam por beneficiários os idosos. Contudo, como todos os sistemas, a família constitui uma entidade sujeita à mudança, que se suporta no equilíbrio dinâmico. Em consequência, hoje vivenciamos diferentes modelos de família que apresentam distintas formas de organização, das quais nem todas afixam a estabilidade necessária para garantirem a assistência aos seus membros (De la Cuesta Benjumea, 1995). Assim, urge revalorizar o papel da família, reconhecendo o seu valor e contributo para uma sociedade mais estável e solidária. No entanto, sabemos que a coesão familiar é encetada pelos laços estabelecidos entre os seus membros e mantida pela sua complementaridade afectiva e funcional. Moreira (2006, p. 23) refere que “*todas as famílias, para que possam manter a sua integridade, desempenham determinadas funções de modo a responder às suas necessidades enquanto família (enquanto todo), às necessidades de cada membro individualmente e às expectativas da sociedade*”. Não obstante, o papel da família, percebemos que pela actual organização social, as exigências laborais e o envelhecimento da população emergem novos desafios no domínio do cuidado familiar. Afigurasse-nos então, uma nova realidade onde emergem as famílias monoparentais, proliferando os cuidadores idosos que se encontram sós dado o êxodo migratório dos jovens ou a opção de permanecerem em suas casas. Também, a baixa natalidade e as exigências do mundo do trabalho, que retiram tempo de permanência em

casa, no seio familiar. Face a tal paradigma, importa encontrar respostas de resolução às novas dificuldades que se encontram no seu dealbar. Tais pressupostos impõem por vezes a necessidade de se evoluir pela distribuição de tarefas face aos diferentes membros, pressupondo um cuidador informal sob o auspício de uma figura colectiva (De la Cuesta Benjumea, 2006). Em consequência de tais mudanças, De la Cuesta Benjumea (2009, p. 100), afirma que:

“O cuidado familiar é um fenómeno em aumento que tem lugar em condições cada vez mais difíceis pela idade avançada dos cuidadores, a sua própria morbilidade, a duração da doença e a complexidade do cuidado familiar. Esta é uma área de especial relevância para a enfermagem, pois, pela sua proximidade com a população, está numa posição única para prestar apoio aos cuidadores, potenciar as suas forças e chamar à atenção sobre as suas necessidades”.

Face ao exposto, urge então percebermos qual a dimensão do cuidado familiar, relativamente ao qual, a enfermagem de forma privilegiada, poderá estruturar respostas.

2.3 - DIMENSÕES DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS E SUA VALIA ECONÓMICA

De acordo com o Concise Oxford Dictionary [cit. por Squire (2005, p.86)] há três dimensões do cuidado: *“Responsabilidade/tomar conta de alguém; Satisfazer/responder às necessidades de alguém e Sentir preocupação, interesse, consideração, afecto pela pessoa de quem se cuida”*. Também Luders e Storani (2000, p. 154) afirmam que prestar cuidados é *“uma actividade complexa, com dimensões psicológicas, éticas, sociais e demográficas, que também comporta aspectos clínicos, técnicos e comunitários”*. Percebemos da complexidade e abrangência do papel, que cidadãos sem qualquer formação prévia, têm que desempenhar. Jani-Le Bris (1994, p. 90), complementa a dimensão da prestação de cuidados, com base em relatórios, de três países. Suportando-se no do Reino Unido, enuncia três critérios descritores da vida quotidiana do prestador de cuidados: *“o tipo e grau de dependência da pessoa de quem cuidam e as necessidades de ajudas daí decorrentes; a amplitude do envolvimento pessoal da pessoa que presta os cuidados; o tipo de casa e a eventual presença, no lar, de outras pessoas, para além do idoso e da pessoa que cuida dele”*. Com base nos relatórios Francês e Alemão alerta que: *“a ausência de rotina que resulta, por exemplo, da instabilidade da pessoa a quem são prestados cuidados e que pode ir até ao disfuncionamento da vida do lar, em caso de grave deterioração mental, é um factor de destruição da vida quotidiana,*

normalmente ritmada” (Jani-Le Bris, 1994, p. 90). Face ao exposto, é imensa a abrangência inerente às funções de quem cuida, o que se nos reportarmos ao que esta representa economicamente, percebemos o quanto os cuidadores informais poupam à sociedade. Nos Estados Unidos, onde o universo de pessoas sob cuidados de prestadores de cuidados informais oscila entre 15 e 25 milhões de pessoas, estima-se que o valor económico deste tipo de assistência representa 196 biliões de dólares americanos, contudo fica aquém dos gastos com a assistência propiciada em lares (Navaie-Waliser e outros, 2002; Patterson e Grant, 2003). No Reino Unido, estima-se que o total do cuidado institucional é de cerca de 7 biliões de libras, o custo do cuidado profissional prestado na comunidade é de 3,1 biliões de libras e o custo do cuidado assegurado pela família situa-se entre 33,9 e 39,1 biliões de libras (Nolan, Grant e Keady, 1996). Nos Estados Unidos em 2006 estimou-se que o valor anual do cuidado informal representava 350 biliões de dólares americanos (AARP, 2007). Em sintonia com o estudo apresentado anteriormente e complementando-o a National Family Caregivers Association e Family Caregiver Alliance (2006) promoveram um estudo coordenado por Peter Arno, o qual pretendia saber qual o valor do trabalho realizado pelos cuidadores informais e ainda as horas de trabalho por semana. Para tal, consideraram dois salários para imputar um valor económico aos cuidados familiares de modo a mostrar o custo potencial do cuidado informal, como se os cuidadores informais fossem substituídos por trabalhadores pagos. As taxas utilizadas eram o salário mínimo actual (5,154 dólares por hora) e a taxa média nacional para auxiliares de saúde domésticos (14,68 dólares por hora). A média destes dois salários, 9,92 dólares por hora, foi utilizada como padrão para o salário cuidadores familiares. Esta taxa foi multiplicada pelo número de horas de cuidado (nacional e por estado) para determinar o valor de 2004 no mercado nacional de prestação de cuidados, o qual perfaz 306 biliões de dólares. Não obstante a representatividade, o valor social e económico da assistência prestada pelos cuidadores informais, Levine (1999, p. 1587) refere que “*os cuidadores familiares são praticamente invisíveis, como indivíduos e como uma força de trabalho*”. Importa então percebermos, face ao que comporta ser prestador de cuidados, como se processa a assunção deste papel.

2.4 - ASSUNÇÃO DO PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS

De vários estudos é perceptível que o processo de iniciação da prestação de cuidados não decorre de uma decisão pensada, maturada e detendo a informação necessária para perceber a real dimensão da função (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006). Assim, Jani-Le Bris (1994, p.

76) afirma que “o europeu que presta cuidados raramente se encontra numa situação de livre escolha”. Acrescenta ainda que a escolha integra várias condicionantes, sendo estas: a disponibilidade ou a boa vontade, o bom funcionamento dos serviços de apoio domiciliário e acesso aos mesmos e ainda instituições de qualidade com custo acessível. O mesmo autor salienta que há duas vias preponderantes para a assunção do papel de prestador de cuidados: um *processo sub-reptício* ou um *acontecimento súbito* idem (1994, p. 76). A primeira caracteriza-se por se desenrolar de forma lenta e progressiva, face a algumas perdas, onde se vai instalando um cumulativo de dependência. É um processo insidioso e os familiares vão-se envolvendo sem grande consciência do facto. A segunda “*pode ter três causas: uma doença, um acidente (fractura do colo do fémur, acidente cardíaco ou cárdio-vascular, etc), seguidos de uma saída do hospital que exclui o retorno ao domicílio, se o doente vive sozinho; a viuvez; a demissão ou o falecimento da pessoa que anteriormente prestava cuidados*” idem (1994, p. 77-78). O mesmo autor salienta ainda que este contexto condiciona a que a decisão de cuidar de alguém seja tomada de forma emotiva e irreflectida. Refere ainda as “*vias de entrada intermédias*” por exemplo retirar o idoso do lar onde se encontra ou o recrudescimento de uma doença aguda, passando a crónica. Releva ainda que embora o alvo do cuidado seja o idoso, este é excluído do processo de tomada de decisão (idem, 1994, 78). Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006, p. 56) explicitam que o processo de assunção do papel de prestador de cuidados se caracteriza por dois comportamentos: “*resvalar para dentro / slipping into it*” e “*resvalar para fora / slipping out of it*”. “*Ou seja, ao mesmo tempo que um membro da família assume a responsabilidade da prestação de cuidados, os outros descartam-se*” (idem, 2006, p. 56). Desta forma, as autoras aclaram que face à maior envolvência do cuidador no processo de cuidar, se verifica um maior distanciamento dos restantes membros da família, consolidando-se a intransmissibilidade do cuidado. Importa então, percebermos porque é que, apesar do que comporta ser prestador de cuidados, há motivos que levam as pessoas a assumir este papel.

2.5 - RAZÕES PELAS QUAIS AS PESSOAS SE TORNAM CUIDADORAS

Não obstante a complexidade do papel de prestador de cuidados, há razões substantivas que superam a aparente e racional decisão de não quererem tal responsabilidade, impelindo as pessoas, confrontadas perante um contexto de alguém com necessidade de apoio, a assumirem essa árdua mas nobre missão. Deste modo Netto (2007, p. 712-713) evoca quatro motivos

subjacentes à decisão de ser prestador de cuidados, sendo estes: *por instinto*, *por capacidade*, *por conjuntura* e *por vontade*.

Por *instinto*, é quando:

“assume o papel motivado por impulsos inconscientes que satisfaçam uma necessidade de sobrevivência, seja da espécie, da comunidade ou do indivíduo. Estas manifestações de cuidado instintivo apresentam-se semelhantes em indivíduos diferentes, não sendo dependentes de uma relação prévia de afecto. São, por norma limitadas no tempo e intensidade, atendendo basicamente à satisfação das leis naturais” (idem, 2007, p.712).

Por *vontade*, quando motivado por:

“uma necessidade de satisfação das próprias emoções através da relação com o outro. Essa relação de troca permite que o cuidador desenvolva a acção com responsabilidade e o paciente aceite, delegando nele a sua confiança. A acção não implica conhecimento teórico, manifesta-se em decorrência de práticas enraizadas culturalmente, podendo ultrapassar o necessário, por perda da noção de limites para a relação, com o surgimento do estado de superprotecção, já que a satisfação básica a ser atendida é a motivação do cuidador. Este cuidador surgiria nas relações decorrentes da familiaridade” (idem, 2007, p.713).

Por *capacidade*, quando a pessoa se prepara através de estudos, participa em cursos, ou por experiência de longa prática. Esta preparação pode ser específica ou genérica resultando de formação teórico-técnica ou com base na experiência. Este prestador de cuidados surge progressivamente em função das respostas que deve dar. Transforma-se no *“profissional de vários níveis”*. A sua qualificação dependerá do investimento adequado, baseado nas necessidades de cuidados a curto, médio e longo prazo (idem, 2007, p.713).

Por *conjuntura*, quando se está na situação limite, onde há falta de outra opção. Assume o cuidado pelas necessidades secundariamente criadas por questões políticas, económicas e outras, a exemplo, a falta de outro cuidador mais adequado. Constitui uma situação de desequilíbrio da relação, depreende-se fácil a obtenção de resultados pouco satisfatórios e de duração dependente da medição de forças entre o prestador de cuidados e o receptor dos mesmos (idem, 2007, p.713).

Há no entanto outras razões, expostas pelos estudos, subjacentes à assunção do papel de prestador de cuidados, sendo estas: a coabitação de longa data, a proximidade geográfica, a inexistência de estruturas de apoio e o custo financeiro da institucionalização (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006). Também Karsch (2003) refere que a literatura internacional descreve quatro factores presentes quando se focam os prestadores de cuidados primários de idosos: o parentesco (sobretudo os conjugues), o género (sobretudo a mulher), a proximidade física (cuidadores que vivam com ou próximo do receptor) e proximidade afectiva (conjugues, pais e filhos). Surgem ainda razões como o dever, podendo este ser de natureza moral e/ou social. Esta noção esbate a cultura dominante, em que o primeiro pressupõe a evitação do sentimento de culpa, cuidar de alguém que antes, na infância do cuidador (no caso de filhos), cuidou de si. Ou ainda, aquele ou aquela cujo compromisso de vida é celebrado pela indissolubilidade (os cônjuges). Em ambas as razões sobressai a solidariedade, denotando também arquétipos da cultura judaico-cristã. O dever social funda-se nas normas sociais, ainda alicerçadas no modelo de família mais tradicional, pressupondo o não abandono (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006). Emerge também a recompensa do cuidado, esta pode adoptar uma natureza oblativa ou material. A primeira denota amor, entrega a alguém ou alguma causa, em que o cuidador se sente bem consigo próprio na medida em que o seu cuidado é reflectido no bem-estar ou na dignidade do cuidado que a condição de quem depende de si, espelha (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006). A recompensa material, pressupõe entregas pecuniárias, no imediato, (não sob forma de salário, mas antes de gratificação) ou à distância, enquanto herança (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006). Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006, p. 57), explicitam que “*raramente é assumida pelo character indigno que acarreta*”. A institucionalização está condicionada por dois motivos: o custo, dado ser oneroso, e a cultura em vigor, a qual pressupõe a: “*desconsideração generalizada que existe na Europa em relação aos lares*” (Jani-Le Bris, 1994, p. 59; Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006). Após a análise da pluralidade de razões subjacentes à tomada de decisão quanto ao processo de cuidar, passaremos à caracterização dos actores envolvidos neste.

2.6 - PERFIL DOS PRESTADORES DE CUIDADOS

O perfil do prestador de cuidados, face aos estudos que consultamos, suporta-se nas seguintes variáveis: sexo, idade, parentesco, estado civil, situação de coabitação ou residência próxima e situação de emprego. Sabemos hoje que a maioria dos que cuidam são familiares, do sexo feminino, esposa e/ou filhas, as quais têm já experiências anteriores no domínio do cuidar

(Jani-Le Bris, 1994; Levin, 2002; Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006). Karsh (2003, p. 863) refere que “98% dos casos pesquisados, o cuidador era alguém da família, predominantemente do sexo feminino (92,9%)”. Outros estudos revelam-nos que a maioria, 75% a 80%, dos prestadores de cuidados de indivíduos idosos são mulheres (Alves, Sobral e Sotto Mayor, 1999; Ducharme, Lebel e Bergman, 2001; Laham, 2003). Por outro lado, Alves, Sobral e Sotto Mayor (1999, p. 372) referem ainda o vínculo familiar ao idoso, sendo maioritariamente: “filhos/as (47%) e cônjuges (25%)”. Gratão (2006, p. 68) conclui com o seu estudo que “Os cuidadores, na maioria familiares do sexo feminino, encontram-se na faixa etária adulta, fase em que a mulher tem vários papéis sociais: mãe, esposa, dona de casa de entre outros. Muitas vezes têm outras atribuições sociais, como o trabalho fora do lar, além de assumir o cuidado dos seus pais, já idosos”. Estes prestadores de cuidados perante a nova condição de vida com que se deparam, terão que mobilizar recursos ou serem ajudados a mobilizá-los, de modo a ajustarem-se. Contudo, a família como entidade dinâmica que é, apresenta múltiplas estruturas, desde monoparentais a multigeracionais, pelo que o cuidado poderá ser de responsabilidade colectiva, onde diferentes actores têm diferentes tarefas. As distintas tarefas, não significam necessariamente diferentes graus de responsabilidade, por exemplo se um dado membro da família assiste no autocuidado: comer ao almoço, poderá haver um outro que tem a mesma função mas ao jantar. Face a este paradigma emergente, De la Cuesta Benjumea (2006, p. 12-13) afirma que “Na hora de planificar os cuidados de saúde e de promover políticas que apoiem o cuidado familiar, o componente colectivo do cuidado familiar é uma questão relevante a considerar. De outra maneira, actores importantes ficam excluídos”. A optimização deste processo complexo, logo o reencontro de uma nova fase de equilíbrio, passa pela vivência de transições, pelo que passaremos a explorar.

2.7 - TRANSIÇÕES DO PROCESSO DE PRESTADOR DE CUIDADOS

A abordagem do processo de transição implica o recurso a um conhecimento substancialmente abrangente, mas que contemple a singularidade da pessoa ou pessoas clientes. Meleis (2012) enfatiza que a enfermagem é uma disciplina baseada na filosofia, teoria, prática e investigação. Como em qualquer área do conhecimento, verifica-se um percurso de aclaramento do seu domínio. Para a mesma autora o domínio é “o território da disciplina. Integra o objecto de interesse da disciplina, principais crenças e valores, os conceitos centrais, os fenómenos de interesse, os problemas centrais da disciplina, e os métodos usados para darem resposta à disciplina” (Meleis, 2012, p. 26). O domínio encerra

sete conceitos centrais, sendo estes: “o cliente de enfermagem, as transições, a interação, o processo de enfermagem, o ambiente, as terapêuticas de enfermagem e a saúde” (idem, 2012, p. 97). O *Cliente de enfermagem* é “o beneficiário dos cuidados ou o potencial beneficiário dos cuidados” (idem, 2012, p. 98); “é um ser humano com necessidades, que está em constante interação com o ambiente, tendo a capacidade de se adaptar, mas devido à doença, risco ou vulnerabilidade potencial de adoecer, experiencia o risco de desequilíbrio ou o desequilíbrio” (idem, 2012, p. 99). A *Interação* é essencial à relação do cliente e o enfermeiro, o ambiente, a família, o grupo, a comunidade e as condições físicas (Meleis, 2012). O “processo de enfermagem é construído sobre comunicação e interação, ferramentas e processos para a prática de enfermagem” (Meleis, 2012, p. 103). Acrescenta ainda que este envolve “avaliação, diagnóstico, intervenção e avaliação” (idem, 2012, p. 119). O ambiente pressupõe que “o objetivo da intervenção de enfermagem é promover, manter, regular ou mudar o ambiente e / ou os processos de vida de pessoas para efetuar mudanças em um ou em ambos” (idem, 2012, p. 104). As *terapêuticas de enfermagem* são “todas as ações e actividades de enfermagem designadamente deliberadas para cuidar dos clientes de enfermagem” (idem, 2012, p. 105). A *saúde* para Meleis (2012), pressupõe, muito para além da ausência de doença, a homeostasia, a adaptação, consciencialização, autocontrolo, empoderamento e domínio sobre o corpo.

Para abordarmos o conceito central, transição, importa integrá-lo, de modo a apossarmos-nos do seu âmbito, da sua dimensão. Tal como na filogénese, o processo mutacional é preponderante, também na ontogénese este tem particular incidência. O ciclo de vida constitui-se de uma sucessão de mudanças inerentes ao desenvolvimento. Sendo que esta sucessão acomoda sequências de continuidade e descontinuidade. Muitas destas transições ocorrem sem o controlo dos seres humanos, (doença aguda, acidente...), outras por sua vez constituíram uma opção deliberada (casamento, migração...). Com efeito as transições ocorrem entre períodos de aparente estabilidade, neste processo de vida cujo dinamismo se arquitecta num *continuum*. Quando as transições se confinam a situações de saúde-doença ou quando as respostas à transição são manifestadas por comportamentos relacionados com a saúde, integram-se no domínio da enfermagem (Chick e Meleis, 1986). O termo transição deriva do latim, *transit (i) onis*, e significa “acção de passar” (Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia, 2002, p. 3563). Também Coulson e outros (1980, p. 1776) o definem enquanto “passagem de uma condição, acção, estilo, assunto, estado de desenvolvimento, etc, para outro”. Para Chick e Meleis (2010, p. 25) transição significa “a passagem de uma fase da

vida, condição ou status para outra, é um conceito múltiplo, abrangendo o processo, o intervalo de tempo e a percepção”. O processo traduz as fases, a sequência. O intervalo de tempo diz respeito ao fenômeno em curso, mas limitado. A percepção tem a ver com o significado da transição para a pessoa que o experiencia.

Meleis e outros (2000, p. 13) explicitam que “*as transições são resultado e resultam em mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes*”. De acordo com Meleis (2010, p. 1) são múltiplas as razões para que as transições constituam um domínio da enfermagem...

«os enfermeiros gastam uma grande parte do seu tempo clínico a cuidar de indivíduos que estão experienciar uma ou mais mudanças na sua vida, que afetam a sua saúde (...) como exemplo: a admissão no hospital, a alta clínica, o parto (...). Quando se procedeu a uma revisão de literatura de 1986 a 1992, encontraram-se 310 citações que identificaram “transições” em que o quadro de interesse demonstrado pelos autores de enfermagem, para a discussão, foram as transições. Por causa do aumento do uso de tecnologia, das políticas de segurança na condução, a hospitalização e a alta clínica, os custos crescentes da hospitalização em todo o mundo, os clientes tendem a sair mais cedo do hospital e continuam a sua recuperação e transição da reabilitação em casa. Há muitos eventos gatilhos de um período de transição que afetam o bem-estar das pessoas (...) como exemplo. Movimentos migratórios de pessoas (...) esses movimentos põem as pessoas em risco de adoecer. O envelhecimento no mundo traz consigo um conjunto diferente de desafios, de cuidados de saúde, que requerem a longo prazo diferentes padrões de cuidado por enfermeiras. As pessoas vivem mais anos com doença crônica, os prematuros são salvos pelos meios modernos da ciência (...). Por fim, há imensos desastres naturais (terramotos e inundações) e desastres desencadeados pelo Homem (guerras, explosões nucleares, atentados) estes não requerem de imediato o envolvimento de enfermagem, mas requererão a atenção dos enfermeiros a longo prazo, enquanto as pessoas estão a aprender a lidar com as consequências destas situações, a sua cura e os processos de recuperação».

Releva ainda aclararmos, que Meleis aborda as transições à luz de uma teoria, entendendo-se por tal uma “*generalização abstrata que apresenta uma explicação sistemática para as relações entre os fenómenos*” (Polit e Beck, 2011, p. 617). As mesmas autoras explicitam que teoria de médio alcance é uma “*teoria que foca um segmento limitado da realidade ou da experiência humana, envolvendo um número selecionado de conceitos*” (idem, 2011, p. 617).

Na sua teoria, Meleis e outros (2000, p. 16-18), identificam quatro tipos de transição, designando-os por: “*desenvolvimentais*” (traduzem respostas associadas ao ciclo de vida)

“saúde e doença” (tornar-se portador de uma doença crónica), “*situacionais*” (que implicam mudança de papéis) e “*organizacionais*”. Estes tipos de transições não são discretos nem mutuamente exclusivos, ou seja, um dado cliente pode experienciar mais do que uma transição em simultâneo. Assim de acordo com Meleis (2010, p. 56-57) podemos dizer que o cliente experiencia uma transição *simples* ou *múltipla*. Nas múltiplas podem ainda ser *sequenciais* ou *simultâneas*. A extensão da sobreposição entre as transições, e a natureza da relação entre os diferentes eventos, é que desencadeia a experiência de transições. Não obstante a sua complexidade e padrão multidimensional, na experiência de transições foram identificadas cinco propriedades: “*consciencialização, envolvimento, mudança e diferença, intervalo de tempo e pontos críticos e eventos*” (idem, 2010, p. 56-57). A *consciencialização* está relacionada com o conhecimento e o reconhecimento da experiência de transição. É assumida enquanto característica definidora da transição, na medida em traduz o grau de congruência entre o conhecimento acerca do processo e as respostas, e o que constitui o conjunto de respostas e percepções individuais esperadas ao passar por uma transição similar (Meleis, 2010). O *envolvimento* corresponde ao grau com que a pessoa demonstra envolvimento num processo de transição. Na *mudança e diferença*, pressupõe que a transição é mudança mas nem toda a mudança resulta em transição. É uma propriedade essencial da transição. A *diferença* traduz expectativas não atendidas ou divergentes, sentimentos diferentes, sendo percebido como diferente, ou ver o mundo e os outros de maneiras diferentes. O *intervalo de tempo* integra-se na noção de que todas as transições são caracterizadas por um fluxo ou movimento no tempo. Relativamente aos *pontos críticos e eventos*, “*algumas transições estão associadas a momentos marcantes como: o nascimento, a morte, a menopausa, o diagnóstico de uma doença; enquanto em outras transições, o evento específico e marcante não é evidente*” (Meleis, 2010, p. 58-59). “*Os pontos críticos estão frequentemente associados ao aumento da consciencialização da mudança ou da diferença ou a um envolvimento mais activo na experiência da transição*” (idem, 2010, p. 59). A autora destaca ainda períodos de aumento da vulnerabilidade, em que os clientes encontram dificuldades no autocuidado ou na prestação de cuidados, doenças em que as condições de cuidados mudaram, o acesso aos profissionais de saúde mudou, circunstâncias que geram incerteza e ansiedade aos clientes (Meleis, 2010).

A experiência das transições está sujeita a condições. Estas condicionam a qualidade da experiência da transição. As mesmas podem ser *pessoais* (*significados, crenças e atitudes, estatuto socio-económico, preparação e conhecimento*), *comunitárias* e *sociais*. As *pessoais*

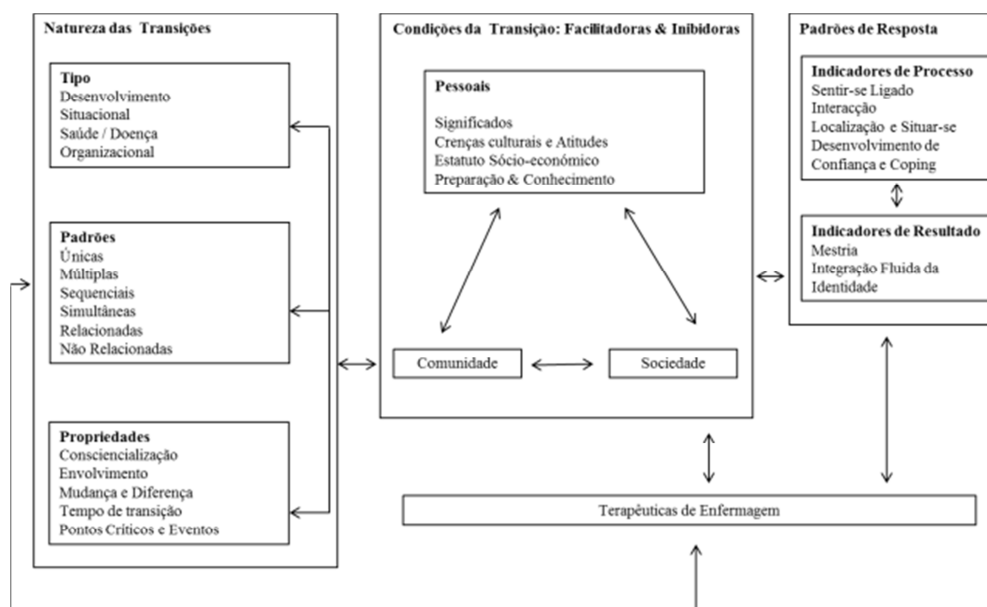
integram os *significados* atribuídos aos eventos precipitadores e ao processo da transição, podendo ser facilitadores ou inibidores da mesma. As *crenças e atitudes* quando o estigma está associado à experienciação da transição, a expressão de estados de emocionais, relacionados com a transição, podem ser inibidores. Quanto ao *estatuto socio-económico*, alguns estudos demonstraram que era mais provável que clientes com *estatuto socio-económico* baixo, experimentassem sintomas psicológicos, os quais dificultavam a transição. Relativamente à *preparação e conhecimento*, a autora explicita que a *preparação* prévia da transição é facilitadora, já a ausência de *preparação* é inibidora do processo de transição. Inerente à *preparação* está o *conhecimento* relativo ao espectável da experiência da transição e quais as estratégias úteis à gestão do processo de transição. Relativamente às *condições comunitárias*, os recursos da comunidade podem facilitar ou inibir as transições. Por fim, as *condições sociais*, sendo que a sociedade pode ser de modo geral, facilitadora ou inibidora da transição (Meleis, 2010).

Face ao contexto em que as transições ocorrem emergem os *padrões de resposta*, sendo estes: os *indicadores de processo* e os *indicadores de resultado*. Os *indicadores de processo* indicam o movimento de clientes em direcção à saúde ou em direcção aos riscos e vulnerabilidade, permitindo a avaliação e intervenção precoce de enfermagem para facilitar resultados saudáveis. Os *indicadores de processo* integram: *sentir-se ligado*, a *interacção*, *localização e situar-se*, *desenvolvimento de confiança e coping*. A necessidade de *sentir-se ligado* é um assunto relevante em muitas narrativas sobre transições. A exemplo cita-se: fazer novos contactos, manter relações antigas com a família e amigos, é importante. Também o *sentir-se ligado* aos profissionais de saúde no sentido de obter suporte ou respostas às situações subjacentes à pessoa de que cuida, é outro indicador positivo da experiência da transição. Relativamente à *interacção* esta é um indicador da experiência de transição. Por exemplo através da *interacção*, a díade criada entre a pessoa cuidada e o prestador de cuidados, no domínio do autocuidado, pode decorrer de forma efectiva e harmoniosa, o que traduz a experiência de uma transição saudável. A *localização e situar-se* é importante para a maioria das experiências de transição, muito embora é mais notório em alguns contextos do que em outros, por exemplo a mudança do idoso de sua casa para a casa de uma filha, traduz um movimento numa só direcção. O *desenvolvimento de confiança e coping*, traduz o aumento dos níveis de confiança por parte do cliente que experiencia uma transição. Por exemplo, indica o nível de entendimento relativo aos diferentes processos inerentes ao diagnóstico, tratamento, recuperação e viver com limitações, por parte do prestador de

cuidados de um idoso com dependência (Meleis, 2010). Os *indicadores de resultado* integram: *a mestria* e a *integração fluída da identidade* (Meleis, 2010, p. 61-62). Relativamente à *mestria* esta é demonstrada quando o cliente assegura o desenvolvimento de capacidades e comportamentos necessários para a gestão de novas situações e ambientes inerentes à transição que vivencia. Considerando o exemplo do estudo relativo ao prestador de cuidados familiar, a *mestria* resulta da mistura prévia entre as capacidades adquiridas e as novas capacidades desenvolvidas no decurso da experiência da transição. Contudo, o domínio evidenciado no final da transição, considerando o tempo em que o cliente a experienciou, indicará o nível em que ele conseguiu um resultado de transição saudável. Relativamente à *integração fluída da identidade*, a autora explicita que a vivência de transições opera reformulações identitárias (Meleis, 2010). De acordo com Meleis e Trangenstein (2010, p. 65) “os fenómenos sobre os quais a disciplina de enfermagem se preocupa, já descritos por vários teóricos, e geralmente aceites pelos membros da disciplina, são: a saúde, a pessoa, o ambiente e as terapêuticas de Enfermagem”. As mesmas concretizam respostas inerentes ao processo de transição tomando por beneficiário: o *indivíduo*, os *doentes* e a *família* (Meleis, 2010, p. 454-457).

De forma sintetizada procedemos à apresentação esquemática realizada por Meleis e outros (2000, p. 17) da Teoria das Transições, conforme a figura 1.

Figura 1 - Representação esquemática da Teoria das Transições



Os enfermeiros são os profissionais de saúde que preparam os clientes para as transições iminentes facilitando o processo de aprendizagem de novas capacidades relacionadas com saúde e doença que o cliente experiencia (Meleis *e outros*, 2000).

A vivência do papel de prestador de cuidados encerra grande complexidade. Nela se configuram as exigências inerentes ao papel, as quais tem uma relação directa com uma transição de saúde/doença, vivenciada pela pessoa dependente. Sabemos que a transição para o papel do prestador de cuidados comporta preocupação, incerteza e tentativa erro (Schumacher, 1996). O exercício do papel em casa é vivenciado sob o medo de erro e a distância à resposta pronta dos técnicos de saúde. Prestar bons cuidados é importante para os prestadores de cuidados desenvolverem competências, conhecimentos e capacidades relativas ao processo do novo papel que assumiram (Schumacher *e outros*, 2000). É fundamental que estes sejam avaliados e orientados por profissionais, sobretudo nos períodos críticos do exercício do seu papel. Schumacher *e outros* (2000, p. 195) definem sessenta e três indicadores, distribuídos por nove processos, sendo estes:

“monitorizar (monitoring), interpretar (interpreting), tomar decisões (making decisions), colocar em prática (taking action), fazer ajustamentos (making adjustments), cuidar com as mãos/fornecer cuidados com as mãos (providing hands-on care), aceder a recursos (accessing resources), prestar cuidados directos/assistir a pessoa doente (working together with the ill person) e negociar com o sistema de saúde (negotiating the health care system)”.

Desta forma as autoras definem *habilidade* (skill) pela *“capacidade de participar de forma eficaz e sem problemas nos nove processos subjacentes ao prestador de cuidados”* (Schumacher *e outros*, 2000, p. 199). Definem também três propriedades relativas às habilidades do prestador de cuidados familiar, sendo estas:

“as habilidades do prestador de cuidados familiar estão misturadas com as habilidades desenvolvidas previamente, tais como a resolução de problemas, habilidades organizacionais e interpessoais e habilidades desenvolvidas recentemente na gestão da doença; a habilidade do prestador de cuidados familiar envolve a integração de conhecimento acerca da pessoa doente, inclui aspectos importantes da sua identidade, preocupações e história pessoal, com conhecimento acerca de cuidados específicos à doença; a habilidade do prestador de cuidados familiar desenvolve-se ao longo do tempo com a experiência” (Schumacher *e outros*, 2000, p. 199).

Sobressai dos estudos de Schumacher *e outros* (2000), que face à complexidade e exigência inerente às funções do prestador de cuidados familiar, é fundamental que a enfermagem exerça o seu acompanhamento de forma continuada.

Outra autora que estuda o processo de transição do prestador de cuidados é Shyu, a qual no processo de ajustamento do papel do prestador de cuidados (*Role Tuning*) define três fases, sendo estas:

- *Fase de envolvimento (Role Engaging)* ocorre antes da alta clínica, serve para preparar o início da função de prestador de cuidados. As necessidades sentidas são relativas à *informação sobre saúde* (condição de saúde da pessoa sob cuidados, vigilância e gestão de sinais e sintomas, prestação de cuidados, gestão em situações de urgência e apoio de pessoal).
- *Fase de Negociação (Role Negotiating)* ocorre imediatamente após a alta, até o prestador de cuidados alcançar uma nova fase de estabilidade. Esta fase incorpora as necessidades de ajuda no exercício do cuidado: mestria/domínio das habilidades; promover a adesão ao cuidado, por parte da pessoa sob cuidados; saber lidar com as emoções da pessoa sob cuidados; dar continuidade aos cuidados e apoio de pessoal.
- *Fase de Resolução (Role Settling)* ocorre após a fase de negociação e traduz-se no momento em que quer o prestador de cuidados, quer a pessoa sob cuidados atingem estabilidade no seu padrão de interacção. Pressupõe enquanto necessidades o suporte emocional e apoio de pessoal (Shyu, 2000, p. 621-622).

Schlossberg (1995) aborda a teoria das transições por outro prisma, apelidando-a de “*Teoria dos quatro S: Self* (toda a pessoa tem diferentes activos para a transição vivenciada), *Situation* (o acontecimento que desencadeia a transição), *Support* (há diferentes tipos de suporte: familiar, social, network, instituições, comunidade) e *Strategies* (tipo de *coping* que o indivíduo utiliza)” (Schlossberg, 1995, p. 67-80). De acordo com a autora a transição pressupõe um processo de mudança, conseqüente a uma “crise”, podendo comportar perdas ou ganhos, o qual pressupõe adaptação. Quanto ao tipo as transições podem ser: *por antecipação (anticipated)* por exemplo o casamento, o nascimento; *imprevistas (unanticipated)* por exemplo a perda de emprego por doença súbita; *não ocorrentes (non-event transition)* são espectadas mas não ocorrem, a impossibilidade de fecundação, a neoplasia que não metastiza. Há também vários pontos que devem ser considerados, estes encerram conceitos: “*Relatividade* (uma mudança antecipada para uma pessoa pode ser imprevista para outra, por exemplo ir para a escola); *Contexto* (a relação individual com a transição, cada pessoa pode mobilizar recursos no sentido de mediar positivamente a transição que vivencia); *Impacte* (ao passar individualmente por uma transição o mais importante é o

impacte que a mesma desencadeia, ou seja a mudança que a mesma ocasiona na vida da pessoa em questão) ” (Schlossberg, 1995, p. 31-34). Esclarece ainda que a transição apresenta três fases: início (*Begginnings*); zonas neutrais (*Neutral Zones* – constituem prelúdios para a fase seguinte); fim da transição (*Endings*). Sobressai desta teoria que no decurso da vida há processos que encerram vivências de saúde/doença que estão na base de transições, dado despoletarem mudanças que condicionam as pessoas a ajustarem-se, recorrendo a estratégias de *coping* (Schlossberg, 1995).

Sequeira (2010) também se dedicou ao estudo da transição associado ao papel do prestador de cuidados. O referido autor evoca algumas competências essenciais ao exercício, desse papel, sendo estas: *informação* (relacionada com o conhecimento, logo o saber, pressupõe intervenções no âmbito do ensinar, podendo adoptar configurações de formação individual ou de grupo); *mestria* (implica a área instrumental, logo o saber fazer, pressupõe demonstrar, instruir e treinar o prestador de cuidados); *suporte* (compreende o saber relacionar-se e o saber cuidar-se, logo o saber ser, pressupõe o prestador de cuidados ser hábil na relação/interacção com a pessoa cuidada e adoptar estratégias de *coping* eficazes). Estas competências estão associadas a requisitos, sendo estes: “*iniciativa (capacidade de iniciar uma acção, identificar a necessidade, seleccionar a intervenção e implementá-la); responsabilidade (Assegurar a qualidade da acção – dependente do conhecimento); autonomia (Capacidade para implementar e avaliar as acções por si, de modo a requerer serviços de apoio formais de forma adequada)*” (Sequeira, 2010, p. 173-174). Face às transições vivenciadas pelo prestador de cuidados, a Enfermagem compreende respostas profícuas as quais terão que ser ajustadas às singularidades do exercício do papel de prestador de cuidados, pelo que passamos a explorar esse domínio.

2.8 - PAPEL DO PRESTADOR DE CUIDADOS

O exercício do papel do prestador de cuidados compreende não só uma ampla atribuição de funções, mas também uma grande complexidade no processo subjacente. O conhecimento, a mestria, a interacção/comunicação e a entrega/vinculação constituem atributos essenciais a tamanha missão. O Conselho Internacional de Enfermeiros (2011, p. 65) define-o enquanto:

“*Papel do indivíduo: interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizar a expectativa mantida pelas instituições de cuidados de saúde e profissionais de*

saúde, membros da família e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de um prestador de cuidados; expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos e valores; sobretudo relativamente a cuidar de um membro da família dependente”.

Neste subcapítulo iremos aludir aos diferentes aspectos que aclaram o exercício deste papel.

2.8.1 - FUNÇÕES DO PRESTADOR DE CUIDADOS

As tarefas realizadas pelos prestadores de cuidados são complexas, comportando uma abrangência, de áreas de cuidados, imensa. Losada e outros (2006, p. 21) afirmam que “*as tarefas dos cuidadores variam quanto ao grau de complexidade, quantidade e em função da fase de demência em que se encontra o familiar*”. As mesmas integram as Actividades de Vida Diária [*incluem actividades de autocuidado, tais como: banhar-se, vestir-se, transferir-se, ter continência e alimentar-se*] (Netto, Yuaso e Nunes, 2007, p. 127)] e as Actividades Instrumentais de Vida Diária [*incluem usar o telefone, preparar refeições, fazer compras, controlar o dinheiro, arrumar a casa, tomar medicamentos, caminhar ou utilizar meios de transporte*] (Netto, Yuaso e Nunes, 2007, p. 127)]. O rol de actividades é muito extenso, pelo que passamos a elencar: incentivar e assistir no autocuidado higiene, dar banho, assistir ou executar a transferência cama/cadeira, cadeira/cama, assistir na marcha, incentivar, assistir no autocuidado: comer e beber, dar de comer, promover o lazer e a recreação, promover a comunicação e a socialização, estimular a memória, estimular e/ou manter o autodesenvolvimento (espiritualidade, autoestima), estimular e/ou manter a acção ocupacional, manter arrumo da casa (limpeza e prevenção de acidentes), promover ou manter condições para o sono e repouso, servir de elo de ligação entre o idoso e a equipa de saúde, acompanhar o idoso às consultas, exames e hospitalizações, prestar alguns cuidados específicos sob orientação da equipa de saúde (tratamentos simples, gestão do régimen terapêutico e outras situações específicas do idoso em questão) (Gonçalves, Alvarez e Santos, 2000; Eliopoulos, 2005; Laham, 2003; Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006). A diversidade de tarefas desempenhadas pelos prestadores de cuidados é de tal forma ampla, que são múltiplas as perspectivas com que os diferentes autores as percecionam. Imaginário (2004, p. 170-174) explicita que a prestação de cuidados dos cuidadores informais reflecte-se em dois domínios: “*Instrumental*” [*Cuidados físicos (alimentação, higiene, vestuário, eliminação e mobilização)*], *Cuidados técnicos (Autocuidado)*, *Cuidados de vigilância*, *Acompanhamento a*

consultas médicas] e “Expressivo” [*Cuidados afectivos (satisfação da vontade do Idoso, Conforto, Carinho e Companheirismo/Presença), Cuidados sociais (Distração, Comunicação)*].

De acordo com a teoria relativa ao apoio, Bowers (1987) [cit. por Paúl (1997, p. 131)] categoriza o cuidado em 5 categorias sendo estas:

“Cuidados antecipatórios, que incluem comportamentos ou decisões baseados na antecipação de necessidades possíveis dos pais. É um acontecimento mental e é intencionalmente invisível; Cuidados Preventivos, no sentido de evitar a doença, as complicações a deterioração física e mental. Geralmente é mais activa e de supervisão do que a antecipação e inclui, por exemplo, as alterações do meio físico para aumentar a segurança; Cuidados de Supervisão, que correspondem a um envolvimento directo e activo e é habitualmente reconhecido como o olhar pelo idoso. É resolver, verificar, etc; Cuidados Instrumentais, em que se inclui o fazer por ou assistir, para manter a integridade física e o estado de saúde do idoso. Está relacionado com o bem-estar físico, com o corpo; Cuidados Protectores, que têm a ver com a protecção relativa ao que não pode ser evitado e tem a ver com as ameaças à auto-imagem, identidade, bem-estar emocional”.

Sobressai então que as respostas dos prestadores de cuidados, às necessidades da pessoa sob seu cuidado, caracterizam-se por uma abrangência imensa de áreas e também pela simultaneidade com que podem ocorrer ou ainda o teor de rotina ou de urgência com que se sucedem. Do domínio das *Funções* ao da *Pessoa*, são múltiplas as solicitações a que diariamente e por tempo indefinido, o prestador de cuidados paulatinamente terá que dar resposta. Passaremos então à análise da duração dos cuidados.

2.8.2 - A DURAÇÃO DO CUIDADO

De vários estudos sabemos que muitas vezes o prestador de cuidados assume o desempenho das suas novas funções sem que tenha havido qualquer negociação prévia com os restantes membros da família. Ou seja, face à necessidade cinge-se a responder, contudo esta resposta projecta-se no tempo (López Martínez e Crespo López, 2006; Laham, 2003). De acordo com Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006, p. 63) a “*carreira de cuidador envolve três estádios: preparação e aquisição do papel; assunção das tarefas e responsabilidades relacionadas com os cuidados em casa e, eventualmente, numa instituição formal; e, libertação da prestação de cuidados, normalmente, em resultado do falecimento do familiar dependente*”. Efectivamente a duração do cuidado confina-se à peculiaridade da condição da pessoa sob

cuidado. Tal facto revela que o intervalo de tempo pode ser mínimo, mas também poderá durar anos. Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) alertam para o encadear do cuidado ao longo da vida, em que por um período alongado de tempo, um cuidador, principalmente feminino, cuida ininterruptamente de terceiros (mais novos e mais velhos), denominando este conceito de “*serial caregiving*”. Relativamente ao número de anos que, face aos diferentes estudos, caracterizam o exercício do prestador de cuidados, são muito variáveis. Jani-Le Bris (1994) refere relativamente a três estados europeus, que 40% a 50% dos inquiridos prestava cuidados há cerca de 5 anos. Contudo, 26% dos britânicos referiram fazê-lo entre 5 e 9 anos. No Reino Unido, 25% referiu que presta cuidados há 10 anos e 12% de inquiridos na Bélgica mencionam 15 anos ou mais. Contudo por vezes não é fácil concretizar há quanto tempo, dado que não há a consciência plena do início. Por outro lado o conceito de “*Serial caregiving*” tolda a exactidão de há quanto tempo se cuida (Jani-Le Bris, 1994; Figueiredo, 2007). Sobressai que o tempo de duração do cuidado é variável, contudo pressupõe sempre um processo moroso e continuado. Este processo condiciona a um necessário impacte na vida do prestador de cuidados, pelo que abordaremos esta temática de seguida.

2.8.3 - IMPACTE NA VIDA DO PRESTADOR DE CUIDADOS

O desempenho do papel de prestador de cuidados impõe, por inerência das funções, a interacção com a pessoa sob cuidado. Esta realidade relacional toma por substratos: o ser, o estar e o agir com o outro. Consequentemente e não obstante a intensidade da carga de trabalho que sobressai do exercício do papel de prestador de cuidados, verifica-se que o impacte na vida do prestador de cuidados pode ser de teor positivo e/ou negativo. Esta dicotomia pode ser vivenciada de forma polarizada, (a experiência/vivência do cuidado é, tão somente, positiva ou negativa) ou de coexistência de ambos os teores (o exercício do papel possibilita a vivência de aspectos/momentos positivos e outros negativos) (Levin, 2002; Nolan, Grant e Keady, 1996; Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006).

Enquanto impacte positivo sobressai a satisfação do cuidado, esta caracteriza-se por o cuidador sentir-se bem na medida em que está a praticar o bem. Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006, p. 70-71) referem como “*fontes de satisfação*”: “*Manutenção da dignidade da pessoa idosa; Ver a pessoa de quem se cuida bem tratada e feliz; Ter a consciência de que se dá o melhor; Oportunidade de expressar amor e afecto; Afastar a possibilidade de institucionalização;*

Possibilidade de crescimento e enriquecimento pessoal; Sentido de realização e Desenvolvimento de novos conhecimentos e competências". Cohen, Colantonio e Vernich (2002) referem que 70% dos cuidadores sentem-se felizes e com sentimentos positivos por cuidarem de alguém. Contudo, verificam-se também vantagens materiais. Jani-Le Bris (1994, p. 129-130), refere que estas podem ser: “*imediatas ou futuras*”. Nas *imediatas* refere a partilha da casa com o idoso, sem que haja qualquer renda. Como exemplo, citamos o *Projeto Aconchego*, numa parceria entre a Câmara Municipal do Porto e a Federação Académica do Porto (FAP) (FAP, 2012), no qual o estudante do ensino superior “troca” a possibilidade de ficar com quarto, pela companhia e presença relativa a um idoso que vive só. Outras vantagens são depender da reforma do idoso, usufruir da alimentação gratuitamente, reciprocidade e pequenas entregas pecuniárias como forma de gratificação (Jani-Le Bris, 1994). Relativamente às vantagens *futuras* destaca-se a herança (Jani-Le Bris, 1994). Em Portugal, mais concretamente no Minho, por vezes, a população idosa recorre ao “*terço*”, designação popular para a atribuição testamentária, em vida, de 1/3 dos bens ou riqueza ao herdeiro legal que fica a cuidar de si. Embora a figura legal evocada não seja explícita na letra da lei, a mesma cabe no disposto no Código Civil artigos 2156 e seguintes, desde que não se configure no conceito legal de “*curador*”. É uma forma de salvaguardar alguém que se dedicou a cuidar dele, filha/filho por exemplo. Este, sendo descendente directo, pode ainda em herança ficar com uma parte dos restantes dois terços dos bens, aquando das partilhas após a morte do idoso (Portugal, 2012).

Relativamente ao impacte negativo, considerando a exigência do papel do prestador de cuidados, logo as distintas necessidades a que o mesmo responde, a intensidade da carga de trabalho que implica e o desgaste físico, psíquico e social a que condiciona, procuraremos abordar em síntese o impacte desta missão, na vida do prestador de cuidados.

Considerando o prestador de cuidados quanto à sua condição de saúde, este é mais vulnerável. É mais susceptível a doenças crónicas, apresenta uma saúde global mais débil, é mais susceptível à depressão e ansiedade, manifestações álgicas, perturbações intestinais, alterações cardiovasculares, agravamento de patologias crónicas, alterações do estado emocional, alterações do peso, morbilidade psiquiátrica, diminuição da autoestima, alterações de sono e repouso e fadiga (Fernandes e Garcia, 2009; Jani-Le Bris, 1994; Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006). Schulz (1999) afirma que um adulto mais velho, ao ter sido cuidador do cônjuge com dependência aumentou o seu risco de mortalidade, se o acto de cuidar esteve associado à pressão física e psíquica.

Outro dos âmbitos que importa perceber é a influência sobre o emprego. Com efeito a National Alliance for Caregiving (NAC) e a American Association of Retired Persons (AARP) (2009, p. 52) referem que: “*Sete em cada dez cuidadores indicam que foram empregados em algum momento, enquanto estavam a cuidar (73%)*”. Destes, sabemos que “*Quase seis em cada dez pessoas que foram cuidadores nos últimos 12 meses são atualmente empregados (57%), com 46% de trabalho a tempo inteiro e 11% de trabalho a tempo parcial. Quinze por cento destes são aposentados e 10% são donas de casa*” (NAC e AARP, 2009, p. 53). O exercício do papel do prestador de cuidados, colide por vezes com actividade laboral. Ter que dar resposta a necessidades de cuidados que surgem em momentos coincidentes com o horário de trabalho; as situações de urgência que ocorrem, a qualquer momento, com a pessoa dependente; a necessidade de acompanhamento a consultas ou exames médicos ou mesmo o cansaço do prestador de cuidados; o desgaste físico e/ou psíquico ou mesmo alguma patologia decorrente do exercício deste papel; a baixa produtividade, a diminuição da autoestima resultante do stress do prestador de cuidados, constituem condições com repercussões no desempenho laboral. As mesmas implicam o uso de tempo de férias/atestado médico, recorrer à licença sem vencimento, optar por mudança de tipo de trabalho, ter um trabalho suplementar ou aumentar as horas de trabalho (como resposta ao acréscimo de despesas), o não cumprimento da pontualidade e/ou da assiduidade, o absentismo, ter que optar por um horário que permita entrar mais tarde ou sair mais cedo, optar por reduzir ao horário de trabalho, pedir a reforma antecipada, ser despromovido, perder benefícios, desistir de trabalhar ou ficar desempregado (Figueiredo, 2007; NAC e AARP, 2009; Paúl, 1997; Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006).

Outro plano em que o exercício do papel do prestador de cuidados tem repercussões é a nível do lazer e vida social. A exigência da condição de saúde da pessoa sob cuidados determina a disponibilidade ou a ausência desta, por parte do cuidador. O cuidador não despende de tempo para si, isolando-se. Efectivamente a ocupação de tempo com lazer é, por vezes, fonte de sentimento de culpa por parte do cuidador, entendendo-o como um comportamento de abandono da pessoa sob seu cuidado. Gera-se então um ciclo negativo, em que o cuidador quanto mais se absorve no cuidado, menos contacta com a família e os amigos, levando a que estes também o procurem menos, o que condiciona a um afastamento progressivamente maior (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006; Figueiredo, 2007).

O plano financeiro é um dos que os prestadores de cuidados referem como sendo de grande relevo, no impacte infligido. As necessidades inerentes à pessoa sob cuidados, condicionadas pelo agravamento do seu estado de saúde, determinam gastos acrescidos para o orçamento familiar. Assim a Evercare e a National Alliance for Caregiving (2007, p. 16) divulgaram os custos por ano (quadro 1) face às diferentes rubricas que preenchem as actividades dos cuidadores nos Estados Unidos da América.

Quadro 1 Despesa anual por categoria

Material médico	5088 dólares americanos
Alimentação	1656 dólares americanos
Viagens / transportes	1164 dólares americanos
Serviços	452 dólares americanos
Nursing home	980 dólares americanos
Modificações da habitação	35167 dólares americanos
Despesas com a Justiça	1933 dólares americanos
Despesas com pessoal	1296 dólares americanos
TOTAL	47736 dólares americanos

Ser cuidador de alguém idoso implica um acréscimo de gastos. Uns directos, como com a alimentação e a medicação. Outros indirectos, como por exemplo a diminuição de salário por mudança do tipo de horário ou até mesmo a perda do emprego. Associado à intensidade da carga de trabalho que importa o exercício do papel de cuidador, advém o depauperamento biológico, psíquico, social e o desequilíbrio financeiro. Tal realidade é favorecedora da manifestação de stress, ao qual aludiremos no subcapítulo seguinte.

2.8.3.1 - Sobrecarga e Stress do prestador de cuidados

Embora para alguns autores os termos “*sobrecarga*” e “*stress*”, do prestador de cuidados, sejam sinónimos, percebemos que efectivamente constituem termos diferentes. A palavra *sobrecarga* constitui a tradução, “*do inglês caregiver burden, significa peso, fardo, tensão ou sobrecarga do cuidador*” (Martins, 2006, p. 64). Também Sequeira (2010, p. 10) explicita que: “*A sua definição refere-se ao conjunto das consequências que ocorrem na sequência de um contacto próximo com um doente, neste caso um idoso dependente com/sem demência*”. Sendo que uma das consequências é o stress. Podemos então definir sobrecarga por: “*uma reacção sensório-*

perceptual, especialmente intensa ou extrema relacionada com as circunstâncias de cuidar de uma pessoa com necessidade de ajuda” (England, 2000, p. 167).

Há dois tipos de sobrecarga: “*objectiva*” e “*subjectiva*” (Acton e Kang, 2001, p. 357; Sales, 2003, p. 38). A *sobrecarga objectiva* (integra tudo o que o cuidador e/ou a família fazem à pessoa sob cuidados, ajudar, supervisionar, controlar...), é definida por: “*o tempo e o esforço requerido por uma pessoa para atender às necessidades de outra*” (Sales, 2003, p. 35). A *sobrecarga subjectiva* é definida por: “*o distress que o cuidador experiencia ao lidar com os agentes de stress objectivos*” (integra pressão emocional, raiva, distress, estigma, vergonha e culpa) (Sales, 2003, p. 36). Martins (2006, p. 65) complementa afirmando que: “*enquanto a sobrecarga objectiva está mais associada às tarefas de cuidar, a sobrecarga subjectiva está mais relacionada com as características do cuidador*”.

Cuidar de um familiar idoso dependente pode gerar stress (López Martínez e Crespo López, 2006; Navaie-Waliser e outros, 2002). Segundo Paúl (1997, p. 127) “*a manutenção dos idosos, mais ou menos dependentes, em suas casas, ou em co-residência, gera frequentemente problemas de stress, de saúde mental e física em quem cuida deles e em toda a sua família*”. O ICN (2005, p. 51) define *Stress do Prestador de Cuidados* por: “*um tipo de Coping com as seguintes características específicas: disposições que se tomam para gerir a pressão física e psicológica de um prestador de cuidados que cuida de um membro da família ou pessoa significativa durante um longo período de tempo; diminuição da capacidade de resolução de problemas em resposta às exigências da prestação de cuidados*”. Analisando o conceito, a sua enunciação, integra-o no domínio taxonómico superior, “*Coping*”, importa pois aclarar o que este encerra, para tal é importante abordarmos os trabalhos de Lazarus e Folkman cujo contributo é essencial. Deste modo, Lazarus e Folkman (1984, p. 12) explicitam que “*stress não é uma variável, mas antes uma rúbrica com muitas variáveis*”. Perante um dado estímulo externo ocorre uma resposta, o stress baseia-se neste princípio, contudo a sua definição assenta na inter-relação estímulo-resposta e não apenas no estímulo ou na resposta (Lazarus e Folkman, 1984). Deste modo “*O stress psicológico é uma relação particular entre a pessoa e o ambiente, que é avaliada pela pessoa como um encargo demasiado elevado ou superior aos seus recursos colocando em risco seu bem-estar*” (Lazarus e Folkman, 1984, p. 19). Há dois processos críticos que medeiam a inter-relação pessoa-ambiente: “*avaliação cognitiva e coping*” (Lazarus e Folkman, 1984, p. 19). “*Avaliação cognitiva é: um processo avaliativo que determina porquê e em que medida uma transacção particular, ou séries de transacções,*

entre a pessoa e o ambiente desencadeiam stress” (Lazarus e Folkman, 1984, p. 19). Importa ainda salientar que os mesmos autores referem que hoje quando se discute stress, *coping* e adaptação discute-se também controlo pessoal (Lazarus e Folkman, 1984). Relativamente à “*avaliação cognitiva*”, os autores estratificam-na em *primária*, *secundária* e de *reavaliação*. A *primária* refere-se a um julgamento, de irrelevante, face a um dado encontro (não comporta implicações para o indivíduo); benigno-positivo (da relação do indivíduo com o meio ambiente é preservado o seu bem-estar) ou stressante. A avaliação stressante caracteriza-se por três formas: *perda ou dano*, *ameaça* e *desafio*. *Perda ou dano* traduz uma pessoa que já sofreu (por exemplo a morte de alguém querido); *ameaça* contempla uma antevisão do dano que irá sofrer; *desafio* refere-se a eventos que detêm a possibilidade de domínio ou de ganhar. *Ameaça* e *desafio* podem ocorrer simultaneamente e devem ser considerados independentes, muito embora possam relacionar constructos. A *avaliação secundária*, reporta-se ao que poderia e pode ser feito. Com efeito avalia se uma dada estratégia ou conjunto de estratégias de *coping* são eficazes bem como as consequências de uma dada estratégia específica, no contexto de outras demandas internas e/ou externas e restrições. A *reavaliação* refere-se à mudança de avaliação com base em nova informação relativa ao ambiente e/ou à pessoa. A *reavaliação* difere da *avaliação* por que na última há uma apreciação mais cedo. A *reavaliação*, por vezes, resulta de uma apreciação dos esforços de *coping*. Se a pessoa utilizou estratégias de *coping* ineficazes, diz-se uma pessoa *vulnerável*. A *vulnerabilidade* não resulta só dos recursos insuficientes de *coping*, mas também do teor da ameaça (Lazarus e Folkman, 1984, p. 22-54). As estratégias de *coping* são de dois tipos: *centradas nas emoções* (actuam sobre a resposta emocional) ou *centradas no problema* (actuam sobre a interacção indivíduo/ambiente) (Lazarus, 2006, p. 101-125).

No sentido de aclarar a problemática do stress do prestador de cuidados, Pearlin e outros (1990, p. 585) identificaram quatro domínios na estrutura do processo do stress do prestador de cuidados, são eles: “*história e contexto do stress, os agentes de stress (stressors), os mediadores do stress e os resultados esperados ou as manifestações do stress*”. Os mesmos autores referem que as características do cuidador influenciam directamente a intensidade da vivência / manifestações do stress pelos distintos cuidadores. Indicam por exemplo a idade, o género, a etnicidade, a educação, ocupação e a realização económica. Relativamente à “*história e contexto do stress*”, o tempo de exposição aos agentes de stress, os recursos pessoais e sociais para lidar com esses agentes e as formas de stress a que estão expostos,

determinam o tipo e intensidade dessas manifestações (Pearlin *e outros*, 1990, p. 585). Aclaram ainda que:

“estas características significam que as pessoas estão dentro de ordens estratificadas tendo distribuições desiguais de recompensas, privilégios, oportunidades e responsabilidades. Os tipos e intensidade dos agentes de stress (stressors) a que cada pessoa está exposta, os recursos pessoais e sociais disponíveis para lidar com os agentes de stress (stressors), e as formas de expressar stress, estão sujeitos aos efeitos desses estados” (Pearlin *e outros*, 1990, p. 585).

Os aspectos históricos são muito relevantes nesta dialética do cuidado. Destaca-se a relação afectiva entre o cuidador e a pessoa cuidada, se há ou não vínculos (esposa / marido; filha ou filho/pai/mãe), se foi no passado uma relação cordial ou conflituosa e o período de tempo em que a pessoa dependente requer cuidados (Pearlin *e outros*, 1990). Urge ainda salientar a importância da rede de cuidados, considerando a natureza e a frequência dos contactos entre os seus membros. Face aos diferentes agentes de stress (*stressors*), Pearlin *e outros* (1990, p. 586) classificam-nos em *primários* e *secundários*. Os *primários* advêm das necessidades da pessoa dependente e da natureza e magnitude dos cuidados a que estas necessidades condicionam. Nestes ainda esmiuçam, os de natureza objectiva, enquadrando neles: a função cognitiva do doente, o comportamento problemático, as *Actividades Básicas de Vida Diária*, as *Actividades Instrumentais da Vida Diária* e as dependências. E os de natureza subjectiva onde integram: a sobrecarga do cuidador, a deterioração relacional e o isolamento social (Pearlin *e outros*, 1990). Relativamente aos *secundários* definem diferentes tipos: *“Tensão devido ao papel (Secondary Role Strains)”* e *“Tensão intrapsíquica (secondary Intrapsychic Strains)”*, podendo ainda esta última ser *“Global”* (autoestima e mestria) ou *“Situacional”* [perda do eu (*loss of self*), dedicação exclusiva ao papel (*role captivity*), competência (*competence*) e ganhos (*gain*)] . Na *Tensão devido ao papel* incorporam: os problemas familiares, problemas profissionais, problemas económicos e diminuição da vida social (Pearlin *e outros*, 1990, p. 588-589). Este modelo compreende ainda *“mediadores”*, sendo estes o *“coping”* e o *“suporte social”*. Os *“resultados”* deste processo centram-se no *“bem-estar das pessoas”*, *“a sua saúde física e mental”* e *“a sua capacidade para se manterem no seu papel social”* (Pearlin *e outros*, 1990, p. 590). Contudo, os autores referem que há um padrão relativo aos resultados deste processo compreendendo este: *“depressão, ansiedade, irritabilidade, distúrbios cognitivos, saúde física e abandono do papel”* (idem, 1990, p. 590).

Com base na teoria de Lazarus e Folkman, Lawton *e outros* (1989) apresentam contributos no sentido de avaliar a sobrecarga do prestador de cuidados. Estes consideram que a avaliação do

prestador de cuidados constitui uma categoria ampla que engloba as avaliações cognitiva e afetiva, e a reavaliação do potencial agente de *stress* (*stressor*), bem como a eficácia das estratégias de *coping* individuais. Para tal desenvolveram uma escala multidimensional. O objectivo é ter um instrumento que face à subjectividade da sobrecarga, permita estratificar em graus a resposta subjectiva ao agente de stress, seja positiva, neutra ou negativa. Até porque prestar cuidados não é necessariamente causa de *stress*, pode até ser motivo de satisfação. Ressalvam também a importância da mestria, enquanto atributo de visão positiva da habilidade e comportamento do cuidador. Deste modo a “*avaliação do prestador de cuidados é multifacetada*” na sua avaliação global. “*Sendo um fenómeno subjectivo, representa de modo imperfeito, um agente externo de stress; e as dimensões major da avaliação do cuidado são: a satisfação de cuidar, a percepção do impacte de cuidar, a mestria no cuidado, a ideologia do cuidado e a sobrecarga subjectiva do cuidador*” (Lawton e outros, 1989, p. 62).

McCubbin, Thompson e McCubbin (2001) apresentam uma abordagem familiar com ênfase na resiliência da família (*modelo de ajustamento, adaptação e de resiliência familiar*) que nos permite um outro olhar sobre a prestação de cuidados. Grotberg (1995, p. 7) define *resiliência* por “*uma capacidade universal que permite que uma pessoa, grupo ou comunidade previna, minimize ou supere os efeitos nocivos das adversidades*”. O modelo apurado por estes autores funda-se na perspectiva *salutogénica* referida por Antonovsky (1998a, p. 5) a qual afirma que a *salutogenese* se opõe filosoficamente à *patogénese*, paradigma subjacente ao modelo biomédico (Antonovsky, 1998b). Nesta perspectiva Antonovsky defende que cada indivíduo está provido de *senso de coerência*, sendo este uma disposição de orientação individual, o qual se estrutura na *compreensão* (*comprehensibility*), na *gestão* (*manageability*) e *significação* (*meaningfulness*) do agente desencadeador de stress (Antonovsky, 1998b, p. 22). Para que o mundo seja visto de forma compreensível, passível de ser gerido, e com significado, é facilitador a seleção de recursos e comportamentos culturalmente apropriados e situacionalmente eficazes (Antonovsky, 1998a), ou seja, não basta a compreensão do problema mas também os recursos que o indivíduo dispõe para uma resolução de sucesso (idem, 1998a). Antonovsky entende por recursos ou estratégias comportamentais “*dinheiro e saber apoiar alguém, suporte social e ser membro de uma organização, luta e fuga, ser ativo e ser passivo, enfrentando e negando, internalização e externalização*” (Antonovsky, 1998a, p. 11). Os agentes de stress são ubíquos relativamente à existência humana (Antonovsky, 1998b). Contudo, se o indivíduo está dotado de elevado *senso de coerência*,

apresentará boas estratégias de *coping*, permitindo-lhe compreender o fenómeno, atribuir-lhe significado e conseguir gerir o problema. A base de construção do *senso de coerência* é a família e reforça-se na idade do indivíduo (Antonovsky, 1998a). Nichols (2013, p. 3) refere quanto ao papel da família que “*por um lado o papel da família pressupõe dar protecção, suporte e fundamento, e encorajar a resiliência aos membros da família, por outro inclui a prevenção de riscos, diminuindo a vulnerabilidade dos membros da família perante a possibilidade de abuso, exposição a doença e outros factores que acompanham a vida das famílias*”.

McCubbin, Thompson e McCubbin (2001, p. 68) explicitam que *vulnerabilidade* é “*a condição interpessoal e organizacional de fragilidade do sistema familiar. Esta condição varia entre alta e baixa, é determinada pela acumulação de demandas sobre ou dentro da unidade familiar, como por exemplo dívidas, mau estado de saúde, mudanças no papel laboral dos pais e alterações associadas com o estadio do ciclo de vida, suas demandas e mudanças*”. O modelo proposto por McCubbin, Thompson e McCubbin (2001) teve por base os trabalhos de Reuben Hill, McCubbin e Patterson (1982) [cit. por Lavee, McCubbin e Patterson, (1985, p. 812)] sobre o *Modelo duplo ABCX*. Este preconiza enquanto elementos conceptuais: os agentes de stress (*stressors*), o padrão de funcionamento familiar, os recursos familiares, a avaliação dos agentes de stress (*stressor*) e a resolução do problema e *coping*, dos quais pode emergir um bom ajustamento ou um mau ajustamento e conseqüente crise. Descritivamente, o modelo desenrola-se por meio da interacção entre o factor A designado por *efeito cumulativo de stressores (a) (pile-up)* e o factor B, que traduz os *recursos familiares (b)* existentes e até onde estes podem ter alcance face ao agente de stress; o qual interage com o factor C, *percepção e coerência (c)* e que produz o factor X, *adaptação familiar (x)*. Explorando cada factor do modelo, a acumulação (Aa) (*pile-up*) resulta de cinco fontes: os agentes de stress iniciais (*stressors*); as dificuldades geradas pelos agentes de stress que aumentaram ou persistiram ao longo do tempo, tornando-se crónicas (demandas em tempo e dinheiro); as transições que a família vivencia (face à separação a redefinição de papeis, em que a mãe assume funções que eram do pai e a conseqüente desaprovação da família); as conseqüências dos esforços da família para lidar com a separação e a ambigüidade dentro da família e na sociedade. Weber (2010, p. 31-33) explicita-nos que a família dispõe de recursos aos quais pode recorrer, sendo estes de *resistência/ajustamento* e *adaptativos*. Os primeiros referem-se a recursos utilizados após um agente de stress (*stressors*), mas antes de uma crise, de modo a evitá-la. Os adaptativos são recursos usados para recuperar de uma crise.

McCubbin, Thompson e McCubbin (2001, p. 68), interpõem o factor T, designando-o por “*tipologia familiar e os padrões de funcionamento estabelecidos*”, traduz um conjunto de atributos que explica como o sistema familiar opera ou se comporta. Salientam ainda que há uma grande variedade de padrões estabelecidos e de tipos de famílias. Incluem-se nestes: as transições normativas, a resiliência (ligação e flexibilidade), grau de preparação para gerir as dificuldades, promoção de pontos fortes e de robustez familiar, como a coerência, a previsibilidade, a relação conjugal e a satisfação familiar. Os *recursos familiares* congregam os recursos existentes pré- crise e os novos gerados pela crise e incluem os amigos, o envolvimento religioso, os profissionais de saúde mental, a união, a flexibilidade de papeis, os valores compartilhados e metas, e a expressividade. Os novos *recursos* são oportunidades educacionais, o aumento da autoestima e autossuficiência, os papeis e responsabilidades, a realocação a novas comunidades, novas famílias e grupos comunitários (Weber, 2010, p. 87).

McCubbin, Thompson e McCubbin (2001, p. 68), denominam este factor (*Bb*) de *Recursos de resistência da família, capacidades e pontos fortes*. Descrevem-no enquanto capacidade de enfrentar ou gerir os agentes de stress, prevenindo uma situação de crise ou de alteração dos padrões de funcionamento da família. Relativamente aos pontos fortes, traduzem a capacidade de resistir à crise e de promover a resiliência com vista ao ajustamento bem-sucedido. Sobressaem então substratos essenciais como “*a estabilidade económica, a coesão, a flexibilidade, a robustez, partilha de crenças espirituais, a comunicação aberta, as tradições, as celebrações, as rotinas e a organização*” (McCubbin, Thompson e McCubbin, 2001, p. 70). A *percepção e coerência (Cc)* compreendem a percepção, definição dos agentes de stress (*stressor*) e a capacidade de lidar com estes procurando soluções (Weber, 2010, p. 87). A este factor, McCubbin, Thompson e McCubbin (2001, p. 70-71), denominam-no enquanto “*avaliação familiar do agente de stress (stressor)* e traduz a seriedade com que a família avalia o agente de stress e as dificuldades inerentes. Esta avaliação pode variar entre a interpretação de algo incontrolável, prevendo a desintegração familiar, a vê-la como não sendo de grande monta, transformando-a num desafio cujo resultado é o “crescimento”. No final do processo emerge o factor (*PSC*), designado por “*Resolução familiar do problema e coping*” (McCubbin, Thompson e McCubbin, 2001, p. 71), que traduz a gestão do stress pela família, suportando-se na resolução do problema e nas estratégias de *coping*. A resolução do problema demonstra que a família está habilitada a gerir os diferentes agentes de stress e seus componentes, a encontrar soluções alternativas para lidar com cada um deles, a resolver por etapas as diferentes questões e a desenvolver e a cultivar padrões de resolução de problemas na e com a família. O *coping* traduz estratégias, padrões e comportamentos para manter e

reforçar os laços familiares, mantendo a estabilidade emocional e o bem-estar de todos os membros. No fundo integra uma ampla gama de comportamentos dos membros da família no sentido de gerir os agentes de stress (McCubbin, Thompson e McCubbin, 2001). Quanto à “*resposta familiar - stress e distress*”, o stress emerge quando a tensão não é reduzível ou quando está dentro de limites difíceis de gerir. Fica então em causa o equilíbrio entre os agentes de stress e a capacidade de resistência dos recursos familiares. O stress familiar é retratado como uma demanda não específica para um ajustamento comportamental. A intensidade do stress é variável, dependendo da natureza do agente, os recursos e capacidades da família para lidar com este, o bem-estar físico e psicológico dos membros da família no momento do início do stress. O “*distress familiar*” descreve um “*estado negativo, em que a família define demanda-recursos, como um desequilíbrio desagradável ou mesmo desestabilizador para a família*” (McCubbin, Thompson e McCubbin, 2001, p. 71). Justapõe-se ao “*eudistress*”, constituindo este um estado positivo em que a família define e demanda-recursos, como um desequilíbrio desejável e uma mudança aceite pelos diferentes membros da família e em alguns casos até apreciado. McCubbin, Thompson e McCubbin, (2001, p. 71) definem ainda o factor X, “*bom ajustamento familiar, mau ajustamento familiar e a crise*”. No *bom ajustamento* sobressai que há alguns agentes de stress que não criam dificuldades ao sistema familiar, ou são de pequena monta, dada a estabilidade, os recursos, o *coping*, as habilidades de resolução de problemas, a capacidade de avaliação dos agentes de stress e os pontos fortes da família. Na maioria das situações implica mudanças ou ajustamentos mínimos no sistema familiar. Já o *mau ajustamento* é mais frequente em situações de causas major como traumas, doenças e catástrofes, que acarretam intensas dificuldades, implicando mudanças de fundo no sistema familiar alterando papéis, objectivos, valores, regras, prioridades, limites e padrões de funcionamento do sistema familiar. Por vezes, há rutura do sistema familiar e conseqüentemente crise. A *crise* é descrita como uma condição contínua de rutura, desorganização e incapacidade do sistema familiar. O stress é um estado cuja causa é a sobrecarga, verificando-se um equilíbrio entre a demanda e a capacidade de resposta do sistema familiar, já a crise pressupõe um estado de desorganização do sistema familiar. Perante a crise a família está incapaz de restaurar a estabilidade, ficando muitas vezes cativos num ciclo de tentativa erro, esforçando-se por reduzir a tensão o que tende a piorar. Operam apenas pequenas mudanças na estrutura e nos padrões de interacção familiares. Na interacção são necessários novos padrões. A família em crise não deve ser estigmatizada por juízos de valor, sobre onde falhou, que é disfuncional ou que está a precisar de aconselhamento profissional. Esta família necessita de mudanças básicas dos padrões de funcionamento de

modo a restaurar o equilíbrio, a estabilidade, a ordem e o sentido de harmonia. Este processo marca o início da fase de adaptação do modelo de resiliência (McCubbin, Thompson e McCubbin, 2001).

Ser prestador de cuidados de idosos implica uma “*carga*” cujo impacte se sente a nível psicológico e físico, manifestando-se por stress, depressão e ansiedade (Chumbler e outros 2004; Ducharme, Lebel e Bergman, 2001; Patterson e Grant, 2003). Os cuidadores de idosos com demência referem insatisfação com a vida, podendo ter por causa o “*forte impacto na vida pessoal e profissional*” (Alves, Sobral e Sotto Mayor, 1999, p. 371). Na base desta insatisfação pode estar a “*falta de tempo para eles próprios*” (Figueiredo, 2007, p. 128). A sobrecarga familiar tem uma causalidade multidimensional, as potenciais dificuldades incluem os cuidados directos ao longo do tempo, as alterações das rotinas relativas ao governo da casa, as questões económicas relacionadas com o custo dos medicamentos, a baixa escolaridade e o stress despoletado pela doença e/ou limitações inerentes ao processo de envelhecimento (Kasper, Steinbach e Andrews, 1990; Marques, 2007; Sales, 2003; Zarit, 1998). A sobrecarga condiciona a várias manifestações entre as quais o stress, verificando-se, quanto a este, manifestas diferenças relativamente ao género e à idade. As mulheres manifestam maiores níveis de sobrecarga e stress psicológico associado com a função de prestador de cuidados (Zarit e Zarit, 2007; García-Calvente, Lozano e Eguiguren, 2007). Navaie-Waliser e outros (2002, p. 409) referem ainda que confiar a função de prestador de cuidados sem considerar as capacidades para cuidar, propicia um ambiente de stress e de insegurança quer ao prestador de cuidados, quer à pessoa que é cuidada. Considerando o exposto salientamos que López Martínez e Crespo López (2006, p. 17) afirmam que “*os cuidadores encontram-se geralmente sobrecarregados por acontecimentos quotidianos e em muitas ocasiões demonstram sinais de padecerem de importantes problemas emocionais (especialmente ansiedade e depressão)*”. De acordo com Fernandes e Garcia (2009) os atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes são alterações físicas (desenvolvimento de doenças psicossomáticas, agravamento de doenças de que já era portador), alterações emocionais (depressão, ansiedade, baixa autoestima situacional, culpa, ressentimento, pesar, irritabilidade emocional), desequilíbrio entre a actividade e o repouso (fadiga, distúrbios de sono e défice de lazer) e compromisso do *coping* individual (sensação de baixo controlo sobre a situação, recurso a medicação, fumo e álcool e pouca adesão às actividades de autocuidado). Segundo Scheidner (2003) a fadiga é um produto dos dois tipos de sobrecarga, a objectiva e a subjectiva.

Para além destas razões, urge ainda centrarmo-nos no tipo de dependências mais frequentes no idoso e conseqüente rol de afazeres que integra o dia-a-dia do prestador de cuidados. A condição de saúde da pessoa cuidada tem relação directa com a intensidade de carga de trabalho do prestador de cuidados. Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006, p. 58) explicitam que esta complexidade de cuidados se caracteriza por “*dimensões psicológicas, éticas, sociais, demográficas, clínicas, técnicas e comunitárias, que ultrapassam o carácter meramente assistencial*”. Também segundo Paúl (1997, p. 128),

"as situações de crise e mesmo de ruptura são frequentes, e a única forma de aliviar a sobrecarga pessoal e familiar de quem cuida dos idosos é de facto, conhecer e poder intervir junto desta população, antecipando-se às suas necessidades específicas e apoiando o seu esforço, evitando que surjam situações de descompensação que, além de prejudiciais ao próprio, precipitam frequentemente a institucionalização do idoso, que é afinal o que se pretende evitar".

Face ao contexto demográfico português, o qual se agravará dentro de 15 a 20 anos, verificamos uma preponderância em *crecendum* dos prestadores de cuidados familiares na assistência ao idoso. Deste modo, o prestador de cuidados, constitui um alvo preferencial da intervenção do enfermeiro no sentido de prevenir o stress e a sobrecarga. Percebemos então que são múltiplas as necessidades de cuidados, que emergem, dos prestadores de cuidados.

2.8.4 - NECESSIDADES DE CUIDADOS DO PRESTADOR DE CUIDADOS

As necessidades de cuidados dos prestadores de cuidados emergem de duas vertentes: as que se reportam ao idoso, beneficiário do cuidado, e as que se reportam ao próprio prestador de cuidados. Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006, p. 71) categorizam estas necessidades em “*Materiais (recursos financeiros, ajudas técnicas, utilização de serviços...); Emocionais (suporte emocional, grupos de apoio...); Informativas (como realizar cuidados, adaptações ambientais e arquitetónicas ao doente, direitos e deveres...)*”. A amplitude das necessidades de cuidados é imensa, no entanto uma parte substancial destas assenta quer no conhecimento, quer nas capacidades/mestria do prestador de cuidados, considerando também a condição de saúde da pessoa idosa sob cuidado. Estes dois grandes domínios como que aglutinam os restantes enquanto matéria-prima do plano de assistência a esta população alvo. Urge ainda salientar que o conhecimento ou a ausência deste está na base da dificuldade em determinarmos com exatidão qual o universo real de necessidades. Com efeito quanto maior o conhecimento relativo ao que caracteriza ser prestador de cuidados, os recursos existentes, o

desfecho inerente à patologia subjacente ou às perdas relativas ao processo de envelhecimento e a intensidade de carga de trabalho que importa ser prestador de cuidados, maior a solicitação de cuidados (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006).

Considerando a condição de saúde dos idosos sob cuidados, verificamos de vários estudos que as mesmas albergam uma grande amplitude de domínios, como: autocuidado, manutenção da integridade física e prevenção de acidentes (quedas, queimaduras...) suporte emocional, (promover, incentivar, supervisão), companhia, respostas burocráticas e gestão da casa, gestão financeira, apoio económico, tarefas domésticas, transporte, constituir elo de ligação com a equipa de saúde, gestão do regime terapêutico (Gottlieb e Johnson, 2000; Pera, 2000; Sequeira, 2010; Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006).

López Martínez e Crespo López (2006, p. 17) também referem que:

“intervenções metodologicamente rigorosas, adaptadas às necessidades dos cuidadores, breves e com formato preferencialmente individual, em que para além dos terapeutas escutarem com atenção, paciência e compreensão, proporcionam estratégias eficazes e efectivas para a manipulação das situações problemáticas, contribuem para melhorar substancialmente a problemática emocional dos cuidadores”.

O processo de transição, considerando a condição de saúde da pessoa idosa e a inevitável mudança da assistência prestada pelos técnicos de saúde para a assistência familiar, gera preocupações várias nos prestadores de cuidados, sendo necessário estruturar respostas aferidas de modo a elimina-las, minora-las ou preveni-las. Algumas dessas respostas assentam no suporte, pelo que aludiremos ao mesmo no subcapítulo seguinte.

2.8.5 - REDES SOCIAIS DE APOIO

O “Prestador de Cuidados” por vezes necessita de recorrer a estrutura mais ampla, denominada por “Rede Social de Apoio”, a qual é definida por Gottlieb (1981) [cit. por Paúl (1997, p. 91)] como *“as forças sociais no ambiente natural, que contribuem para a manutenção e promoção da saúde das pessoas, à forma como as ligações humanas se estruturam como sistemas de apoio, e os recursos que são partilhados entre os membros desse sistema”.* Paúl (1997, p. 92 - 93) refere-nos também que as “Redes Sociais de Apoio aos idosos” se podem dividir em dois grupos principais, *“redes de apoio formal e redes de apoio informal...”* A mesma autora concretiza:

“no grupo constituído pelas redes de apoio formal, incluem-se os serviços estatais de segurança social e os organizados pelo poder local, a nível de concelho ou de freguesia, criados para servir a população idosa, sejam eles lares, serviços de apoio domiciliário, centros de dia, ou centros de convívio. Neste conjunto destacam-se as instituições privadas de solidariedade social, a maioria das quais ligadas, directa ou indirectamente, à Igreja Católica, sendo outras do tipo associações profissionais, todas beneficiando de algum apoio do Estado e que, no seu conjunto, são as promotoras da maior parte dos serviços existentes no país, a nível da chamada Terceira Idade” (Paúl, 1997, p. 92 - 93).

Por outro lado, as redes sociais de apoio informal são constituídas pelos amigos e vizinhos do idoso, as quais *“podem subdividir-se em dois grandes grupos: as constituídas pela família do próprio idoso e as constituídas pelos amigos e vizinhos”* (Paúl, 1997, p. 93). Os métodos de suporte aos cuidadores passam por sessões de network, sessões de grupo, visitas periódicas a casa por familiares e vizinhos (Zarit, Reeve e Bach-Peterson, 1980). O suporte do prestador de cuidados encerra medidas como proporcionar o repouso do cuidador, informação, apoio no desempenho de algumas funções, apoio psicológico, divulgação dos recursos da comunidade e apoio financeiro (AARP, 2000). Sendo o ser humano, um ser social, logo integrador de um tecido onde todos necessitam de todos, as redes constituem o corolário da aceção do processo. O suporte é então exercido pelos mais diversos actores sociais, sendo que uma parte deste é assumido por via profissional, dada a complexidade das problemáticas emergentes. Neste, destacamos o papel da enfermagem, a qual, dada a natureza de profissão de interacção, o cenário preponderante de actuação que decorre na relação terapêutica, logo numa proximidade muito estreita com a população e o corpus de conhecimentos em que a mesma se funda e disponibiliza. Apresentaremos de seguida a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, na qual a enfermagem tem um papel decisivo no êxito da mesma, logo neste apoio tão essencial e necessário à população.

2.8.5.1 - Rede de Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A Rede de Cuidados Continuados de Saúde foi criada a 8 de Novembro de 2003, Decreto-Lei n.º. 281, pelo XV Governo Constitucional da Republica Portuguesa. A mesma é constituída por:

“todas as entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas à prestação de cuidados de saúde destinados a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos necessitados dos mesmos em consequência de doença crónica ou degenerativa, ou por

qualquer outra razão física ou psicológica susceptível de causar a sua limitação funcional ou dependência de outrem incluindo o recurso a todos os meios técnicos e humanos adequados ao alívio da dor e do sofrimento, a minorar a angustia e a dignificar o período terminal da vida” (Portugal, 2003, p. 7493).

Entende-se por “*Cuidados Continuados*”:

“os cuidados de saúde prestados a cidadãos com perda de funcionalidade ou em situação de dependência, em qualquer idade, que se encontrem afectados na estrutura anatómica ou nas funções psicológica ou fisiológica, com limitação acentuada na possibilidade de tratamento curativo de curta duração, susceptível de correcção, compensação ou manutenção e que necessite de cuidados complementares e interdisciplinares de saúde, de longa duração” (Portugal, 2003, p. 7494).

Face aos vários princípios preconizados destacamos o primeiro, “*A família como elemento determinante da relação humanizada, constituindo o suporte e lugar privilegiado para a pessoa carenciada*” (Portugal, 2003, p. 7494). O mesmo diploma preconiza três tipos de unidades que darão resposta à população:

“Unidade de Internamento (unidade da rede destinada aos utilizadores, aos quais sejam prescritos cuidados em regime de internamento, devendo funcionar em estreita articulação com uma unidade de recuperação global ou com uma unidade móvel de apoio domiciliário, ou com ambas, de forma a reduzir a estadia do utilizador naquele tipo de cuidados, por razões alheias ao seu estado de saúde); Unidade de Recuperação Global (o serviço que visa a recuperação e a reabilitação global do utilizador da rede em regime de dia) e a Unidade Móvel Domiciliária (o serviço que presta cuidados de saúde pluridisciplinares no domicílio do utilizador da rede)” (Portugal, 2003, p. 7494).

Contudo e apesar do instrumento legal estar em vigor, verificaram-se alguns problemas que impediram a sua implementação (Teixeira e outros, 2004). Foi o XVII Governo da República Portuguesa, que pelo Decreto-Lei nº. 101/2006, de 6 de Junho que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Segurança Social, actuando a dois níveis territoriais de operacionalização, regional e local. Salienta-se ainda que “*a Rede é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais*” (Portugal, 2006, p. 3857). A tipologia da rede define os seguintes serviços: *Unidades de internamento; Unidades de ambulatório; Equipas hospitalares e Equipas domiciliárias*. As

Unidades de internamento que compreendem as *Unidades de Convalescença*, as *Unidades de média duração e reabilitação*, as *Unidades de longa duração e manutenção* e as *Unidades de cuidados paliativos*. As *Unidades de convalescença* são unidades independentes integradas num hospital de agudos. Prestam tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva e para cuidados clínicos de reabilitação. Têm por finalidade “*a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares agudos*”. Permitem internamentos até 30 dias (Portugal, 2006, p. 3860). A solicitação de ingresso é preferencialmente feita pela *equipa de gestão de altas* (Portugal, 2006, p. 3863). As *Unidades de média duração e reabilitação*, prestam cuidados clínicos de reabilitação e de apoio psicossocial. Têm por finalidade: a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. Permitem internamento superior a 30 dias e inferior a 90 dias (Portugal, 2006). A solicitação de ingresso é preferencialmente feita pela *equipa de gestão de altas* (Portugal, 2006, p. 3863). As *Unidades de longa duração e manutenção* são unidades de internamento com “*carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio*” (Portugal, 2006, p. 3860). Permitem internamento por períodos superiores a 90 dias. (Portugal, 2006). A solicitação de ingresso é preferencialmente feita pela *equipa coordenadora local* (Portugal, 2006, p. 3863). Por fim, as *Unidades de cuidados paliativos* são unidades “*preferentemente localizadas num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde*” (Portugal, 2006, p. 3861). A solicitação de ingresso é feito por proposta médica (Portugal, 2006).

O ingresso nas unidades de internamento depende da impossibilidade de serem prestados cuidados no domicílio (Portugal, 2006).

Relativamente às Unidades de Ambulatório estas integram a *Unidade de dia e promoção da autonomia*, as quais preconizam a prestação de “*cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatório, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio*”

(Portugal, 2006, p. 3861). Funciona 8 horas por dia, no mínimo nos dias úteis (Portugal, 2006). A solicitação de ingresso é preferencialmente feita pela *equipa coordenadora local* (Portugal, 2006).

Quanto às *Equipas hospitalares*, as mesmas compreendem a *Equipa de gestão de altas* (EGA) e a *Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos*. A *Equipa de gestão de altas* (EGA) é uma equipa “*multidisciplinar para a preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as unidades de convalescença e as unidades de média duração e reabilitação existentes na área de influência hospitalar*” (Portugal, 2006, p. 3861). Funciona no mínimo com um médico, um enfermeiro e uma assistente social (Portugal, 2006). A *Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos* é uma equipa “*multidisciplinar do hospital de agudos com formação em cuidados paliativos, devendo ter espaço físico próprio para a coordenação das suas actividades*” (Portugal, 2006, p. 3862). Funciona no mínimo com um médico, um enfermeiro e um psicólogo (Portugal, 2006). A solicitação de ingresso é feita por proposta médica e ainda preferencialmente por proposta da *equipa de cuidados continuados integrados* ou a *equipa de gestão de altas* (Portugal, 2006, p. 3863).

Relativamente às *Equipas domiciliárias* estas integram a *Equipa de cuidados continuados integrados* (ECCI) e a *Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos*. A *Equipa de cuidados continuados integrados* (ECCI) é uma equipa

“*multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma*” (Portugal, 2006, p. 3862).

A *Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos* é uma equipa “*multidisciplinar da responsabilidade dos serviços de saúde com formação em cuidados paliativos* (Portugal, 2006, p. 3862). Deve integrar no mínimo um médico e um enfermeiro. O ingresso é preferencialmente por proposta da *equipa de cuidados continuados integrados* ou a *equipa de gestão de altas* (Portugal, 2006).

“O ingresso na Rede é efectuado através de proposta das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados ou das equipas de gestão de altas, na decorrência de diagnóstico da situação de dependência” (Portugal, 2006, p. 3863). A RNCCI constitui hoje uma resposta absolutamente essencial às necessidades de cuidados da população portuguesa. Contudo, uma parte substancial das pessoas com dependência fica em/regressa a casa, pelo que as famílias/prestadores de cuidados necessitam cada vez mais de respostas profícuas e atempadas. As terapêuticas de enfermagem que tomam por beneficiária esta população emergem enquanto respostas absolutamente eficazes e ímpares.

2.9 - TERAPÊUTICAS DE ENFERMAGEM

As terapêuticas de enfermagem são entendidas enquanto conteúdo e objetivos das intervenções, considerando o processo de enfermagem, o qual é caracterizado sequencialmente por avaliação, diagnóstico e intervenção (Meleis, 2012). Trata-se de um conceito muito abrangente, inscrevendo-se numa matriz conceptual do cuidado. Com efeito irrompe do paradigma subjacente à concepção de cuidados, o qual enforma as terapêuticas a instituir face a uma dada realidade de cuidados. Não se circunscreve meramente ao conhecimento, mas antes reflecte o fundamento, mais amplo e, simultaneamente, o mais circunscrito. Tem por base o paradigma holístico da abordagem a um dado cliente. Por tal, integra as estratégias ajustadas a implementar, a máscara profissional e a qualidade da relação terapêutica, emergindo um cuidado que se expõe quanto ao sentido que o norteia (Meleis, 2012).

As perdas relativas ao processo de envelhecimento e as comorbilidades associadas constituem factores concorrentes para que o papel do prestador de cuidados seja uma missão de extrema complexidade. De acordo com Benjamin e Cluff (2001, p. 39) “*estima-se que 80% das pessoas com 65 anos de idade ou mais padeçam pelo menos, de uma doença crónica e para muitos a presença de duas ou mais condições complica o planeamento de cuidados*”. Importa pois salientar que é essencial efectuar uma correcta avaliação descritiva dos problemas dos prestadores de cuidados de modo a estabelecer um aferido planeamento de cuidados com objectivos e intervenções bem definidas. Ressalvamos ainda a necessidade desta avaliação contemplar a informação inicialmente colhida, de identificar novos problemas e monitorizar o progresso, a efectividade e os resultados das intervenções implementadas (Bass, 2004; Rice, 2004). Losada-Baltar e Montorio-Cerrato (2005, p. 38) acrescentam ainda que:

“a consideração das necessidades dos cuidadores, a importância dos programas e serviços convenientemente desenhados e desenvolvidos, a sua correcta articulação na rede social e sanitária são medidas necessárias para promover um adequado apoio familiar que condiciona a mudanças na estrutura e funcionamento da rede de recursos sociais e sanitários dirigidos às pessoas idosas dependentes e às suas famílias”.

Os planos de actuação, segundo Rice (2004, p. 15), devem:

“prestar informações ao utente/prestador de cuidados acerca da doença ou incapacidade, bem como sobre as necessidades de ambos em matéria de cuidados de saúde, ao que devem seguir-se as recomendações para promover o estado ideal de saúde ou o melhor nível de funcionamento e a gestão do autocuidado; desenvolver a competência do utente/prestador de cuidados, o seu poder de decisão e avaliação em termos de gestão do autocuidado no domicílio; incentivar ajustamentos positivos por parte do utente/prestador de cuidados; reintegrar o utente/prestador de cuidados na família, comunidade, e sistemas de apoio social”.

É fundamental adequar as estratégias de abordagem ao prestador de cuidados, tendo em consideração a pessoa com que nos deparamos.

Verificamos que as terapêuticas de enfermagem encerram inúmeras respostas relativas às necessidades que os prestadores de cuidados e idosos sob seus cuidados apresentam. Marques (2011, p. 95) afirma que *“A falta de informação e a prestação de cuidados directos ao doente são dificuldades muito verbalizadas pelos cuidadores, pelo que, os enfermeiros desempenham um papel crucial na preparação do regresso a casa e aquisição de competências para o cuidar”*. Considerando o conhecimento, as intervenções no âmbito do *informar* constituem contributos determinantes para diminuir o stress do prestador de cuidados. Salientamos que as necessidades de cuidados manifestadas reflectem o carater individual de cada prestador de cuidados, considerando as peculiaridades da pessoa em questão, as especificidades dos cuidados a prestar e as particularidades do ambiente e meio familiar em questão. Deste modo as intervenções devem ser personalizadas, podendo numa fase posterior concretizar-se a formação do prestador de cuidados em dinâmica de grupo. Esta medida permite a rentabilização do trabalho de enfermagem e a partilha de experiências, entre outras vantagens das dinâmicas de grupo. O acompanhamento dos prestadores de cuidados requer a estruturação de programas de apoio ajustados às populações alvo (Ferrario e outros, 2003). Encontramos diferentes tipologias de programas de apoio e intervenções para cuidadores de idosos, podendo estas ser enquadradas, quanto às estratégias nos seguintes tipos: *“Apoio Formal”*, *“Programas Educativos”*, *“Grupos de Ajuda Mútua”* e *“Intervenções*

Psicoterapêuticas e counseling” (López Martínez e Crespo López, 2006; Northouse *e outros*, 2010).

Relativamente ao “*apoio formal*”, consiste num conjunto de serviços comunitários que em tempo parcial aliviam a carga de trabalho a desempenhar pelo prestador de cuidados. O objectivo é o repouso do cuidador, o qual consiste em que este possua tempo livre para a realização de actividades de lazer (repouso do cuidador), sociais ou de outra índole (The National Alliance for Caregiving e MetLife Foundation, 2007; Daire, Torres e Edwards, 2009; Simon, Kumar e Kendrick, 2002; Low, Perry e Wilkinson, 2005). Neste tipo de serviços temos os centros de dia, estâncias temporais ou residências e o serviço de ajuda ao domicílio (López Martínez e Crespo López, 2006).

Quanto aos “*programas educativos*”, consistem na realização de suportes com informação sobre aspectos relacionados com a patologia do idoso que está sob cuidado. A informação será veiculada de forma estruturada e progressiva. O teor de informação é variado, no entanto a grande parte visa aspectos relativos à patologia (prognóstico, sequelas), perdas inerentes ao envelhecimento e/ou às comorbilidades (alterações da mobilidade, quedas, incontinência, confusão), problemas legais e económicos e soluções, estratégias e recursos ajustados aos problemas vivenciados (Daire, Torres e Edwards, 2009; López Martínez e Crespo López, 2006; Zarit e Femia, 2008). Este tipo de formação tem por objectivo geral fornecer conteúdos diversos, no âmbito do conhecimento, capacitando o prestador de cuidados para o cuidado ao idoso dependente, conseqüentemente diminuir a sobrecarga, logo o stress do cuidador e proporcionar cuidados de qualidade ao idoso dependente (Kawamoto, 1995; Losada-Baltar e Montorio-Cerrato, 2005; Vickrey *e outros*, 2006; Warren *e outros*, 2003). Estes programas estão muito divulgados no seio de associações de familiares cuidadores e integram formatações diversas podendo ter uma duração variável, realizar-se em grupo, integrar diferentes profissionais (médicos, enfermeiras, assistentes sociais...) e a informação pode ser disponibilizada em panfletos, materiais audiovisuais, modelos, diagramas, cartazes, fotografias, listas de verificação e banda desenhada (Losada-Baltar e Montorio-Cerrato, 2005; Rice, 2004). Estes podem ser complementados pela existência de uma linha de contacto telefónico ou um site na internet. Este tipo de iniciativas permite melhorar o conhecimento do cuidador, nomeadamente quanto à patologia do idoso dependente, reduzindo o seu mal-estar emocional, segundo López Martínez e Crespo López (2006). A literatura referida e/ou as sessões de grupo podem conter testemunhos de outros cuidadores (Brodaty, Roberts e Peters,

1994). Outras estratégias contemplam o recurso à tecnologia, em que se mantém o formato (grupo), contudo em vez de participação presencial, esta pode realizar-se à distância recorrendo à vídeo-conferência ou à conferência via telefone são formas inovadoras de resposta (The National Alliance for Caregiving e MetLife Foundation, 2007). Os programas com recurso ao telefone podem incorporar instrumentos para avaliação de vária índole, como a qualidade de vida e saúde geral do cuidador e as dúvidas que o mesmo apresenta para prestar a informação necessária (Grant *e outros*, 2002). Não menos importante é o garante de atendimento a qualquer hora e em qualquer momento, conforme o expresso por Mahoney, Tarlow e Jones (2003). Começam ainda a surgir iniciativas de apoio suportadas em automatismos, via telefone ou via internet (Lewis, Hobday e Hepburn, 2010; Mahoney, Tarlow e Jones, 2003). A via telefónica é ainda utilizada para acompanhamento após o regresso a casa, permitindo complementar as visitas domiciliárias (Oupra *e outros*, 2010; Walsh, Estrada e Hogan, 2004). No nosso país sobressai ainda neste âmbito o recurso à telecomunicação por videotelefone, “Projecto ACTION” (Calvário, Brito e Brito, 1999). A telecomunicação por videotelefone é um meio muito efectivo para populações mais isoladas ou a grande distancia da equipa de saúde (Buckley, Tran e Prandoni, 2004).

Os “*grupos de ajuda mútua*”, também designados por “*grupos de suporte*” são constituídos por cuidadores com vista à entreajuda. Estes grupos constituem espaços onde se trocam opiniões, partilham experiências, se escutam e fazem desabafos e se presta apoio, munindo o cuidador de conhecimentos e estratégias que o ajudem (Zarit, 1998), (Gräbel *e outros*, 2010). A liderança do grupo é assumida por profissionais e constituem hoje um importante meio de ajuda aos familiares cuidadores (López Martínez e Crespo López, 2006; Weltermann *e outros*, 2000). Hoje com as novas tecnologias vê-se um incremento deste tipo de grupos via Internet (White e Dorman, 2001).

As “*Intervenções Psicoterapêuticas e counseling*” caracterizam-se por intervenções sustentadas na relação terapêutica entre um cuidador e um profissional de saúde mental. Pretende-se que o cuidador tome consciência da sua situação, reestruture o seu pensamento e desenvolva habilidades e estratégias para responder às necessidades com que se depara. Pretende-se diminuir ou anular o stress do prestador de cuidados (López Martínez e Crespo López, 2006). Implicam trabalhar o processo de tomada de decisão com o prestador de cuidados, mas envolvendo a restante família, ajustando as soluções às peculiaridades de cada família (Chang e Schneider, 2010).

Para além destes, há outros formatos de cariz misto, integradores de diferentes estratégias, onde é incorporada informação, treino e grupos de apoio. Estes grupos permitem a discussão sobre assuntos comuns aos vários elementos, suportando-se na resolução de problemas. Os assuntos comuns são: o processo de doença, alterações de comunicação e/ou de comportamento, sobrecarga física e emocional do cuidador, stress e técnicas de gestão do stress. Podem ainda recorrer ao telefone, vídeo ou panfletos enquanto factor ilustrativo ou forma de consolidar os temas abordados (Brodaty, Roberts e Peters, 1994; Chang e Schneider, 2010).

Não menos importante é o processo de estabelecimento de interacção entre cuidador e pessoa cuidada. Hammar *e outros* (2010) defendem a utilização de música ou canções aquando da prestação de cuidados, enquanto forma de fomentar a participação da pessoa sob cuidado, tendo verificado maior cooperação por parte da pessoa cuidada. O empoderamento (*empowerment*) implica um nível de coerência muito apurado, onde em todo e qualquer processo a pessoa dependente é chamada a participar, excepto no que há um motivo de impedimento. Deste modo o processo educativo do prestador de cuidados toma também por beneficiário o próprio idoso dependente (Souza *e outros*, 2006; Rodriguez, 2008).

Considerando a actual conjuntura política e financeira e ainda o enquadramento demográfico nacional sob os auspícios do estado da arte em enfermagem, o atendimento das necessidades do idoso no contexto familiar, constitui hoje uma prática do futuro. Laham (2003) explicita que a existência de um plano de assistência domiciliar conduz a ganhos quer para o cuidador quer para o receptor dos cuidados. Rice (2004, p. 14) afirma que “*um dos objectivos fundamentais dos cuidados é encorajar a gestão do autocuidado. Assim, tanto o prestador de cuidados ou a família, como o meio-ambiente (incluindo os recursos comunitários) são vistos como elementos fundamentais para o sucesso do plano de cuidados*”. Importa ainda que nos processos educativos o prestador de cuidados tenha um papel activo na equipa de saúde, sendo visto como um aliado (Jofré e Mendonza, 2005).

Parece-nos pois, essencial que tomando por base as necessidades de cuidados do idoso, seja possível determinar, suportando-se num processo avaliativo devidamente estruturado, os diagnósticos de enfermagem nucleares do prestador de cuidados, de modo a encetar sinergismos que visem de forma antecipatória ou no instante de uma dada ocorrência,

produzir respostas adequadas, prevenindo, melhorando e/ou resolvendo os efeitos da nobre mas exaustiva missão de cuidar de alguém portador de dependência. A enfermagem dado o seu corpus de conhecimento e a interação constante que trava com a população, constitui o grupo de profissionais mais competente para responder de forma profícua a este desafiante universo de necessidades. Acreditamos que a estruturação de um modelo de acompanhamento desta população alvo é fundamental e absolutamente urgente face ao contexto socio-demográfico da população portuguesa.

PARTE 2

Estudos Prévios

Nesta segunda parte integramos os quatro estudos desenvolvidos nesta investigação. Abordamos o enquadramento metodológico subjacente e o contexto onde foram realizados. Apresentamos cada estudo procurando dar uma visão completa dos mesmos. Deste modo exporemos em cada estudo o método, o material, os participantes, o procedimento, a análise e discussão dos resultados e as conclusões.

1 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A enfermagem enquanto profissão encerra um compromisso social, dando respostas, nas diferentes fases do ciclo de vida, às necessidades que a população evidencia. Para tal pressupõe um corpus de conhecimentos específicos e próprios, que garantem o seu ensino autónomo, um serviço altruísta, um código de ética e uma regulação da prática clínica (McEwen e Wills, 2009). Subjacentemente temos as teorias, as quais “*podem ser agrupadas com base no âmbito ou nível de abstracção (grande teoria, teoria de médio alcance, teoria prática), na finalidade da teoria ou na fonte da disciplina em que foi desenvolvida*” (idem, 2009, p. 98). Considerando o *âmbito ou nível*, destaca-se a *filosofia*, a visão do mundo (paradigma) ou *metateoria*, debruça-se sobre questões filosóficas e metodológicas, visa o desenvolvimento de uma base teórica de enfermagem (idem, 2009). As grandes teorias comportam conceitos abstratos, não operacionalizáveis numa definição e revelam aspectos quer da experiência quer da resposta humana. Por exemplo, a visão holística do cuidado. As teorias de médio alcance integram um número limitado de conceitos, e são de âmbito restrito. De acordo com Chinn e Kramer (2004, p. 250) *Grounded theory* ou teoria de médio alcance “*é uma teoria gerada por um processo de investigação indutivo, a fonte de dados é a evidência empírica*”. Permite a generalização no campo restrito sobre o qual se debruçam. Comportam proposições claras. “*As teorias práticas (microteorias, específicas à situação ou teorias prescritivas) explicam as prescrições ou modalidades para a prática*” (McEwen e Wills, 2009, p. 100). Estas podem sob uma dada área de enfermagem, por exemplo a

enfermagem de perioperatório, explorar um tema, admissão do cliente no bloco operatório. Explicam um aspecto de pequeno âmbito da realidade (McEwen e Wills, 2009; Meleis e Dean, 2012). Quanto à finalidade as teorias distinguem-se em: *descritivas*, *explanatórias*, *preditivas* e *prescritivas* (McEwen e Wills, 2009, p. 100). As *descritivas* como a designação indica descrevem, observam e denominam os conceitos, suas propriedades e dimensões. Referem-se dois tipos: a *denominação* (descrevem a dimensão ou características do fenómeno) e a *classificação* (descrevem as dimensões ou características do fenómeno estruturalmente interrelacionadas, também designadas por *taxonomia* ou *tipologia*) (idem, 2009, p. 100-101). As teorias *explanatórias* relacionam os conceitos entre si e descrevem algumas inter-relações entre eles. Procuram explicar o porquê, o como e a causalidade das relações. Explicam ainda as correlações e as regras que regulam as interacções entre fenómenos. As teorias *preditivas* descrevem conexões precisas entre conceitos. Correspondem ao terceiro nível de desenvolvimento de uma teoria. Os tipos de estudo subjacentes são o estudo quase-experimental ou experimental. As teorias *prescritivas* prescrevem as actividades necessárias para alcançar as metas estabelecidas. Estas “*possuem três componentes básicos: metas e resultados especificados, actividades explicitas a serem realizadas para preencher a meta e lista de levantamento que articula a base conceitual*” (idem, 2009, p. 102). As teorias podem ainda ser classificadas em função da fonte de origem: *emprestadas*, *compartilhadas* ou *derivadas de teorias desenvolvidas noutras ciências* (idem, 2009, p. 103). Uma teoria contempla ainda diferentes componentes: a *finalidade*, a qual explica a razão da formulação da teoria e o contexto; os *conceitos e definições concetuais*, que constituem rótulos linguísticos da teoria, são as unidades da mesma; as *declarações teóricas ou proposições* estabelecem a ligação entre conceitos e apresentam diferentes tipos: proposições, leis, axiomas, generalizações empíricas e hipóteses. Podem dividir-se em dois grupos: declarações de existência ou não relacionais, que denominam ou classificam os objectos, alegam a existência do fenómeno, (por exemplo: o homem é velho); podem ser certas ou erradas e as declarações relacionais descrevem relações entre conceitos. As declarações relacionais podem ainda descrever a associação ou a relação causal entre conceitos, dizem-se por isso *relações associativas ou correlacionais* e *relações causais*. A *estrutura e vínculos* garantem a organização lógica e a especificação dos vínculos dos conceitos e declarações teóricas. Os *pressupostos* constituem crenças sobre um dado fenómeno que devem ser tomadas por verdadeiras de modo a sustentarem a teoria. A sua argumentação não é empírica, mas filosófica. Estes podem ainda ser implícitos ou explícitos à teoria. Os *modelos* constituem réplicas da realidade, são representações esquemáticas de algum aspecto da realidade; podem

ser: objectos tridimensionais, diagramas, fórmulas geométricas ou palavras) (Chinn e Kramer, 2004; McEwen e Wills, 2009). “*Os modelos teóricos representam o mundo real com o uso da linguagem ou dos símbolos e setas direccionais*” (McEwen e Wills, 2009, p. 107). A criação de um dado modelo permite estabelecer o efeito de algumas variáveis sobre a variável de resultado. Permite ainda descrever um dado processo, logo percebê-lo. “*Uma vez que o modelo tenha sido conceitualmente ilustrado, o fenómeno representado pode ser examinado em diferentes cenários, testando a sua utilidade e a possibilidade de generalização da teoria subjacente*” (idem, 2009, p. 107). Importa ainda salientar que “*o uso da teoria também promove a prática racional e sistemática, desafiando e validando a intuição. As teorias tornam a prática de enfermagem mais declaradamente determinada, afirmando não apenas o foco dessa prática, mas as metas e os resultados específicos*” (idem, 2009, p. 50).

Suportando-nos neste pressuposto, decidimos construir e realizar o nosso projecto, considerando que os enfermeiros constituem um recurso impar na preparação e ajuda dos prestadores de cuidados. Contudo, para além do conhecimento, são essenciais níveis de organização e profissionalização que nos permitam alcançar a proficiência. Face ao actual enquadramento socio-económico e demográfico que o nosso país atravessa, vislumbra-se um incremento do cuidado familiar. Pensamos que, um modelo de acompanhamento do prestador de cuidados, com base no conhecimento de enfermagem e cuja construção seja gerada de forma participativa e indutiva, poderá constituir um singelo contributo de modo a que se responda eficazmente a tamanhos desafios. Com base no exposto é finalidade deste projecto contribuir para o desenvolvimento de uma teoria explicativa da intervenção de enfermagem face ao papel do prestador de cuidados, num contexto estratégico que permita ter em consideração a preparação para o regresso a casa de idosos com compromisso do autocuidado; e o potencial para desenvolvimento da capacidade de desempenho do prestador de cuidados. De modo a darmos cumprimento à finalidade a que nos propusemos formulamos os seguintes objectivos:

- Identificar quais as necessidades expressas dos prestadores de cuidados.
- Identificar quais os diagnósticos de enfermagem mais frequentes que emergem dessas necessidades.
- Analisar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes que emergem dessas necessidades.

- Identificar as intervenções de enfermagem implementadas, que tomam por beneficiário o prestador de cuidados.
- Caracterizar as intervenções de enfermagem implementadas, que tomam por beneficiário o prestador de cuidados.
- Perceber a concepção de cuidados subjacente ao modelo de atendimento vigente, a esta população alvo.
- Explicitar o modelo de acompanhamento do prestador de cuidados de idosos com compromisso do autocuidado.

Escolhemos a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) dada a abertura desta instituição a projectos de investigação que possam constituir uma mais-valia para a população em estudo. Destacamos a vinculação e sentido construtivo do seu pessoal aquando da colaboração em projectos desta natureza. A escolha do Centro de Saúde de Leça da Palmeira e suas três Extensões de Saúde: Lavra, Perafita e Santa Cruz do Bispo, fundou-se na amplitude social porque a população inscrita nestas instituições de saúde se caracteriza. A mesma alberga pessoas de meio citadino, rural e piscatório. Deste modo pareceu-nos que a riqueza dos dados obtidos seria de grande relevo para o nosso estudo. Importa ainda realçar que a Unidade Local de Saúde de Matosinhos aderiu à utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem nos registos de Enfermagem, integrando-os em suporte electrónico e em sistema de partilha entre os Centros de Saúde e o Hospital Pedro Hispano. Por fim salientamos, que mediante pedido formal, o respectivo projecto foi apreciado pelo Conselho de Administração e pela Comissão de Ética da ULSM. O mesmo foi autorizado pelo Conselho de Administração da ULSM, após apreciação e parecer, pela Comissão de Ética (Anexo I). Face ao exposto, neste capítulo aludiremos ao caminho que nos propomos seguir de modo a realizarmos o estudo que pretendemos.

1.1 - TIPO DE ESTUDO

Trata-se, de um estudo múltiplo, sequencial, com uma vertente exploratória. De acordo com Driessnack, Sousa e Mendes (2007, p. 2) entendemos por tal:

“No desenho de métodos múltiplos ou multimétodos, dois ou mais projectos de pesquisa são conduzidos, cada um completo em si mesmo, para abordar perguntas de pesquisa e/ou hipóteses, um tópico ou programa. Assim como nos métodos mistos, os estudos podem ser uma combinação

de métodos quantitativos, qualitativos ou ambos. Os projectos podem ser implementados concomitantemente ou sequencialmente. No entanto, diferentemente dos métodos mistos, no desenho de métodos múltiplos, cada projecto de estudo é planeado independentemente e conduzido de modo a responder uma sub-questão específica”.

Absolutamente em sintonia, Morse e Niehaus (2009, p.13) referem que: *“Um programa de pesquisa de múltiplo método é uma série de projectos de pesquisa qualitativos e quantitativos, completos e relacionados, orientados por um impulso teórico do programa”.*

Polit (2011, p. 41) relativamente aos estudos exploratórios explicita que *“assim como a pesquisa descritiva, a exploratória começa com um fenómeno de interesse. No entanto em vez de simplesmente observar e descrever esse fenómeno, os pesquisadores exploratórios investigam a sua natureza, o modo como se manifesta e outros fatores relacionados, inclusive fatores que talvez sejam sua causa”.* Ainda Cervo e Bervian (1983, p.56) referem que os estudos exploratórios *“tem por objectivo familiarizar-se com o fenómeno ou obter a percepção do mesmo e descobrir novas ideias. (...) Realiza descrições precisas da situação e quer descobrir as relações existentes entre os elementos componentes da mesma”.* Para complementar, recorremos a Quivy e Campenhoudt (2008, p.83) que concretizam relativamente ao que preenche um estudo exploratório *“(...) entrevistas, observações e consultas de documentos diversos coexistem frequentemente durante o trabalho exploratório”.*

De modo a dar resposta aos objectivos delineados é nosso intento desenvolver um estudo múltiplo, com objectivo de desenvolvimento. O qual integra quatro estudos. O primeiro de natureza quantitativa, o segundo estruturado no método misto, o terceiro e quarto de natureza qualitativa. Driessnack, Sousa e Mendes (2007, p. 3) definem objectivo de desenvolvimento quando *“combina ou usa os resultados de um estudo a respeito de um determinado fenómeno usando um método para desenvolver outro método de estudo”.* Efectivamente os três primeiros estudos caracterizam a realidade de cuidados, necessidades, respostas e concepção de cuidados. O quarto estudo concretiza um modelo de acompanhamento do prestador de cuidados de idosos com compromisso do autocuidado. Em cada estudo será descrito o método de amostragem e características da amostra, os materiais utilizados e os procedimentos

Os quatro estudos desenvolveram-se em quatro momentos distintos. O primeiro de natureza exploratória e descritiva, com o qual pretendíamos identificar as necessidades de cuidados, dos prestadores de cuidados de idosos com compromisso do autocuidado, inscritos no Centro

de saúde de Leça da Palmeira e respectivas Extensões de Saúde: Lavra, Perafita e Santa Cruz do Bispo. A recolha de informação processou-se com o recurso aos seguintes instrumentos: Minimal Mental Test Examination (MMSE), Escala de Rankin, Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody, Medical Outcome Study – Short Form-36 (SF-36) e um instrumento de avaliação multidimensional por nós elaborado. Os dados foram recolhidos com recurso ao prestador de cuidados e ao Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Salientamos dois tipos de informação obtida: a que nos foi prestada pelos prestadores de cuidados de idosos com compromisso do autocuidado e a relativa à condição de saúde do idoso. Esta recolha decorreu entre 01 de Setembro de 2007 e 29 de Fevereiro de 2008, tendo sido entrevistados, 115 prestadores de cuidados e respectivos idosos com compromisso do autocuidado (total de prestadores de cuidados contactáveis e localizáveis) no referido Centro de Saúde e respectivas Extensões de Saúde.

Num segundo momento, recolhemos e analisamos a informação clínica de enfermagem respeitante aos participantes do nosso primeiro estudo, a qual foi processada no SAPE, também entre 01 de Setembro de 2007 e 29 de Fevereiro de 2008. Trata-se de um estudo misto (Morse e Niheaus, 2009) pelo que procedemos à análise qualitativa e quantitativa da mesma, tendo apurado os diagnósticos e as intervenções de enfermagem que os enfermeiros prescreviam.

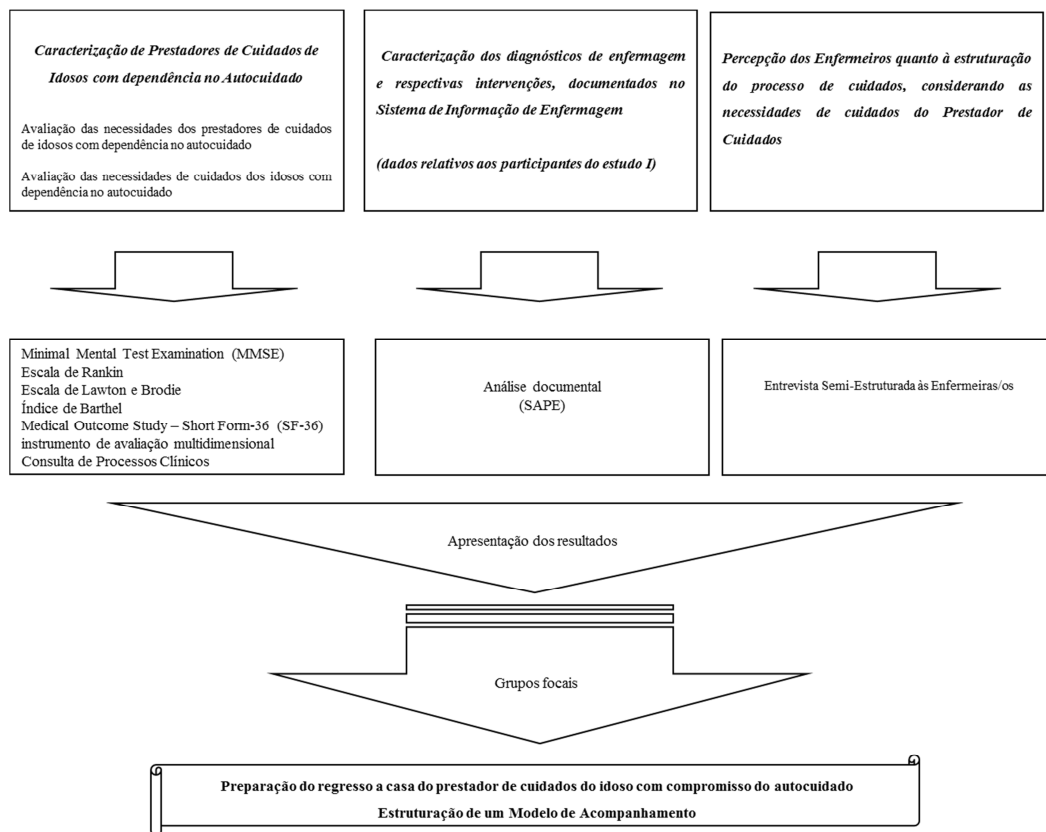
Num terceiro momento e dando a conhecer os resultados dos estudos anteriores procuramos perceber a concepção de cuidados subjacente às terapêuticas de enfermagem instituídas a estes beneficiários. Pois dado o estreito contacto do investigador com as diferentes equipas de enfermagem era perceptível que havia factores extrínsecos aos enfermeiros que determinavam uma prática diferente à que era defendida pelos mesmos. Deste modo optámos por um estudo qualitativo, recorremos à entrevista semi-estruturada, tendo entrevistado o total de enfermeiros do Centro de Saúde e das três Extensões de Saúde.

Num quarto momento, face aos achados nos três estudos anteriores, optamos por estruturar um modelo de acompanhamento do prestador de cuidados de idosos com compromisso do autocuidado. Apesar de inicialmente ser nossa intenção implementar um programa de intervenção, à medida que fomos evoluindo nesse propósito pareceu-nos que fazia sentido estruturar intervenções de enfermagem integradas numa lógica sequencial e ajustada às reais necessidades desta população, pelo que sentimos necessidade de aprofundar e desenvolver estudos adicionais que levaram ao adiamento do nosso primeiro propósito. Definimos um

grupo de peritos que acolhe enfermeiros investigadores activos na temática do prestador de cuidados e enfermeiros da prática clínica que prestem cuidados e simultaneamente procedam à gestão destes, tomando por beneficiários os prestadores de cuidados. Apresentamos os resultados dos três estudos anteriores, aclaramos os objectivos deste estudo e sob a forma de grupos focais, de modo indutivo obtivemos um modelo de acompanhamento dos prestadores de cuidados de idosos com compromisso do autocuidado.

Com o intuito de aclarar o desenho do estudo produzimos o esquema apresentado na figura 2.

Figura 2 - Desenho do estudo



2 - CONTEXTO

A caracterização do Centro de Saúde de Leça da Palmeira e respectivas Extensões de Saúde (Lavra, Perafita e Santa Cruz do Bispo) surge da necessidade de apresentar a realidade onde o trabalho de campo que substancia os nossos estudos se desenrolou. Importa ainda salientar que optamos pelas designações em vigor, na época da colheita de dados, referente aos quatro estudos que integram o nosso projecto. Actualmente as mesmas instituições enquadram-se organicamente num novo quadro legal, o qual lhes atribui diferentes designações. E ainda, aclarar os critérios subjacentes à selecção destas instituições, para integrarem os estudos que realizamos. Estas localidades pertencem ao concelho de Matosinhos, o qual no total integra 10 freguesias (figura 3).

Figura 3 - Mapa do Concelho de Matosinhos



A distância entre os centros urbanos de Matosinhos e das freguesias, Leça da Palmeira, Lavra, Perafita e Santa Cruz do Bispo, onde decorreram os nossos estudos é de: 2,8 Km, 13,3 Km, 1,2 Km e 7,7 Km, respectivamente (Himmera, 2012). Releva-se ainda que Leça da Palmeira é uma das duas freguesias da cidade de Matosinhos, sendo a outra, Matosinhos. As freguesias de Leça da Palmeira, Lavra e Perafita e Santa Cruz, apresentam boa rede viária, estando

servidas pela A28. Relativamente ao clima, destas quatro localidades é tipicamente temperado marítimo. Ventos predominantemente de oeste, verificando-se nortada e ventos do suão. A precipitação média mensal é relativamente elevada, caracterizando-se por valores entre os mil e os mil e duzentos milímetros por metro cúbico, com pico entre Novembro e Janeiro. Constata-se a presença contínua de humidade atmosférica, a qual compensa a diminuição de pluviosidade no verão. A temperatura atmosférica é mais elevada entre Maio e Agosto. É frequente o nevoeiro nos meses de Verão, resultando da confluência de correntes marinhas que se formam ao longo da Costa Atlântica, da circulação entre massas de ar frio e quente, fornecendo à região humidade e pluviosidade (Porto de Sempre, 2012).

Conforme os “dados do Centro de Estatística da Região Norte (censos 2001), observa-se baixo nível de escolaridade, registando uma taxa de analfabetismo de 5,2% (Câmara Municipal de Matosinhos e Fundação Manuel Leão, 2006). Em 2011 (projectão), o índice de envelhecimento era de 106,7%, índice de dependência de idosos 23,1%, a taxa de natalidade de 10‰, a taxa de fecundidade de 41,6‰, a taxa de mortalidade de 8,27‰ e a taxa de mortalidade infantil de 2,4‰” (INE, 2011).

Freguesia e População de Leça da Palmeira

A Freguesia de Leça da Palmeira confina com Matosinhos, a norte, estando separada desta pelo rio Leça e pelo Porto de Mar de Leixões. A referida autarquia é uma das duas freguesias da cidade de Matosinhos. Abrange uma área total de 7,2 Km², com uma população residente de 17215 habitantes. A densidade populacional é de 2405,6 habitantes por Km², tendo 6128 famílias clássicas residentes (Bastos e Freitas, 2004; INE, 2001).

A população encontra-se distribuída pelo espaço urbano servido por ruas e avenidas arborizadas e confinantes com múltiplos espaços verdes e jardins. Caracteriza-se também pela existência de várias colectividades. As principais actividades profissionais inscrevem-se no sector primário, secundário e terciário. Como actividades principais destacam-se a pesca, a indústria (conserveira, metalomecânica e transformadora de madeira), os serviços e o comércio. Relevam-se ainda no sector industrial equipamentos como: Porto de Mar de Leixões, Complexo Industrial da Refinaria do Porto (Petrogal) e a Feira Internacional do Porto (EXPONOR). Caracteriza-se ainda por excelentes praias e uma gastronomia rica, nomeadamente no domínio dos pratos de marisco. Salienta-se ainda o interesse pelo turismo,

onde no âmbito do lazer se destaca o Centro Hípico de Leça da Palmeira (Infopédia, 2012; Porto de Sempre, 2012).

Freguesia e População de Lavra

A Vila de Lavra confina com o concelho de Vila do Conde (a norte), a Freguesia de Perafita (a sul), o concelho da Maia (a nascente) e confina com o oceano Atlântico (a poente). É constituída por 8 lugares: Angeiras, Antela, Cabanelas, Avilhos, Lavra, Paiço, Praia de Angeiras e Pampelido (Junta de Freguesia de Lavra, 2012). A referida autarquia abrange uma área total de 10,3 Km², com uma população residente de 9408 habitantes. A densidade populacional é de 913,7 habitantes por Km², tendo 3017 famílias clássicas residentes (Bastos e Freitas, 2004; INE, 2001). As principais actividades profissionais inscrevem-se no sector primário, salientando-se a pesca e a agricultura. Esta última é sobretudo de subsistência. Já o sector secundário limita-se a algumas indústrias transformadoras. Caracteriza-se por elevado número de colectividades (Junta de Freguesia de Lavra, 2012).

Freguesia e População de Perafita

A Vila de Perafita situa-se a noroeste do Concelho de Matosinhos. Confina com Leça da Palmeira, a sul, Santa Cruz do Bispo, a leste, e Lavra a norte. É delimitado ainda, a nordeste, pelo Concelho da Maia, na qual se encontra o Aeroporto Sá Carneiro. A freguesia é constituída pelos lugares: Aldeia Nova, Barroca, Farrapas, Flores, Freixieiro, Guarda, Pampelido e Montedouro, Rua Progresso, Padrão, Ribeiras, Rua 31 de Janeiro e Nacional 107, Varão, Outeiro, Vilar da Bouça, Casais, Quatro Caminhos, Alto do Cão, Caçadores e Monte Pedroso.

A freguesia, abrange uma área total de 8,7 Km², com uma população residente de 12298 habitantes. A densidade populacional é de 1419 habitantes por Km², tendo 4201 famílias clássicas residentes (Bastos e Freitas, 2004; INE, 2001).

As principais actividades profissionais inscrevem-se no sector primário, secundário e terciário. No primário salienta-se a agricultura e a pesca, a primeira é sobretudo de subsistência. Já o sector secundário apresenta várias indústrias transformadoras. Sobressai ainda o comércio e a infra-estrutura do terminal do Freixieiro. No âmbito do lazer possui dois kartódromos e a restauração filiada nos pratos de peixe e mariscos (Porto de Sempre, 2012).

Esta vila encontra-se bem servida por rede viária, (A28 e A41), e ainda por uma boa rede de transportes, entre os quais o Metro do Porto (Porto de Sempre, 2012).

Freguesia e População de Santa Cruz do Bispo

A freguesia de Santa Cruz do Bispo confina com Perafita a Oeste, Guifões e Leça da Palmeira a Sudoeste, Custóias a Este, e ainda com Moreira a Norte (concelho da Maia) (LIPOR, 2009). Abrange uma área total de 3,6 Km², com uma população residente de 6108 habitantes. A densidade populacional é de 1676,3 habitantes por Km², tendo 1913 famílias clássicas residentes (Bastos e Freitas, 2004; INE, 2001).

As principais actividades profissionais inscrevem-se no sector primário e secundário. No primário salienta-se a agricultura de subsistência (Porto de Sempre, 2012).

Centro de Saúde de Leça da Palmeira e respectivas Extensões de Saúde

O Centro de Saúde de Leça da Palmeira, integra a ULSM e é constituído pela Sede e três Extensões de Saúde: Lavra, Perafita e Santa Cruz do Bispo. As quatro unidades de saúde possuem um Serviço de Ambulatório (consultas), que funciona das 8 às 20 horas, o qual integra o serviço de Atendimento Complementar, vulgo “Recurso”, para atendimentos de urgência ou sem marcação. O Serviço de Atendimento a Situações de Urgência (SASU), deste Centro de Saúde e respectivas extensões, funciona das nos dias úteis das 20 às 24h e nos fins-de-semana das 8 às 24h, no Centro de Saúde de Matosinhos. Salientamos ainda dois projectos, extensivos às quatro Unidades de Saúde: Saúde Escolar e Saúde Materna. Têm ainda uma parceria com uma Instituição Particular de Solidariedade Social de Perafita, no âmbito do *Apoio Domiciliário Integrado* (ADI), a qual possibilita nas quatro localidades a prestação de apoio na higiene pessoal, preparação de refeições e cuidados à roupa (lavar e passar a ferro), ao longo de todos os dias da semana, ininterruptamente. Relativamente às populações de risco, (hipertensos e diabéticos), seguem os protocolos preconizados pela ULSM. As quatro instituições têm ainda contracto com uma empresa de segurança, que garante a vigilância das instalações.

O método de trabalho adoptado pela Equipa de Enfermagem é o método de trabalho individual. A cada enfermeiro de família é atribuída uma lista de clientes, a qual corresponde à lista de um dado médico de família. Salientamos ainda que o horário da equipa de enfermagem varia entre 35 horas por semana, se o enfermeiro pertence à função pública e em

alguns contractos, e 40 horas nos restantes contractos de trabalho. Relativamente à equipa médica, todos os médicos possuem a Especialidade em Medicina Familiar.

Interessa ainda relevar que estes quatro centros de saúde recorrem ao SAPE enquanto suporte electrónico dos registos de enfermagem, o qual incorpora os conceitos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

Dado o novo enquadramento legal dos Cuidados de Saúde Primários, o Centro de Saúde de Leça da Palmeira e respectivas extensões de saúde, tomam hoje, novas designações, sendo estas:

- Centro de Saúde de Leça da Palmeira deu origem à Unidade de Saúde Familiar Maresia, à Unidade de Saúde Familiar de Leça e à Unidade de Cuidados Continuados de Leça;
- Extensão de Saúde de Lavra deu origem à Unidade de Saúde Familiar Dunas;
- Extensão de Saúde de Perafita deu origem à Unidade de Saúde Familiar Progresso;
- Extensão de Saúde de Santa Cruz do Bispo deu origem à Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Santa Cruz.

Centro de Saúde de Leça da Palmeira

O edifício do Centro de Saúde de Leça da Palmeira, foi construído de raiz, sendo inaugurado em Junho de 2003. As instalações têm dois pisos, sendo que o atendimento de clientes funciona num único piso (piso inferior), possuindo espaços amplos de atendimento e de circulação, uma boa luminosidade e um bom estado de conservação.

O número de utentes inscritos é de 20467 clientes, sendo 48,07% do sexo masculino e 51,93% do sexo feminino. O ratio enfermeiro cliente é de 1574,4. Salientamos ainda que tais dados foram obtidos no próprio Centro de Saúde, em 24 de Março de 2010.

Quanto aos recursos humanos do Centro de Saúde de Leça da Palmeira (quadro 2) salienta-se: a equipa médica que é constituída por 16 médicos, um assume a função de Director do centro de saúde e extensões de saúde. A equipa de enfermagem é constituída por 17 enfermeiros [o Enfermeiro-Chefe com o Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Comunitária, 5 enfermeiros especialistas (2 com o Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Comunitária, 1 com o Curso de Estudos Superiores

Especializados em Enfermagem de Reabilitação, 1 com o Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, 1 com o Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia), 6 enfermeiros graduados, (destes 2 têm o Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Comunitária e outro tem o Curso de Pós-Graduação em Cuidados Paliativos) e 5 enfermeiros de nível I (1 tem o Curso de Pós-Graduação em Cuidados Paliativos)]. Quanto às idades apresentam uma média de 38,65 anos, mediana e moda de 35 anos, desvio padrão de 8,99, máximo de 56 anos e mínimo de 28 anos. Quanto ao tempo de serviço, apresentam uma média de 14,97 anos, mediana e moda de 12 anos, desvio padrão de 9,66, máximo de 36 anos e mínimo de 5,5 anos.

Quadro 2 - Recursos humanos do Centro de Leça da Palmeira

Recursos Humanos	
Médicos	16
Enfermeiros	17
Administrativos	11
Apoio Geral	5

Centro de Saúde de Lavra

O edifício do Centro de Saúde de Lavra foi construído de raiz, sendo inaugurado em 2004. As instalações têm um único piso. Possui espaços amplos para o atendimento e circulação de pessoas, apresenta boa luminosidade natural e um bom estado de conservação.

O número de clientes inscritos é de 10130, sendo 48,65% do sexo masculino e 51,35% do sexo feminino. O ratio enfermeiro cliente é de 1688,3. Salientamos ainda que tais dados foram obtidos no próprio Centro de Saúde, em 24 de Março de 2010.

Quanto aos recursos humanos do Centro de Lavra (quadro 3) salienta-se: a equipa médica é constituída por 6 médicos (um assume funções de Coordenador). A equipa de enfermagem é constituída por 6 enfermeiros (a Enfermeira Responsável com o Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, 2 Enfermeiros Graduados, (1 com o Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Comunitária) e 3 Enfermeiros de Nível I. Quanto às idades apresentam uma média de 33,67 anos, mediana de 31 anos e moda de 32 anos, desvio padrão de 9,32, máximo de 54 anos e mínimo de 27 anos.

Relativamente ao tempo de serviço apresentam uma média de 10,17 anos, mediana de 6,75 anos, o desvio padrão de 11,45, máximo de 35 anos e mínimo de 0,5 anos.

Quadro 3 - Recursos humanos do Centro de Saúde de Lavra

Recursos Humanos	
Médicos	6
Enfermeiros	6
Administrativos	5
Apoio Geral	2

Centro de Saúde de Perafita

O Centro de Saúde de Perafita, embora integrando o edifício da Junta de Freguesia, foi construído de raiz, sendo inaugurado em 2008. As instalações têm dois pisos, os quais dão resposta ao atendimento de clientes. Possui espaços amplos de atendimento e de circulação, uma boa luminosidade e um bom estado de conservação.

O número de clientes inscritos é de 12284, sendo 48,97% do sexo masculino e 51,03% do sexo feminino. O ratio enfermeiro cliente é de 1754,9. Salientamos ainda que tais dados foram obtidos no próprio Centro de Saúde, em 24 de Março de 2010.

Considerando os recursos humanos do Centro de Saúde de Perafita (quadro 4) salienta-se: a equipa médica é constituída por 7 médicos (um assume funções de Coordenador). A equipa de enfermagem é constituída por 7 enfermeiros (o Enfermeiro Responsável, sendo enfermeiro graduado) 3 enfermeiros graduados, e 3 enfermeiros de Nível I. Quanto às idades apresentam uma média de 33 anos, mediana de 29 anos, desvio padrão de 8,04, máximo de 50 anos e mínimo de 26 anos. Em relação ao tempo de serviço apresentam uma média de 9,5 anos, mediana de 7 anos, o desvio padrão de 8,42, máximo de 28 anos e mínimo de 2 anos.

Quadro 4 - Recursos Humanos do Centro de Saúde de Perafita

Recursos Humanos	
Médicos	7
Enfermeiros	7
Administrativos	5
Apoio Geral	2

Centro de Saúde de Santa Cruz do Bispo

O edifício do Centro de Saúde de Santa Cruz do Bispo, foi construído de raiz, sendo inaugurado em 2008. As instalações têm um único piso. Possui espaços ajustados ao atendimento e circulação de pessoas, dado integrar o rés-do-chão de um prédio, só possui duas frentes, deste modo a boa luminosidade, é conseguida com recurso à luz artificial. Apresenta um bom estado de conservação.

O número de clientes inscritos é de 4755, sendo 51,55% do sexo masculino e 48,45% do sexo feminino. O ratio enfermeiro cliente é de 1188,75. Salientamos ainda que tais dados foram obtidos no próprio centro de saúde, em 24 de Março de 2010.

Quanto aos recursos humanos (quadro 5), a equipa médica é constituída por 4 médicos (um assume funções de Coordenação). A equipa de enfermagem é constituída por 3 enfermeiros (a Enfermeira Responsável, enfermeira de nível I, com Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Comunitária) e 2 enfermeiras de nível I. Quanto às idades apresentam uma média de 26,67 anos, mediana de 27 anos e moda de 27 anos, desvio padrão de 0,47, máximo de 27 anos e mínimo de 26 anos. Considerando o tempo de serviço apresentam uma média de 4,33 anos, mediana e moda de 4 anos, o desvio padrão de 0,47, máximo de 5 anos e mínimo de 4 anos.

Quadro 5 - Recursos humanos do Centro de Saúde de Santa Cruz do Bispo

Recursos Humanos	
Médicos	4
Enfermeiros	3
Administrativos	3
Apoio Geral	2

ESTUDO 1

**Caracterização de Prestadores de Cuidados de Idosos
com Compromisso do Autocuidado**

1 - INTRODUÇÃO

O envelhecimento constitui um fenómeno mundialmente global, cujo impacte na sua total abrangência é ainda difícil de estimar. A OMS (2006, sp) refere-nos que “*entre 2000 e 2050, a população mundial com mais de 60 anos triplicará, passando de 600 milhões a 2000 milhões*”. Também em Portugal “*a proporção da população idosa, que representava 8,0% do total da população em 1960, mais que duplicou, passando para 16,4% em 12 de Março de 2001, data do último Recenseamento da População*” (INE, 2002, p. 11). Face a tal cenário Ramos (1993) num estudo multicêntrico visando identificar as necessidades de saúde da população de idosos residentes em zona urbana, verificou que 47% precisavam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma das actividades de vida diária e que 7% apresentava uma dependência total, impossibilitando o indivíduo de viver sozinho. Sobressai daqui, que o envelhecimento massivo da população, condiciona ao aumento dos idosos com compromisso do autocuidado a cargo da família e a subsequente génese de múltiplas necessidades, destes prestadores de cuidados, as quais requerem respostas proficientes. Ducharme, Lebel e Bergman (2001) e Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) referem-nos que estudos americanos e canadianos revelam, que após os anos 80 as famílias asseguram 80% do suporte aos seus familiares idosos. Considerando o exposto, a finalidade do nosso estudo é caracterizar os prestadores de cuidados de idosos com compromisso do autocuidado e os próprios idosos a seu cargo, de modo a percebermos quais as necessidades de cuidados de enfermagem emergentes, tomando por referência uma área geográfica do Grande Porto. Para concretizar a finalidade delineamos os seguintes objectivos: identificar as necessidades dos idosos com compromisso no autocuidado, afectos ao Centro de Saúde de Leça da Palmeira e respectivas Extensões de Saúde: Lavra, Perafita e Santa Cruz do Bispo e identificar as necessidades dos prestadores de cuidados dos idosos em estudo.

2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

De acordo com Fortin (2003, p. 372) metodologia é o: “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica. Também, secção de um relatório de investigação que descreve os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação”. Deste modo, realizamos um estudo descritivo de natureza exploratória. O mesmo decorreu no Centro de Saúde de Leça da Palmeira e respectivas Extensões de Saúde.

2.1 - PARTICIPANTES

Com base nos trabalhos de Fortin (2009, p. 311) População é: “um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns”. Também Polit, Beck e Hungler (2004, p. 429) definem amostra como um: “subconjunto da população seleccionado para participar de uma pesquisa”. Considerando o exposto, procedemos à selecção de uma amostra de conveniência, que integra prestadores de cuidados familiares, e os idosos com compromisso do autocuidado, que estão sob seus cuidados, adstritos ao Centro de Saúde de Leça da Palmeira e respectivas Extensões de Saúde. A inclusão na amostra obedeceu aos seguintes critérios: estar inscrito no programa de saúde dependentes; ter 65 ou mais anos e com avaliação através da Escala de Rankin superior a ou igual a 4; ter prestador de cuidados com “*Minimal Mental Test Examination*” superior a 24 e com mais de 18 anos de idade.

2.2 - MATERIAL

Os instrumentos de recolha de dados a que recorreremos, foram já utilizados em outras investigações, os quais passamos a descrever. Ressalvamos ainda que as diferentes autorizações e os exemplares de cada instrumento se encontram no Anexo II.

Minimal Mental Test Examination (MMSE) tem por objectivo avaliar funções cognitivas específicas. O MMSE é composto por 27 itens, a sua aplicação teve por base excluir cuidadores sem capacidade cognitiva para poder responder ao questionário (Folstein, Folstein

e McHugh, 1975; Guerreiro *e outros*, 1994). Os pontos de corte para a população portuguesa são: “*analfabetos ≤ 15 , 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 e com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27* ” (Guerreiro *e outros*, 1994, p. 9) (Anexo II).

A Escala de Rankin que é uma “*escala mista que avalia a deficiência, a incapacidade e as desvantagens sociais associadas*” (Martins, 2006, p. 123). Trata-se de uma escala simples, utilizada em múltiplos estudos para a triagem de participantes. A sua aplicação teve também por base os participantes terem apoio de um familiar para a ajuda na prestação de cuidados. Esta escala tem apenas um item com 6 hipóteses de resposta, que varia de 0 a 5, o valor mais elevado representa maior compromisso da autonomia e independência (Gonçalves, Cardoso e Massano, 1997), (Anexo II).

O Índice de Barthel, foi utilizado com a finalidade de “*avaliar a capacidade funcional nas actividades básicas de vida diária dos sujeitos*” considerando o exposto por Araújo *e outros* (2007, p. 59) e Wade e Collin, (1988) [cit. por Martins, (2006, p. 117)]. É constituído por 10 questões e a sua pontuação pode variar entre 0 e 20, sendo as pontuações mais elevadas indicativas de uma melhor funcionalidade. Consideramos os pontos de corte utilizados por Martins (2006, p. 117-118) “*totalmente dependentes (menos de 8 pontos), incapacidade grave (de 9 a 12 pontos), incapacidade moderada (de 13 a 19 pontos) e independentes (20 pontos)*” (Anexo II).

O Escala de Lawton y Brody “*permite avaliar a dependência relativamente às Actividades Instrumentais da Vida Diária*” (Imaginário, 2004, p. 97). Este instrumento tem 21 itens dispostos por 7 categorias, a sua pontuação pode variar de 7 a 21 pontos, valores mais elevados são indicativos de uma melhor funcionalidade para as atividades instrumentais (Araújo *e outros*, 2008) (Anexo II).

O Medical Outcome Study – Short Form-36 (SF-36) avalia a saúde global e a qualidade de vida dos cuidadores. O SF-36 é composto por 36 questões agrupadas em 8 dimensões: saúde geral, função física, desempenho físico, desempenho emocional, função social, dor, vitalidade e saúde mental. Apresenta ainda uma questão que compara a percepção de saúde atual com a de há um ano. As pontuações variam entre 0 e 100 em cada dimensão, valores mais elevados correspondem a uma melhor qualidade de vida (Ferreira, 2000a; Ferreira, 2000b) (Anexo II) . Relativamente a este instrumento procedeu-se à avaliação de *consistência interna* com recurso

ao *alfa de Cronbach*, o qual é definido por Polit (2004, p. 290 e 430) como: “*índice de confiabilidade que avalia a coerência interna ou homogeneidade de uma medida composta por várias subpartes; também chamado de coeficiente alfa*”. No quadro 6 apresentamos os valores de consistência interna das diferentes subescalas do SF-36 avaliados nos prestadores de cuidados de idosos com compromisso do autocuidado. Podemos verificar que os valores do alfa de Cronbach variam entre 0,64 e 0,97. Relativamente à subescala “Desempenho Emocional”, cujo alfa é de 0,64, poderia ser melhorado para 0,96 se o item 5c (“*Não executou o seu trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como de costume*”) fosse eliminado. Contudo face ao valor do alfa global dos itens optamos por o manter.

Quadro 6 - Coeficientes de Cronbach das sub-escalas do SF-36

Sub-escalas	Nº. de itens	Alfa de Cronbach
Função Física	10	0,89
Desempenho Físico	4	0,97
Dor	2	0,77
Saúde Geral	5	0,81
Vitalidade	4	0,73
Função Social	2	0,84
Desempenho Emocional	3	0,64
Saúde Mental	5	0,82

Foi ainda anexo um instrumento de avaliação multidimensional para recolha de dados sociodemográficos dos participantes (idoso e prestador de cuidados) e questões significativas relativas ao exercício do papel de prestador de cuidados (Anexo II).

2.3 - PROCEDIMENTO

A colheita de dados iniciou-se após deferimento da autorização por parte do Conselho de Administração da ULSM. A mesma decorreu entre 01 de Setembro de 2007 e 29 de Fevereiro de 2008, tendo sido entrevistados, 115 prestadores de cuidados e respectivos idosos com compromisso do autocuidado (total de prestadores de cuidados contactáveis e localizáveis) inscritos no Centro de Saúde de Leça da Palmeira e respectivas Extensões de Saúde. Ressalvamos também que do conjunto de idosos referenciados, no programa de saúde dependentes, num total de 159, dos quais foram eliminados 44 por motivo de: mudança de residência destes, sem a comunicação formal ao Centro de Saúde; falecimento do idoso sem a

comunicação formal ao Centro de Saúde e deficiente capacidade cognitiva do prestador de cuidados de modo a responder coerentemente.

A recolha foi efectuada sempre pelo mesmo investigador. Procedemos a um pré-teste do qual foi apurado não ser necessário reformular qualquer questão, pelo que procedemos à inclusão desses dados, nos globais da amostra. Os instrumentos em uso mostraram ser de fácil compreensão. A recolha de informação demorou em média 1 hora uma vez que os prestadores de cuidados desviavam-se das questões abordadas, conversando um pouco sobre questões relacionadas com o estado de saúde dos idosos e até fazendo alguma catarse sobre a sua condição de cuidador informal. O primeiro contacto com o prestador de cuidados foi efectuado pela Enfermeira de Família (telefonicamente, do Centro de Saúde ou pessoalmente, no domicílio, conforme o agendado pela mesma na sua normal distribuição de trabalho), no sentido de proceder à notícia do referido estudo. Após este e anuência do prestador de cuidados, num outro dia previamente combinado, a mesma apresentava o investigador e este por sua vez, o estudo.

2.4 - TRATAMENTO DOS DADOS

A informação colhida foi armazenada e processada com recurso ao programa estatístico SPSS® versão 19, sendo analisada com recurso a estatística paramétrica. Os dados foram explorados através de estatística descritiva, nomeadamente medidas de tendência central e de correlação. Na análise de validade e fidelidade dos instrumentos utilizados [Medical Outcome Study – Short Form-36 (SF-36)] recorreremos ao coeficiente *alfa de Cronbach*. Com o intuito de uma melhor caracterização procederemos primeiro a uma análise relativa aos idosos que integraram o nosso estudo e posteriormente aos prestadores de cuidados.

3 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Obedecendo à declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial os participantes foram esclarecidos dos objectivos e da finalidade do estudo, bem como dos procedimentos a utilizar durante a investigação. Foram ainda, informados do direito de autodeterminação e assegurado que a sua recusa em participar no estudo, em nada interferiria no seu normal seguimento pelos serviços de saúde. Os participantes que aceitaram integrar o estudo, assinaram uma declaração de consentimento autorizado após leitura do documento em voz alta (anexo III). Foi garantido e assegurada a confidencialidade dos dados, o anonimato dos participantes e a possibilidade de colocarem questões.

4 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Considerando o trabalho realizado, optamos por apresentar primeiro os dados e sua análise relativos aos idosos com compromisso do autocuidado e depois os respectivos prestadores de cuidados.

4.1 - IDOSOS COM COMPROMISSO DO AUTOCUIDADO

Neste sub-capítulo aludiremos aos dados obtidos relativamente aos idosos com compromisso do autocuidado. Esta abordagem ilustra, dadas as limitações e necessidades de cuidados que os idosos comportam, a intensidade de carga de trabalho que os seus cuidadores, objectos do nosso estudo, dão resposta no seu dia-a-dia.

4.1.1 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS IDOSOS COM COMPROMISSO NO AUTOCUIDADO

Relativamente à idade dos idosos constatamos que estes apresentam uma média de 81 anos, com o desvio padrão de 8,6, sendo a idade mínima de 65 anos, a máxima de 102 anos e a mediana de 81,4 anos. Verificamos assim, que os participantes com compromisso do autocuidado apresentam uma idade bastante avançada. O facto da amostragem, ser de conveniência, não nos permite fazer qualquer extrapolação para a realidade. No quadro 7 apresentamos a distribuição dos idosos com compromisso no autocuidado segundo os dados sociodemográficos.

Quadro 7 - Dados sociodemográficos dos idosos com compromisso do autocuidado

Sexo		
Feminino	n	74
	%	64,3
Masculino	n	41
	%	35,7
Estado Civil		
Solteiro	n	4
	%	3,5
Casado	n	43
	%	37,4
Viúvo	n	67
	%	58,2
União de Facto	n	1
	%	0,9
Habilitações Literárias		
Analfabeto/a	n	58
	%	50,43
Primeiro Ciclo do Ensino Básico	n	52
	%	45,22
Segundo Ciclo do Ensino Básico	n	3
	%	2,61
Terceiro Ciclo do Ensino Básico	n	1
	%	0,87
Secundário	n	1
	%	0,87
Situação Laboral		
Reformado por limite de idade	n	109
	%	94,78
Reformado por invalidez	n	6
	%	5,22

Em consonância com o disposto pelo INE (2004) a longevidade das mulheres (85 anos) é superior à dos homens (79 anos), face ao tipo de amostra que o nosso estudo incorpora, em que sobressai a idade avançada dos idosos, verificamos que há predomínio do sexo feminino (quadro 2).

Relativamente ao estado civil dos idosos com compromisso do autocuidado (quadro 7), verificamos que a maioria (58,3%) são viúvos. Ressalvamos ainda que um número significativo (37,4%) é casado. Quanto à escolaridade (quadro 7), destacamos que: 50,4% são analfabetos e 45,2% frequentaram apenas o 1º ciclo. Na nossa amostra e apesar de a mesma congregar vários cidadãos de meio citadino, não inclui nenhuma pessoa com ensino superior.

Considerando a situação laboral (quadro 7), constatamos que todos os idosos são reformados, a grande maioria devido à idade.

4.1.2 - DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS COM COMPROMISSO DO AUTOCUIDADO

Com o intuito de melhor caracterizarmos o grau de dependência dos idosos que integram o nosso estudo e porque tal caracterização contribui para aclararmos melhor as necessidades de assistência às quais os prestadores de cuidados terão que dar resposta, apresentamos os dados relativos à Escala de Rankin, Índice de Barthel e Escala de Lawton y Brody.

Quadro 8 - Compromisso do Autocuidado quanto ao grau de dependência considerando a Escala de Rankin e o Índice de Barthel

Escala de Rankin		
	n	%
Totalmente Dependente	92	80,00
Dependente	17	14,78
Parcialmente dependente	6	5,22
Índice de Barthel		
	n	%
Totalmente Dependente	96	83,48
Incapacidade Grave	9	7,83
Incapacidade Moderada	10	8,70

De acordo com a Escala de Rankin, 80% são totalmente dependentes (quadro 8). Tal realidade impõe uma elevada intensidade de carga de trabalho aos prestadores de cuidados. Considerando o índice de Barthel, 83,48% é totalmente dependente (quadro 8). Tais resultados vêm em plena sintonia com os encontrados por meio do indicador anterior. Segundo a escala de Lawton y Brody, a qual atingiu o mínimo na escala, logo a maior dependência em 78,3% dos idosos. Salientamos ainda a média de 7,5, um máximo de 17 e um mínimo de 7, com um desvio padrão de 1,3. Sendo que só 8,7% conseguem ser independentes para uma única actividade. Ou seja, os idosos em estudo mostram uma inabilidade quase total para desempenhar actividades instrumentais.

4.2 - PRESTADOR DE CUIDADOS

Após a caracterização dos idosos com compromisso do autocuidado, passamos à caracterização dos seus prestadores de cuidados.

4.2.1 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PRESTADORES DE CUIDADOS

A idade dos cuidadores situa-se entre os 23 (mínimo) e 85 anos (máximo), tendo por mediana 61 anos. O que claramente nos remete para a realidade, aliás já descrita em outros estudos realizados no nosso país, de idosos a cuidar de idosos, na sua grande maioria (Lage, 2007; Martins, 2006; Sequeira, 2010).

Quadro 9 - Dados sociodemográficos dos prestadores de cuidados

Sexo		
Feminino	n	104
	%	90,43
Masculino	n	11
	%	9,57
Estado Civil		
Solteiro	n	81
	%	70,43
Casado	n	15
	%	13,04
Viúvo	n	10
	%	8,70
Divorciado	n	9
	%	7,83
Parentesco		
Filha / Filho	n	59
	%	51,31
Esposa / Marido	n	30
	%	26,09
Outros	n	26
	%	22,60
Situação laboral		
Reformado/a	n	51
	%	44,35
Doméstica	n	23
	%	20,00
Com Actividade Profissional	n	21
	%	18,26
Desempregado/a	n	20
	%	17,39
Habilitações Literárias		
Analfabeto/a	n	10
	%	8,70
Primeiro Ciclo do Ensino Básico	n	82
	%	71,30
Segundo Ciclo do Ensino Básico	n	9
	%	7,83
Terceiro Ciclo do Ensino Básico	n	11
	%	9,57
Secundário	n	1
	%	0,87
Ensino Médio	n	1
	%	0,87
Ensino Superior	n	1
	%	0,87
Local de Habitação		
Coabita com o familiar idoso	n	104
	%	90,43
Vive noutra habitação	n	11
	%	9,57

Da análise do quadro 9, constatamos que quanto ao sexo a grande maioria (90,4%) é do sexo feminino. Este resultado encontra-se em total sintonia com o referido pela literatura, deste modo Laham (2003, p. 38) afirma que: “a maioria dos cuidadores (86%) são mulheres”. Também a NAC (2009, p. 15) refere que: “primary caregivers are more apt to be female (70%) than non-primary caregivers (61%)”. Relativamente ao estado civil, verificamos que a grande maioria, 70,43% são casados. O parentesco mais predominante é filho/filha (51,31%) e esposa/marido (26,09%). Estes dados estão em sintonia com a literatura, de acordo com Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006, p. 61) “os conjugues emergem na literatura como a principal fonte de assistência ao idoso dependente. A descendência, com predomínio para o sexo feminino, constitui a segunda procedência de cuidados”. Nesta linha, podemos dissecar os itens “filha/filho” e esposa/marido, já que o género é determinante quanto à representatividade, sendo que filha representa 47,83% e filho apenas 3,48%, tal como esposa 20% e marido apenas 6,09%. Considerando os filhos cuidadores, verificamos que as noras representam 9,57%. Importa ainda dissecar a categoria “outros”, a mesma integra: nora (9,57%), cuidadora (vizinha / pessoa de confiança) (6,96%), sobrinha (1,74%), irmã (0,87%), irmão (0,87%), comadre (0,87%), cunhada (0,87%) e neta (0,87%). Considerando a situação laboral, a maioria (44,3%) é reformado/a. A categoria “com actividade profissional” integra diferentes profissões. Jani-Le Bris (1994, p. 70), explicita que na União Europeia “[...]os cônjuges que lhes prestam cuidados encontram-se reformados, na maioria dos casos”. Quanto às habilitações literárias dos prestadores de cuidados, 71,3% tem apenas o 1º ciclo do ensino básico. Este dado está em conformidade com o disposto nos estudos do INE (2002). Em função do local de habitação, verificamos também que 90,4% dos prestadores de cuidados coabitam com o idoso. Este resultado está em conformidade com o exposto pela literatura, segundo Jani-Le Bris (1994, p. 69): “é grande a percentagem dos dependentes e das pessoas que lhes prestam cuidados, que vive sob o mesmo tecto. A coabitação constitui o modelo predominante nos países do sul,[...]”.

4.2.2 - CONTEXTO DE CUIDADOS

Passaremos a abordar diferentes vertentes do contexto de cuidados, em que o prestador de cuidados executa o seu papel.

Quadro 10 - Tempo dispensado nos cuidados pelos prestadores de cuidados

Tempo dispensado nos cuidados	n	%
As 24 horas por dia	89	77,39
Tempo diferente	26	22,61
Total	115	100,0

Quanto ao tempo dispensado nos cuidados, 77,39% dos cuidadores referem estar disponíveis para a assistência durante as 24 horas (quadro 10). Este dado está em sintonia com o exposto pela literatura. Jani-Le Bris (1994, p. 90) refere-nos que: “os cuidados prestados vão desde tomar totalmente a seu cargo um inválido confinado ao leito, que necessite de uma presença de vinte e quatro horas por dia, a uma ajuda pontual aqui e ali [...]”. A situação Americana é um pouco diferente, pelo que a NAC (2009, p. 21) diz-nos que: “on average, caregivers spend 20.4 hours per week providing care. Nearly half of caregivers are in situations where their time commitment is modest, no more than eight hours each week (48%). At the other end of the scale, 13% of caregivers provide more than 40 hours of care per week, including some who indicate they provide care around the clock”.

Relativamente aos que disseram tempo diferente (22,61%), constatamos uma média de 10,46 horas, um desvio padrão de 4,3, com um mínimo de 4 horas e um máximo de 20 horas por dia.

Quadro 11 – Tipo de ajuda prestada ao idoso

Tipo de ajuda prestada ao idoso/a	n	%
Cozinhar	114	99,1
Cozinha para si	1	0,9
Assistir no Autocuidado comer	36	31,3
Dar de comer	77	67,0
Sem ajuda no Autocuidado comer	2	1,7
Assistir no Autocuidado higiene	14	12,2
Dar banho	101	87,8
Colocar fralda	82	71,3
Não necessita de fralda	33	28,7
Assistir no Autocuidado vestir e despir	96	83,5
Vestir e despir	15	83,5
Não necessita de ajuda no Autocuidado vestir e despir	4	3,5
Assistir no Autocuidado transferir	106	92,2
Não necessita de ajuda no Autocuidado transferir	9	7,8
Actividades domésticas	115	100,0
Fazer companhia	114	99,1
Tem o seu grupo de amigos/familiares	1	0,9
Gerir o regímen medicamentoso	113	98,3
Não necessita de ajuda na gestão o regímen medicamentoso	2	1,7
Acompanhar nas saídas	112	97,4
É autónomo nas saídas	3	2,6
Gestão do lar	112	97,4
Não necessita de ajuda na Gestão do lar	3	2,6

Dos resultados obtidos, conforme o quadro 11, depreendemos que face à grande dependência dos idosos, a grande maioria necessitavam de ajuda em praticamente todo o âmbito do

autocuidado, o que denota uma intensidade de carga de trabalho dos prestadores de cuidados muito elevada. De acordo com a NAC (2009) 58% dos idosos precisam de ajuda em qualquer Actividade de Vida Diária.

4.2.2.1 - Percepção do prestador de cuidados quanto a diferentes vertentes do contexto de cuidados

Passamos agora a analisar a percepção do prestador de cuidados relativamente a diferentes vertentes do contexto de prestação de cuidados.

Quadro 12 - Percepção do estado de saúde do idoso, sobrecarga física e emocional

Percepção do estado de saúde do idoso	n	%
mau/péssimo	41	35,65
fraco	15	13,04
razoável	52	45,22
bom	5	4,35
muito bom	2	1,74
Total	115	100,00
Sobrecarga física	n	%
nada	15	13,04
um pouco	6	5,22
mais ou menos	20	17,39
muito	60	52,17
excessivamente	14	12,17
Total	115	100,00
Sobrecarga emocional	n	%
nada	15	13,04
um pouco	4	3,48
mais ou menos	20	17,39
muito	61	53,04
excessivamente	15	13,04
Total	115	100,00

Quando questionados, os prestadores de cuidados, *como considera o estado do seu familiar idoso?* Percebemos que 45% dos prestadores de cuidados consideraram razoável o estado de saúde do idoso sob seu cuidado (quadro 12).

Questionados sobre se *a assistência ao seu familiar contribui para que a nível físico se sinta cansada/o?* A maioria, 52%, considera que a assistência ao seu familiar idoso contribui para que a nível físico se sinta muito cansado (quadro 12). Jani-Le Bris (1994, p. 92) refere que são

múltiplas as consequências da prestação de cuidados a nível físico, enunciando “[...] *excesso de cansaço, fadiga geral, dores nas costas, esgotamento físico [...]*”.

Em resposta à questão: *A assistência ao seu familiar contribui para que a nível emocional se sinta cansado/a?* A maioria, 53%, considera que a assistência ao seu familiar idoso contribui para que a nível emocional, se sinta muito cansado (quadro 12). Tais resultados estão em concordância com os obtidos pelo estudo de Rezende e outros (2005, p. 741), os autores encontraram 74,4% de cuidadores com sinais ansiosos e 53,4% com depressão, mostrando haver uma correlação muito forte estas estas variáveis (*odds ratio*=5,6; *IC 95%*: 2,2 a 15,9).

Quadro 13 - Percepção face à sobrecarga financeira associada ao cuidar

Sobrecarga financeira	n	%
nada	34	29,57
um pouco	3	2,61
mais ou menos	19	16,52
muito	50	43,48
excessivamente	9	7,83
Total	115	100,00

Considerando a questão: *a assistência ao seu familiar contribui para que a nível financeiro se sinta sobrecarregado/a?* A maioria dos prestadores de cuidados, 43% considera estar muito sobrecarregado financeiramente, ao cuidar do seu familiar idoso (quadro 13). Rabow, Hauser e Adams (2006, p. 484) referem que: “*caregiving creates an uncompensated financial burden for family members, both in outtrigth expenses and in a lost income and benefits*”. Também Figueiredo (2007, p. 140) afirma que: “*a prestação de cuidados constitui mais um encargo financeiro para as pessoas que a assumem, que se torna mais pesado para os cuidadores que pertencem às camadas sociais economicamente mais frágeis e para os que cuidam de idosos com demência*”.

Quadro 14 - Percepção face aos conflitos no seio familiar associados ao cuidar

Conflitos	n	%
nada	86	74,78
um pouco	5	4,35
mais ou menos	15	13,04
muito	9	7,83
Total	115	100,00

Face à questão: *a assistência ao seu familiar contribui para que haja / aumentem os conflitos no seio familiar?* A maioria (75%), considera que assistir o seu familiar idoso, em nada contribui para a génese destes (quadro 14). Tal facto contraria o exposto na literatura, Jani-Le Bris (1994, p. 93) refere que: “[...] é raro que uma situação de prestação de cuidados, de uma forma ou de outra, não afecte o conjunto das redes relacionais [...]”. Também Paúl (1997, p. 146) afirma que “vários estudos têm vindo a referir uma elevada percentagem de pessoas que dizem ter conflitos com familiares próximos que não estão a ajudar no cuidar do idoso. [...] A autora encontrou 40% de indivíduos que referiram ter conflitos devido à situação da prestação de cuidados.

Quadro 15 – Percepção face à restrição na vida social associada ao cuidar

Restrição na vida social	n	%
nada	34	29,57
um pouco	3	2,61
mais ou menos	20	17,39
muito	49	42,61
excessivamente	9	7,83
Total	115	100,00

Reflectindo sobre se *a assistência ao seu familiar restringe a sua vida social?* A maioria dos prestadores de cuidados, 43% considera-a muito restringida. Este resultado vem de encontro ao expresso por Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006, p. 70): “*cuidar de um idoso em situação de dependência exige muito tempo e dedicação, subtraindo espaço ao lazer. Frequentemente, o cuidador não dispõe de tempo para si; [...]*”.

4.2.2.2 - Percepção do Prestador de Cuidados quanto ao contributo de um programa estruturado, e quais os aspetos mais valorizados

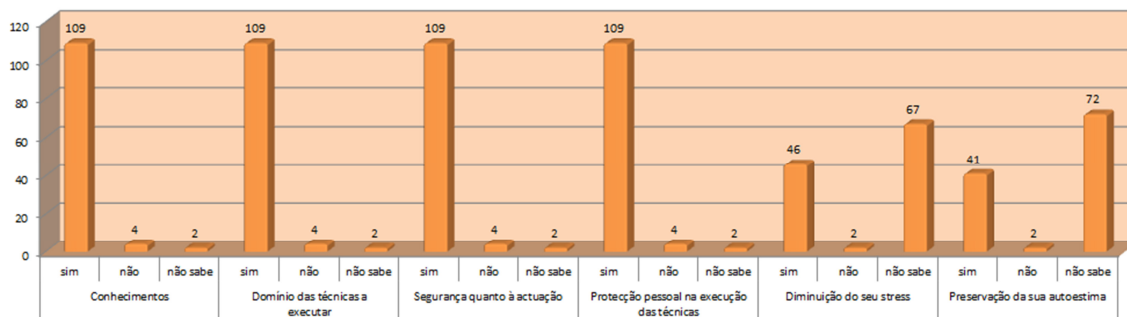
Passamos agora a analisar como o prestador de cuidados percepciona o contributo da possível implementação, temáticas e estratégias de um programa estruturado de apoio.

Quadro 16 – Percepção quanto à mais-valia de um programa estruturado sobre Autocuidado

Programa estruturado de apoio	n	%
nada	3	2,61
um pouco	12	10,43
satisfatoriamente	22	19,13
muito	75	65,22
de modo inexcedível	1	0,87
não sabe	2	1,74
Total	115	100,00

Como se pode verificar no quadro 16 e relativamente à questão: *pensa que este programa de apoio ajuda o prestador de cuidados?* A grande maioria, 65,22%, considera que este tipo de iniciativa ajuda “muito”. Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006, p. 73) referem-nos que: *“principalmente quando a dependência se instala de forma repentina, os cuidadores sentem carecer de informação acerca de serviços disponíveis, subsídios e direitos. Tal esclarecimento encontra-se muitas vezes disperso, dificultando o acesso”*.

Gráfico 1 - Itens considerados importantes na estruturação de um programa de apoio ao prestador de cuidados



Salientamos também que com base na experiência vivenciada por estes prestadores de cuidados, a grande maioria (94,78%) considera que os conhecimentos (gráfico 1), o domínio das técnicas (no âmbito do autocuidado), a segurança quanto à actuação (quer pelo treino, quer diminuindo o risco de pôr em causa o idoso) e a protecção pessoal (considerando o risco de pôr em causa a sua própria saúde) são importantes na formação de um prestador de cuidados. Tais opções estão consentâneas com o disposto na literatura, Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006, p. 73) afirmam que: *“as necessidades de formação visam tanto a aquisição de conhecimentos práticos (como levantar uma pessoa, cuidar da sua higiene pessoal, vesti-la...) como de conhecimentos acerca da própria doença e dependência (causas, evolução, tratamentos...)”*

Quadro 17 - Percepção sobre o que ajudaria na sua função

Percepção do Prestador de Cuidados	n	%
Substituição temporária	55	47,83
Comparticipação económica	18	15,65
Subsídios de apoio a quem cuida	5	4,35
Capacidade para continuar a cuidar	4	3,48
Ter assistência ao fim-de-semana	2	1,74
não sabe / não se aplica	12	10,43
nada	14	12,17
Outros	5	4,35
Total	115	100,00

Em plena sintonia com o expresso na literatura, verificamos que a maioria, 47,83% dos prestadores de cuidados indicou a substituição temporária, como aquilo que mais os ajudaria no momento em que foram inquiridos (quadro 17). Jani-Le Bris (1994, p. 102) diz-nos: “*a melhor resposta parece encontrar-se na delegação do máximo de tarefas noutras pessoas, remuneradas ou não, com as quais se possa contar*”.

4.2.3 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE GERAL DO PRESTADOR DE CUIDADOS

Passaremos a analisar a percepção de qualidade de vida e saúde global dos prestadores de cuidados, avaliada através do Medical Outcome Study – Short Form-36 (SF-36) (Ferreira, 2000a; Ferreira, 2000b) cujos dados se encontram dispostos no quadro 18.

Quadro 18 – Dimensões do SF-36, média, desvio padrão, valor mínimo e máximo

Medical Outcome Study – Short-Form-36	M	DP	Mn	Mx
Saúde Geral	48,2	24,1	0	100
Função Física	64	23,9	5	100
Desempenho Físico	43	47,7	0	100
Dor Corporal	55,5	32,6	0	100
Vitalidade	44,1	26,4	0	100
Função Social	66,5	36,1	0	100
Desempenho Emocional	33,3	45,7	0	100
Saúde Mental	44,2	26	0	100

Com o intuito de procedermos a uma análise mais meticulosa dos resultados obtidos por meio deste instrumento, analisaremos categoria a categoria, comparando-os com as médias estimadas para o nosso país. Deste modo, quanto à Saúde Geral este grupo de cuidadores fica

aquém da média nacional, já que esta é de 48,1, sendo para o país de 63,72 (Ribeiro, 2005). Relativamente à Função Física, obtivemos uma média de 64, a qual para o país é de 80,87 (Idem, 2005). Considerando o Desempenho Físico, este situa-se na média de 43, já a nível nacional é de 76,61 (Idem, 2005). Quanto à Dor Corporal a média é de 55,5, a qual à escala nacional é de 71,25 (Idem, 2005). A Vitalidade tem por média 44,1, sendo a nível nacional de 58,76 (Idem, 2005). Situando-nos na Função Social, estes cuidadores tem por média 66,5, já a nível nacional é de 74,25 (Idem, 2005). O Desempenho Emocional teve a média de 33,3, sendo a média nacional de 69,84 (Idem, 2005). Por fim, para a Saúde Mental obtivemos a média de 44,2, sendo a estimativa nacional de 66,21 (Idem, 2005). Percebemos claramente que esta população fica muito aquém do padrão nacional o que reflecte uma baixa qualidade de vida e saúde geral. Tais valores remetem-nos para o tipo de população que estudamos, a qual presta cuidados a idosos com dependência no autocuidado, por longas horas diariamente, o que condiciona a uma sobrecarga constante e cumulativa.

Quadro 19 - Correlações das dimensões do SF-36

SF-36 Subescalas	DF r	D r	SG r	V r	FS r	DE r	SM r
Função Física (FF)	,428**	0,520**	,464**	,496**	,153	,296**	,310**
Desempenho Físico (DF)		,459**	,459**	,555**	,348**	,392**	,414**
Dor (D)			,485**	,550**	,298**	,237*	,452**
Saúde Geral (SG)				,638**	,392**	,300**	,704**
Vitalidade (V)					,416**	,299**	,675**
Função Social (SS)						,147	,487**
Desempenho Emocional (DE)							,415**

* p < 0.05 ** p < 0.01 - Legenda: FF - Função Física; DF - Desempenho Físico; D - Dor; SG - Saúde Geral; V - Vitalidade; FS - Função Social; DE - Desempenho Emocional; SM - Saúde Mental.

Procedendo à análise do padrão de correlação entre as dimensões do SF-36, verificamos que a maioria das subescalas apresenta correlações moderadas entre si (quadro 14). Encontramos uma correlação forte entre a Saúde Geral e a Saúde Mental, demonstrando o peso do bem-estar mental para a percepção global de saúde. Verificamos, também, que a Vitalidade tem um peso forte na percepção da Saúde Mental. As dimensões que apresentam correlação fraca são: a Função Física e a Função Social; a Função Física e o Desempenho Emocional; Também entre a Dor e a Função Social e a Dor e o Desempenho Emocional. Por fim, entre a Vitalidade e o Desempenho Emocional e entre a Função Social e o Desempenho Emocional.

5 - CONCLUSÕES

Podemos concluir que uma parte substancial dos prestadores de cuidados são pessoas numa faixa etária avançada, com baixa instrução, predominantemente mulheres, casadas com o próprio idoso ou filhas deste, vivendo com o idoso na mesma habitação. Estando em perfeita sintonia com o disposto em outros estudos (Almeida, 2005; Marques, 2007; NAC e AARP, 2004; Reis *e outros*, 2010).

Relativamente ao contexto de cuidados a sua disponibilidade para a assistência ao idoso é ininterrupta, dia e noite, assumindo um leque de funções muito diversificadas, pelo que sustentam que a melhor ajuda que poderiam ter era a sua substituição temporária (Cerqueira, 2005).

Considerando a percepção do prestador de cuidados relativamente a diferentes vertentes do contexto de prestação de cuidados, na sua maioria estes referem que o exercício do papel de prestador de cuidados condiciona a que sintam níveis consideráveis de sobrecarga física e emocional e financeira (França, 2010; Reis *e outros*, 2010; Silva e Acker, 2007). Na sua grande maioria negam a existência de conflitos familiares, dada a assunção do papel, mas consideram que a sua vida social está muito restringida (NAC e AARP, 2004; Schnaider, Silva e Pereira, 2009; Simon, 2001).

Consideram que na formação de um prestador de cuidados são essenciais: o conhecimento, o domínio das técnicas, a segurança quanto à actuação e a protecção pessoal (Nogueira, 2003).

É ainda relevante frisar que estes cuidadores constituem uma população de risco, com baixa percepção da sua qualidade de vida e saúde geral, o que se encontra em concordância com outros estudos (Figueiredo e Sousa, 2008; Martins, 2006).

ESTUDO 2

**Caracterização dos Diagnósticos de Enfermagem e respectivas Intervenções,
Documentados no Sistema de Informação de Enfermagem**

1 - INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população assume-se hoje enquanto uma inevitabilidade (United Nations, 2007; INE, 2004). Por outro lado, esta maior longevidade pode condicionar a perdas, inerentes ao processo de envelhecimento e/ou a comorbilidades associadas, emergindo necessidades de cuidados (Martins, 2006). Hudson e Moore (2009, p. 248) referem que:

“cuidar de pessoas idosas envolve uma complexidade de necessidades físicas, sociais e psicológicas e apresenta muitos desafios diferentes para os enfermeiros. Cuidar de pessoas idosas na comunidade proporciona enfermeiros com recurso de práticas que exploram esses desafios. Cuidar de pessoas idosas na comunidade, olha o passado e as influências actuais na prática, o contexto social e da política social contemporânea e os desafios contemporâneos, tais como: a promoção da saúde para os idosos; saúde sexual; álcool e o uso indevido de substâncias; trabalhar com idosos com dificuldades de aprendizagem e idosos com demência na comunidade; o papel da tecnologia para monitorizar a saúde na comunidade”.

Considerando a população idosa, urge tomar por beneficiários dos cuidados de enfermagem, os idosos e seus prestadores de cuidados, cujas necessidades se contextualizam de forma personalizada. Face a este desafio sobressai o imperativo de estruturar respostas profícuas, logo sistematizadas e devidamente ajustadas aos cidadãos em questão. Para tal uma das condutas essenciais é proceder à documentação das necessidades em saúde e dos cuidados inerentes. O que implica a estruturação/realização de registos de qualidade, tomando por tal a documentação que contempla as características *“factual, rigorosa, completa, actual, estruturada e confidencial”* (Potter e Perry, 2006, p. 120). Depreendemos que esta é a base que permitirá identificar os problemas, assegurar a continuidade dos cuidados, avaliar e investigar, garantindo o dinamismo essencial para responder à problemática em questão. A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)* (2009, p. 311) defende que: *“os registos de saúde não se reportam apenas ao histórico dos momentos de cuidados do doente, mas é também um método de comunicação entre os elementos da equipa, facilita a continuidade de cuidados e ajudam na tomada de decisão”*. Contudo os registos de enfermagem comportam também a vertente legal, a qual pode condicionar a excessos de documentação, logo ao gasto de tempo acrescido em cuidados indirectos. Silva (1995, p. 17) afirma:

«as alterações na prática clínica dos enfermeiros, devidas por um lado à evolução da enfermagem como disciplina, por outro, à necessidade sentida pelos profissionais de se precaverem “registando tudo”, prevenindo assim, eventuais problemas legais, tem feito crescer a quantidade de registos de enfermagem. Esta realidade tem vindo a provocar uma diminuição do tempo disponível para os cuidados directos. Numa altura em que as tecnologias de tratamento da informação patenteiam enormes vantagens na sua utilização, nomeadamente no que se refere ao tempo ganho a processar informação, torna-se imperioso que os enfermeiros estudem a possibilidade de utilizar essa ferramenta no âmbito do seu desempenho profissional».

Com base nos trabalhos deste investigador, foi construído o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), o qual constitui hoje, o suporte electrónico do actual sistema de documentação de enfermagem em vários Hospitais e Centros de Saúde do país, entre os quais a ULSM. O Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) integra o essencial do planeamento de cuidados, o qual incorpora soluções e/ou respostas para os problemas detectados, pelo que a documentação inerente (registos de enfermagem), constitui um manancial riquíssimo, quanto à concepção de cuidados dos enfermeiros. Silva (2006, p. 303) refere que:

«a descrição dos aspectos referentes à individualização dos cuidados, apesar de ser influenciada pela natureza do SIE, depende fortemente de factores relacionados com os modelos de cuidados e a disposição do enfermeiro. A vivência do processo de mudança baseado na reflexão sobre a acção contribui para o desenvolvimento de modelos de cuidados de orientação mais próxima do pólo de “cuidar centrado na Pessoa”».

Também Amendoeira e outros (2003, p. 230-231) afirmam que: “o registo de cuidado de enfermagem é considerado por nós como um instrumento transversal na medida em que o «que» se regista (conteúdo) e o «quê» se regista (natureza), reflectem em grande parte uma concepção de cuidado, uma forma particular de o organizar, e um tipo de orientação particular no que se refere à execução do mesmo”. Face ao exposto e tomando por base o suporte electrónico de documentação dos enfermeiros da ULSM, a finalidade do nosso estudo visa compreender a percepção dos enfermeiros relativamente às necessidades de cuidados de enfermagem dos prestadores de cuidados de idosos com compromisso do autocuidado. Com o intuito de dar cumprimento à finalidade a que nos propusemos, consideramos as seguintes perguntas de partida:

- Quais as necessidades, em cuidados de enfermagem documentadas, dos participantes alvo no estudo I?
- Quais as intervenções de enfermagem documentadas, face às necessidades dos participantes alvo no estudo I?

2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo exploratório Cervo e Bervian (1983, p.56) referem que este tipo de estudo “*tem por objectivo familiarizar-se com o fenómeno ou obter a percepção do mesmo e descobrir novas ideias. (...) Realiza descrições precisas da situação e quer descobrir as relações existentes entre os elementos componentes da mesma*”, com recurso ao método misto, o qual consiste num “*único estudo que utiliza estratégias múltiplas ou mistas para responder às questões de pesquisa e/ou testar hipóteses. Tais estratégias são implementadas concomitantemente ou sequencialmente*” (Driessnack, Sousa e Mendes, 2007, p. 1). Também (Tashakkori e Teddlie, 2003, p. x) afirmam que: “*os métodos mistos incorporam técnicas de ambas as tradições de pesquisa, quantitativa e qualitativa, combinando-as num único estudo para responder às questões de pesquisa as quais não poderiam ser respondidas de qualquer outra forma*”. Este estudo funda-se na análise documental.

2.1 - AMOSTRA

A amostra em estudo reporta-se aos registos efetuados pelos enfermeiros do Centro de Saúde de Leça da Palmeira e respectivas Extensões de Saúde: Lavra, Perafita e Santa Cruz do Bispo, relativos aos participantes que foram descritos no estudo I. Procedeu-se ao *download* dos registos documentados no SAPE, de 1 de Setembro de 2007 e 29 de Fevereiro de 2008, dos 115 participantes identificados no estudo I. Salientamos ainda que estes se reportam apenas aos diagnósticos e intervenções autónomas de enfermagem. Tratou-se de uma amostra intencional, a qual segundo Polit (2004, p. 229): “*é baseada no pressuposto de que o conhecimento do pesquisador sobre a população pode ser usado para pinçar os casos a serem incluídos na amostra*”. A amostra integra um total de 1893 contactos desenvolvidos com os utentes. Entenda-se por contacto: “*qualquer relação entre o enfermeiro e o cliente que se define num espaço e num contexto temporal entre o profissional e o cliente*” (ARS, IGIF, ESEnfSJ, 1999, p. 14).

2.2 - PROCEDIMENTO

Neste estudo tomaram-se por base, os registos de enfermagem constantes no suporte de documentação, SAPE em vigor no Centro de Saúde de Leça da Palmeira e respectivas Extensões de Saúde. Os dados extraídos foram transpostos para uma folha do EXCEL® (versão 2010) para se proceder à sua análise. Dos 1893 contactos, apuraram-se 2545 Intervenções de Enfermagem, associadas a 2793 Fenómenos de Enfermagem. Salientamos ainda, que da recolha de informação não resultaram cópias ou documentos, que identificassem os respectivos utentes. Com efeito, pretendemos caracterizar os diagnósticos de enfermagem e respectivas intervenções que os enfermeiros de família identificam nos participantes, do estudo I (idosos com compromisso do autocuidado, sob cuidado, e respetivo membro da família prestador de cuidados). Com o intuito de melhor explorarmos a realidade em estudo traçamos quatro variáveis. Polit, Beck e Hungler (2004, p.441) define variável por: “*característica ou atributo de uma pessoa ou objecto que varia (assume valores diferentes), na população estudada*”. Também Fortin (2003, p. 36) define o conceito de variáveis como “*qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação*”. A documentação de Enfermagem recorre à taxonomia CIPE®, para a enunciação dos diagnósticos de enfermagem e respectivas intervenções. Para melhor compreensão passamos a definir e a explicar cada variável, no sentido de esclarecer a sua operacionalização.

- Contacto - “*relação entre o enfermeiro e o cliente que se define num espaço e num contexto temporal entre o profissional e o cliente*” (ARS, IGIF, ESEnfSJ, 1999, p. 14).
- Local do Contacto - local onde o contacto se concretizou: no próprio Centro de Saúde¹ ou no Domicílio (ARS, IGIF, ESEnfSJ, 1999, p. 14).
- Fenómenos de Enfermagem - “*aspecto da saúde com relevância para a prática de enfermagem*” (ICN, 2000, p.xv). Para operacionalizar esta variável utilizamos os conceitos integradores do eixo dos Focos de Enfermagem da CIPE®. Traduz as necessidades da população em cuidados de enfermagem.
- Intervenções de Enfermagem – “*qualquer tratamento baseado no conhecimento e juízo clínico que uma enfermeira executa para alcançar resultados no doente/cliente*” (McCloskey e Bulechek, 1996, p. xvii). A operacionalização desta variável integra os conceitos dispostos no eixo da classificação acções da CIPE®. Salientamos ainda que para a sua operacionalização recorreremos ao seguinte factor:

¹ Para melhor compreensão aquando da leitura da “Análise e Discussão de Resultados” optamos por escrever “Centro de Saúde”, quando aludimos a este enquanto Instituição de Saúde e escrevemos “centro de saúde” quando nos referimos a este enquanto estrutura física.

- Intervenções iniciadas pelos enfermeiros – “*é uma intervenção prestada em resposta ao diagnóstico de enfermagem; uma acção autónoma baseada no conhecimento científico, que é executada para beneficiar o cliente, relacionando o diagnóstico de enfermagem com os resultados esperados*” (McCloskey e Bulechek, 1996, p. xvii).

2.3 - TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS

O trabalho suporta-se na análise documental. A documentação de Enfermagem processada, recorre à taxonomia CIPE®, para a enunciação dos diagnósticos de enfermagem e respectivas intervenções. Para além da análise descritiva dos dados utilizámos a análise de conteúdo como técnica de investigação. Polit (2004, p. 430), define análise de conteúdo por “*procedimento para a análise de comunicações escritas ou verbais, de maneira sistemática e objectiva, visando à mensuração quantitativa de variáveis*”. Face a este pressuposto, a análise de conteúdo foi efectuada relativamente à documentação de enfermagem processada no período compreendido entre 1 de Setembro de 2007 e 29 de Fevereiro de 2008. Não procederemos à descrição pormenorizada do referido suporte de documentação de enfermagem já que na análise/discussão de dados serão apresentados em pé de página os conceitos subjacentes aos *Fenómenos de Enfermagem* identificados ou às *Intervenções de Enfermagem* realizadas.

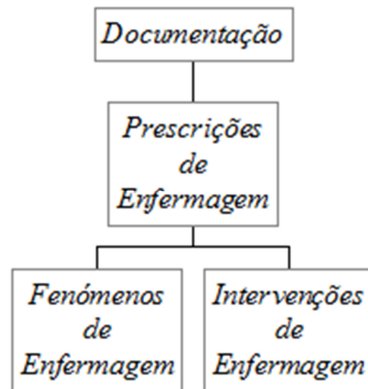
O modelo de análise do sistema de informação/documentação de enfermagem, implementado no Centro de Saúde de Leça da Palmeira e respectivas Extensões de Saúde, fundou-se na análise da informação documentada no SAPE da Comunidade. Salientamos ainda que o quadro de referência subjacente à análise de conteúdo da informação foi a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Goossen (1999, p.7) citando CEN/TC251/PT001², refere que:

“o Sistema de Informação em Enfermagem é definido como uma parte de um sistema de informação de cuidados de saúde que lida com aspectos de enfermagem”. Mais afirma que *“actualmente as características do sistema de informação em enfermagem incluem componentes para a identificação dos problemas do utente, planeamento de cuidados e, em algumas ocasiões, determinação dos resultados”*.

² Medical Informatics Vocabulary first Draft Working Document

Assim sendo, o alvo da análise foi a informação processada pelos enfermeiros de modo a identificar os *Fenómenos de Enfermagem* e as *Intervenções de Enfermagem*. No intuito a situar melhor o modelo de análise, construímos o seguinte organograma:

Figura 4 - Modelo de Análise



3 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Este capítulo tem o intuito de descrever os dados recolhidos. Gil (1995, p.166) afirma que “*a análise tem como objectivo organizar e sumariar os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas (...)*”.

Com o intuito de responder às perguntas de partida do nosso estudo, e dada a configuração dos dados de que dispomos, optámos inicialmente por uma análise do tipo descritivo evoluindo *à posteriori* para uma abordagem de carácter exploratório. Este capítulo apresenta uma estrutura orientada pela análise de cada uma das variáveis em estudo. Relativamente a cada uma destas variáveis optámos por um exercício de análise que parte do específico do Centro de Saúde e de cada Extensão de Saúde, com o intuito de posteriormente tomar a realidade do conjunto das quatro organizações, como objecto de análise. Procedemos à análise do total dos contactos realizados (1893), dos diagnósticos de enfermagem (2793) e das intervenções de enfermagem (2545). Neste contexto a análise que aqui produzimos procurará traduzir a natureza dos contactos, dos fenómenos de enfermagem, das intervenções de enfermagem e das relações entre os fenómenos de enfermagem e respectivas intervenções.

3.1 - OS CONTACTOS

Considerando a análise que realizámos relativa à natureza dos contactos, tem como critério major o local onde o contacto se verifica. Deste modo podemos falar em contactos que ocorrem no centro de saúde e contactos que ocorrem no domicílio dos utentes.

Quadro 20 - Distribuição dos contactos por local onde estes ocorrem e por Centro de Saúde

Local Centro de Saúde	centro de saúde		domicílio		serviços partilhados		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Lavra	16	5,05	297	93,69	4	1,26	317	16,75
Leça de Palmeira	108	19,64	412	74,91	30	5,45	550	29,05
Perafita	41	7,18	520	91,07	10	1,75	571	30,16
Santa Cruz do Bispo	18	4,34	394	94,94	3	0,72	415	21,92
Serviços partilhados	3	7,50	0	0,00	37	92,50	40	2,11
Totais	186	9,82	1623	85,74	84	4,44	1893	100,00

Relativamente ao número de contactos estabelecidos pelos enfermeiros com os participantes referenciados (quadro 20), percebemos que ao longo dos seis meses (1 de Setembro de 2007 a 29 de Fevereiro de 2008), em média cada utente usufruiu de 17,37 contactos. Este dado reflecte em média cerca de 2,9 contactos por mês, por utente. Dos quais a grande maioria, 85,74%, ocorreu no domicílio. Dos restantes contactos, 9,82% ocorreu no centro de saúde, havendo 4,44% que ocorreu noutra local. Verificamos uma maior incidência de prestação de cuidados no domicílio, esta predominância está em sintonia com o exposto por Hudson e Moore (2009, p.22) que concluem “a ênfase actual é sobre o papel crucial dos enfermeiros/enfermeiros da comunidade e o apoio a pessoas idosas na comunidade. Isso coloca uma responsabilidade grande nos enfermeiros para tentar garantir que essas responsabilidades sejam realizadas de forma a apoiar os idosos a manter sua independência e vida social em vez de apenas tratá-los da sua doença prolongada”. Face à preponderância da assistência ao domicílio sobressai ainda que em todas as Unidades de Saúde, onde decorreu o nosso estudo, à excepção de Leça da Palmeira se verificaram contactos acima dos 90%, deste modo: Lavra (93,69%), Leça da Palmeira (74,91%), Perafita (91,07%) e Santa Cruz do Bispo (94,94%). Face a isto, parece-nos que a razão explicativa poderá assentar no facto dos registos corresponderem a prestadores de cuidados de pessoas idosas com compromisso do autocuidado, logo a prestação de cuidados privilegia o domicílio como local de contacto.

No que respeita ao peso relativo que cada um dos diferentes contextos, onde desenvolvemos o nosso estudo, tem na amostra, podemos dizer que Lavra contribui com 16,75%, Leça da Palmeira 29,05%, Perafita 30,16%, Santa Cruz do Bispo 21,92% e Outros 2,11%, para o total da amostra.

Os contactos classificados em “serviços partilhados” referem-se a contactos telefónicos, realizados no Centro Pneumológico de Diagnóstico (CDP), Centro Pneumológico de Diagnóstico – Domicílio (CDP-Domicílio), SASU (Serviços de Atendimento de Situações Urgentes) e contacto por carta.

Quadro 21 - Distribuição dos contactos por local onde ocorre o contacto

Local	Número de contactos	
	n	%
centro de saúde	186	9,83
domicílio	1623	85,74
contacto telefónico	45	2,38
Centro Pneumológico de Diagnóstico	1	0,05
Centro Pneumológico de Diagnóstico - Domicílio	6	0,32
SASU	31	1,64
Contacto por carta	1	0,05
Totais	1893	100,00

O número de utentes inscritos por Unidade de Saúde, eram em Lavra 10130, Leça da Palmeira 20467, Perafita 12284 e Santa Cruz do Bispo 4755. Verificamos que o número de contactos está ajustado em função dos *ratos* enfermeiro/habitante. Lavra tinha 6 enfermeiros, Leça da Palmeira 17, Perafita 7 enfermeiros e Santa Cruz do Bispo 3.

Em relação ao total de contactos (1893), é importante frisar que destes emergiram diagnósticos e intervenções de enfermagem subjacentes (quadro 21). No entanto da nossa observação, enquanto investigador podemos afirmar que há, com frequência, contactos com os utentes que não são documentados. Ao realizar visitas domiciliárias a utentes agendados, e aproveitando os trajectos inerentes a essas deslocações, são visitados outros utentes numa vertente de monitorização e vigilância, quer do idoso dependente quer do seu familiar cuidador.

3.2 - OS FENÓMENOS DE ENFERMAGEM

A análise que aqui produzimos relativa à natureza dos fenómenos de enfermagem tem como critério, tal como aconteceu relativamente à variável anterior, o local onde teve lugar o contacto, neste caso mediado pelo/s fenómeno/s de enfermagem. Passamos pois a analisar a distribuição dos *Fenómenos de Enfermagem* “*aspecto da saúde com relevância para a prática de*

enfermagem” (ICN, 2003, p.xv), documentados. Estes serão analisados por Centro de Saúde e local onde teve lugar o contacto, isto é, no centro de saúde (estrutura física), no domicílio ou serviços partilhados [Serviços de Atendimento de Situações Urgentes (SASU), contacto telefónico, contacto por carta, Centro Diagnóstico Pneumológico (CDP) - Domicílio].

Dos 2793 registos relativos aos fenómenos de enfermagem, apresentamos a título meramente informativo a sua distribuição pelo Centro de Saúde de Lavra, Centro de Saúde de Leça da Palmeira, Centro de Saúde de Perafita, Centro de Saúde de Santa Cruz do Bispo e Serviços Partilhados (quadro 22).

Quadro 22 - Distribuição dos fenómenos de enfermagem por Centro de Saúde e local de contacto

Centro de Saúde \ Local de contacto	Lavra		Leça da Palmeira		Perafita		Santa Cruz do Bispo		Serviços partilhados		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
centro de saúde	44	6,02	177	20,56	17	3,34	12	1,75	0	0,00	250	8,95
domicílio	665	90,97	673	78,16	492	96,66	673	98,25	0	0,00	2503	89,62
SASU	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	6	85,71	6	0,21
contacto telefónico	22	3,01	11	1,28	0	0,00	0	0,00	0	0,00	33	1,18
CDP - domicílio	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	14,29	1	0,04
Total	731	100	861	100	509	100	685	100	7	100	2793	100

Do total de Fenómenos de Enfermagem documentados, referentes à enunciação diagnóstica de enfermagem (2793), verificamos que na população do nosso estudo 89,62% surgiram a partir de contatos no domicílio, 8,95% no centro de saúde e 1,43% noutros locais. Apuramos ainda que se verifica uma média e uma moda de 3 fenómenos de enfermagem por contacto. O máximo de fenómenos de enfermagem identificados num contato foi 37 e o mínimo 1.

Efectuando a análise por centro de saúde, verificamos que os Centros de Saúde, de Leça da Palmeira e de Lavra foram os que contribuíram com maior número de registos, importa salientar que os mesmos ponderam a amostra com 45,22% e 11,30% de participantes, respectivamente. A maioria dos Fenómenos de Enfermagem são identificados no domicílio. Deste modo destacamos em: Lavra 90,97%, Leça da Palmeira 78,16%, Perafita 96,66%, Santa Cruz do Bispo 98,25%. Tal facto assenta na razão da população alvo do nosso estudo, serem idosos com compromisso do autocuidado, logo com níveis de dependência muito elevados requerendo apoio de familiares. Com base no adquirido no nosso primeiro estudo verificámos que das pessoas com compromisso no autocuidado estudadas 80% são totalmente

dependentes, segundo a escala de Rankin. Também 83,5% são totalmente dependentes para as atividades de vida diária, segundo o índice de Barthel. Segundo o índice de Lawton e Brody 78,3% dos idosos apresentavam dependência máxima. Salientamos ainda que só 8,7% conseguem ser independentes para uma única actividade. Ou seja, os idosos em estudo mostram uma inabilidade quase total para desempenhar atividades instrumentais. Deste modo, o facto de a maior parte dos diagnósticos de enfermagem serem documentados a partir de contactos realizados no domicílio, está sem dúvida relacionado com a dependência e o compromisso no autocuidado.

Na sequência do exposto, vamos focalizar a nossa análise na realidade de cada Centro de Saúde, no que respeita à incidência de fenómenos de enfermagem documentados no total de contactos ocorridos. De forma a facilitar a análise que aqui produzimos optamos por agrupar alguns Fenómenos de Enfermagem por domínios de nível taxonómico superior. Assim sendo, considerando no contexto do nosso estudo, o domínio *Autocuidado*³ este inclui, os fenómenos de enfermagem: *Gestão do Regime Terapêutico, Adesão ao Regime Terapêutico, Autocuidado: uso do Sanitário, Autocuidado: higiene, Autocuidado: beber, Autocuidado: comer (alimentar-se), Autocuidado: vestuário, Transferir-se, Cair, Autocuidado: posicionamento*⁴, *Adesão à vacinação, Andar, Andar com auxiliar de marcha, Auto-Exame (Autovigilância), Autocuidado: actividade física, Autocuidado: actividade recreativa, Autoadministração de medicamentos, Comportamento de adesão, Deambular, Comportamento de procura de saúde e Prevenção de segurança* (ICN, 2003, p. 55-58). O *Autocuidado* representa 41,25% do total dos Fenómenos de Enfermagem documentados. Se analisarmos por instituição de saúde encontramos a seguinte distribuição: Lavra 50,21%, Leça da Palmeira 44,83%, Perafita 35,36% e Santa Cruz do Bispo 31,68%.

A lógica de agrupamento de diferentes fenómenos de enfermagem, pertencentes a um mesmo domínio, foi também utilizada para a análise dos fenómenos de enfermagem do domínio do *Tegumento*. Esta opção no nosso entender justifica-se dado que quando agrupados, isto é, quando os colocamos sob o nível taxonómico imediatamente anterior (na medida em que constituem diferentes espécies do género *Tegumento*) estes fenómenos apresentam uma incidência que

³“Autocuidado é um tipo de Acção Realizada pelo Próprio com as características específicas: tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades de vida” (ICN 2003, p.55) (253).

⁴ Embora a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem não contemple este conceito, após reunião com os Enfermeiros dos respectivos serviços confirmamos que o mesmo se refere ao Autocuidado rodar-se e sentar-se.

permite melhor visibilidade. O domínio *Tegumento*⁵, no nosso estudo, inclui os fenómenos de enfermagem: *Ferida*, *Ferida cirúrgica*, *Ferida traumática*, *Úlcera*, *Úlcera de pressão*, *Maceração*, *Eritema da fralda*, *Pele seca*, *Queimadura*, *Úlcera venosa e Unha* (ICN, 2003, p.27-31). Nas quatro instituições de saúde onde decorreu o nosso estudo, o domínio *Tegumento* corresponde a 28,89% do total de Fenómenos de Enfermagem documentados. Direccionando a nossa apreciação por cada Centro de Saúde este domínio teve a seguinte ponderação: Lavra 25,99%, Leça da Palmeira 17,89%, Perafita 34,58% e Santa Cruz do Bispo 41,61%.

Os fenómenos relativos ao *Prestador de Cuidados*, no qual integramos os Fenómenos de Enfermagem: *Papel do Prestador de Cuidados* e *Stress do Prestador de Cuidados*, representam apenas 6,37% dos registos analisados nesta categoria. Leça da Palmeira (7,08%) e Perafita (7,47%) foram os que mais documentaram este foco, enquanto Lavra foi o local onde surgiram um número menor de registos desta categoria (4,92%), Santa Cruz do Bispo apresenta um valor muito semelhante à média (6,28%).

Dado haver uma variação muito grande nos registos relativos ao foco de atenção da prática de enfermagem, optamos por apresentar apenas aqueles cuja frequência é igual ou superior a 1% do total (quadro 23).

⁵ *Tegumento é um tipo de Função com as características específicas: revestimento da superfície corporal (pele, epiderme, mucosas, tecido conjuntivo e derme, incluindo glândulas sudoríparas e sebáceas, cabelo e unhas), tendo como funções: a manutenção da temperatura corporal, a protecção dos tecidos subjacentes da abrasão física, a invasão bacteriana, a desidratação e a radiação ultravioleta; o arrefecimento do corpo quando a temperatura sobe; a detecção, através dos órgãos sensoriais, de estímulos relacionados com a temperatura, tacto, pressão e dor; a eliminação, pela perspiração, de água, sais e compostos orgânicos através dos órgãos excretores; a secreção do suor e do sebo; a síntese da vitamina D e a activação dos componentes do sistema imunitário” (ICN, 2000, p.31) (463).*

Quadro 23 - Distribuição do total de fenómenos de enfermagem por local de contacto

FENOMENO	LAVRA		LEÇA DA PALMEIRA		PERAFITA		SANTA CRUZ		SERVIÇOS PARTILHADOS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Alimentar-se</i>	82	12,69	27	4,51	19	5,14	34	5,53	0	0,00	162	5,80
<i>Auto Cuidado: Higiene</i>	50	7,74	37	6,18	17	4,59	9	1,46	0	0,00	113	4,05
<i>Auto Cuidado: Vestuário</i>	37	5,73	17	2,84	17	4,59	9	1,46	0	0,00	80	2,86
<i>Posicionar-se</i>	30	4,64	7	1,17	7	1,89	17	2,76	0	0,00	61	2,18
<i>Auto Cuidado: Beber</i>	30	4,64	2	0,33	7	1,89	26	4,23	0	0,00	65	2,33
<i>Transferir-se</i>	25	3,87	20	3,34	5	1,35	0	0,00	0	0,00	50	1,79
<i>Auto Cuidado: Uso do Sanitário</i>	24	3,72	32	5,34	6	1,62	26	4,23	0	0,00	88	3,15
<i>Autocuidado</i>	0	0,00	9	1,50	9	2,43	11	1,79	0	0,00	29	1,04
<i>Queda</i>	48	7,43	32	5,34	2	0,54	0	0,00	0	0,00	82	2,94
<i>Adesão à Vacinação</i>	20	3,10	71	11,85	2	0,54	61	9,92	0	0,00	154	5,51
<i>Adesão ao Regime Terapêutico</i>	5	0,77	16	2,67	19	5,14	9	1,46	2	28,57	51	1,83
<i>Gestão do Regime Terapêutico</i>	8	1,24	26	4,34	23	6,22	14	2,28	0	0,00	71	2,54
<i>Maceração</i>	16	2,48	23	3,84	0	0,00	0	0,00	0	0,00	39	1,40
<i>Úlcera de Pressão</i>	96	14,86	55	9,18	114	30,81	240	39,02	0	0,00	505	18,08
<i>Ferida</i>	40	6,19	11	1,84	15	4,05	10	1,63	0	0,00	76	2,72
<i>Ferida Traumática</i>	24	3,72	5	0,83	24	6,49	0	0,00	0	0,00	53	1,90
<i>Úlcera</i>	4	0,62	29	4,84	3	0,81	0	0,00	0	0,00	36	1,29
<i>Ferida Cirúrgica</i>	0	0,00	5	0,83	13	3,51	35	5,69	2	28,57	55	1,97
<i>Stress do Prestador de cuidados</i>	5	0,77	41	6,84	5	1,35	6	0,98	0	0,00	57	2,04
<i>Papel do Prestador de Cuidados</i>	31	4,80	20	3,34	33	8,92	37	6,02	0	0,00	121	4,33
<i>Hipertensão</i>	28	4,33	57	9,52	22	5,95	33	5,37	2	28,57	142	5,08
<i>Obstipação</i>	23	3,56	25	4,17	0	0,00	14	2,28	0	0,00	62	2,22
<i>Anquilose</i>	20	3,10	18	3,01	4	1,08	1	0,16	0	0,00	43	1,54
<i>Metabolismo</i>	0	0,00	14	2,34	4	1,08	23	3,74	1	14,29	42	1,50
TOTAL	646	100	599	100	370	100	615	100	7	100	2237	80,09

Relativamente aos dados apresentados urge salientar que o total de fenómenos de enfermagem, com frequências $\geq 1\%$, corresponde a 80,09% dos fenómenos documentados. Salientamos quatro fenómenos de enfermagem com expressão superior a 5%: Úlcera de Pressão (18,08%), Autocuidado: Alimentar-se (5,80%), Adesão à Vacinação (5,51%) e Hipertensão (5,08%).

Quadro 24 - Distribuição dos fenómenos de enfermagem, com frequência > 1 %, por local de contacto em

Lavra

Fenómeno de Enfermagem	Local		
	n	Lavra domicílio	
		%	
		> 1%	Global
Adesão à Vacinação	19	3,21	2,60
Alimentar-se	75	12,67	10,26
Posicionar-se	28	4,73	3,83
Auto Cuidado: Beber	27	4,56	3,69
Auto Cuidado: Higiene	46	7,77	6,29
Auto Cuidado: Uso do Sanitário	20	3,38	2,74
Auto Cuidado: Vestuário	34	5,74	4,65
Transferir-se	21	3,55	2,87
Queda	45	7,60	6,16
Anquilose	19	3,21	2,60
Hipertensão	26	4,39	3,56
Obstipação	20	3,38	2,74

Fenómeno de Enfermagem (cont.)	Local	Lavra	
		domicílio	
		n	%
> 1%	Global		
Perfusão dos Tecidos	13	2,20	1,78
Papel Prestador de Cuidados	28	4,73	3,83
Maceração	14	2,36	1,92
Eritema de Fraldas	9	1,52	1,23
Ferida	40	6,76	5,47
Ferida Traumática	21	3,55	2,87
Úlcera de Pressão	87	14,70	11,90
Total	592	100,00	80,98

Relativamente a Lavra (quadro 24), considerando os Fenómenos de Enfermagem com frequência superior a 1 %, constatamos que os mesmos foram documentados exclusivamente no domicílio. O fenómeno de enfermagem mais documentado foi a Úlcera de pressão com 14,7% e o *Autocuidado: alimentar-se* com 12,67%. Importa ainda realçar que as frequências relativas aos registos dos fenómenos de enfermagem em Lavra, com expressão superior a 1%, quanto aos domínios, *Autocuidado*, *Tegumento* e *Prestador de Cuidados*, foram de: 53,21%, 28,89% e 4,73%, respectivamente. É significativo, o peso que em conjunto os fenómenos dos domínios *Tegumento* e *Autocuidado*, assumem enquanto mediadores de contactos de enfermagem ocorridos no domicílio. Para efeitos desta análise importa desvelar o que esta lógica de associação deixa oculto. Se olharmos para os fenómenos englobados anteriormente no domínio *Tegumento* (53,21%), constatamos que *Úlcera de pressão*⁶, representa 11,90% do total dos fenómenos identificados no domicílio. Também o *Alimentar-se* representa 10,26% do total dos fenómenos identificados no domicílio.

Em Leça da Palmeira a distribuição dos diferentes fenómenos de enfermagem documentados que geraram contactos de enfermagem ocorridos no centro de saúde, no domicílio e outros locais é apresentada no quadro 25.

⁶ “Úlcera de pressão é um tipo de úlcera com as características específicas: inflamação ou ferida sobre as proeminências ósseas devido a compressão e fricção da pele entre o osso e a superfície subjacente, em que os estádios são graduados segundo a gravidade; lesão superficial (úlceras de pressão de grau 1) que evolui para uma situação de flictenas ou solução de continuidade superficial (úlceras de pressão de grau 2); solução de continuidade da pele com perda de toda a sua espessura e drenagem sanguinolenta (úlceras de pressão de grau 3) progredindo para úlcera profunda tipo cratera, com exposição da fáscia e do tecido conjuntivo, músculo ou osso (úlceras de pressão de grau 4). (1999)” (ICN, 2003, p.29) (253).

Quadro 25 - Distribuição dos fenómenos de enfermagem, com frequência > 1 %, por local de contacto em Leça da Palmeira

Fenómeno de Enfermagem	Local	Leça da Palmeira					
		domicílio			centro de saúde		
		n	> 1%	% Global	n	> 1%	% Global
Auto cuidado		9	1,43	1,05	-	-	-
Auto Cuidado: Actividade Física		16	2,54	1,86	-	-	-
Auto Cuidado: Higiene		29	4,61	3,37	-	-	-
Auto Cuidado: Uso do Sanitário		22	3,50	2,56	9	1,43	1,05
Auto Cuidado: Vestuário		10	1,59	1,16	-	-	-
Despir-se		9	1,43	1,05	-	-	-
Lavar-se		11	1,75	1,28	-	-	-
Alimentar-se		25	3,97	2,90	-	-	-
Andar		9	1,43	1,05	-	-	-
Vestir-se		9	1,43	1,05	-	-	-
Queda		24	3,82	2,79	-	-	-
Adesão à Vacinação		58	9,22	6,74	12	1,91	1,39
Adesão ao Regime Terapêutico		16	2,54	1,86	-	-	-
Transferir-se		19	3,02	2,21	-	-	-
Gestão do Regime Terapêutico		24	3,82	2,79	-	-	-
Queimadura		-	-	-	14	2,23	1,63
Úlcera		-	-	-	21	3,34	2,44
Ferida		11	1,75	1,28	-	-	-
Maceração		21	3,34	2,44	-	-	-
Úlcera de Pressão		51	8,11	5,92	-	-	-
Desidratação		9	1,43	1,05	-	-	-
Edema		11	1,75	1,28	-	-	-
Anquilose		10	1,59	1,16	-	-	-
Hipertensão		53	8,43	6,16	-	-	-
Metabolismo		14	2,23	1,63	-	-	-
Obesidade		15	2,38	1,74	-	-	-
Obstipação		18	2,86	2,09	-	-	-
Processo Familiar		9	1,43	1,05	-	-	-
Stress do Prestador de cuidados		32	5,09	3,72	9	1,43	1,05
Papel Prestador de Cuidados		11	1,75	1,28	9	1,43	1,05
Total		555	88,24	64,46	74	11,76	8,59

Verificamos que 11,76% dos fenómenos de enfermagem documentados estão na base de contactos no centro de saúde e 88,24% no domicílio.

Os fenómenos de enfermagem dos domínios *Autocuidado* e *Tegumento* assumem-se como os que apresentam maior incidência, sobretudo tomando como local do contacto, o domicílio,

sendo de 49,44% e 18,76%, respectivamente. Destacamos o domínio prestador de cuidados, o qual representa 9,7% do total de Fenómenos de Enfermagem com expressão superior a 1%.

Importa ressaltar as frequências de registo dos fenómenos de enfermagem: *Adesão à vacinação*⁷ e *Hipertensão*⁸. Relativamente à *Adesão à vacinação* teve uma expressão global de 8,13%, sendo destes: 1,39% no centro de saúde e 6,74% no domicílio.

Considerando a *Hipertensão*, teve uma representatividade de 6,16%, do total de fenómenos de enfermagem registados pelos enfermeiros deste Centro de Saúde.

Na tentativa de encontrar alguma explicação para os achados, recorreremos à especificação produzida pelos enfermeiros aquando da identificação destes fenómenos. Isto é, recorreremos à referência da situação ou situações relativamente às quais os enfermeiros documentaram o fenómeno *Adesão à vacinação* e à especificação do conteúdo do fenómeno *Hipertensão*. Do analisado foi possível inferir que a identificação destes fenómenos de enfermagem traduzia necessidades de saúde da população idosa (grupo de risco – vacina da gripe) e hipertensa. Com efeito, a identificação destes fenómenos traduz a necessidade de vigilância de saúde deste tipo de população e ainda a necessidade de colmatar défices de informação essencial para a adopção de medidas preventivas relativas aos factores de risco.

Na mesma linha de análise e lançando agora o olhar sobre a realidade de Perafita, apresentamos os dados relativos à variável fenómenos, no quadro 26.

⁷ “*Adesão à vacinação é um tipo de comportamento de adesão com as características específicas: desempenhar actividades para conseguir imunidade para as doenças transmissíveis susceptíveis de prevenção, conforme as recomendações para a idade, doença ou viagem. (1999)*” (ICN, 2003, p.58) (253).

⁸ “*Hipertensão é um tipo de Pressão sanguínea com as características específicas: bombagem do sangue através dos vasos sanguíneos com pressão superior à normal. (1999)*” (ICN, 2003, p.18) (253).

Quadro 26 - Distribuição dos fenómenos de enfermagem, com frequência > 1 %, por local de contacto em Perafita

Fenómeno de Enfermagem	Local		
	n	Perafita	
		domicílio	
		%	
		> 1%	Global
Aceitação do Estado de Saúde	10	2,33	1,96
Adesão ao Regime Terapêutico	18	4,20	3,54
Alimentar-se	18	4,20	3,54
Auto - Vigilância	13	3,03	2,55
Auto cuidado	9	2,10	1,77
Auto Cuidado: Banho	6	1,40	1,18
Auto Cuidado: Beber	7	1,63	1,38
Auto Cuidado: Higiene	16	3,73	3,14
Auto Cuidado: Uso do Sanitário	6	1,40	1,18
Auto Cuidado: Vestuário	16	3,73	3,14
Deambular	8	1,86	1,57
Posicionar-se	7	1,63	1,38
Precaução de Segurança	14	3,26	2,75
Gestão do Regime Terapêutico	22	5,13	4,32
Ferida	15	3,50	2,95
Ferida Cirúrgica	13	3,03	2,55
Ferida Traumática	24	5,59	4,72
Úlcera de Pressão	112	26,11	22,00
Papel Prestador de Cuidados	32	7,46	6,29
Envelhecimento masculino	9	2,10	1,77
Ansiedade	10	2,33	1,96
Hipertensão	22	5,13	4,32
Dor	9	2,10	1,77
Dor por Ferida	13	3,03	2,55
Total	429	100,00	84,28

Relativamente a Perafita verificamos que todos os fenómenos de enfermagem documentados, com frequência superior a 1%, estão na base de contactos ocorridos no domicílio. Feita a análise aos dados ressalta a *Úlcera de Pressão*, que representa 26,11% do total de Fenómenos de Enfermagem com frequência superior a 1%.

Destacamos também o *Papel do Prestador de Cuidados* com 7,46%. O contacto no domicílio dos idosos prende-se com a dependência funcional destes e pelo facto de algumas visitas domiciliárias serem efetuadas para ensinar o prestador de cuidados sobre aspectos que os enfermeiros detetam, ou face a este manifestar falta de conhecimentos. Também aqui o domínio *Autocuidado* foi bastante documentado com 39,63%. E, mais uma vez, os fenómenos

de enfermagem inerentes ao domínio: Tegumento, assumem particular relevo, com 38,23%, do total de fenómenos de enfermagem com frequência superior a 1%.

Mantendo o perfil de análise, passamos à Extensão de Santa Cruz do Bispo (quadro 27).

Quadro 27 - Distribuição dos fenómenos de enfermagem, com frequência > 1 %, por local de contacto em Santa Cruz do Bispo

Fenómeno de Enfermagem	Local	Santa Cruz do Bispo		
		domicílio		
		n	%	
> 1%	Global			
Adesão à Vacinação		10	3,30	1,46
Adesão ao Regime Terapêutico		18	5,94	2,63
Alimentar-se		18	5,94	2,63
Auto Controlo: Continência Intestinal		10	3,30	1,46
Auto cuidado		13	4,29	1,90
Auto Cuidado: Beber		9	2,97	1,31
Auto Cuidado: Higiene		6	1,98	0,88
Auto Cuidado: Uso do Sanitário		7	2,31	1,02
Auto Cuidado: Vestuário		16	5,28	2,34
Comunicação Expressiva		6	1,98	0,88
Envelhecimento masculino		16	5,28	2,34
Ferida		8	2,64	1,17
Ferida Cirúrgica		9	2,97	1,31
Gestão do Regime Terapêutico		13	4,29	1,90
Hipertensão		9	2,97	1,31
Infecção		15	4,95	2,19
Metabolismo		13	4,29	1,90
Obstipação		24	7,92	3,50
Papel Prestador de Cuidados		22	7,26	3,21
Posicionar-se		22	7,26	3,21
Tristeza		32	10,56	4,67
Úlcera de Pressão		7	2,31	1,02
Total		303	100,00	44,23

Relativamente a Santa Cruz do Bispo (quadro 8) realçamos os registos relativos a *Tristeza* com 10,56%. E ainda a *Obstipação* com 7,92%, *Papel do Prestador de cuidados* e *Posicionar-se*, ambos com 7,26%. Efectuando a nossa análise por domínios, sobressai o *Autocuidado* com 43,56%, e o *Tegumento* com 7,92%.

O Prestador de Cuidados representa 7,26% do total de Fenómenos de Enfermagem com frequência superior a 1%.

Numa análise global leva-nos a pensar que a expressão destes registos prendem-se com a preocupação dos enfermeiros passarem a mensagem sobre a necessidade de, no domicílio, os cuidadores ativarem um conjunto de medidas com vista a manter a integridade da pele dos seus familiares sujeitos a períodos alargados de inatividade (*Tegumentos, Úlcera de pressão*). Esta medida pode refletir também a prioridade da concepção dos cuidados por parte dos enfermeiros. Não subestimando estes tipos de focos de atenção seria desejável uma maior expressão dos focos relativos aos diferentes tipos de *Autocuidado* no sentido de promover a autonomia do idoso, ou de através do prestador de cuidados delegar esta função.

3.3 - AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Passamos agora à análise dos dados relativos às intervenções de enfermagem. Tal como procedemos anteriormente, a mesma incide sobre a distribuição das intervenções ocorridas no centro de saúde, no domicílio ou outros locais e na globalidade das quatro Unidades de Saúde. Contudo, dada a grande quantidade de informação relativa a este item em análise, optamos por organizar os dados de acordo com os domínios superiores dos tipos de acção que são propostos pelo ICN. Entende-se por *Tipo de acção* “realizações levadas à prática por uma acção de enfermagem” (ICN; 2003, p. xx). No âmbito da CIPE são cinco os grandes tipos de acções de enfermagem: “*Observar*⁹, *Gerir*¹⁰, *Executar*¹¹, *Atender*¹² e *Informar*¹³”.

A organização taxonómica das *Acções de enfermagem*, isto é, a organização das diferentes acções de enfermagem por estes cinco tipos de acção, foi por nós adoptada, como modelo de análise já que possibilita, na nossa perspectiva, uma visão mais abrangente desta realidade,

⁹*OBSERVAR*: define-se por: “*tipo de Acção de Enfermagem com as características específicas: Ver e observar cuidadosamente alguém ou alguma coisa (1999)*”. (ICN, 2003, P.146) (253). São exemplo de espécies de acções pertencentes a este género: monitorizar, vigiar, examinar, medir, pesar, supervisionar, etc.

¹⁰*GERIR*: define-se por: “*tipo de Acção de Enfermagem com as características específicas: estar encarregado de, ou enquadrar, alguém ou alguma coisa (1999)*”. (ICN, 2003, P. 147) (253). São exemplo de espécies de acções pertencentes a este género: planear, controlar, manter, otimizar, providenciar, etc.

¹¹*EXECUTAR*: define-se por: “*tipo de Acção de Enfermagem com as características específicas: desempenhar uma tarefa técnica (1999)*”. (ICN, 2003, P. 150) (253). São exemplo de espécies de acções pertencentes a este género: aspirar, dar banho, alimentar, posicionar, massajar, mobilizar, drenar, injectar, etc.

¹²*ATENDER*: define-se por: “*tipo de Acção de Enfermagem com as características específicas: estar atento a, de serviço a ou a tomar conta de alguém ou alguma coisa (1999)*”. (ICN, 2003, P. 154) (253). São exemplo de espécies de acções pertencentes a este género: apoiar, assistir, encorajar, motivar, prevenir, escutar, etc.

¹³*INFORMAR*: define-se por: “*tipo de Acção de Enfermagem com as características específicas: falar com alguém acerca de alguma coisa (1999)*”. (ICN, 2003, P 156) (253). São exemplo de espécies de acções pertencentes a este género: ensinar, instruir, treinar, orientar, aconselhar, etc.

razão pela qual no particular desta variável *Intervenções de enfermagem*, não utilizaremos o critério de incidência $\geq 1\%$, para inclusão na análise a produzir. Salientamos que para uma visão mais focada relativamente às intervenções de enfermagem, as percentagens foram calculadas em função do tipo de acção em que se integram.

Deste modo, de um total de 2545 intervenções de enfermagem realizadas e documentadas no SAPE, sobressai uma média de 2,5 intervenções por pessoa, das quais 272 intervenções foram registadas pela primeira vez. Relevamos ainda que a maioria, 93,48% destas intervenções, decorreu no domicílio, já no centro de saúde foram realizadas 6,09% e 0,43% noutros locais.

Quadro 28 - Distribuição das intervenções de enfermagem por local de contacto em Lavra

Tipo de acção \ Local	Lavra							
	centro de saúde		domicílio		outros		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Observar	0	0	164	49,40	0	0	164	48,52
Gerir	3	100	16	4,82	2	66,67	21	6,21
Executar	0	0	50	15,06	0	0	50	14,79
Atender	0	0	74	22,29	0	0	74	21,89
Informar	0	0	28	8,43	1	33,33	29	8,58
Total	3	100	332	100	3	100	338	100

Dos dados obtidos relativamente a Lavra (quadro 28), podemos constatar que a maioria das intervenções de enfermagem (98,22%), são implementadas no domicílio, predominando o tipo de acção *Observar* (49,40%). Relevamos ainda as intervenções relativas ao tipo de acção *Atender* (22,29%) e por fim ao *Informar* (8,43%). Quando olhamos para as diferentes espécies do mesmo género ou tipo de acção, constatamos que no que respeita ao *Observar*, a grande maioria de intervenções que se incluem neste tipo são: *Vigiar a ferida e Vigiar penso da ferida*, ambas com uma frequência de 9,17%. Relativamente ao tipo: *Executar* as intervenções aqui incluídas são quase exclusivamente: *Executar o tratamento à ferida (por procedimento)* (9,17%).

É interessante verificar ao contrário do que acontece com as acções do tipo *Observar* e *Executar*, em que temos a quase totalidade da percentagem das intervenções concentradas em

duas ou três espécies, no que respeita ao *Informar*, verifica-se uma distribuição mais dispersa por uma maior variedade de intervenções deste tipo. A título de exemplo, constata-se que a intervenção mais frequente do tipo *Informar* é: *Informar sobre serviços de saúde* a qual representa apenas 3,85% da totalidade das intervenções de Lavra.

Os dois tipos de acção em conjunto, (*Observar* e *Executar*) representam 63,31% das intervenções realizadas em Lavra, facto que guarda relação estreita com a incidência de fenómenos de enfermagem do domínio do *Tegumento* que como já tivemos oportunidade de referir, medeiam uma percentagem significativa de contactos ocorridos no domicílio. Ainda no âmbito das intervenções do tipo *Atender*, as quais representam 21,89% do total de intervenções de enfermagem realizadas em Lavra, verificamos que a mais frequente é: *Apoiar o prestador de cuidados no desempenho do papel de prestador de cuidados* 3,25% do total de intervenções e 14,86% do total de intervenções deste tipo de acção. Esta incidência é compreensível já que no domicílio e no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, os enfermeiros desta Extensão de Saúde, utilizam a visitação domiciliária para implementar algumas intervenções com o prestador de cuidados, que deem resposta aos défices no domínio do *Autocuidado* do idoso e simultaneamente às necessidades do próprio prestador de cuidados, por exemplo demonstrando algumas técnicas. Podemos ainda referir que as intervenções de enfermagem que tomam por alvo o *Prestador de cuidados*, em Lavra, representam 13,91% do total de intervenções, realizadas nesta Extensão de Saúde. Sendo as mais frequentes: *Apoiar o prestador de cuidados no desempenho do papel de prestador de cuidados* (3,25%) e *Elogiar envolvimento do prestador de cuidados* (2,66%).

Quadro 29 - Distribuição das intervenções de enfermagem por local de contacto em Leça da Palmeira

Local Tipo de acção	Leça da Palmeira							
	centro de saúde		domicílio		Serviços partilhados		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Observar	54	42,52	183	24,70	0	0	237	27,27
Gerir	1	0,79	43	5,80	0	0	44	5,06
Executar	29	22,83	70	9,45	0	0	99	11,39
Atender	41	32,28	127	17,14	0	0	168	19,33
Informar	2	1,57	318	42,91	1	100	321	36,94
Total	127	100	741	100	1	100	869	100

Considerando os dados relativos aos registos de Enfermagem em Leça da Palmeira (quadro 29), constatamos que a maioria das intervenções é realizada no domicílio (85,27%). Podemos ainda realçar que a maioria das intervenções de enfermagem integram o tipo de acção *Informar* (36,94%), seguidamente o *Observar* (27,27%) e por fim *Atender* (19,33%). Podemos constatar que a predominância de intervenções de enfermagem implementadas no centro de saúde se insere nos tipos de acção: *Observar*, *Atender* e *Executar*. No entanto, as intervenções do tipo *Executar* apresentam uma incidência inferior (22,83%).

Quando olhamos para as diferentes espécies do mesmo género ou tipo de acção, encontramos semelhanças. Destas, destacamos algumas intervenções, como é o caso de: *vigiar penso da úlcera e vigiar úlcera*, cuja frequência é mais elevada, no contexto do centro de saúde, 11,02% para ambas; Sobressai ainda com igual frequência, mas de tipo de acção diferente, *Executar tratamento à úlcera*.

No que respeita às intervenções prestadas no domicílio verificamos que, a realidade é bastante diferente à de Lavra quer no que respeita aos grandes tipos de acção de enfermagem, quer relativamente às espécies aí incluídas. Do total de 741 intervenções de enfermagem realizadas no domicílio, 42,91% são do tipo de acção *Informar* e 24,70% do tipo de acção *Observar*. O seu conjunto congrega 67,61% do total de intervenções de enfermagem prestadas no domicílio. Contudo, não podemos deixar de sublinhar a relevância das intervenções do tipo de acção *Atender*, 17,14%.

Considerando as intervenções que tomam por alvo, ou por beneficiário o prestador de cuidados, estas representam 29,96% do total de intervenções neste Centro de Saúde. Sendo as mais frequentes: *Elogiar envolvimento do prestador de cuidados* (1,48%), no âmbito do *Atender* e *Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de úlcera de pressão* (1,35%), no âmbito do *Informar*.

Quadro 30 - Distribuição das intervenções de enfermagem por local de contacto em Perafita

Local Tipo de acção	Perafita					
	centro de saúde		domicílio		Total	
	n	%	n	%	n	%
Observar	5	27,78	162	27,69	167	27,69
Gerir	3	16,67	50	8,55	53	8,79
Executar	6	33,33	132	22,56	138	22,89
Atender	3	16,67	153	26,15	156	25,87
Informar	1	5,56	88	15,04	89	14,76
Total	18	100,00	585	100,00	603	100,00

Em Perafita, de um total de 603 intervenções de enfermagem, 97,01% foram realizadas no domicílio e apenas 2,99% no centro de saúde (quadro 30). Centrando-nos no domicílio, verificamos que os tipos de acção que sobressaem são: *Observar* (27,69%), *Atender* (26,15%) e *Executar* (22,56%). Analisando quanto às diferentes espécies do mesmo género ou tipo de acção, releva-se que do *Observar* a intervenção *Vigiar penso da úlcera de pressão* (5,98%) tem a frequência mais relevante. Seguindo-se a intervenção: *Vigiar penso da ferida* com 3,93%. Considerando o *Atender* destacam-se as intervenções: *Proteger a zona de pressão* (2,91%), *Elogiar envolvimento do prestador de cuidados* (1,88%) e *Incentivar auto vigilância* (1,71%). Relativamente ao *Executar*, releva-se *Executar tratamento à úlcera de pressão (Procedimento)* com 8,21%. Considerando o domínio *Tegumento* enquanto alvo das intervenções instituídas no domicílio, verificamos que este representa 48,55% do total.

Quanto ao prestador de cuidados este integra como alvo e/ou beneficiário 15,56% do total de intervenções realizadas no domicílio, destacando-se a intervenção: *Elogiar envolvimento do prestador de cuidados*, a qual representa 1,88% do total de intervenções concretizadas no domicílio.

Deste modo podemos afirmar que quanto à distribuição das intervenções de enfermagem quer pelos grandes tipos de acção quer pelas suas diferentes especificações constatamos que a realidade de Perafita, é muito próxima da realidade de Lavra. Esta similaridade mantém-se independentemente do local onde são implementadas as intervenções, entenda-se centro de saúde ou domicílio.

Quadro 31 - Distribuição das intervenções de enfermagem por local de contacto em Santa Cruz do Bispo

Local Tipo de acção	Santa Cruz do Bispo					
	centro de saúde		domicílio		Total	
	n	%	n	%	n	%
Observar	4	57,14	379	52,57	383	52,61
Gerir	1	14,29	49	6,8	50	6,87
Executar	2	28,57	237	32,87	239	32,83
Atender	0	0	48	6,66	48	6,59
Informar	0	0	8	1,11	8	1,10
Total	7	100	721	100	728	100,00

Relativamente aos registos de Santa Cruz do Bispo constatamos que foram realizadas 728 intervenções de enfermagem, das quais a grande maioria (99,04%) decorreu no domicílio (quadro 31). Centrando-nos no domicílio, há dois tipos de acção que se evidenciaram: *Observar* (52,57%) e *Executar* (32,87%). Quanto ao *Observar*, as intervenções mais frequentes foram: *Vigiar penso da úlcera de pressão* (16,23%) e *Vigiar a(s) úlcera(s) de pressão* (15,40%). No tipo de acção *Executar*, sobressai a intervenção: *Executar tratamento à úlcera de pressão (Procedimento)* (18,45%).

Importa ainda frisar que o domínio *Tegumento*, relativamente às intervenções de enfermagem instituídas teve um peso de 73,09%, no total de intervenções realizadas no domicílio. Considerando o prestador de cuidados, 0,69% das intervenções integram-no enquanto alvo ou beneficiário.

Feito este percurso pelos quatro centros de saúde isoladamente e encontradas algumas similaridades, é com naturalidade que verificamos as incidências que o quadro 14, relativo à distribuição total das intervenções de enfermagem pelos três Centros de Saúde, nos apresenta.

Quadro 32 - Distribuição do total de intervenções de enfermagem por local de contacto

Local Tipo de acção	Centros de Saúde Lavra, Leça da Palmeira, Perafita e Santa Cruz do Bispo							
	centro de saúde		domicílio		Serviços partilhados		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Observar	63	40,65	888	37,33	4	36,36	955	37,52
Gerir	8	5,16	158	6,64	3	27,27	169	6,64
Executar	37	23,87	489	20,55	2	18,18	528	20,75
Atender	44	28,39	402	16,90	0	0,00	446	17,52
Informar	3	1,94	442	18,58	2	18,18	447	17,56
Total	155	100,0	2379	100,0	11	100,0	2545	100

Dos dados apresentados no quadro 32 percebemos que as intervenções se realizaram na sua grande maioria (93,48%) no domicílio. As razões de tal facto, conforme já referimos, assentam em que a população que integra o nosso estudo é idosa com dependência no autocuidado, o que motiva a que os enfermeiros privilegiem o domicílio para a prestação de cuidados, podendo esta tomar por beneficiário o próprio idoso e/ou o prestador de cuidados.

Sobressai também que o domínio preponderante é o *Observar* (37,52%), seguindo-se o *Executar* (20,75%). Como justificativa encontramos as vigilâncias no âmbito de patologias crónicas como a hipertensão e a diabetes ou ainda problemas originados pela condição geral do idoso em questão, nomeadamente o *Tegumento*. Para ilustrarmos esta análise vamo-nos reportar às intervenções mais significativas: *Vigiar penso da úlcera de pressão* (6,85% do total de intervenções no âmbito do *Observar*, no domicílio); *Vigiar a(s) úlcera(s) de pressão* (5,51% do total de intervenções no âmbito do *Observar*, no domicílio); *Executar tratamento à úlcera de pressão (Procedimento)* (8,28% do total de intervenções no âmbito do *Executar*, no domicílio).

3.4 - FENÓMENOS VERSUS INTERVENÇÕES

Neste momento julgamos estar em condições de proceder a um exercício analítico de associação entre duas das variáveis que já foram objecto da nossa análise no presente relatório: fenómenos e intervenções de enfermagem. A associação destas duas variáveis é um imperativo que decorre da impossibilidade de concebermos qualquer intervenção de enfermagem, sem relação directa com uma situação de saúde relevante para a prática de enfermagem. Este imperativo ajuda-nos a aclarar quais as intervenções de enfermagem que mais frequentemente dão respostas às necessidades desta população alvo. Por outro lado, permite-nos também perceber se as mesmas se inscrevem mais sob um paradigma de resposta às necessidades do Idoso com compromisso do autocuidado, ou se face às mesmas se procura responder primordialmente às necessidades emergentes dos seus prestadores de cuidados.

O propósito do nosso estudo pressupõe que, com base nos registos produzidos pelos enfermeiros, face às necessidades da população em cuidados de enfermagem, se percebam quais as respostas oferecidas por forma a que seja possível dotar o prestador de cuidados de conhecimento e estratégias ajustadas ao papel que actualmente desempenha. No entanto, importa sublinhar que mesmo produzindo esta associação, apenas se identifiquem

relações que por si só justifiquem ser objecto de análise. É com base neste pressuposto que procuramos conhecer com mais pormenor como os enfermeiros procedem à representação do universo de cuidados reportados à realidade de ser prestador de cuidados de um idoso com compromisso do autocuidado.

Neste enquadramento e na sequência do exposto, a análise que aqui produzimos relativa à associação entre os diferentes fenómenos de enfermagem e respectivas intervenções, está organizada em torno dos fenómenos de enfermagem ou domínios mais relevantes, no conjunto dos quatro Centros de Saúde (tal qual são apresentados no quadro 23, referente à distribuição do total de fenómenos de enfermagem documentados). Esta integra ainda o conjunto das intervenções associadas a cada um dos fenómenos de enfermagem, tendo por base a decomposição da intervenção em função do tipo de acção, alvo e beneficiário. Tal decisão funda-se no facto de por meio do SAPE, na ULSM, não ser possível efectuar a análise das intervenções de enfermagem, que estejam alocadas ao respectivo diagnóstico, sob a lógica de integridade referencial. No quadro 33 daremos visibilidade às intervenções com expressão superior a 1% do total de intervenções documentadas (2545).

Quadro 33 - Intervenções de enfermagem mais frequentes associadas aos fenómenos de enfermagem do domínio do Tegumento

Intervenções de Enfermagem	Domínio/Local		Tegumento					
			Lavra, Leça da Palmeira, Perafita e Santa Cruz do Bispo					
			centro de saúde		domicílio		Serviços partilhados	
	n	%	n	%	n	%		
Vigiar sinais de úlcera de pressão			65	2,55				
Vigiar penso da ferida			96	3,77				
Vigiar penso da úlcera de pressão			163	6,40				
Vigiar ferida			58	2,28				
Vigiar ferida cirúrgica			32	1,26				
Vigiar a(s) úlcera(s) de pressão			131	5,15				
Vigiar a pele			55	2,16				
Monitorizar risco de úlcera de pressão através da "escala de Norton"			48	1,89				
Executar tratamento à ferida			51	2,00				
Executar tratamento à ferida cirúrgica			41	1,61				
Executar tratamento à úlcera de pressão (Procedimento)			197	7,74				
Outros < 1%	87	3,42	167	6,56	6	0,24		
Total	87	3,42	1104	43,38	6	0,24		

Os fenómenos de enfermagem do domínio do *Tegumento*, no conjunto dos quatro Centros de Saúde, representam 28,89% da totalidade das situações de saúde documentadas que exigem cuidados de enfermagem. Do total de intervenções documentadas (2545) 43,38% deram resposta ao domínio do *Tegumento*. Verificamos ainda que, do conjunto das intervenções de enfermagem implementadas em resposta aos fenómenos deste domínio, as três mais representativas (19,29%) são: *Executar tratamento à úlcera de pressão (Procedimento)* (7,74%), *Vigiar penso da úlcera de pressão* (6,40%) e *Vigiar a(s) úlcera(s) de pressão* (5,15%). Se olharmos para as intervenções e pensarmos no tipo de acção que têm subjacente, constatamos que os tipos de acção predominantes são: *Executar* e *Observar*. Salientamos mais uma vez, que dado a grande maioria das intervenções ter decorrido no domicílio, a nossa análise recai apenas sobre este local de contacto. Relativamente à categoria “*Serviços partilhados < 1%*”, esta encerra uma grande dispersão de intervenções das quais algumas incidem sobre o domínio gestão do regime terapêutico. Quanto ao número de intervenções diferentes, este compreende 50.

Passamos agora à análise das intervenções de enfermagem com o alvo *Prestador de cuidados*. Os fenómenos de enfermagem aqui englobados representam 5,55% do total documentado nos registos de Enfermagem. Face ao global de intervenções documentadas, as que tomam por alvo e/ou beneficiário o prestador de cuidados, correspondem a 14,46%. Quando olhamos para estas intervenções e as categorizamos em função do tipo de acção que têm subjacente, verificamos que são essencialmente do tipo: *Informar* (52,17%) e *Atender* (47,55%). Há apenas registo de uma intervenção no domínio *Gerir* (0,27%). Salientamos também que estas intervenções, na sua grande maioria ocorreram no domicílio (88,59%). Sendo que apenas 11,14% se realizaram no centro de saúde e apenas uma intervenção (0,27%) teve lugar no CDP-Domicílio. A intervenção mais frequente é *Elogiar envolvimento do prestador de cuidados*, a qual representa 8,70% do total de intervenções neste domínio. Relativamente aos resultados obtidos e confrontando-os com a auscultação aos enfermeiros percebemos que face ao tipo de população que integra o nosso estudo, o domicílio é o local de eleição para “formar” o prestador de cuidados. Daí o tipo de acção preponderante ser o *Informar*. Importa ainda salientar que por vezes é mais ajustado, neste tipo de formação, demonstrar perante o próprio prestador de cuidados. E nas situações em que os próprios idosos estão sozinhos ou são cuidados por outros idosos, (relembramos que a mediana de idades dos prestadores de cuidados que integraram o nosso primeiro estudo é de 61 anos de idade), a visita domiciliária serve para intervir dando respostas no domínio do autocuidado quer ao idoso com

compromisso, quer ao prestador de cuidados concretizando com demonstração. Relativamente ao número de diferentes intervenções este compreende 72.

Passamos agora à análise dos dados relativos ao domínio do *Autocuidado*. Incorporamos neste apenas os mais básicos deixando de fora os fenómenos afectos ao subdomínio *Comportamento de procura de saúde*. Constatamos que os fenómenos de enfermagem que integram este domínio representam 40,06% do total de fenómenos documentados. Quanto ao local de realização das intervenções, vamos apenas centrarmo-nos no domicílio, dado que neste se concretizaram 99,05% do total das mesmas neste domínio. As intervenções mais frequentes foram: *Executar técnica de posicionamento (Procedimento)* (18,10%) e *Incentivar a pessoa a alternar posicionamentos* (16,67%), ambas com o tipo de acção *Atender*. Quando nos detemos sobre os tipos de acção em que estas intervenções se inserem constatamos que os predominantes são: *Atender* (34,76%), *Executar* (30,95%) e *Informar* (24,76%). Quando olhamos para a distribuição da totalidade das intervenções implementadas no domicílio, em resposta aos fenómenos de enfermagem do domínio do *Autocuidado*, constatamos que esta distribuição é dispersa por uma grande variedade de intervenções (35).

Em síntese, 43,38% das intervenções de enfermagem analisadas reportavam-se ao domínio dos *Tegumentos*, na maioria dirigidas a problemas concretos (*executar o tratamento à úlcera de pressão, vigiar úlcera de pressão*). Também aqui a elevada expressão deste tipo de atividades leva-nos a uma postura crítica, uma vez que seria esperada uma visão holística dos cuidados, com forte expressão no potencial de recuperação da autonomia e na capacitação dos prestadores de cuidados.

4 - CONCLUSÕES

Da análise global deste estudo constatamos que os registos de enfermagem traduzem um processo complexo condicionado por uma multiplicidade de factores cuja essência se funda e edifica na concepção de cuidados do enfermeiro. Mais salientamos que o disposto se encontra em plena sintonia com o constante na bibliografia consultada (Amendoeira *e outros*, 2003; Pereira, 2007; Silva, 2006). Daqui emerge que nos pareça fundamental investir noutros estudos similares afim de que, num conceito de auto-auditoria, seja possível aclarar quais os domínios diagnósticos para os quais há respostas estruturadas e quais os que necessitam de ser trabalhados.

Em resposta à primeira pergunta de partida, este estudo revela as necessidades da população alvo. Importa ainda salientar que o facto do suporte de documentação de enfermagem, SAPE, estar estruturado com base na CIPE, evidencia de forma mais clara as particularidades desta população. Por outro lado, a referida estruturação atribui maior visibilidade ao que concerne o trabalho de enfermagem.

Relativamente às necessidades dos utentes, constatamos que nas quatro unidades de saúde, que integraram o nosso estudo, os fenómenos de enfermagem do domínio *Tegumento* são os mais representativos, assumindo frequências ainda superiores quando o local de contacto é o domicílio. Sobressai daqui que provavelmente o elevado índice de envelhecimento verificado nas quatro freguesias, as patologias e/ou suas sequelas comuns desta faixa etária no nosso país e ainda o tipo de população que integra a nossa amostra, poderão estar na base dos achados. Mais relevamos que o seguimento deste tipo de população é feito com uma frequência estreita e primordialmente no domicílio.

Quanto ao local de contacto domicílio, salientamos mais uma vez o *Tegumento*, com a frequência mais elevada. Também o domínio do *Autocuidado*, apresenta uma frequência relevante nas quatro unidades de saúde, todavia seria esperado que este domínio constituísse a área prioritária. Relevamos, mais uma vez, o padrão de população que

integra a nossa amostra, a qual apresenta limitações várias a nível da mobilidade. Pelo que sobressai a “tendência” dos enfermeiros, face a este tipo de população, privilegiarem o domicílio, enquanto o local mais adequado ao atendimento. Neste mesmo local podem dar respostas direccionadas à população em questão mas também podem ensinar o prestador de cuidados face a dificuldades que o mesmo exponha.

Relativamente, ainda, à prestação de cuidados de enfermagem no domicílio, quanto ao tipo de acção das intervenções, destacam-se sobretudo três tipos: *Observar, Atender e Executar*. Parece-nos que algumas características da população idosa, alvo dos cuidados, condiciona quanto à documentação das intervenções instituída. Daqui emerge uma questão: será que os enfermeiros desenvolvem uma baixa frequência de intervenções de enfermagem inerentes ao *Informar*, quando o local de contacto é o domicílio? Ou não as registam, dado as mesmas ocorrerem em simultâneo com as que tomam por beneficiário o idoso?

Talvez os registos não reflitam a concepção de cuidados, mas por falta de tempo e talvez de uma visão autocrítica se centrem em aspectos pontuais o que leva a alguma deturpação da nossa análise.

Sobressai ainda do nosso estudo que os enfermeiros, face a esta população idosa, reflectem nos seus registos, a necessidade de dar respostas efectivas ao prestador de cuidados. Contudo estas aparecem plasmadas na documentação relativa ao idoso em questão e não ao cidadão, também utente, enquanto prestador de cuidados.

Por fim concluímos que, de acordo com os trabalhos de Silva (2006, p.281):

“A descrição completa dos cuidados de enfermagem, isto é, a documentação dos aspectos comuns mais a documentação dos aspectos que resultam da individualização dos cuidados, refere um aspecto central na discussão. Primeiro, importa assumir desde logo que há coisas que as palavras não dizem. Isto é, questões como a disponibilidade para a relação de cuidados, o tacto e o bom trato característicos da excelência no exercício profissional e outras disposições afectivas para os cuidados de enfermagem, não são traduzíveis na documentação de enfermagem (...) Verificamos que os fenómenos identificados como referindo situações frequentes nas práticas, ultrapassavam largamente os que aparecem na documentação dos cuidados”.

Podemos perceber após acompanhamento dos enfermeiros e discussão dos dados obtidos que há intervenções e fenómenos noutras domínios, nomeadamente nas razões para a acção, que não estão documentados. Assim como algumas intervenções que ocorrem no mesmo instante, mas com beneficiários diferentes, o idoso e simultaneamente o prestador de cuidados.

ESTUDO 3

**Percepção dos Enfermeiros quanto à estruturação do Processo de Cuidados,
considerando as Necessidades de Cuidados do Prestador de Cuidados**

1 - INTRODUÇÃO

O envelhecimento constitui hoje, face à abrangência etiológica, um fenómeno insidioso o qual, em Portugal, impõe desde já a estruturação de respostas profícuas e sustentadas. Carrilho e Patrício (2010, p. 101) afirmam que “*no período de 2001 a 2009, Portugal cresceu a um ritmo fraco e decrescente. (...) a longevidade aumenta e os respectivos efeitos na composição etária da população marcam o processo do envelhecimento demográfico*”. Com o aumento da idade também percebemos que ocorrem alterações das quais, por vezes, emerge a necessidade de cuidados. Ramos (1992) [cit. por Moraes (2004, p. 17)] afirma que “*em São Paulo 61% dos idosos entrevistados precisavam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma das actividades de vida diária (andar, comer, vestir-se, ir ao banheiro) e que 10% apresentava uma dependência total, impossibilitando o indivíduo de viver sozinho*”. Muitos destes cuidados necessários são efectivamente assegurados por cuidadores informais, ajustando respostas à singularidade das necessidades e atenuando o ónus económico aos diferentes sistemas de saúde. Pimentel e Albuquerque (2010, p. 255) explicitam que:

“neste contexto, o papel das famílias tem sido reconsiderado e o seu contributo para a produção de bem-estar social e individual celebrado, devido a duas lógicas de sentidos contrários: uma primeira, de sentido positivo, prende-se com o reconhecimento da importância dos laços familiares para o bem-estar e para a estabilidade emocional dos indivíduos e com a manifesta vontade e direito das pessoas mais velhas a permanecerem integradas nos seus contextos de vida e nas suas redes relacionais; uma segunda, de sentido negativo, está relacionada com a necessidade de responsabilizar as famílias pelos cuidados aos seus elementos dependentes, devido à perda de sustentabilidade dos sistemas públicos de protecção social e à escassez de soluções de apoio face às necessidades e às exigências crescentes”.

Relevamos ainda que o Ministry of Health and Social Affairs Sweden (2010, p. 14) refere que “*o custo per capita de cuidados a idosos aumenta progressivamente com a idade*”. No entanto, há outras vertentes que ponderam de forma inequívoca o papel da família... Pimentel (2005, p. 29), sem desvalorizar o papel das outras instituições, afirma que:

“não há qualquer dúvida de que a permanência do idoso no seu meio familiar e social, em constante interacção com as pessoas que lhe são mais próximas, é considerado o cenário ideal para qualquer pessoa que atinja a velhice e procure vivê-la de forma equilibrada e sem graves discontinuidades. Por outro lado, o apoio prestado pelos familiares e/ou amigos é, de um modo geral, mais adequado às necessidades específicas de cada indivíduo e, por isso mesmo, o mais solicitado”.

Dada a amplitude do espectro das possíveis respostas face às necessidades dos diferentes idosos, o processo de identificação das necessidades dos seus cuidadores informais é deveras complexo. Parece-nos pois que num cenário tão amplo cabem respostas de diferentes actores. Contudo, dada a natureza das necessidades expressas há um actor privilegiado, cuja intervenção é preponderante para que a assunção do papel de prestador de cuidados seja efectiva, garantindo a prestação de bons cuidados ao idoso, mas também previna as complicações inerentes ao exercício desse papel. Consentânea com o exposto, Lage (2007, p. 426) explicita que *“conhecendo melhor a realidade dos cuidados aos idosos não dementes, os enfermeiros estarão, pois, melhor posicionados para encorajar a promoção da saúde e a prevenção de comportamentos de doença neste grupo de pessoas e colaborar na construção de modelos de intervenção adaptados às necessidades específicas das famílias”*. Percebendo o cenário de envelhecimento actual da sociedade portuguesa. E, considerando o potencial da enfermagem nas respostas às necessidades de cuidados dos idosos e seus prestadores de cuidados familiares, é finalidade do nosso estudo: compreender a percepção dos enfermeiros quanto à estruturação do processo de cuidados, considerando as necessidades de cuidados, do prestador de cuidados de idosos com compromisso do autocuidado. Com o intuito de dar cumprimento à finalidade a que nos propusemos, formulamos as seguintes perguntas de partida que procuram dar a conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o contexto familiar de prestação de cuidados a uma pessoa com compromisso no autocuidado.

- Como se processa a escolha do prestador de cuidados dos idosos com compromisso do Autocuidado?
- Quais as necessidades de cuidados dos prestadores de cuidados dos idosos com compromisso do autocuidado?
- Há diferenças entre um prestador de cuidados iniciado e um experiente? Se sim, essas diferenças motivam diferentes frequências de consulta ou visita domiciliária?
- Que local de contacto as enfermeiras/os privilegiam para encetarem sessões de educação para a saúde aos prestadores de cuidados dos idosos com compromisso do autocuidado?

- Quais as necessidades de cuidados, no âmbito do autocuidado dos prestadores de cuidados dos idosos com compromisso do autocuidado?
- Quais as dificuldades no processo de preparação do prestador de cuidados?
- Como iniciam, implementam e avaliam as enfermeiras/os as intervenções de enfermagem, tomando por alvo os prestadores de cuidados dos idosos com compromisso do autocuidado?
- Como documentam as enfermeiras/os os diagnósticos e respectivas intervenções de enfermagem, tomando por alvo os prestadores de cuidados dos idosos com compromisso do autocuidado?

2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

O presente estudo foca-se na percepção dos enfermeiros, que integram um Centro de Saúde de Leça da Palmeira e respectivas Extensões de Saúde, sobre as necessidades de cuidados dos familiares cuidadores que prestam cuidados a pessoas com compromisso no autocuidado. O referido estudo decorreu entre, 1 de Junho e 30 de Julho de 2010 e articula-se com os dois estudos anteriores.

2.1 - TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa. Polit (2000, p. 18) explicita que *“a investigação exploratória inicia-se com algum fenómeno de interesse, mas em vez de se limitar a observar e registar a ocorrência do mesmo, tende a normalizar a natureza plena deste, a forma em que se manifesta e outros factores com que se relaciona”*, complementa ainda dizendo que: *“a investigação exploradora é uma ampliação da investigação descritiva (...)”*. Também Quivy e Campenhoudt (2008, p.83) referem que: *“(...) entrevistas, observações e consultas de documentos diversos coexistem frequentemente durante o trabalho exploratório”*.

2.2 - PARTICIPANTES

Recorremos a uma amostra de conveniência. De acordo com Polit (2011, p. 595) amostragem por conveniência consiste na: *“selecção das pessoas mais prontamente disponíveis, como participantes de um estudo”*. Esta integrou enfermeiros que têm sob seus cuidados, idosos com compromisso do autocuidado e seus prestadores de cuidados, adstritas ao Centro de Saúde de Leça da Palmeira e respectivas Extensões de Saúde. Os critérios de inclusão na amostra foram: ser enfermeiro que *“estruire e implemente intervenções ao membro da família prestador de cuidados”* e *“exerça a profissão de enfermagem por um tempo mínimo de 6 meses”*.

Todos os enfermeiros, dos locais referidos anteriormente, aceitaram participar no estudo, perfazendo um total de trinta e três (quadro 34). Relativamente à *idade* dos sujeitos a mediana foi 32 anos, com uma média de 35,5 anos, o mínimo de 26 anos e o máximo de 56 anos. Considerando o seu *tempo de serviço*, verificamos que a mediana é de 8 anos, a média é de 11,97 anos, a moda de 4 anos, um mínimo de 6 meses e um máximo de 36 anos de serviço.

Quadro 34 - Habilitações literárias, categoria profissional, área de especialização e formação pós – graduada dos enfermeiros em estudo

		n	%	Total	Total
				n	%
Habilitações	Licenciatura	32	97	33	100
	Mestrado	1	3		
Categoria Profissional	Nível I	14	42,4	33	100
	Graduado	12	36,4		
	Especialista	6	18,2		
	Chefe	1	3		
Área de Especialização	Enfermagem Comunitária	7	21,2	33	100
	Enfermagem de Reabilitação	1	3		
	Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria	2	6,1		
	Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia	1	3,3		
	Sem especialização	22	66,7		
Formação Pós-Graduada	Pós-Graduação em Psicogerontologia	1	3	33	100
	Pós-Graduação em Cuidados Paliativos	2	6,1		
	Sem Pós-Graduação	30	90,9		

Da análise do quadro 34, destacamos quanto às habilitações literárias dos profissionais entrevistados que apenas um tem o mestrado. Relativamente à *categoria profissional* a grande maioria (42,4%) são enfermeiros de nível I. Salientamos também, que embora haja apenas seis enfermeiros especialistas, enquanto *categoria profissional*, há no total onze com formação adequada ao título de especialistas, contudo cinco não estão a exercer enquanto tal. As especialidades abrangidas são: Enfermagem Comunitária (63,6%), Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (18,2%), Enfermagem de Reabilitação (9,1%) e Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (9,1%). Apenas três enfermeiros (9,1%), tem formação pós-graduada. Sobressai, contudo que as áreas de conhecimento abrangidas têm absoluta coerência com a população alvo de cuidados.

2.3 - MATERIAL

Tendo em conta a finalidade do estudo e as perguntas de partida recorreremos à técnica de entrevista semi-estruturada. A qual de acordo com Fortin (2003, p. 155) consiste na entrevista: “*com amostras de indivíduos constituídas de forma não probabilística*”. Polit e Beck (2011, p. 375) concretizam ainda que: “*as entrevistas semi-estruturadas são usadas quando os pesquisadores possuem tópicos ou questões amplas que precisam ser abordados durante a entrevista. Os entrevistadores usam um guia de tópicos (ou guia de entrevista) para garantir que todas as áreas são contempladas. A função do entrevistador é encorajar os participantes a falarem livremente sobre os tópicos listados*”. Para tal construímos um guião (Anexo IV), baseando-nos no apurado dos dois estudos anteriores, que se realizaram no mesmo Centro de Saúde e respetivas Extensões de Saúde.

2.4 - PROCEDIMENTO

Após ter sido concedida pelo Conselho de Administração da referida Unidade Local de Saúde, a autorização formal, para o estudo ser realizado, procedemos a uma reunião prévia com as/os enfermeiras/os do Centro de Saúde em questão e respectivas Extensões de Saúde com o intuito de explicar o método e objectivos do mesmo. Com o assentimento integral das mesmas, calendarizamos os contactos de modo a realizar as entrevistas. As / os entrevistadas (os) foram ainda informadas (os) que, após o seu consentimento, procederíamos à gravação áudio e posteriormente à transcrição integral das entrevistas sem qualquer dado identificador da entrevistada/o. De seguida após a verificação do transcrito face ao registo áudio, procederíamos à destruição deste. Garantindo deste modo a integral confidencialidade do conteúdo e anonimato dos entrevistados. O decurso das entrevistas concretizou-se apenas com a presença do entrevistador, o qual foi sempre a mesma pessoa, e a/o entrevistada/o. As entrevistas foram realizadas ao total de enfermeiras/os que trabalham no Centro de Saúde e suas três Extensões de Saúde. O estudo decorreu entre, 1 de Junho e 30 de Julho de 2010.

Para a realização do mesmo construímos um guião, tomando por base o adquirido nos dois estudos anteriores, que se realizaram no mesmo Centro de Saúde. No primeiro estudo caracterizamos os prestadores de cuidados de idosos com compromisso do autocuidado e respectivos idosos sob seu cuidado. No segundo, caracterizamos os diagnósticos de enfermagem e respectivas intervenções, documentados no sistema de informação de

enfermagem, relativamente aos idosos e prestadores de cuidados, sujeitos do primeiro estudo. O guião da entrevista semi-estruturada usado, continha 29 questões. Em sintonia com o expresso, Boni e Quaresma (2005, p. 75) referem-nos que:

“as entrevistas semi-estruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. (...) Esse tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados”.

As enfermeiras/os participantes neste estudo, preencheram um termo de consentimento informado de modo a formalizar a sua autorização (Anexo V). As entrevistas foram realizadas em gabinetes do próprio centro de saúde e respectivas extensões, em horário extra laboral. O tempo médio por entrevista foi cerca de 30 minutos. Subjacente ao trabalho de enfermagem com idosos com compromisso do autocuidado e seus prestadores de cuidados, reside a concepção de cuidados, a qual na sua subjectividade nutre os olhares das enfermeiras sob as necessidades e prioridades de cuidados que esta população alvo congrega. A metodologia qualitativa não é neutra, tão pouco face à amostra poderemos generalizar, contudo, mostra-nos sustentadamente a essência do apurado face aos sujeitos entrevistados. Deste modo cremos que os resultados poderão contribuir para aclarar a perspectiva dos enfermeiros quanto à estruturação do processo de cuidados tendo em conta as necessidades do prestador de cuidados de idosos com compromisso do autocuidado.

Após a recolha de dados estes foram transcritos para se proceder à análise de conteúdo, que segundo Corbin e Strauss (2008, p.46) trata-se de uma metodologia de pesquisa em que o investigador quebra (*“...uma substância nos seus diferentes componentes, então examina os diferentes componentes de modo a identificar as propriedades e dimensões”*). Esta ideia é também corroborada por Bardin (2009, p. 44) quando refere que a análise de conteúdo é entendida como *“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”*.

A opção que tomamos foi alicerçar a nossa análise ao modelo de Bardin (2009), tal como o referido autor organizamos a análise de conteúdo em três fases: uma primeira denominada por *pré-análise*, que se caracteriza pela leitura flutuante da informação, formulação de hipóteses, estabelecimento de objectivos, e elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação; na segunda fase denominada por, *exploração do material* que consiste, face às opções tomadas codificar, decompor e enumerar os achados; por fim a terceira, *tratamento dos resultados obtidos e interpretação*, onde categorizamos recorrendo a diferentes estratégias de apresentação de modo a tornar mais perceptíveis os resultados encontrados.

Com base nestes pressupostos teóricos sobre o método, decidimos encetar o nosso trabalho, de forma objectiva, sob as questões de investigação, permitindo uma leitura clara e elucidativa. Numa primeira fase, tal como o preconizado por Bardin (2009), procedemos à leitura das entrevistas, tantas vezes quantas as necessárias a fim de seleccionarmos a abordagem mais adequada. Esta leitura teve sempre subjacentes as perguntas de partida. Posteriormente procedemos à codificação de partes do *corpus de análise*, o qual é composto, com base numa entrevista semi-estruturada, pelas respostas do total de enfermeiras/os relativas às 29 questões. Sob sucessivas leituras, à medida que nos apossamos do sentido expresso nos discursos, foram emergindo as respectivas categorias. As mesmas perfazem um total de vinte e estão ilustradas com eixos de discurso, os quais dada a riqueza das respostas obtidas não impõem a sobreposição de unidades de registo. Com o intuito de melhor aclararmos o quadro conceptual subjacente à terminologia utilizada, importa referir que a mesma se reporta aos termos que integram a CIPE. Esta constitui a taxonomia em uso no SAPE, suporte electrónico dedicado aos registos de enfermagem, logo os conceitos que as enfermeiras entrevistadas/os utilizam e/ou articulam. Este suporte é utilizado em toda a ULSM. Relevamos ainda que esta aplicação incorpora a versão $\beta 2$ da CIPE, daí referenciar a edição de 2003. Deste modo no nosso trabalho incorporamos conceitos subjacentes aos diferentes domínios, de topo ou específicos, da referida taxonomia.

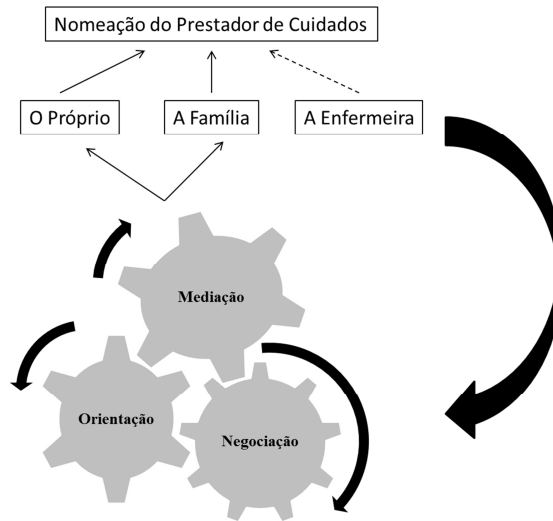
3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Com o intuito da leitura deste capítulo ser mais agradável o título de cada sub-capítulo corresponde à categoria que emergiu face à análise de conteúdo efectuada. A apresentação dos resultados segue a ordem das perguntas do guião de entrevista.

3.1 - NOMEAÇÃO DO PRESTADOR DE CUIDADOS

Formulamos a questão: “*Quem define um dado actor enquanto prestador de cuidados: o próprio, um familiar, o idoso, o enfermeiro/a ou outro? Se outro quem?*”. Do contexto discursivo, relativamente ao processo em questão, sobressaem três actores: “*o próprio*” “*a família*” e “*a enfermeira*”. Sem dúvida a maioria refere que quem nomeia o prestador de cuidados é a *família*... “*(...) é a família que decide quem é*” (E1); “*É a família normalmente*” (E3); “*(...) a própria família que define quem é que cuida*” (E6). Outras/os enfermeiras/os, em frequência inferior à enunciação do actor anterior, referem que quem define o prestador de cuidados é o *próprio*... “*(...) o próprio (...)*” (E4); “*(...) é o próprio que se auto-assume como prestador de cuidados*” (E14); “*Normalmente é o próprio*” (E18); “*Habitualmente é o próprio (...)*” (E28). Há ainda algumas enfermeiras/os, que mencionam a *enfermeira*... “*Mas nós também contribuímos para isso (...)*” (E19); “*(...) é a enfermeira*” (E25); “*(...) às vezes somos nós (...)*” (E27). De modo a aclararmos o processo de nomeação do prestador de cuidados, optamos por efectuar um esquema explicativo do mesmo (figura 5).

Figura 5 - Representação esquemática da categoria “Nomeação do Prestador de Cuidados”



O processo de nomeação do prestador de cuidados é complexo, envolvendo diferentes actores. Percebemos então que há três actores que os enfermeiros reconhecem com capacidade para nomear quem vai ser o prestador de cuidados de uma pessoa que ficou com compromisso na sua capacidade de se autocuidar. Podendo ser o próprio que decide assumir a função, a família nuclear e, embora de forma menos expressiva, a própria enfermeira. Ou seja, algumas enfermeiras consideram que elas têm capacidade de influenciar a escolha do cuidador. Jani-Le Bris (1994, p.77-79) fala-nos da complexidade intrínseca ao início e continuidade dos cuidados, assumindo que este processo assenta em dois pressupostos: “*um processo sub-reptício*”, nas situações de perda progressiva em que a assunção do papel é garantida a pouco-a-pouco e “*um acontecimento súbito*”, em que por via de um incidente agudo, “*doença, um acidente (...) seguidos de uma saída do hospital que exclui o retorno ao domicílio (...)*”. O papel da enfermeira é de negociação, orientação e mediação, dado o conhecimento global que detém face aos desafios subjacentes à função e à realidade familiar com que interage... “*Eu acho que é preciso uma negociação entre nós e a família*” (E11); “*(...) nós até podemos se calhar às vezes tentar orientar (...)*” (E21); “*(...) somos nós que tentamos junto da família colher dados para depois sugerirmos quem (...)*” (E27). Aliás tal paradigma é consentâneo com o expresso por Rice (2004, p.129), “*o enfermeiro domiciliário tem o papel privilegiado de ajudar o utente/prestador de cuidados a aprender novos comportamentos, que têm um impacto positivo na saúde e na vida de ambos*”. Em sintonia com o expresso anteriormente, também Santana (2004, p.5) afirma que “*o papel do enfermeiro envolve o esclarecimento sobre os problemas apresentados em relação ao estágio actual da doença e o de sistematizar junto ao cuidador a melhor estratégia para enfrentá-los*”. Eliopoulos (2005, p. 445) elenca as

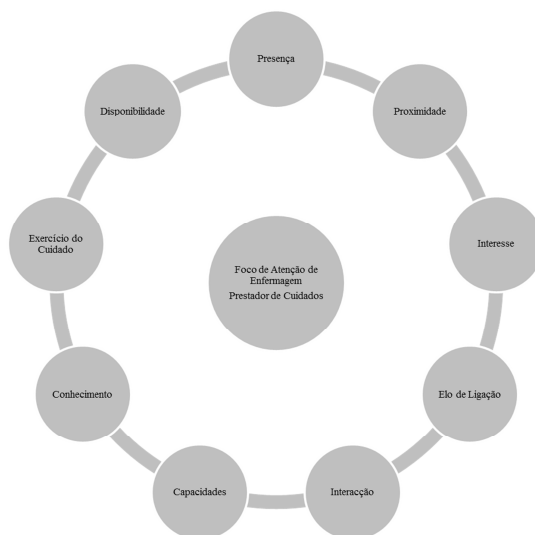
seguintes “*estratégias de enfermagem para auxiliar os cuidadores familiares*”: “*orientar a família para encarar realisticamente a situação; proporcionar informações que possam auxiliar a antecipação das necessidades; investigar e monitorizar o impacto dos cuidados sobre toda a unidade familiar e apresentar e promover uma revisão das opções de cuidados*”.

3.2 - DEFINIÇÃO DO PRESTADOR DE CUIDADOS ENQUANTO FOCO DE ATENÇÃO DE ENFERMAGEM

A partir da questão “*Quais os dados (critérios/situações) que levam a definir o prestador de cuidados enquanto foco da nossa atenção?*”; obtivemos dos discursos das/os respondentes nove substratos subjacentes à definição do prestador de cuidados enquanto foco de atenção de enfermagem: *Disponibilidade, Presença, Exercício do cuidado, Conhecimento, Capacidades, Interação, Elo de ligação, Interesse e Proximidade*.

Considerando a *Disponibilidade*, um dos substratos mais frequente, “*é quem está disponível (...)*” (E2), “*tem que haver realmente uma disponibilidade (...)*” (E9), “*(...) é o tempo disponível (...)*” (E11). Emergiu também *Presença*, a qual também se enquadra na maior frequência: “*(...) é a pessoa que está lá (...)*” (E3), “*é o que está mais presente.*” (E28) e ainda “*é a pessoa que está sempre mais presente.*” (E32). Outro é o *exercício do cuidado*, para o qual realçamos os seguintes eixos de discurso: “*(...) é a pessoa que cuida (...)*” (E3), “*(...) que lhe vai prestar os cuidados (...)*” (E4), “*(...) pelos cuidados que realmente presta (...)*” (E19). Salientam também o *Conhecimento*: “*(...) ter às vezes mais conhecimentos (...)*” (E5), “*(...) a questão dos conhecimentos (...)*” (E16), “*(...) do seu conhecimento (...)*” (E23). Salientam também as *Capacidades* pelo que destacamos: “*(...) ter mais capacidades (...)*” (E5). Há ainda quem dê ênfase à *Interação*: “*pela forma como ele interage com o utente (...)*” (E6). Relevam ainda o papel de *Elo de ligação*: “*normalmente é quem vem falar connosco.*” (E8), “*(...) faz a ligação entre o centro de saúde e a unidade de saúde, entre o enfermeiro e o médico e o doente (...)*” (E14). Destacam ainda o *Interesse*: “*(...) é a pessoa mais interessada (...)*” (E14) e “*(...) o interesse dele nos cuidados dessa pessoa (...)*” (E18). Por fim destacamos ainda a *Proximidade*: “*(...) a pessoa mais próxima do acamado.*” (E22), “*(...) é a pessoa que está mais próxima (...)*” (E24). Com o intuito de objectivar os dados relevantes na definição do prestador de cuidados enquanto foco da atenção de enfermagem, recorreremos ao modelo esquemático da figura 6.

Figura 6 - Representação esquemática da categoria “Definição do Prestador de Cuidados enquanto Foco de Atenção de Enfermagem”



No processo de definição do prestador de cuidados enquanto foco de atenção de enfermagem, percebemos que são múltiplos os substratos que corroboram tal decisão: ter disponibilidade, presença, exercício do cuidado, conhecimento, capacidades, interação, constituir elo de ligação, interesse e a proximidade. Com efeito Jani-Le Bris (1994, p.76) refere que “(...) *para que possa haver capacidade real de decisão é necessário que exista escolha: escolha entre várias possibilidades oferecidas pela disponibilidade ou boa vontade de outra pessoa que possa potencialmente prestar os cuidados, (...)*”. Salientamos também que quanto ao “*conhecimento*” este apresenta duas variantes, o conhecimento relativo ao que fazer face às alterações do idoso ou ainda ao ónus que estas representarão na vida pessoal do prestador de cuidados “(...) *depois se a pessoa tem conhecimentos, se tem conhecimentos literários, se a pessoa tem conhecimento que sabe que vai ficar de manhã, de tarde, de noite, que pode perder a independência, que pode perder a qualidade de vida que ele tinha, que ele tem uma pessoa para cuidar.*” (E31_E5) e o conhecimento sobre a pessoa idosa a quem supostamente presta cuidados “*tem que haver uma grande cumplicidade entre essas pessoas (...)*” (E9). De acordo com Marques e Rodrigues (2002, p. 26) “*a falta de conhecimento em relação a como cuidar e as doenças que afectam os idosos, são factores que preocupam os cuidadores*”. Por outro lado Zimerman (2000, p.86), evoca que “*o cuidador precisa ter conhecimento da situação do velho e da família, tendo liberdade para falar com os familiares e com os técnicos, dando e recebendo informações sobre o estado do paciente*”. Tal posicionamento consubstancia também outro substrato que emergiu, no decurso do nosso trabalho: *elo de ligação*. Da mesma forma o “*interesse*” traduz a vertente técnica e o gosto ou o cuidado

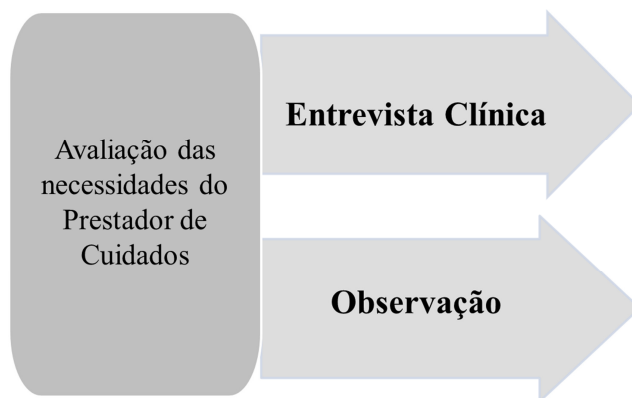
relativo ao idoso que tem a seu cargo. Deves e Nunes (2001, p. 75) acrescentam “(...), *para alguém aprender sobre cuidado humano, vai depender de sua capacidade de doação, do interesse de ajudar o outro, e da satisfação voltada para esse fazer*”. Também a presença emerge da análise de conteúdo efectuada aos discursos das enfermeiras/os entrevistadas/os, Zimerman (2000, p.85) afirma que “*os cuidadores são pessoas que estão no dia-a-dia ao lado do velho (...)*”. Também Cattani e Girardon-Perlini (2004, p. 255) referem que: “*dentre as alterações que conduzem o idoso a dependência destaca-se aquelas relacionadas ao adoecimento, as quais por suas características de cronicidade geram situações que necessitam da presença de outrem por longos períodos, sendo, nestas ocasiões, a família a principal fonte de cuidados*”. Esta presença continuada impõe *interacção e proximidade*, com efeito Figueiredo (2007, p. 122-123) explicita que: “*em consequência de uma nova rotina, a dinâmica familiar sofre alterações, exigindo reajustamentos e deslocando relações de poder, dependência e intimidade*”. Complementando com: “*a relação entre o idoso e a pessoa que cuida dele é alimentada pela vivência comum das duas pessoas (infância ou vida conjugal) e pelas histórias individuais. Todavia, os cuidados pessoais prestados ao idoso vão exigir profundas reconstruções no relacionamento*” (Figueiredo, 2007, p. 122-123). Também Karsh (1998) e Sequeira (2013) expressam que ser cuidador informal pressupõe o parentesco, sobretudo esposa e/ou filha; o género, predominantemente mulher; a proximidade física, destacando-se a co-residência ou viver na proximidade e a proximidade afetiva, materializando-se numa relação conjugal ou de filiação. Emergem ainda mais dois substratos, *o exercício do papel* e as *capacidades/habilidades*, as quais permitem perceber da apetência do prestador de cuidados no domínio instrumental. Kawamoto, Santos e Mattos (1995, p. 29) referem que “*a acção educativa em saúde é um processo que objectiva capacitar indivíduos, e/ou grupos para assumirem ou ajudarem na melhoria das condições de saúde da população*”.

Em síntese os enfermeiros parecem reconhecer características como estar disponível para prestar cuidados, ter conhecimentos e capacidades para exercer o papel de cuidador, bem como ser mediador entre o idoso e os serviços de saúde, como critérios fundamentais na designação do prestador de cuidados.

3.3 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE CUIDADOS DO PRESTADOR DE CUIDADOS

Formulamos duas questões complementares: “*Como avalia as necessidades de cuidados num dado prestador de cuidados?*” e “*Utiliza algum instrumento de avaliação das necessidades do Prestador de Cuidados? Se sim, qual?*”. Após análise dos discursos das respondentes, todas referiram, que não utilizavam qualquer instrumento adicional para avaliar as necessidades de cuidados dos prestadores de cuidados. Já relativamente a como procediam à avaliação das mesmas, emergiram duas estratégias: *entrevista e observação*. Relativamente à *entrevista* consideramos os seguintes eixos de resposta: “*entrevista clínica.*” (E2), “*à partida na entrevista, (...)*” (E12) e “*entrevista clínica, (...), vem mesmo da entrevista clínica.*” (E21). Relativamente à *observação*: “*(...) e até por observação (...)*” (E5), “*(...) é mais aquilo que nós vemos (...)*” (E18) e “*(...) outras vezes nós observamos.*” (E32). Recorrendo à representação esquemática (figura 7) podemos traduzir o processo apurado relativamente à categoria dissecada anteriormente da seguinte forma...

Figura 7 - Representação esquemática da categoria “Avaliação das necessidades de Cuidados do Prestador de Cuidados”



O processo de avaliação das necessidades de cuidados do prestador de cuidados fundamenta-se essencialmente em dois instrumentos básicos da Enfermagem: a entrevista clínica e a observação. Ora tais pressupostos são fundamentados por Amendoeira *e outros* (2003, p. 34) ao alocar à *Disciplina de Enfermagem*, os *saberes instrumentais* os quais integram: “*Comunicação, Observação, Entrevista, Relação de Ajuda, Processo de Enfermagem, Princípios Científicos, Teoria de Enfermagem e Registos*”. Salienta-se que ambas ocorrem essencialmente no domicílio, dado que o mesmo permite confrontar o que é transmitido

(modelo exposto) e o que na realidade é feito (modelo em uso). As enfermeiras/os referem também que no contexto (no domicílio), é mais fácil adequar a instrução ou o ensino, face às necessidades manifestas, às limitações do ambiente circundante. “(...) *depois fazemos várias visitas de forma a tentarmos perceber já um bocadinho a forma como é que aquela família se estrutura; muitas dessas visitas são de surpresa para tentarmos tirarmos o máximo de informações*” (E12). “*Nós ainda funcionamos muito pelo acompanhamento que fazemos no dia-a-dia, nós vamos detectando as necessidades com o contacto que vamos fazendo, (...)*” (E17). Aliás Cattani e Girardon-Perlini (2004, p. 256) afirmam que “*neste contexto o domicílio constitui-se no local onde os indivíduos desempenham suas actividades, formam laços de amor e ódio, interagem uns com os outros, têm seus momentos de lazer e algumas vezes, conforme as circunstâncias vividas, tornam-se cuidadores de seus familiares, quando alguém adoecer ou necessita de ajuda*”. Desta forma é possível melhorar a performance das respostas inerentes às necessidades sentidas e ainda promover a saúde do cuidador ao ensinar com sentido preventivo, face a gestos inadequados. Face ao exposto concluímos que os enfermeiros recorrem a ferramentas não estruturadas para avaliar os cuidadores e seus contextos, sendo fundamental evoluir para a definição desses materiais.

3.4 - NECESSIDADES DE CUIDADOS DO PRESTADOR DE CUIDADOS

Face à questão: “*Quais as situações (necessidades de cuidados) que relevam para que o enfermeiro tenha uma intervenção dirigida ao prestador de cuidados?*”; da análise dos discursos obtidos, emergiram onze focos de atenção de enfermagem, sendo estes: *Conhecimento, Autocuidado, Prevenção de Úlceras de Pressão, Suporte, Prevenção de quedas, Ingestão Nutricional, Aprendizagem de capacidades, Gestão do Regimen Terapêutico, Medo, Stress do Prestador de Cuidados e Hidratação*. Das entrevistas analisadas, emerge o foco *Conhecimento*, relativamente ao qual realçamos: “*normalmente o conhecimento.*” (E10) e “*(...) as que se vão notando mais é a questão dos conhecimentos (...)*” (E17). Outro é o *Autocuidado*, conforme se ilustra pelos seguintes excertos: “*lá está é relativamente aos Autocuidados (...)*” (E4), “*(...) também os autocuidados (...)*” (E14) e “*(...) em termos de autocuidado é a higiene (...)*” (E30). Também a *Prevenção de Úlceras de Pressão*, sobressai das entrevistas analisadas: “*é prevenção de úlceras de decúbito (...)*” (E3), “*(...) é prevenção das úlceras (...)*” (E19) e “*(...) posicionamento de forma a evitar as úlceras de pressão (...)*” (E33). Percebemos também que o *Suporte* constitui outra das necessidades dos prestadores de cuidados, este é multifacetado, integra desde conhecimento, quanto a como adquirir os equipamentos ou como se utilizam, quer pela necessidade de alguém substituir

temporariamente o prestador de cuidados ou ainda pela ajuda financeira. Tal como os eixos de resposta demonstram: “(...) *as ajudas a nível financeiro... a nível económico (...)* (E14), “(...) *colchão anti-escaras - eles até vão conhecendo, mas não sabem onde comprar (...)*” (E22) e “(...) *de falta de ajuda, essa pessoa irá certamente sentir que não tem recursos,(...)*” (E23). Na representação das enfermeiras/os está também presente a *Prevenção de quedas*: “(...) *, é prevenção das úlceras e de quedas (...)*” (E19) e “(...) *as quedas - aqueles tapetes que andam sempre lá a dançar, que até eu caio (...)*” (E32). A *Ingestão Nutricional*, constitui outro foco a ter em conta, sendo evidenciado por: “(...) *a composição da dieta (...)*” (E18) e “(...) *aquele prato cheio de comida é muita coisa para aquele acamado (...)*” (E22). A *Aprendizagem de capacidades* integra também as necessidades dos prestadores de cuidados, pelo que expomos: “(...) *mas às vezes os que têm vontade não têm jeito nem têm força (...)*” (E3), “*explicar determinadas coisas que não sabem fazer.*” (E5) e “(...) *as técnicas, saber executar as técnicas direitinhas (...)*” (E17). Outro dos focos apurados é a *Gestão do Regime Terapêutico*, o qual se percebe por: “(...) *precisa de tomar medicação a tempo e horas (...)*” (E9) e “(...) *se calhar as essenciais é a gestão do regime terapêutico (...)*” (E17). Há também o *Medo*, o qual sobressai de: “(...) *desde logo um grande medo (...)*” (E17). Foi também referido o *Stress do Prestador de Cuidados* que se percebe de: “(...) *também muito a questão psicológica - o stress, o cansaço, o desgaste (...)*” (E21) e “(...) *a sensação de desprotecção quase, o stress, (...)*” (E23). Por fim emergiu um outro foco, a *Hidratação*, a qual é reportada em: “(...) *dar água – nunca se lembram de dar água aos acamados (...)*” (E22) e “(...) *chegava a ir a doentes que estavam à espera que eu chegasse para beberem água (...)*” (E24). Procurando clarificar o anteriormente exposto procedemos à realização do esquema representado na figura 8.

Figura 8 - Representação esquemática da categoria “Necessidades de Cuidados do Prestador de Cuidados”



Efectivamente esta categoria articula, de forma interligada, diferentes focos, os quais recaem ora num domínio do saber teórico, ora num domínio do saber prático. Face ao exposto, quando é considerado o foco *Conhecimento*, percebemos que o seu âmbito é extremamente alargado, abrangendo áreas como o *Autocuidado*, a *Ingestão Nutricional*, a *Hidratação*, a *Prevenção de Úlceras de Pressão* e de *Quedas* ou ainda a *Gestão do Regime Terapêutico*. Integra também medidas de prevenção de complicações no prestador de cuidados. “*Posicionar os doentes - não sabem posicionar; em termos de postura, para quem posiciona - eles não sabem, temos que ir lá nós e explicar para eles também não darem cabo das costas, (...)*” (E22). “*Depois vamos vendo como é que está ou quem é o dependente, e o que é que o dependente precisa e o que temos que ensinar, o que é que temos que focalizar no nosso, na nossa intervenção ao prestador de cuidados. Se for um dependente... uma pessoa acamada, pronto... vamos fazer aqueles ensinamentos todos: posicionamentos, prevenção de úlceras, (...)*” (E14). Parker e outros (2011, p. 30) afirmam que: “*os cuidadores familiares necessitam de assistência por meio de informação, suporte e aconselhamento pelos enfermeiros ou outros profissionais de saúde para cumprir com êxito as exigências da prestação de cuidados*”. Em sintonia com o exposto, Freitas e outros (2002, p. 779-780) referem que os tipos de ajuda ao idoso podem ser: “*Material (dinheiro e outros recursos objectivos que mantem, aprimoram as condições ou facilitam a vida do idoso). Instrumental (realizar ajuda directa em AVDs e em AIVDs). Sócio-emocional (fazer companhia, visitar conversar, ouvir, confirmar, aconselhar,*

consolar). *Cognitivo-informativa (explicar, ajudar a tomar decisões, decidir por)*. As mesmas autoras explicitam ainda que a

“(...) ajuda instrumental pode ser oferecida nos seguintes domínios: Atividades básicas de Autocuidado (alimentação, toalete, banho, vestir-se, arrumar-se) em actividades que ocorrem dentro de casa e que colaboram para a saúde física (tomar remédio, fazer exercícios, fazer fisioterapia). Atividades que ocorrem fora de casa e que contribuem para o funcionamento do idoso (ir ao médico e laboratórios para exames bioquímicos, ir à igreja, fazer visitas). Apoio instrumental para a realização de actividades de manejo de vida prática dentro de casa (cozinhar, lavar roupa, arrumação). Atividades de lazer, fora e dentro de casa” (Freitas e outros, 2002, p. 779-780).

Percebemos também que o “*Stress do Prestador de Cuidados*”, emerge enquanto necessidade de cuidados dos prestadores de cuidados, mas num plano focal distinto das demais, já que o mesmo é consequente ao ónus do global dos restantes focos, num contexto absolutamente complexo e condicionado pela capacidade de ajustamento do sujeito prestador de cuidados. “*O stress do prestador de cuidados quando se nota, e quando se avalia, aquela pessoa já não está a ser capaz... ou aquilo que lhe está a ser exigido já é superior às forças que ele tem, (...)*” (E15). Janis Le-Bris (1994, p. 134) afirma que “*há uma sobrecarga decorrente da realização das tarefas de cuidar do idoso e outra relativa à deslocação criada noutros domínios da vida da pessoa*”. Os enfermeiros enunciam um conjunto alargado de situações, na maioria, guiada por problemas. De realçar a ausência de critérios subjacentes à promoção e vigilância da saúde.

3.5 - PRESTADOR DE CUIDADOS INICIADO

Partindo da análise das respostas relativas às questões “*Há diferenças quanto às necessidades de cuidados entre um prestador de cuidados, que assume a função pela primeira vez e um experienciado?*” e “*Há diferença quanto à frequência de contactos entre um prestador de cuidados, que assume a função pela primeira vez e um experienciado?*”; realçam-se duas vertentes relevantes para os enfermeiros: a *tipologia das necessidades* e a *frequência de contactos*.

Para a *tipologia das necessidades* relevamos: “*o experiente tem mais segurança no que faz e o outro está sempre cheio de medo que vá falhar (...)*” (E2); “*(...) os novos prestadores de*

cuidados precisam de mais ensino, (...) (E6) e *“o da primeira vez para eles é tudo novidade (...)* (E17). Relativamente à *frequência de contactos*, seleccionamos: *“tentamos ir lá mais vezes no início.”* (E2), *“tudo depende da situação.”* (E9) e *“diferença não há, (...)* (E13). De modo a evidenciar o essencial produzimos o seguinte representado na figura 9.

Figura 9 - Representação esquemática da categoria “Prestador de Cuidados Iniciado”



Percebemos relativamente à categoria *Prestador de Cuidados iniciado* que há duas vertentes que condicionam a intervenção de enfermagem: a *Tipologia das necessidades* e a *Frequência dos contactos*. Com efeito o prestador de cuidados iniciado é visto como alguém com maior receio de errar nas tarefas a cumprir, dado ter mais dúvidas na medida em que tudo é novo. *“Há gente que no início fica sempre assim mais perdida, não sabe, (...)* (E8). Jani-Le Bris (1994, p.78) explicita que *“a maioria das pessoas que presta cuidados não fazia a menor ideia sobre aquilo em que se estava a empenhar”*. Contudo, o prestador de cuidados experiente pode apresentar outras necessidades, nomeadamente pelas crenças subjacentes ou os erros que reproduz fruto de uma aprendizagem assente na experiência. *“(…) Aqueles que assumem que assim é que se faz bem (até já viu fazer não sei aonde e alguém lhe disse) e nós às vezes temos algumas dificuldades em mudar essas crenças (...)* (E17). Este paradigma condiciona a que haja dispersão nas respostas, quanto à frequência de contactos. Alvarez (2001) [cit. por Rocha, Vieira e Sena (2008, p. 805)] refere que *“a habilidade e o conhecimento da actividade de cuidar são construídos na prática diária, na qual a família aprende com seus erros e acertos, sendo que a falta de preparo para o cuidado gera, uma ansiedade que é substituída por segurança a partir do momento em que consegue organizar-se”*. Embora maioritariamente, aparente que a frequência é maior no iniciado, percebe-se que o que norteia esta decisão é o actor em questão. Se o prestador de cuidados é cumpridor e demonstra rigor e boa destreza no que realiza, a frequência é similar, indistintamente de ser experiente ou iniciado. *“(…) Depende de pessoa para pessoa (...)* (E13). Em sintonia com expresso Fernandes e Fragoso (2005, p. 8) afirmam *“as intervenções devem se basear nas necessidades específicas de cada cuidador ou família”*. Também ficou claro que esta

frequência é determinada pelo número de prestadores de cuidados que as enfermeiras têm sob seu cuidado. Logo se têm menos utentes a frequência é maior. “*Se calhar a dificuldade no acompanhamento por falta do tempo muitas vezes não permite que realmente a gente consiga supervisionar os cuidados da melhor forma e poder ali modificar algumas atitudes.*” (E17). Rice (2004, p. 128) afirma que “*as visitas ocasionais do enfermeiro para prestar formação e apoio ao prestador de cuidados são frequentemente insuficientes, quando se trata de uma doença crónica progressiva*”.

Outras enfermeiras referem ainda que o recurso ao telefone melhora o potencial de resposta face às necessidades detectadas e a possibilidade real de contactarem o prestador de cuidados. “*(...) Deixamos toda a nossa disponibilidade e aberto o espaço de virem cá ou de telefonarem, colocarem questões até o numero de telefone, do nosso telefone de serviço nós facultamos...*” (E14). Brennan (1997) descreve que os prestadores de cuidados tinham acesso a um telefone ou a um computador de modo a serem ajudados a prestar cuidados a doentes com Alzheimer. Grant e outros (2011, p. 2064) relativamente ao uso do telefone para dar resposta às necessidades de cuidados dos prestadores de cuidados familiares, de sobreviventes de acidente vascular cerebral afirmam que: “*em conclusão, os profissionais de saúde são desafiados a desenvolver programas de intervenção eficazes que ajudarão o cuidador familiar a gerir eficazmente os problemas do cuidar. A formação relativa à resolução de problemas por telefone poderá ser útil para os cuidadores familiares de sobreviventes de acidente vascular cerebral após a alta do serviço de reabilitação*”.

Assim, os enfermeiros são unânimes de que a forma de acompanhamento aos cuidadores poderá não estar ajustada às suas necessidades.

3.6 - LOCAL DE CONTACTO

Questionamos: “*Habitualmente onde costuma contactar o prestador de Cuidados?*” e “*Que critérios / motivos utiliza na decisão do local de contacto?*”. Da análise dos dados sobressaem dois factores determinantes: a *escolha do local* e os *critérios da escolha*. Quanto à primeira questão, as escolhas das respondentes recaem no domicílio. “*A maioria das vezes é no domicílio.*” (E2), “*normalmente fazemos no domicílio.*” (E13) e “*é no domicílio sem dúvida!*” (E18). No que respeita aos *critérios da escolha*, encontramos diversificação conforme se constata pelos excertos que seleccionamos: “*se eu vir as condições da habitação eu posso adequar os ensinios (...)*” (E1), “*(...) depois vemos a forma como ele executa e vemos as dúvidas “in loco (...)*” (E4), “*quando*

são muito dependentes já não podem vir aqui.” (E8), “(...) gerir muito mais os ambientes da casa (...)” (E23), “ou uma vigilância do idoso, ou o tratamento, portanto, uma visita curativa.” (E25) e “(...) depois a parte da aprendizagem das habilidades é aí que nós conseguimos fazer estando junto da pessoa que necessita, (...)”(E30). De forma integradora face ao apurado desenvolvemos esquema gráfico da figura 10.

Figura 10 - Representação esquemática da categoria “Local de Contacto”



Observando a categoria *Local de Contacto* apreendemos que emergem dois factores determinantes: *escolha do local* e *critérios de escolha*. Apenas uma enfermeira refere que depende, podendo o centro de saúde servir para retirar o prestador de cuidados do seu habitual local, o que possibilitará alguma privacidade para expor os seus próprios problemas e obviamente assegurar algum descanso deste. “Às vezes sempre que possível tento trazer os utentes ao centro de saúde para que possam retirar-se da “nuvem” que é o domicílio, para ganhar privacidade e ganhar um certo distanciamento, que dá também um certo estado crítico à condição de prestador de cuidados.” (E16). A Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2010, p. 36) preconiza nos seus objectivos: “valorizar a eventual solicitação para descanso do cuidador informal, como uma resposta de melhoria de prestação de cuidados de saúde;”. Aliás, apesar da grande maioria das entrevistadas/os referirem o domicílio enquanto local preferencial, algumas também evocam esta possibilidade. Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006, p. 70) afirmam que “a redução das actividades, sobretudo, sociais, é bastante frequente, acarretando uma dupla negatividade: o cuidador tem menos tempo, logo estabelece menos relações sociais e fragiliza as que já tinha; assim perde oportunidades de encontrar apoio social”. Contudo, o domicílio é a escolha por excelência, referindo para tal inúmeras razões, sendo estas: a avaliação das

condições da habitação, o facto de poder instruir o prestador de cuidados recorrendo quer ao próprio idoso, quer aos constrangimentos do ambiente (cama baixa, cama encostada à parede...), permitir avaliar a aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados, adaptar as estratégias à realidade, dificuldade em levar o idoso ao centro de saúde, dado o seu grau de dependência, instituir intervenções no âmbito do regime terapêutico, permitir gerir o ambiente, prevenir e avaliar situações de risco, avaliar o potencial de rede e ainda dar e/ou avaliar necessidades de suporte. “*O domicílio é o local onde está o doente, onde nós conseguimos ver a dinâmica familiar, a estrutura física da casa, as condições da casa, e muitas vezes para um utente ou para aquele prestador de cuidados até não existem necessidades porque estão habituados a viver naquela casa, naquelas condições e nós chegamos lá e então identificamos umas necessidades totalmente diferentes.*” (E17). Rice (2004, p. 129) refere a propósito da visita domiciliária que “*ao entrarmos no mundo do utente, decidimos juntamente com ele o que e como ensinar. Desenvolvimento da doença, idade, família, antecedentes sócio-culturais e outros elementos presentes no ambiente familiar irão influenciar este processo*”. Os enfermeiros parecem reconhecer o domicílio como o local privilegiado para abordar e orientar o cuidador.

3.7 - CONTEXTOS DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

A partir da questão “*Que contextos de dependência para o autocuidado do idoso determinam uma centralidade na preparação do prestador de cuidados?*” destacam-se das respostas seis focos de atenção de enfermagem: *Autocuidado: Higiene, Transferir-se, Autocuidado: comer, Gestão do Regime terapêutico, Autocuidado: vestuário e Posicionar*. De acordo com o ICN (2003, p. 55) entende-se por *Autocuidado*: “*um tipo de acção realizada pelo próprio com as características específicas: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida*”.

Considerando o *Autocuidado: Higiene*, relevamos os seguintes segmentos de discurso: “*(...) a higiene, têm muita dificuldade em relação à higiene (...)*” (E4), “*(...) necessidade de cuidados do prestador na parte da higiene; (...)*” (E7) e “*a higiene sem dúvida (...)*” (E13).

Relativamente ao *transferir-se*, destacamos: “*(...) se faz o levanta ou não... o transferir (...)*” (E13), “*(...) as pessoas têm mais dúvidas é nos processos de transferência (...)*” (E15) e “*(...) o transferir o doente (...)*” (E27).

Outro Foco é o *Autocuidado: comer*, para o qual relevamos: “ (...) *nós temos a alimentação (...)*” (E3), “*por exemplo, a alimentação.*” (E8) e “*essencialmente de alimentação (...)*” (E26).

Para a *Gestão do Regime terapêutico* realçamos: “(...) *e na medicação (...)*” (E2) e “*muitas vezes até a nível da medicação (...)*” (E24).

Também referem o *Autocuidado: vestuário* para o qual seleccionamos os seguintes excertos: “(...) *o vestir ou não vestir.*” (E13) e “(...) *o vestir-se (...)*” (E29).

Outro foco apurado é o *Posicionar*, para o qual encontramos os seguintes eixos de resposta: “*Eu acho que é os posicionamentos (...)*” (E3), “*É prestar os ensinamentos como posicionar (...)*” (E22) e “(...) *depois temos muita dificuldade nos posicionamentos (...)*” (E24).

Para melhor percebermos o contexto subjacente ao *Autocuidado*, procedemos à estruturação do esquema representado na figura 11.

Figura 11 - Representação esquemática da categoria “Contextos de Dependência no Autocuidado”



Considerando a categoria *Contextos de dependência no Autocuidado* emergem seis focos de atenção de enfermagem: *Autocuidado: Higiene*, *Transferir-se*, *Autocuidado: comer*, *Gestão do Regime terapêutico*, *Autocuidado: vestuário* e *Posicionar*. Figueiredo (2007, p. 113) refere que “*a investigação acerca da prestação informal de cuidados ao idoso tem operacionalizado as tarefas desempenhadas como a provisão directa de apoio nas actividades básicas*

(cuidados de higiene pessoal, apoio no vestir, na mobilidade, no alimentar-se, etc) e instrumentais (...). Também Netto (2007) elenca múltiplas tarefas, entre as quais estão as que integram o autocuidado. Contudo percebemos que há outros focos subjacentes, embora extrínsecos ao referido domínio (autocuidado). Como exemplo citamos a *Ingestão nutricional*, a qual integrada no domínio da *Nutrição*, incorpora também aspectos a abordar com o prestador de cuidados. “(...) A alimentação um bocado, às vezes nem é só também, os ensinamentos sobre a alimentação daquele doente pode ter restrições, o diabético, mas é mesmo o alimentar propriamente dito (...)” E32. Figueiredo (2007, p. 113), reportando-se aos trabalhos de Bowers (1987), refere que integrando a “categoria dos cuidados preventivos (...) não envolvem um apoio directamente observável, mas em que se procura evitar a doença ou suas consequências por exemplo, verificando se a medicação é devidamente seguida ou se o regime alimentar é adequado”.

Por outro lado o *posicionar-se* caracteriza-se muitas vezes não apenas pelo ensino relativo à técnica em si, mas à prevenção das úlceras de pressão. “(...) Se realmente for um acamado total para ter em atenção aos posicionamentos a nível de prevenção de úlceras de pressão, (...)” (E21). Conforme Rodrigues (2009, p. 104):

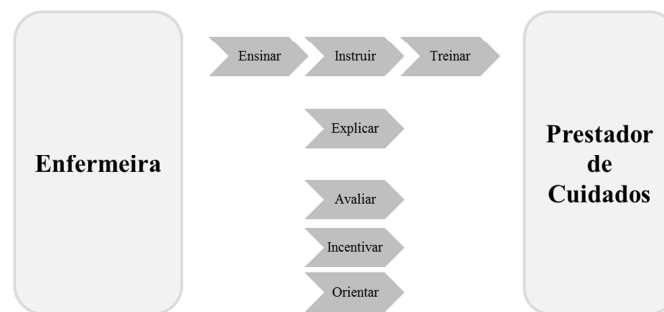
«em cuidados de saúde primários e centrando-nos na prevenção de úlceras de pressão, os conhecimentos são transversais ao enfermeiro, não só como base sustentável para os cuidados que efectua, mas são, também, um instrumento no seu trabalho com o cuidador informal. Sendo este cuidador um “prolongamento” do enfermeiro no domicílio é importante dotá-lo de competências para tomar conta do cliente nesta área de cuidados».

3.8 - ÁREAS DE INTERVENÇÃO

Face à pergunta “Quais as áreas de intervenção do enfermeiro nestes contextos?”, realçam-se da análise das respostas obtidas sete *tipos de acção*, sendo estes: *ensinar, instruir, treinar, explicar, avaliar, incentivar e orientar*. Deste modo, para o *ensinar* destacamos os seguintes eixos de discurso: “(...), eu ensino e depois (...)” (E1), “muito mais no ensinar!” (E7) e “é mais ensinar.” (E8). Considerando o *instruir*, realçamos: “(...) é muito na base do instruir (...)” (E16), “(...) passa realmente pelo ensinar, pelo instruir e depois o treino.” (E21) e “nós ensinamos, depois instruímos e depois treinamos.” (E27). Quanto ao *treinar*, consideramos: “é ensinar, instruir e treinar!” (E2), “(...) recai sobre o instruir e treinar (...)” (E6) e “(...) depois passamos para o instruir e o treinar.” (E18). Assumido por menos respondentes, emergem os

restantes tipos de acção, como o *explicar*, para a qual relevamos: “(...) *eu vejo, eu explico primeiro, (...)*” (E1) e “(...) *primeiro explico, (...)*” (E22). Outro é o *avaliar*, para a qual: “(...) *ensinar fazendo depois avaliar, (...)*” (E14). Também o *incentivar*, relevando-se: “(...) *realmente as intervenções passam mais pelo incentivar, (...)*” (E30). E por fim, o *orientar*, para a qual salientamos: “*eu penso, que é mais o ensinar, o instruir e o orientar.*” (E5). De modo a simplificar o processo procedemos à elaboração do esquema representado na figura 12.

Figura 12 - Representação esquemática da categoria “Áreas de Intervenção”



Relativamente à categoria *Áreas de Intervenção*, percebemos que há um processo gradativo em que primeiro se ensina, depois se instrui e por fim processa-se o treino. “(...), *Primeiro ensinamos, depois instruímos, depois treinamos (...)*” (E26). Correia e outros (2010, p. 27) afirmam, relativamente à “*continuidade de cuidados*”, face a um programa de preparação do regresso a casa, que:

“a intervenção de enfermagem direcciona-se no sentido de informar, ensinar, instruir e treinar o prestador de cuidados para aspectos relacionados com a dependência instalada, a vários níveis: no auto-cuidado de higiene, auto-cuidado do uso sanitário, o alimentar-se, mobilizar-se, posicionar-se, transferir-se e deambular, bem como na gestão do regime terapêutico relacionado com a administração de medicação”.

Contudo, da análise dos discursos da maioria das entrevistadas percebe-se que as intervenções de enfermagem assentam essencialmente no ensinar, evocando “falta de tempo” para concretizarem mais o instruir e o treinar. “(...) *A questão do tempo, a gente tem muito pouco tempo para fazer os domicílios e o treinar requer muito tempo, é muito mais fácil o ensinar, é um instantinho (...)*” (E19). Algumas entrevistadas salientam ainda que inicialmente explicam de modo a que fique claro para o prestador de cuidados e por fim avaliam. “*A parte do ensino*

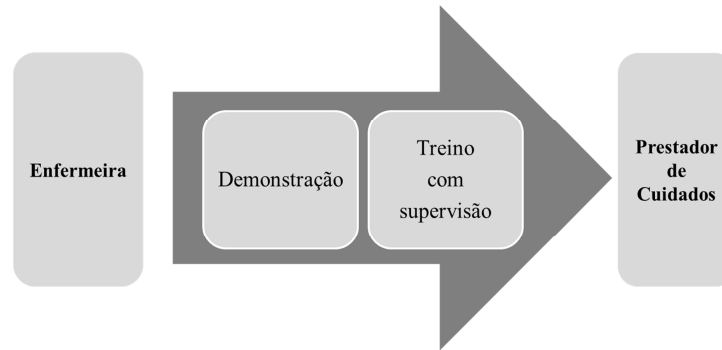
é a parte mais importante, é a parte que demorará até mais tempo do que propriamente uma técnica, mas é a parte mais importante e a seguir é que vem o treino e vem depois a validação das capacidades do prestador.” (E30). Amendoeira e outros (2003, p. 76) afirmam que “(...) já assumimos anteriormente que a gênese da profissão e conseqüentemente desta complexidade é a perspectiva da centralidade da pessoa no processo de cuidados, onde se torna prioritário avaliar, para decidir na lógica da satisfação das necessidades humanas básicas”.

Uma respondente frisa a necessidade de incentivar, considerando a autoestima e o autoconceito do prestador de cuidados. “(...) Depois numa fase mais de tentar capacitá-los também de auto-estima, de auto-conceito que eles vão perdendo.” (E16). Também uma respondente salienta o orientar. Importa ainda esclarecer que das entrevistas se extrai que os domínios alvo destas intervenções são os autocuidados. “Quando o doente é dependente é o auto-cuidado geral, desde a higiene, desde o mobilizar-se, o levantar-se, o vestir-se, tem tudo a ver com as actividades da vida diária no fundo (...)” (E29). Em sintonia com o exposto, Pereira (2008, p.35) explicita, face às funções do cuidador informal, que “os cuidados prestados prendem-se com as actividades de vida diária, as actividades instrumentais e os cuidados psicológicos e afectivos. Sendo que os cuidados relacionados com as actividades da vida diária correspondem à maioria dos cuidados prestados”. Parece haver, na globalidade, o privilegiar do ensinar sobre as diversas intervenções.

3.9 - SUBSTITUIÇÃO VERSUS SUPERVISÃO

Estruturamos a questão aberta: “Habitualmente ao intervir, executa pelo prestador de cuidados ou verifica como este faz e corrige se necessário?”. Dos discursos analisados, emergem duas estratégias: *Demonstração* e *Treino com supervisão*. Deste modo relativamente à primeira destacamos: “quando é pela primeira vez que eu estou lá, eu faço para o prestador ver (...)” (E1), “sou capaz pela primeira vez executar eu (...)” (E5) e “(...) se calhar demonstro primeiro como é que é (...)” (E10). Em relação à segunda estratégia, relevamos: “(...) depois vejo como é que ele faz (...)” (E10), “(...) depois eu vejo como é que ele faz, ponho-o fazer.” (E25) e “(...) depois a seguir vemos o prestador de cuidados a fazer para ver se realmente captou a informação” (E26). A figura 13 ilustra o modelo esquemático desta categoria.

Figura 13 - Representação esquemática da categoria “Substituição versus Supervisão”



Ficou claro que a maioria das/os respondentes recorrem primeiro à demonstração e depois ao treino com supervisão do prestador de cuidados. “(...) *Nas visitas primeiro é mais fazer e mostrar o que se faz, depois conforme o acompanhamento e a gente vê até a vontade e a disponibilidade, a facilidade da pessoa - embora ela vai ter que o fazer (...)*” (E17). Santos (2010, p. 4), relativamente à educação para a saúde afirma que “*demonstração e prática são os ingredientes essenciais de um programa de ensino, sobretudo quando as habilidades devem ser aprendidas, é melhor demonstrar habilidade e, depois, permitir ao aprendiz ampla oportunidade para praticá-la*”. Mais uma vez se reforça que o autocuidado, talvez pela natureza de intervenções que requer e a sua necessária adequação ao ambiente circundante é o domínio alvo mais referido. “*Eu acredito que ao trabalhar estas coisas no domicílio e da experiência que tenho, normalmente conseguimos melhores resultados e mesmo no que toca a falar de coisas até mais práticas para a pessoa podemos, quer dizer, agilizar muito mais, gerir muito mais os ambientes da casa e compreender muito mais os problemas (...)*” (E23). Santos (2005, p. 18) afirma que “*o familiar cuidador é aquele que está ligado por um grau de parentesco ao utente dependente e que o ajuda no seu dia a dia a concretizar as actividades básicas de vida (comer, higiene, vestir, etc.)*”. Fernandes e Fragoso (2005, p. 8) afirmam que:

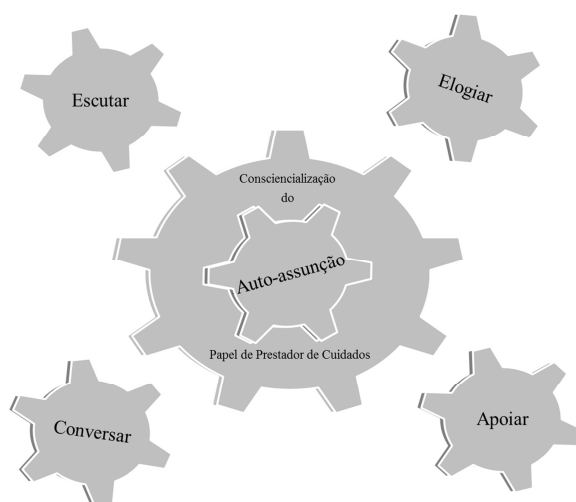
“essas acções devem contemplar actividades de natureza instrumental, ou seja, ajuda no cuidado directo; orientação prática quanto aos procedimentos de cuidado; informações sobre a doença/dependência do idoso (reconhecimento de anormalidades e recursos disponíveis para enfrentá-las); adaptações necessárias no ambiente físico de cuidado, além da oferta de oportunidade, para expressão e acolhimento de sentimentos e experiências de enfrentamento dessas dificuldades, quando se pode alcançar, juntos (profissional e cuidador), o consenso sobre o melhor modo de se lidar com elas; estímulo para o autocuidado (sono adequado, repouso, nutrição, exercício, socialização, redução do stresse, controle da saúde)”.

3.10 - CONSCIENCIALIZAÇÃO DO PAPEL DO PRESTADOR DE CUIDADOS

Colocamos a questão: “*Habitualmente como se consciencializa o prestador de cuidados relativamente ao papel que tem que assumir?*”. Da análise de conteúdo efectuada às respostas obtidas emergiram cinco estratégias, sendo estas: *auto-assunção*, *elogiar*, *escutar*, *conversar* e *apoiar*.

Relativamente à *Auto-assunção*, os eixos de resposta reveladores são: “(...) *vai assumindo aquilo como uma tarefa que é da vida dele, (...)*” (E1), “(...) *é uma coisa que ele próprio vai tentando perceber.*” (E5) e “*geralmente assumem (...)*” (E24). Quanto ao *elogiar*, relevamos: “(...) *é elogiar e depois com as idas lá a casa vamos vendo.*” (E1), “(...) *depois elogiá-los (...)*” (E4) e “(...) *elogiá-lo porque realmente ele conseguiu o objectivo dele. (...)*” (E32). Outra estratégia é o *escutar*, para a qual destacamos: “(...) *que é saber ouvir, é muito importante.*” (E1) e “*normalmente eu tento escutá-lo (...)*” (E28). Encontramos também *conversar*, para a qual: “*é conversando com as pessoas. (...)*” (E3) e “(...) *só o facto da pessoa conversar é o suficiente (...)*” (E28). Por fim *apoiar*, para a qual relevamos: “*tentando dar-lhe apoio da nossa parte (...)*” (E10), “*É claro dou-lhe apoio (...)*” (E18) e “(...) *apoiar e tentar dar força à pessoa, (...)*” (E21). Estruturamos o esquema representado na figura 14 de modo a tornar explícito o processo em análise.

Figura 14 - Representação esquemática da categoria “Consciencialização do Papel do Prestador de Cuidados”



O processo de consciencialização do cuidador acerca do seu papel é complexo congregando um potencial de actuação incomensurável. “*Isso é um desafio muito grande,*

dependendo das pessoas, (...)” (E16). Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006, p. 65) explicitam que: “aqueles que desempenham um papel de cuidador informal enfrentam a tarefa constante de equilibrar as necessidades do familiar doente com as próprias e, muitas vezes, com as dos outros elementos da família. (...) Contudo, é nos casos em que a integridade cognitiva é seriamente ameaçada que a complexidade da prestação de cuidados tende a aumentar dramaticamente”.

As/os respondentes manifestam plena consciência deste facto pelo que dos seus discursos transparecem as estratégias que relevamos: *auto-assunção, elogiar, escutar, conversar, apoiar*. Podemos ainda extrair do proferido que a auto-assunção encerra processos voluntários de adesão, mas também de obrigação. *“Depende muito das pessoas que nós temos à nossa frente e há pessoas que se auto-definem, outras que não sabem muito bem se realmente é esse o seu papel e nós temos de ajudar” (E26). “(...) por isso eles obrigatoriamente acabam por ter que assumir, quer queiram quer não, têm que assumir porque infelizmente não há outra resposta” (E17). Figueiredo (2007, p. 106-107) afirma que “a maioria dos cuidadores prestam ajuda porque crêem que é essa a sua obrigação (...) O dever tem sido indicado como motivo mais poderoso para a assunção dos cuidados e pode assumir duas categorias relacionadas, cujas fronteiras são ténues: o dever ou a pressão social (...)”.* A fotografia complementa-se com a visão predominante do género feminino e a progressiva solidão no processo de tomada de decisão. Este facto reflecte-se por vezes na qualidade dos cuidados prestados, constituindo um indicador de alerta para a enfermeira de família. *“(...) Se o prestador de cuidados é uma senhora, muito mais facilmente ela assume tudo, às vezes em excesso; se for um homem, o que é como já se sabe coisa rara, ele acha que muitas vezes aquilo que faz é suficiente e muitas vezes para perceber que é preciso mais cuidados é complicado, porque já estamos a exigir de mais, segundo o entendimento” (E16). Sequeira (2010, p.257) afirma que “os dados mais consensuais sugerem que o cuidar se faz essencialmente no feminino e por familiares próximos ao idoso (...)”*

É ainda possível extrair dos discursos que o factor tempo é determinante no acompanhamento devido ao prestador de cuidados, pelo que a sua carência determina pressupostos menos aceitáveis. *“Há alguns que é logo, rapidamente, e outros demoram muito mais tempo, e nós temos que estar ali a dar para uns e para outros.” (E25). Rabow, Hauser e Adams (2004) [Cit por Rezende e outros (2005, p. 737)] afirmam que “cuidar significa dedicar longos períodos*

de tempo ao paciente, somado ao desgaste físico, custos financeiros, sobrecarga emocional e exposição a riscos mentais e físicos”.

A adoção da estratégia de abordagem negativa, fazendo menção às consequências da ausência ou de cuidados indevidos, no idoso enquanto beneficiário, constitui um verdadeiro testemunho da visão holística da problemática face à incapacidade do acompanhamento necessário. “(...) Acho que mostramos os aspectos positivos, que é importante fazer, mas que se não o fizer pode ter determinadas consequências.” (E33). Grelha (2009, p. 48) afirma que «“Cuidar” o idoso dependente no domicílio é uma aprendizagem constante baseada nas necessidades físicas e biológicas e de acordo com o nível de dependência do idoso na maioria das vezes se torna difícil, pela inexperiência do cuidador informal». Explicita ainda que “sendo a intervenção educativa para a saúde, um processo dinâmico que tem como objectivo dar competências a indivíduos ou grupos para obtenção de melhores condições de saúde, logo o interveniente tem como função propor estratégias, no intuito de oferecer caminhos que possibilitem transformações nas pessoas e comunidades” (Idem, p. 53).

Sobressai ainda a valorização dada ao *apoiar*, integrando neste, muito para além do conhecimento e do desenvolvimento da destreza manual. Deste modo a empatia, a postura humanizada, o descanso do prestador de cuidados e o tempo/disponibilidade sem omitir o elogio ou reforço positivo, constituem ferramentas reconhecidas enquanto essenciais para o trabalho da consciencialização desta missão de tamanha monta.

“Eu penso que essa abordagem mais humanizada, mais personalizada da pessoa, e se calhar numa perspectiva mais humanista, mais espiritual (...) Eu acho que se nós oferecermos isso à pessoa, se a fizermos compreender em que fase do seu ciclo de vida pessoa e familiar está, a importância do desempenho do seu cuidado e daquelas tarefas tão simples enquanto maneira de honrar o outro, dignificá-lo, o gesto de amor, o gesto de amor simples é dar um copo de água, é lavar um corpo, eu acho que quando nós entramos por aí (...) temos um prestador de cuidados mais sereno, mais tranquilo com a vida, que nos ajuda mais, que não sente que há um muro pela bata branca (...)”(E23).

Grelha (2009, p. 55) refere que:

“a parceria entre profissionais de saúde e os cuidadores informais que prestam cuidados a idosos dependentes deverá possibilitar a sistematização das acções a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando a promoção da saúde, a manutenção da capacidade funcional

do idoso dependente e do seu cuidador informal, evitando assim, na medida do possível hospitalização e isolamento”.

Também Jani-Le Bris (1994, p.150) deixa claro que:

“quanto mais constrangentes são os cuidados fornecidos, em termos de stress e de tempo, mais a pessoa que os presta deverá ter a possibilidade de se afastar durante uma hora, um serão, um dia, um fim-de-semana, uma semana, um mês, e deve poder fazê-lo com toda a tranquilidade. Ela tem necessidade de actividades e de relações extra-domicílio e extra-prestação de cuidados, para recuperar forças, para preservar a sua própria identidade, bem como a sua saúde moral e física, a fim de não soçobrar na imersão total da situação de prestação de cuidados, nem no isolamento”.

3.11 - PERCEPÇÃO E DESCRIÇÃO DA VIVÊNCIA DO PRESTADOR DE CUIDADOS

Foi colocada a questão aberta: *Habitualmente em que se suporta para perceber e descrever a vivência e a experiência do prestador de cuidados?* Da análise das respostas emergiram três factores sendo estes: o *conhecimento*, as *capacidades* e os *recursos*. Relativamente ao conhecimento realçamos: *“é o conhecimento (...)”* (E4), *“é importante os conhecimentos, (...)”* (E7) e *“pesa mais o conhecimento.”* (E15). Em relação às *capacidades* destacamos: *“(...) é o conhecimento e a capacidade (...)”* (E18), *“(...) habilidades não demonstradas (...)”* (E20) e *“(...) pelo tipo de capacidades que a pessoa tem (...)”* (E23). Considerando os *recursos* salientamos: *“nos recursos (...)”* (E6), *“(...) nós é mais pela questão dos recursos.”* (E17) e *“(...) depois os recursos são importantes claro (...)”* (E18). De modo a tornar mais explícito o processo, estruturamos o esquema que consta na figura 15.

Figura 15 - Representação esquemática da categoria “Percepção e descrição da vivência do prestador de cuidados”



Face à análise efectuada depreendemos que, a percepção e *descrição da vivência do prestador de cuidados* são estruturadas, com base no conhecimento e capacidades que este demonstra e ainda nos recursos de que dispõe. Estes factores apurados assentam na observação que as enfermeiras de família fazem aquando das visitas domiciliárias. Apesar de conhecerem estes cuidadores usam a estratégia de não terem uma marcação definida o que permite em qualquer momento avaliar a multiplicidade de factores que integram o ambiente actuante e a qualidade dos cuidados prestados. “Avaliar, avaliando os cuidados, olhando para o... observando o doente, e tento não marcar sempre, tento aparecer de surpresa” (E 14). Monahan e outros (2010, p. 220) afirmam que “o enfermeiro de cuidados de saúde domiciliários deve ser hábil na realização da avaliação do doente e do ambiente”. E que “o enfermeiro deve ser hábil na avaliação da disponibilidade para aprender, fornecer informações e avaliar resultados do ensino” Idem (2010, p. 220). Importa ainda salientar com base no trabalho de Azevedo (2010,p. 133-134) que quanto à “*temática do exercício do papel de prestador de cuidados, procurando-se a maximização e eficácia do exercício desse papel, do que depende a aquisição pelo cuidador, de capacidades cognitivas e de habilidades inerentes ao desempenho de diferentes actividades*”. As enfermeiras recorrem assim, a um conjunto alargado de conhecimentos, capacidades e recursos para compreenderem a vivência dos cuidadores face à situação contextual e de saúde.

3.12 - DIFICULDADES NA PREPARAÇÃO DO PRESTADOR DE CUIDADOS

Formulamos a questão: “*Que dificuldades emergem do processo de preparação do prestador de cuidados?*”. Dos discursos obtidos das entrevistas, apuramos seis condicionantes, sendo estas: *tempo, assunção do papel de prestador de cuidados, alternância do cuidador, dificuldade de perceber, recursos financeiros e sobrecarga*. Para o *tempo* destacamos: “o nosso tempo e a nossa disponibilidade.” (E1), “a grande dificuldade que nós temos é essencialmente o tempo, (...)” (E27) e “(...) é o tempo que se tem.” (E30). Considerando a *assunção do papel de prestador de cuidados* realçamos: “(...) a pessoa não está minimamente interessada em perceber ou assumir aquilo (...)” (E3), “(...) eles não estão disponíveis nem estão com vontade (...)” (E9) e “é ele querer assumir o papel de prestador de cuidados.” (E32). Para a *alternância do cuidador* relevamos: “(...) é o facto de muitos prestadores de cuidados serem trocados.” (E7). Outra condicionante que apuramos foi a *dificuldade de perceber*, para a qual salientamos: “(...) têm dificuldade em perceber (...)” (E4), “muitas vezes é fazer-nos entender (...)” (E5) e “(...) às vezes eles não entenderem, o que nós

pretendemos,” (E 10). Também, os *recursos financeiros* constituem uma dificuldade, pelo que destacamos: “às vezes os recursos financeiros... (...)” (E13) e “(...) eu volto outra vez ao poder económico (...)” (E24). Por fim, a *sobrecarga*, a qual se evidencia por: “(...) é o cansaço que eles têm!” (E1), “A *sobrecarga psicológica.*” (E11) e “(...) não tem como pegar no seu dependente e entregá-lo aos cuidados de alguém (...)” (E28). Com o intuito de tornar mais perceptível o processo, procedemos à estruturação esquemática apresentada na figura 16.

Figura 16 - Representação esquemática da categoria “Dificuldades na preparação do prestador de cuidados”



Percebemos que a preparação do prestador de cuidados é um processo complexo, no qual as/os enfermeiras/os se deparam com diversas dificuldades. A condicionante com maior expressão foi o *tempo*, na qual se integra o tempo de que as enfermeiras dispõem quer na frequência de visitas domiciliárias necessárias, quer na duração destas, logo na permanência necessária por cada visita domiciliária. “*Tempo em termos de timing para com o prestador de cuidados, mas o principal é o tempo que nós temos para o realizar tendo em conta outras actividades que temos, (...)*” (E30). Freitas (2009, p.25) afirma: “*A Enfermagem, nos últimos tempos, e como forma de melhorar a qualidade dos cuidados prestados, assumiu a importância de promover o Enfermeiro de Família. Para tal, este profissional deverá desenvolver a sua actividade integrado numa equipa multidisciplinar, dirigindo-se à família ao longo do seu desenvolvimento necessitando, para tal, de dispensar muito tempo no seu domicílio*”.

Contudo, esta condicionante, também se refere ao tempo de que os prestadores de cuidados dispõem para assumirem conscientemente este papel e à ocupação do dia face não só à variedade de funções mas também ao número de tarefas que estas compreendem. “*Depois, há ali um tempo de preparação muito intensivo e específico, quando eles vêm da alta directos do hospital para o domicílio é tudo um terror, porque viram fazer mas não experimentaram e disseram*

isto e deram-me este papel à saída, entretanto os papéis que tinha, uns para entregar no centro de saúde, outros para não sei o quê, pronto, isso é um bocado complicado realmente!” (E16). Sequeira (2007) enfatiza a complexidade do cuidar de um idoso consequente às diferentes tarefas que o cuidador terá que desempenhar como também a restrição do tempo necessário para o exercício dessa função.

Importa ainda salientar a idade destes cuidadores, que impõe necessariamente se não a redução da carga de trabalho, ainda que sem actividade laboral, maior disponibilidade de tempo para a execução das diferentes tarefas. “(...) *de uma forma geral o prestador de cuidados, ou acaba por ser a esposa, e se for a esposa também já é uma pessoa com alguma idade e por isso também já não vai ter tantas facilidades. Se for um filho, provavelmente vai estar a trabalhar e não vai ter aquela disponibilidade total*”. (E12). Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006, p.60) afirmam “*a idade dos cuidadores é influenciada pela idade da pessoa que necessita de cuidados, isto é, quanto mais velha for a pessoa dependente, mais velho será o cuidador*”.

Ficou claro que a *assunção do papel de prestador de cuidados* ocorre, na maioria das vezes, sem a consciencialização deste ou por imposição o que dificulta o trabalho deste papel. “*A principal dificuldade é quando eles não estão disponíveis nem estão com vontade de serem prestadores de cuidados e são obrigados a serem prestadores de cuidados*” (E9). Ferreira (2008, p. 80) refere “*quando um cuidador informal principal assume a responsabilidade de cuidar de alguém, fá-lo igualmente em função de motivações, que constituem um domínio complexo, pois envolvem um grande número de razões*”. Também Santos (2008, p.131) explicita “*o sentimento de obrigação pessoal/ familiar e a solidariedade familiar/ conjugal estão subjacentes à determinação dos cuidadores informais familiares, em considerar a missão de cuidar uma obrigação e um dever*”. Esta ideia é corroborada por Monteiro (2010, p.38) afirmando “*o cuidador assume na maioria das vezes, um papel que lhe foi imposto pela circunstância e não por escolha própria*”.

A *alternância do cuidador*, constitui um desafio, porque não só dificulta a continuidade do padrão de cuidados a implementar, como quando alguns dos cuidadores residem fora do local de abrangência da unidade de saúde em questão, se perde por completo o seu acompanhamento. “*Os utentes saltarem de familiar em familiar de “x” em “x” tempo. Nós temos para aquele utente que preparar vários prestadores de cuidados e depois quando*

voltamos ao anterior e como esteve tão pouco tempo com aquele utente temos que voltar um bocadinho ao retrocesso (...)" (E7). Nakatani e outros (2003, p.18) aclaram:

“sob o ponto de vista do idoso, a alternância do cuidador pode ser tanto benéfica quanto prejudicial. Benéfica, porque há oportunidade de outros contactos sociais, aumento de auto-estima por ter outra pessoa cuidando de si e por receber outras formas de atenção. Prejudicial, quando o cuidador secundário não tiver habilidade satisfatória para essa actividade, podendo provocar, de pequeno até um grande agravo à saúde do idoso”.

A *dificuldade de perceber*, está intimamente ligada quer com o grau cultural dos prestadores de cuidados, quer com a idade dos mesmos. Percebemos que não entender o que é transmitido, tendo-o por essencial para a qualidade dos cuidados necessários é uma dificuldade complexa de enfrentar. *“(...) eles entenderem o que nós queremos que eles façam. Às vezes acho que isso é um bocadinho complicado. Temos de usar uma linguagem muito simples para eles conseguirem entender”* (E5). Nakatani e outros (2003, p.18) afirmam *“a falta de escolaridade interfere, directa ou indirectamente, na prestação de cuidados aos idosos”*. Há discursos que acrescem a esta, as crenças, que facilmente enviesam linhas de raciocínio indispensáveis à manutenção de um estado de boa saúde quer do idoso que é cuidado, quer do seu próprio prestador de cuidados. *“São os mitos, aquelas formas... diz que diz e sempre foi assim... a minha mãe sempre fez desta forma e a Sra enfermeira está-me a dizer que é uma maneira completamente diferente, e nós temos muitas dificuldades em introduzir novos conceitos, em introduzir novas práticas, (...)”* (E14). Santos e outros (2005, p. 403) argumentam *“os fundamentos culturais dos pacientes formam o contexto no qual se desenvolvem certas crenças e comportamentos que podem comprometer o sucesso da terapêutica. As crenças designam alguma disposição involuntária de aceitar uma doutrina, juízo ou fato, pois estabelecem a incorporação do que se ouve, sem a devida comprovação desse conhecimento.”*

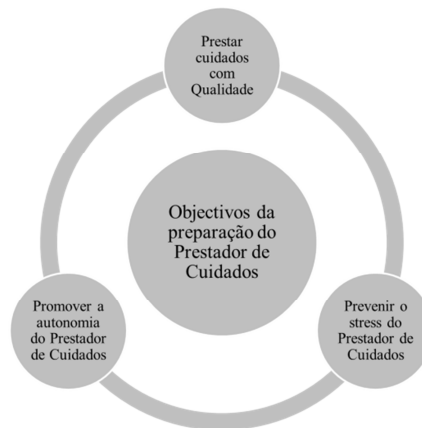
Relevamos ainda os *recursos financeiros*, característica intrínseca aos prestadores de cuidados idosos e reformados, os quais são parcos para dar respostas às necessidades dos idosos sob seus cuidados. *“(...) porque o prestador que acompanha o seu familiar ou não, e quer dar-lhe o melhor e que não pode é horrível, (...)”* (E24). Emanuel e outros (2000, p. 458) referem que as *“necessidades substanciais de cuidados estão fortemente associadas à sobrecarga económica entre outras”*. Em sintonia, Vieira, Alvarez e Gonçalves (2009, p. 649) afirmam que *“a escassez de recursos financeiros é um factor dificultador do cuidado do idoso, (...)”*

Quase como corolário deste universo complexo emerge a *sobrecarga* a qual advém desta multiplicidade de factores, percebendo-se a preocupação da enfermeiras, para além de procurarem dar resposta quando já instalada, pretenderem desde a assunção do papel de prestador de cuidados, a prevenirem. “*O cansaço de ser prestador de cuidados, porque a princípio as coisas correm relativamente bem, mas depois a pessoa acaba por estar cansada. Não é abandonar aquele papel, porque eles nunca abandonam, mas realmente estão cansados e acabam por não fazer as coisas como deveriam ser*” (E19). Horiguchi (2010, p.60) refere que “*a carga gerada pela administração de cuidados expressa-se de maneira tanto, emocional quanto social, económica e física, gerando nos cuidadores altos níveis de problemas de saúde psicológica e física*”.

3.13 - OBJECTIVOS DA PREPARAÇÃO DO PRESTADOR DE CUIDADOS

Face à questão “*Qual/Quais os objectivos subjacentes à preparação do prestador de cuidados?*”; emergiram dos discursos das entrevistadas/os, três subcategorias: *prestar cuidados com qualidade, prevenir o stress do prestador de cuidados e promover a sua autonomia*. Considerando a primeira, relevamos: “*(...) ele possa prestar os cuidados com a melhor qualidade (...)*” (E4), “*(...) tenha o melhor tratamento do familiar ou do utente que cuida (...)*” (E6) e “*(...) que ele consiga prestar bons cuidados à pessoa dependente (...)*” (E28). Já para a segunda subcategoria, destacamos: “*(...) não entre em stress de prestador de cuidados.*” (E7), “*(...) para ele não ter uma exaustão (...)*” (E27) e “*(...) a primeira coisa é não sobrecarregar (...)*” (E31). Por fim, quanto a *promover a autonomia do prestador de cuidados* realçamos: “*(...) Serão autonomia do prestador de cuidados (...)*” (E16), “*(...) é capacitá-lo para ele ser autónomo (...)*” (E29) e “*(...) é que ele seja autónomo (...)*” (E32). De modo a contextualizar de forma simples, estruturamos o processo esquematicamente representado na figura 17.

Figura 17 - Representação esquemática da categoria “Objectivos na preparação do prestador de cuidados”



Dos discursos obtidos das entrevistas, percebemos que o objectivo mais mencionado foi *prestar cuidados com qualidade*. “*O nosso objectivo é que eles sejam bons prestadores, (...)*” (E2). Melo (2010, p. 52) afirma que “*prestar cuidados a estes doentes, exige da enfermeira/profissional de saúde, além das competências éticas inerentes à profissão, competências relacionais de modo a que haja um constante diálogo entre a família, o doente, a enfermeira e toda a equipa multidisciplinar para garantir a qualidade dos cuidados prestados.*”. Neste integramos áreas como o conhecimento as capacidades/habilidades, a integração na equipa de saúde enquanto decisor. “*(...) o foco da nossa atenção é o prestador de cuidados mais a nível dos conhecimentos e da aprendizagem de habilidades*” (E7). “*É incluí-lo como membro quase da equipa, (...)*” (E23). Mas também enquanto fiel cumpridor das prescrições instituídas pelos enfermeiros. “*Na nossa dinâmica de trabalho será mais ter a certeza que ele está capacitado para prestar aquele tipo de cuidados da melhor forma possível, porque lá está, é muito a questão de nós trabalharmos muito nesta fase e infelizmente a questão de ele saber fazer, se não for mais nada até por imitar o que nós fazemos*” (E17). Orso (2008,p.22) refere que “*sendo assim, a família cuidadora deve ser vista como um cliente do serviço de saúde, um parceiro do cuidado, recebendo orientações direccionadas que possibilitem um cuidado adequado e equilibrado ao idoso. Incluindo, também, medidas preventivas, para evitar a dependência precoce dos demais idosos da comunidade, em geral*”.

Relativamente à prevenção do *stress* esboçam-se duas linhas de pensamento. Por um lado é necessário dosear a informação que acompanha o prestador de cuidados e por outro lado é necessário que estes encontrem soluções de saúde mental, no sentido de conseguirem a autorrealização e o bem-estar pessoal. “*O que nós notamos na prática é que a maior*

dificuldade é quando um prestador de cuidados entra em stress e alguns entram ao fim de pouco tempo;” (E7). “(...) *também procuro dizer-lhes a eles que arejem um bocado, que tentem trocar um par de horas com alguém e arejem a cabeça*” (E8). “(...) *que haja uma realização por quem está a desenvolver esta tarefa que não é fácil*” (E16). Martins (2006, p. 101) explicita que:

“a promoção do bem estar dos cuidadores e a prevenção de crises merece por parte dos profissionais de saúde uma atenção particular, pois deles dependem os doentes a seu cargo, assim como a sua permanência na comunidade. O estudo das vivências das famílias responsáveis pela prestação de cuidados a idosos, permite uma melhor compreensão dos fenómenos responsáveis pelas situações de sobrecarga e crise familiar, contribuindo também para uma intervenção centrada ao nível da prevenção das situações problemáticas do doente e respectivo cuidador”.

Imaginário (2004, p. 187) refere que *“os cuidadores principais necessitam de ajuda para actos que exijam grande esforço físico, como também precisam de ser substituídos para disporem de mais tempo para eles”.*

Por fim aludindo ao *promover a autonomia do prestador de cuidados* a sua abordagem é um pouco vaga, concretizando timidamente a sua inclusão enquanto decisor na equipa de saúde. “(...) *mas o que nós queremos é que ele seja autónomo para atingir esses objectivos, para dar resposta*”. (E32). Sotto Mayor (2010, p. 17) advoga que:

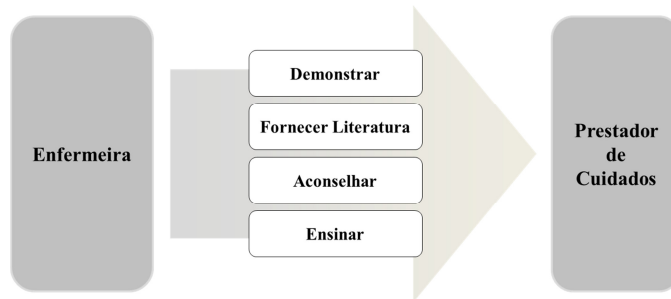
“a promoção da autonomia dos cuidadores informais e o apoio no acesso a ajudas técnicas adequadas e em tempo próprio, o privilegiar da prestação de cuidados no domicílio e aí assistir em caso de necessidade, passa inexoravelmente por planear, ouvir o cuidador, fazer escuta activa, compreender o que aflige o outro nesta tarefa de cuidar. Um maior conhecimento do próprio cuidador enquanto pessoa individual e com projectos de vida, seria útil e relevante para estabelecer a relação de confiança que permite seguir o plano terapêutico e um maior envolvimento familiar”.

3.14 - ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DO PRESTADOR DE CUIDADOS

Perante a questão: *Que estratégias usa habitualmente no processo de educação para a saúde do prestador de cuidados?*; apuramos dos discursos inerentes aos enfermeiros uma categoria

com quatro estratégias, sendo estas: *demonstrar, fornecer literatura, aconselhar e ensinar*. Relativamente ao *demonstrar* destacamos: “(...) e por demonstração.” (E10), “a demonstração (...)” (E22) e “(...) o que uso mais é mais a demonstração; (...)” (E26). Quanto ao *fornecer literatura* relevamos: “ damos panfletos sim,” (E1), “mais em literatura em panfleto, (...)” (E5) e “informação, informação às vezes imprimimos do Google, (...)” (E15). Tendo em conta o *aconselhar* sobressai: “aconselha-se alguma coisa.” (E6) e “(...) me ajudam a aconselhar melhor os utentes; (...)” (E9). Por fim, no *ensinar* apuramos: “nos ensinamos que a gente faz praticamente.” (E6), “(...) primeiro tento ensinar as coisas, (...)” (E22). A figura 18 traduz esquematicamente o processo.

Figura 18 - Representação esquemática da categoria “Estratégias de educação para a saúde do prestador de cuidados



Percebemos do processo que a enfermeira inicialmente procura avaliar as dúvidas que o prestador de cuidados tem. “Inicialmente nós avaliamos a situação e depois de vermos a situação consegue-se planear, (...)” (E6). Andrade (2009, p. 296) refere “para que se possa manter a pessoa idosa dependente no seu domicílio com o melhor nível de qualidade de vida possível é fundamental que a questão dos cuidados informais às pessoas idosas seja avaliada, nomeadamente, através da avaliação da qualidade de vida e saúde dos cuidadores principais, começando por avaliar as suas necessidades/dificuldades”. Em consequência da avaliação efectuada a maioria das enfermeiras recorre à demonstração e ao ensino do prestador de cuidados, “é mais ensinamos, demonstração e ficamos por aí.” (E32). Em sintonia com o apurado, Lacerda e outros (2006, p. 92) explicitam “compreende-se que o atendimento domiciliário envolve a realização de ações educativas, orientação, demonstração de procedimentos técnicos a serem delegados ao cliente ou ao seu cuidador”. Nogueira (2003, p. 167) complementa “o desconhecimento/dúvidas no cuidar, surge também no domicílio como consequência de uma deficiente cobertura dos serviços de saúde, nomeadamente a falta de equipas coordenadas de cuidados continuados. Torna-se importante apoiar e ensinar estas famílias,

elucidando-as sempre que necessário, ouvindo-as e dando-lhes a segurança e a confiança que elas carecem”.

Por vezes recorrem à distribuição de panfletos, a outros tipos de literatura impressa de sites da Internet, ou aconselham determinados sites. *“É assim, existem panfletos, existem sites que podem explicar, mas nem sempre há disponibilidade do prestador de cuidados para ir ver, ou não há disponibilidade e às vezes não têm como fazer;(...)”* (E9). *“Muitas vezes temos que levar esquemas, temos que fazer desenhos do dia e da noite e essas coisas para eles poderem entender”* (E19). Castro (2008, p. 116) explicita que *“alguns cuidadores associaram a leitura de vários livros e documentos à procura na internet de informações concretas sobre a doença, sendo este grupo constituído por aqueles que tinham mais habilitações literárias e maior facilidade de utilização de este modo informático”*. Salienta ainda que *“outros cuidadores complementaram as informações fornecidas pelos profissionais, com a leitura de panfletos fornecidos pelos mesmos e outros existentes na instituição”* (Castro, 2008, p. 116).

Ficou clara a valorização que atribuem à relação terapêutica, privilegiando a relação de ajuda, saber escutar, favorecer a exposição de dúvidas e gerar momentos de observação, aquando da prestação de cuidados pelo prestador de cuidados.

“(...) normalmente aquilo que eu ofereço bastante é o tempo e a abertura para o diálogo enquanto ferramenta de trabalho, o diálogo, o diálogo, o diálogo; escutar, utilizo isso mesmo com uma ferramenta, escuta activa, o diálogo aberto, uma relação efectivamente de ajuda em tudo aquilo que a relação de ajuda é, e é muito mais... a relação de ajuda é uma coisa que logo ali enquanto ferramenta de trabalho (...)” (E23).

Também Botelho (2008, p. 57) argumenta que:

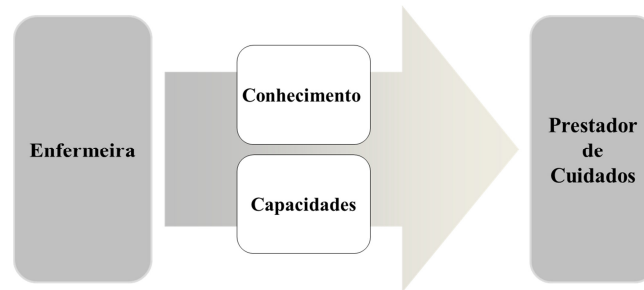
“ao enfermeiro, como membro de uma equipa multidisciplinar, cabe a responsabilidade de desenvolver ao máximo estratégias que visem o fomento da saúde mental do idoso cuidador, aproveitando a posição privilegiada que tem junto deste, de onde brota um conhecimento único. No entanto, todas essas estratégias a implementar tem de ser alicerçadas num princípio inerente ao acto de cuidar: a relação de ajuda”.

Berger (1995, p. 21) afirma *“a enfermeira que pretende humanizar os cuidados deve assegurar uma presença constante junto do beneficiário e conhecer os elementos de base da relação de ajuda”*.

3.15 - ESTRATÉGIAS DE INFORMAÇÃO AO PRESTADOR DE CUIDADOS

Formulamos a questão “*Que estratégias (meios, recursos) utiliza para prestar informação aos prestadores de cuidados?*”; emergiu uma categoria com os seguintes aspetos em relevância: *conhecimento* e *capacidades*. Relativamente ao primeiro destacamos: “*nos conhecimentos e realidade.*” (E1), “*primeiro fazemos uma avaliação dos conhecimentos (...)*” (E7) e “*o conhecimento.*” (E10). Considerando o segundo: “*é nas capacidades que a pessoa tem.*” (E2), “*eu acho que nos centramos mais nas capacidades (...)*” (E6) e “*mais na aprendizagem de capacidades.*” (E20). Estrutturamos o esquema da figura 19 de modo a explicitar o processo.

Figura 19 - Representação esquemática da categoria “Estratégias de informação ao prestador de cuidados”



Dos discursos analisados depreende-se que as estratégias de informação dos prestadores de cuidados integram uma abordagem bifacetada: por via do conhecimento ou das capacidades. Percebemos que maioritariamente a opção é a aprendizagem de capacidades, até porque há factores condicionantes como a idade, o grau cultural, a escolaridade, o tempo disponível para dedicar ao prestador de cuidados. Com efeito ensinar a fazer é mais simples do que fornecer o que o fundamenta, o conhecimento. “*(...) dependendo da população vejo a melhor maneira para onde é que eu posso ir. Se posso ir pelo conhecimento, se posso ir pela capacidade (...)*” (E13) e “*(...) penso que envolve ambos, apesar de que quando é um prestador de cuidados capaz de adquirir a parte teórica, muito bem, mas às vezes temos um prestador de cuidados que por muito que lhe expliquemos... mais vale eles interiorizarem a mecânica do que têm que fazer (...)*” (E29). Balardin e outros (2007,p.55) afirmam que:

“a análise dos achados dos estudos indica que os cuidadores apresentam deficits de velocidade de processamento, memória de trabalho, função executiva e na recordação tardia de material declarativa, indicando a necessidade de prevenção de tais deficits e da investigação dos efeitos da depressão, dos marcadores fisiológicos, da farmacoterapia e da reabilitação cognitiva sobre a cognição dos cuidadores”.

Chaves (2010, sp) afirma:

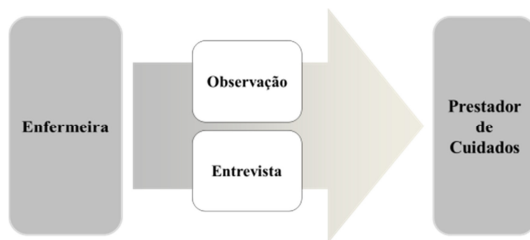
“o treinamento de cuidadores é ação de educação em saúde e pode ser enquadrada como prevenção primária, tendo como objectivo habilitar o cuidador nos actos de cuidar de idosos no âmbito residencial. Também, o treinamento, deve prover conhecimento suficiente para o cuidador identificar intercorrências na qualidade e segurança da saúde, saneando-as, quando possíveis, ou comunicando um profissional da equipe de saúde que o treinou, para que seja providenciada solução pertinente”.

Stanhope e Lancaster (1999, pág. 278) referem que: *“Quando os enfermeiros escolhem métodos educacionais, devem atender às incapacidades de desenvolvimento, à idade, nível de educação, conhecimento do assunto (...)”* do cuidador.

3.16 - MONITORIZAÇÃO DOS RESULTADOS

Face à questão *“De que forma monitoriza os resultados?”*; emergiram dos discursos das respondentes duas estratégias: *observação* e *entrevista*. Considerando a primeira relevamos: *“quando a gente vai lá e vê”* (E2), *“(...) é a observação e avaliar aquilo que o prestador faz (...)”* (E6) e *“(...) através da visualização, daquilo que eles vão fazendo, (...)”* (E12). Quanto à segunda, realçamos: *“é mais mesmo por entrevista, (...)”* (E5), *“na entrevista clínica.”* (E10) e *“(...) também a nível da entrevista clínica.”* (E21). Podemos representar o processo através do esquema ilustrado na figura 20.

Figura 20 - Representação esquemática da categoria “Monitorização dos resultados”



Do processo em questão ficou claro que as enfermeiras monitorizam os resultados das intervenções implementadas, tomando por alvo o prestador de cuidados, recorrendo à observação e à entrevista. *“(...) acho que é um bocadinho a observação e a conversa que vamos tendo, (...)”* (E17). Percebemos ainda que a observação incide sobre o prestador de cuidados vendo-o fazer, para tal usam da estratégia da visita domiciliária. *“É assim eu vou avaliando, lá está nas visitas domiciliárias depois vou vendo um bocadinho para tentar*

avaliar como é que essa pessoa está a proceder” (E4). Lopes, Saupe e Massaroli (2008, p. 23) referem que:

“a visita domiciliar reúne pelo menos três tecnologias leves a serem aprendidas e desenvolvidas, as quais são: a observação, indicando a atenção aos detalhes dos fatos e relatos apresentados durante a visita; a entrevista, implicando o diálogo com a sua devida finalidade e não apenas uma conversa empírica; e o relato oral ou história, espaço onde as pessoas revelam como dão sentido às suas vidas, dentro dos limites e da liberdade que lhes são concedidos”.

Também Rice (2004, p. 62) explicita que *“a entrevista é um passo importante para o estabelecimento das relações terapêuticas entre enfermeiro, utente e prestador de cuidados”.*

As enfermeiras, relativamente à *monitorização dos resultados*, consideram ainda que a condição de saúde do idoso pode constituir um indicador da qualidade dos cuidados que são prestados. *“(...) se há um bom cuidado de pele, não há uma zona de pressão, está bem alimentado, bem hidratado, a pele íntegra, acho que isso é fundamental e aí consigo avaliar logo o que tenho, que tem uns bons cuidados (...)”* (E13). Vilaça e outros (2005, p. 222) argumentam:

“a visita domiciliar é um dos métodos utilizados mais eficientes para propiciar uma acção preventivista à família. Ela é realizada visando conhecer o indivíduo em seu ambiente familiar a fim de envolvê-la no tratamento, bem como favorecer a supervisão e o ensino de terapêuticas alternativas. É, portanto, uma importante ferramenta para conhecer as condições não só dos pacientes como também de seus cuidadores e a partir disso, promover uma assistência para que estes desenvolvam um autocuidado de acordo com a realidade em que vivem”.

Por outro lado a entrevista ocorre de modo informal, onde de forma empírica é possível por algumas questões simples ou até pela solicitação do cuidador avaliar os cuidados dispensados.

“Quando são cuidados mais técnicos visualizo a execução das técnicas o que for, depois outras questões que não se avaliam de forma directa. Há formas indirectas de avaliar, tem a ver por exemplo com o bem-estar e a realização do próprio prestador de cuidados e do próprio doente; ter a ver por exemplo se a pessoa se demonstra mais alegre, se calhar está a sair mais realizada, se se demonstra mais relaxada mais tranquila, também estamos a ser eficazes; se há ausência disto, o contrário - a ansiedade, a pressão, as dívidas (...)” (E16).

Doenges e Moorhouse (2010, p.12) explicitam que:

“a informação para a base de dados do doente é obtida do próprio doente e dos membros de família/pessoas significativas (quando apropriado), pela conversação e pela observação durante a entrevista estruturada. (...) No entanto, a entrevista não é apenas uma obtenção rotineira dos itens de um formulário pela primeira pessoa que esteja à mão. É antes um instrumento de comunicação que permite a troca de informação, um processo que produz um nível de comunicação maior do que aquele que cada pessoa pode conseguir individualmente”.

Alves (2010, p. 57) complementa afirmando:

“a relação entre cuidador informal/família e o profissional de saúde desenvolve-se em três fases: envolvimento, colaboração e aceitação. A primeira é o estabelecimento de laços, canais de comunicação, padrões de relação e fronteiras, organizando sentimentos de ligação e confiança. (...) Desta forma o papel do enfermeiro é o de considerar o doente e o seu cuidador informal como sujeitos de cuidado, satisfazendo as suas necessidades, promovendo e facilitando a expressão dos problemas e dificuldades encontradas”.

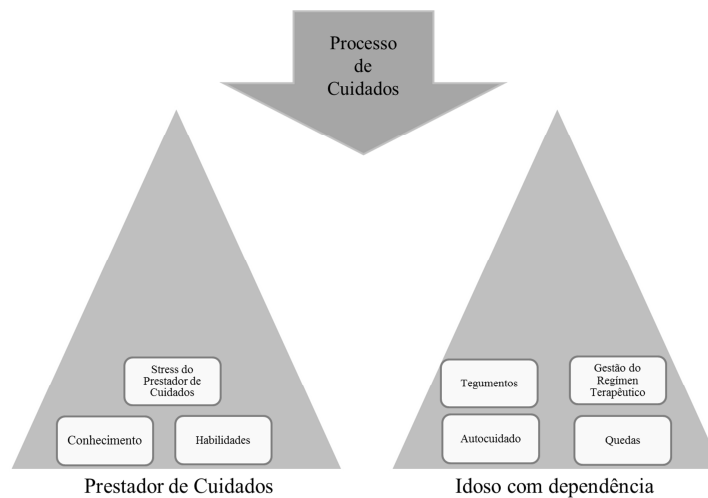
As enfermeiras recorrem às mesmas ferramentas na monitorização dos cuidados que na avaliação do cuidador.

3.17 - O PROCESSO DE CUIDADOS

Perante a questão *“Na documentação, no Sistema de Informação de Enfermagem, de que forma documenta o processo de cuidados?”*; apuraram-se da análise de conteúdo aos discursos das respondentes, sete focos de atenção de enfermagem, sendo estes: *Conhecimento, Aprendizagem de habilidades, Stress do Prestador de Cuidados, Tegumentos, Quedas, Autocuidado e Gestão do Regímen Terapêutico*. Considerando o *Conhecimento*, relevamos: *“os conhecimentos (...)”* (E4), *“basicamente é os conhecimentos.”* (E9) e *“(...) ponho em termos de conhecimentos (...)”* (E13). Quanto à *Aprendizagem de habilidades* realçamos: *“(...) aprendizagem de habilidades (...)”* (E7), *“a aprendizagem de habilidades (...)”* (E11) e *“(...) ou a aprendizagem de habilidades (...)”* (E19). Em relação ao *Stress do Prestador de Cuidados*, destacamos: *“os que eu utilizo mais é o stress do prestador de cuidados (...)”* (E15), *“stress do prestador de cuidados, (...)”* (E18) e *“o stress do prestador de cuidados é muito complicado, (...)”* (E18). Nos *Tegumentos* selecionamos: *“é os tegumentos (...)”* (E2), *“(...) os tegumentos*

isso é mais básico (...)” (E16) e “(...) mas normalmente temos as úlceras de pressão, (...)” (E18). Para as *Quedas* citamos: “(...) e quedas também.” (E2) e “(...) o risco de quedas também (...)” (E32). Para o *autocuidado* demos ênfase a: “(...) por exemplo o autocuidado (...)” (E14), “(...) tem a ver também com o alimentar-se, o mobilizar-se,” (E16) e “(...) a alimentação – o auto-cuidado, (...)” (E18). Ainda quanto ao *Gestão do Regíme Terapêutico*, destacamos: “(...) por exemplo na gestão do regíme terapêutico (...)” (E15), “(...) também temos toda a parte da gestão/regime terapêutico, (...)” (E18) e “(...) a gestão da medicação (...)” (E31). Procedemos à representação esquemática (figura 21) para aclarar o processo.

Figura 21 - Representação esquemática da categoria “O Processo de Cuidados”



Da análise dos discursos percebemos que as enfermeiras documentam no processo de cuidados focos e intervenções referentes a dois beneficiários o idoso dependente e o seu cuidador. Contudo, também ficou claro que os registos são sempre feitos no processo relativo ao idoso dependente, pelo que os focos maioritariamente referem necessidades de cuidados do idoso e não do seu prestador de cuidados. “*Abro sempre como o utente dependente e depois registo em relação ao prestador de cuidados*” (E2). Os motivos evocados para tal decisão são: o tempo gasto nos registos e as condicionantes do sistema de informação.

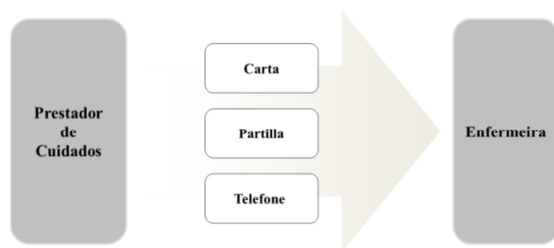
“(...) o sistema informático também não ajuda, por isso o tempo é muito reduzido, e às vezes nem se consegue registar porque quantas intervenções nós fazemos e que não conseguimos registar, muitas vezes porque não estão parametrizadas e não conseguimos encaixá-la dentro de nenhuma intervenção e há muita coisa que nos fazemos e que não está parametrizada e por isso não conseguimos especificamente estar a fazer esse registo (...)” (E27).

Venturi e Marcon (2008, p. 574) concluíram que “os resultados deste estudo revelam falhas importantes nas anotações de enfermagem, especialmente quando se considera que o mesmo foi desenvolvido em uma unidade cirúrgica e em um hospital universitário”.

3.18 - COORDENAÇÃO E ARTICULAÇÃO PARA A CONTINUIDADE DE CUIDADOS

À questão: “Na sua opinião de que forma é realizado o processo de coordenação e articulação entre Serviços/Instituições de Saúde tendo em vista a continuidade de cuidados?”; emergiram dos discursos obtidos das respondentes três vias de comunicação, sendo estas: *carta*, *partilha* e *telefone*. Relativamente à primeira, destacamos: “normalmente é a carta de transferência (...)” (E3), “a forma mais habitual é a carta (...)” (E6) e “(...) a família entrega-nos a carta de alta (...)” (E8). Para a segunda, “(...) tenho por hábito ir à partilha, (...)” (E13), “(...) aqui na ULS temos esta vantagem, temos a partilha,” (E14) e “(...) é via partilha,” (E19). E para a terceira: “os colegas costumam-nos ligar para o telemóvel de serviço (...)”(E1), “agora ultimamente as colegas costumam ligar (...)” (E2) e “(...) o colega do hospital faz um telefonema directamente para a enfermeira de família, (...)” (E7). Para melhor integrar o determinado, procedemos à representação constante na figura 22.

Figura 22 - Representação esquemática da categoria “Coordenação e articulação para a continuidade de cuidados”



Dos discursos das respondentes podemos apurar que maioritariamente se recorre à carta de transferência, denominada de “carta de alta”, a qual chega à enfermeira de família via o familiar do utente, o próprio utente ou o prestador de cuidados. Percebe-se, dos discursos proferidos, que é o meio de informação mais rico, contudo carecem dados clínicos. “A vantagem da carta (...) é que na carta aparecem impressas observações que muitas vezes são informações relevantes que os colegas não querem escrever no SAPE, nomeadamente sobre o prestador de cuidados (...);” (E7). Petronilho (2006, p. 71) afirma que “a informação personalizada acerca das necessidades do doente e seu cuidador, objectivada na carta de

transferência de enfermagem, constitui uma estratégia fundamental para a promoção da continuidade de cuidados em articulação com a equipa de enfermagem dos cuidados de saúde primários". No entanto Sousa (2006, p. 121-122) explicita que:

“não existe uma utilização de uma linguagem comum na prática de enfermagem pela incapacidade observada em nomear as condições de saúde que requerem a intervenção dos enfermeiros: Diferentes formas de descrever os diagnósticos e as intervenções de enfermagem. Duplicação de informação. (...) Falta de sistematização no registo de dados. (...) Falta de integridade referencial dos dados. (...) Falta de indicadores de resultados”.

Percebe-se ainda que a sua chegada à enfermeira pode ser tardia ou nem se concretizar. *“Normalmente são os familiares que me trazem a carta. Eu acho que está mal, porque nós devíamos ter... nós temos o telefone, era só falar com o enfermeiro de família”* (E10). Em sintonia, Sousa (2006, p. 324) afirma:

“por outro lado, na análise do acesso aos cuidados de enfermagem na comunidade após a alta hospitalar, verificamos que o processo de encaminhamento da informação de enfermagem relevante para a continuidade dos cuidados de enfermagem, nem sempre permitia a disponibilização “em tempo útil” dos cuidados. Em muitas situações, constatou-se que este facto se prendia com o tempo de demora na entrega da documentação e/ou solicitação de cuidados no centro de saúde”.

A partilha de informação constitui outra via de informação, embora sejam apontadas deficiências que levam a uma menor utilização: morosidade e falta de ligação. *“A partilha por computador – o problema é que nós neste momento estamos a passar uma fase tão má que nem conseguimos ver o histórico do doente, há quase dois meses que não se consegue ver o histórico do doente;”* (E9). Sousa (2006, p. 307), na avaliação que fez, após a implementação deste suporte electrónico, salienta enquanto aspectos negativos/desvantagens: *“A maior parte das referências aos aspectos mais negativos/desvantagens resultantes da mudança no Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem, centram-se nas “falhas de ligação” ao sistema e a necessidade de serviços de apoio mais eficazes”*. Também Goossen (2000, p. 33) refere relativamente a um dos problemas com os sistemas de informação de enfermagem que o: *“sistema em baixo e mau tempo de resposta pode dificultar a prática de enfermagem”*.

Por fim a outra via é o telefone, embora aparentemente mencionada como a mais rica, é apenas uma via de excepção essencialmente para garantir continuidade de determinados cuidados específicos ou alertar situações ímpares que requerem vigilância ou actuação

diferente, aspectos que na forma escrita não seriam referenciados. “(...) às vezes o telefonema ajuda bastante porque às vezes... há certos aspectos que nós sabemos que nunca iam foca-los na carta, conseguimos fazer perguntas ao colega que logo nos responde” (E4).

“Geralmente o contacto com os colegas do internamento são para situações que recaíram numa complexidade de cuidados ou alguma intervenção que tenha que ser feita logo no dia a seguir, alguma coisa muito específica. Na regra geral eles não fazem esse contacto, fazem mesmo em situações muito específicas e muitas vezes têm dificuldade nesse contacto também, porque realmente todos nós temos o telemóvel de serviço, mas todos nós temos horários diferentes, (...)” (E17).

Sousa (2006, p. 324), relewa que:

“a análise do Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem em uso tinha permitido detectar o seu carácter unidireccional (usualmente só do hospital para o Centro de Saúde) e de referenciação. Esta referenciação era veiculada através de “carta de transferência de Enfermagem” fornecida ao utente no momento da alta clínica e, pontualmente (nas situações que os enfermeiros entendessem mais preocupantes), através de contacto telefónico ou fax”.

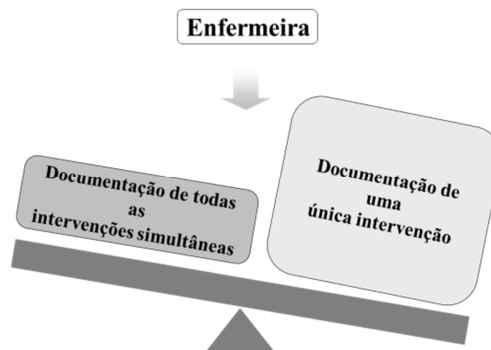
Do ponto de vista das enfermeiras respondentes seria muito importante o seu conhecimento prévio do processo de regresso a casa, por via de um canal intrínseco à organização de saúde. Deste modo poderiam antecipar o contacto com o utente e seu prestador de cuidados. “(...) deveria existir alguma forma de nos saltar à vista que aquele utente irá ter alta, que a alta está programada para o dia “tantos” – mesmo na própria partilha, não aparece o nome provavelmente – se fosse possível era o ideal”. (E7). Sobressai então que o planeamento da alta clínica e o seu conhecimento prévio é essencial para garantir qualidade na assistência ao utente e seu prestador de cuidados. “resulta bem quando a alta é planeada, portanto, quando tanto o enfermeiro de família como a família está à espera de alta (E7). Em sintonia com o exposto, Padilha (2006, p. 164) salienta que “os enfermeiros assumem a preparação do regresso a casa como parte integrante das suas funções e mandato social, contudo, a problemática não se centra apenas na componente individual do enfermeiro, a organização da instituição de cuidados e do sistema de saúde assumem papel fulcra”. O mesmo autor (Idem, 2006, p. 165) afirma “a alta hospitalar não pode constituir-se como um factor concorrente para a descontinuidade dos cuidados, para a deterioração da qualidade de vida do doente e/ou prestador de cuidados, permitindo apenas a rentabilização imediata dos recursos hospitalares”. Também Sousa (2006, p. 326), concorda com este paradigma ao afirmar que “ao ser informado, em tempo real, da alta clínica e da necessidade de

continuidade de cuidados, o enfermeiro de família poderá por antecipação disponibilizar esses mesmos cuidados”.

3.19 - DOCUMENTAÇÃO DE MÚLTIPLAS INTERVENÇÕES

Face às perguntas: *“Quando tem múltiplas intervenções de enfermagem num mesmo momento, por exemplo: dá um banho na cama, aproveita para fazer observação física e instrui o prestador de cuidados. Habitualmente o que é registado? Regista as três intervenções ou procede de outra forma?”*; sobressaem duas atitudes com base nos discursos proferidos: *documentação de uma única intervenção* e *documentação de todas as intervenções simultâneas*. Relativamente à primeira: *“uma só.”* (E8), *“se calhar a mais importante, (...)”* (E9) e *“normalmente só uma delas.”* (E10). Quanto à segunda destacamos: *“registo as três (...)”* (E5), *“documento as três.”* (E13) e *“as três registadas.”* (E26). Reportando-nos esquematicamente ao processo (figura 23).

Figura 23 - Representação esquemática da categoria “Documentação de múltiplas Intervenções”



Quanto ao processo verificamos que a maioria regista apenas uma só intervenção. Sendo que as justificações evocadas reflectem o tempo decorrido entre a realização das intervenções e o registo das mesmas, até porque só no final de todos os domicílios é que as enfermeiras se deslocam para o centro de saúde onde farão os registos. *“É que realmente o aplicativo não agiliza muito o registo e lá está o tempo é pouco, as pessoas tendem a fazer os registos à posteriori, muitas vezes à posteriori já muitas horas depois”* (E17). Oliveira (2003, p.89-90) refere que *“o que é mais grave: se não se registam as ações realizadas (...) durante o atendimento, podem ser esquecidos os dados, comprometendo a assistência de enfermagem. (...) Até porque, depois de um dia intenso de trabalho, é difícil lembrar de todos os detalhes de uma consulta de enfermagem”*. Dos discursos das respondentes sobressai também a falta de tempo, dado o número de utentes ou ainda a intensidade de carga de trabalho que este tipo de utentes comporta. *“(...) é assim o tempo urge,*

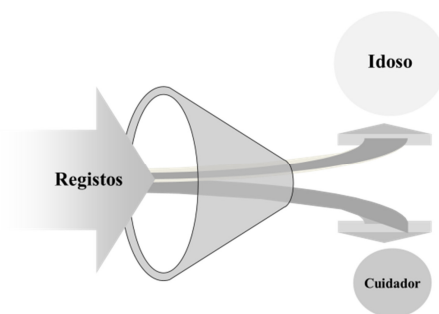
e chega a um ponto que é o telefone a tocar, o pessoal a bater à porta e realmente acabamos, que é assim, até se deixa pendente muitas vezes, (...)” (E21). Oliveira (2003, p.102) afirma que “outros factores que justificam esse descuido para com as anotações nos prontuários (...), foram desvelados nas falas das entrevistadas. Dentre eles sobressaiu a falta de tempo em virtude do grande número de atendimentos, da sobrecarga de actividades, do acúmulo de funções”. Por fim sobressai a dificuldade na utilização do suporte electrónico. “Olhe, se quer que lhe diga ainda tenho muita dificuldade ainda com o registo. Eu tive muito tempo desligada dos registos do SAPE, para mim a minha dificuldade é essa” (E28). Silva (2006, 307) explicita “(...) a transição para a utilização do suporte electrónico, gerou nos três meses um aumento do tempo despendido pelos enfermeiros a produzir documentação, devido à falta de treino no manuseamento dos computadores, sendo possível que com a aquisição e o treino dessas capacidades, possa ser invertido o sentido dessa modificação”. Por outro lado, Sousa (2006, p. 124), refere que:

“a análise da informação partilhada entre hospital e centro de saúde permitiu verificar que o sistema de informação de enfermagem em uso é extremamente deficitário. Para além de congregar problemas anteriormente descritos para os Sistemas de Informação de enfermagem em cada contexto (linguagem, sistematização, falta de dados, falta de integridade referencial), reflecte outras situações que carecem de resolução: (...)”.

3.20 - ALOCAÇÃO DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM

“Habitualmente o que é registado toma por alvo a pessoa cuidada e/ou o prestador de Cuidados? Ou fica tudo alocado apenas a um destes actores? Qual?”, foram duas questões colocadas aos enfermeiros. Da análise dos discursos relevaram-se dois actores, aos quais as enfermeiras alocam os registos de enfermagem: o idoso e o prestador de cuidados. Relativamente ao primeiro destacamos: “Está tudo alocado à pessoa que é cuidada.” (E1), “É ao utente que é cuidado”. (E4) e “temos os dois, mas regra geral, é à pessoa que é cuidada”. (E12). Considerando o segundo: “tem que ser ao prestador de cuidados, (...)” (E11), “ao prestador porque é ele que está naquele momento, (...)” (E25) e “está mais alocado ao prestador de cuidados, (...)” (E32). A figura 24 representa esquematicamente o processo.

Figura 24 - Representação esquemática da categoria “Alocação dos Registos de Enfermagem”



Percebemos que a maioria aloca os registos ao idoso. Esta opção justifica-se na medida em que o idoso, receptor de cuidados, reflecte a qualidade dos cuidados dispensados pelo prestador de cuidados. *“Não, porque acho correcto, mas é aquela pessoa que vai receber os cuidados, nós no fundo... vai avaliar se está a haver uma evolução positiva ou se não está a haver evolução nenhuma, ou se no fundo até estamos a piorar; por isso acabamos no fundo por pôr a avaliação na pessoa cuidada.”* (E12). De acordo com O’Brien (2008, p. 18) *“a experiência do papel de cuidar foi impactada pela saúde de ambos os cuidados, prestador e destinatário do cuidado. (...) Vários estudos avaliaram a participação no papel de cuidar como preditor de qualidade de saúde, enquanto outros que exploraram a saúde do receptor de cuidados, servindo como uma variável de bem-estar para o cuidador”*. Também registar num só actor é mais rápido do que em dois. *“O que eu faço na prática é: associar à pessoa que é cuidada por uma questão de agilizar o registo”* (E17). E ainda a identificação do cuidador via idoso é mais fácil. *“Porque é sempre tudo tão a correr, que às vezes a nível de registo eu centro-me um bocadinho mais no utente do que propriamente... e depois ainda ir abrir o contacto do prestador de cuidados e... aliás, no utente, quando há um prestador de cuidados eu coloco lá que foi feito o ensino ao prestador de cuidados, (...)”* (E21). Harris (1990) [cit. por Goossen (2000, p. 35)] refere *“(...) deveriam ser desenvolvidos sistemas de informação de enfermagem que ofereçam um suporte real na documentação, logo: libertem mais tempo para o atendimento do cliente, a recuperação da informação seja fácil e rápida e desenvolva planos de cuidados individualizados e flexíveis”*.

4 - DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo é nossa pretensão dar resposta de uma maneira geral às questões norteadoras deste estudo enunciadas previamente, procuramos ainda estabelecer algumas conexões entre os dados que obtivemos e investigações na mesma área constantes na literatura existente. Assim, face ao contexto em que emerge a necessidade de haver um prestador de cuidados, a tomada de decisão é condicionada por múltiplos factores, os quais advêm dos actores envolvidos (cuidador e pessoa cuidada), das singularidades inerentes às necessidades de cuidados, da composição e modelo de organização familiar e do contexto sociocultural. Aliás, conforme o disposto em vários estudos (Figueiredo, 2007; Imaginário, 2004; Jani-Le Bris, 1994; Martins, 2006; Petronilho, 2006; Sequeira, 2010). Em sintonia com o exposto, sobressai do nosso estudo que o processo de nomeação do prestador de cuidados é complexo. Havendo três actores que intervêm neste processo: o próprio, que decide assumir a função; a família, circunscrita à família nuclear e, a enfermeira, recorrendo à negociação, orientação e mediação, dado o conhecimento global que detém, face aos desafios subjacentes à função e à realidade familiar com que interage. De acordo com os estudos de vários autores, verificamos que o próprio e a família constituem sede de decisão quanto à assunção do papel de prestador de cuidados (Cattani e Girardon-Perlini, 2004; De la Rica e Hernando, 1994; Marques, 2007; Santos, 2005). Relativamente ao papel da enfermeira neste processo Monahan e outros (2010, p.219) expressam que: “*O enfermeiro pode ter de clarificar os papéis e responsabilidades dos cuidadores familiares versus os do enfermeiro ou dos ajudantes familiares. É importante assegurar que os cuidadores familiares ponderem bem nas mudanças que vão ocorrer nas suas vidas diárias e horários, em consequência de terem assumido os desafios da prestação de cuidados*”. Também Ferraz (2003, p.131) afirma quanto aos enfermeiros que:

“O papel de negociador é também referido pelos cuidadores. Verificamos que o enfermeiro estabelece contratos não contingenciais com o cuidador informal principal e com a família, identifica o problema, traça estratégias para o ultrapassar, define objectivos e envolve o cuidador e o doente nas decisões sobre os cuidados. Estimula o cuidador a assumir as suas responsabilidades. Contribuindo para o aumento da auto-estima quando este consegue atingir os objectivos propostos”.

Tomar por foco de atenção de enfermagem, o prestador de cuidados, tem por base um conjunto de substratos, que sustentam esta decisão das/os enfermeiras/os: *Disponibilidade* (Gonçalves, 2008; Ferreira, 2008; Karsch, 2003; Petronilho, 2006), *Presença* (Amendoeira, 2004; Monteiro, 2010), *Exercício do cuidado* (Rocha, Vieira e Sena, 2008; Teixeira, 2009), *Conhecimento* (Andrade, 2009; De la Rica e Hernando, 1994; Louro, 2009; Sequeira, 2010), *Capacidades* (Andrade, 2009; Louro, 2009), *Interação* (Sequeira, 2010), *Elo de ligação* (Grelha, 2009), *Interesse* (Bicalho, Lacerda e Catafesta, 2008; Pereira, 2011) e *Proximidade* (Amendoeira, 2004; Leal, 2000).

O processo de avaliação das necessidades de cuidados do prestador de cuidados fundamenta-se essencialmente em dois instrumentos básicos da enfermagem: a entrevista clínica e a observação (Amendoeira e outros, 2003; Andrade, 2009). Coexistem enquanto instrumentos sinérgicos, potenciando a *performance* das respostas inerentes às necessidades sentidas e garantindo a promoção da saúde quer à pessoa cuidada quer ao próprio cuidador. Não utilizam qualquer outro instrumento para avaliar as necessidades de cuidados dos prestadores de cuidados. Monahan e outros (2010, p. 219-220) referem que no domicílio, os dados essenciais ao processo de cuidados são obtidos do cuidador familiar e da pessoa sob cuidados.

Quanto às necessidades de cuidados dos prestadores de cuidados, com base na análise de conteúdo dos discursos das respondentes, relevamos os seguintes focos: *Conhecimento* (Azevedo, 2010), *Autocuidado* (Abreu e Ramos, 2007), *Prevenção de Úlceras de Pressão* (Teixeira, 2009; Azevedo, 2010), *Suporte* (Lage, 2007; Parker e outros, 2011), *Prevenção de quedas* (Azevedo, 2010), *Ingestão Nutricional* (Petronilho, 2006), *Aprendizagem de capacidades* (Azevedo, 2010; Petronilho, 2006), *Gestão do regime terapêutico* (Petronilho, 2006), *Medo* (Gonçalves, 2008), *Stress do Prestador de Cuidados* (Azevedo, 2010) e *Hidratação* (Petronilho, 2006). Os diferentes focos interligam-se sobressaindo dois domínios, sobre os quais incidem as intervenções de enfermagem, cuja natureza diverge quanto aos tipos de acção: o domínio teórico e o domínio prático. Aliás Pereira (2008, p. 35) refere que “os cuidados prestados prendem-se com as actividades de vida diária, as actividades instrumentais e os cuidados psicológicos e afectivos. Sendo que os cuidados relacionados com as actividades da vida diária correspondem à maioria dos cuidados prestados”. Salientamos ainda que, ao considerarmos o conhecimento, o seu âmbito é extremamente alargado, abrangendo áreas como o autocuidado, a ingestão nutricional, a hidratação, a prevenção de úlceras de pressão e de quedas ou ainda a gestão do régimen terapêutico. Integra

ainda medidas de prevenção de complicações, no prestador de cuidados. Sobressai também o stress do prestador de cuidados, o qual se destaca pela sua etiologia, já que é consequente ao ónus dos demais focos. E pela sua especificidade quanto à abordagem terapêutica, considerando a peculiaridade do contexto absolutamente complexo condicionado pela capacidade de ajustamento do sujeito prestador de cuidados (Lage, 2007).

As enfermeiras/os detectam diferenças entre o prestador de cuidados iniciado e o experiente. O iniciado é visto maioritariamente como alguém com maior receio de errar nas tarefas a cumprir, dado ter mais dúvidas na medida em que tudo é novo. Em sintonia Monteiro (2010, p. 127) afirma que *“a família, geralmente, é a maior provedora de cuidados domiciliários aos seus membros doentes ou dependentes. Na maioria das vezes esta situação torna-se difícil, pela inexperiência do cuidador, atender às necessidades que vão surgindo no decorrer do processo de cuidar e que precisam ser apreendidas diariamente. Já o experiente pode apresentar outras necessidades, sobressaindo as crenças subjacentes ou os erros que reproduz fruto de uma aprendizagem meramente praxica (Ferreira, 2008).*

Quanto à frequência de contactos, *“relação entre o enfermeiro e o cliente que se define num espaço e num contexto temporal entre o profissional e o cliente”* (ARS, IGIF, ESEnfSJ, 1999, p. 14), percebemos que o prestador de cuidados iniciado usufrui de maior número, sobretudo na iniciação do papel. Contudo, as enfermeiras são sensíveis e adaptam a frequência dos contactos às características e necessidades dos cuidadores, podendo em algumas situações recorrer ao telefone enquanto via de resposta às necessidades do prestador de cuidados.

Relativamente ao local de contacto, sobressai que a escolha incide maioritariamente no domicílio (Andrade, 2009). Os critérios da escolha fundam-se no potencial para: avaliar as condições da habitação, poder instruir o prestador de cuidados recorrendo quer ao próprio idoso, quer aos constrangimentos do ambiente (cama baixa, cama encostada à parede...), permitir avaliar a aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados, adaptar as estratégias à realidade, instituir intervenções no âmbito do regime terapêutico, permitir gerir o ambiente, prevenir e avaliar situações de risco, avaliar as necessidades e possibilidades de suporte e atender à dificuldade em levar o idoso ao centro de saúde, dado o seu grau de dependência. Apesar da maioria eleger o domicílio enquanto local de contacto, o centro de saúde poderá ser eleito com o intuito de possibilitar alguma privacidade para o prestador de cuidados expor os seus próprios problemas e proporcionar algum descanso deste.

Considerando os contextos de dependência no autocuidado emergem os focos, também encontrados por outros autores: *Autocuidado: Higiene* (Azevedo, 2010), *Transferir-se* (Azevedo, 2010), *Autocuidado: comer* (Azevedo, 2010), *Gestão do Regime terapêutico* (Petronilho, 2006), *Autocuidado: vestuário* (Azevedo, 2010) e *Posicionar* (Azevedo, 2010). Relativamente ao posicionar centra-se não só na técnica de *per si*, mas também na prevenção de úlceras de pressão (Azevedo, 2010). Relevam-se ainda outros focos de atenção em enfermagem, contudo fora do domínio do autocuidado, tais como a *Ingestão Nutricional* (Petronilho, 2006).

Centrando-nos nas áreas de intervenção, em sintonia com o encontrado por outros autores, emergem os tipos de acção: *ensinar* (Azevedo, 2010; Petronilho, 2006), *instruir* (Azevedo, 2010; Petronilho, 2006), *treinar* (Azevedo, 2010; Petronilho, 2006), *explicar* (Petronilho, 2006), *avaliar* (Louro, 2009), *incentivar* (Grelha, 2009) e *orientar* (Castro, 2008). Sobressai um processo sequencial e gradativo, em que primeiro ensina-se, depois instrói-se e por fim treina-se o prestador de cuidados. Contudo, na maior parte dos contactos, ensina-se, evocando “falta de tempo” para concretizarem mais o instruir e o treinar. Nogueira (2003, p. 17) afirma “*pela nossa experiência constatámos que ainda é dada pouca atenção à família no processo de cuidados. Os ensinamentos/informação na preparação da alta, por parte dos profissionais, não são práticas correntes. Apontam-se muitas razões para a não realização das mesmas como: a falta de profissionais, a falta de tempo, muito trabalho, a falta de motivação dos familiares, entre outras*”. Relevamos ainda que o domínio alvo destas intervenções é o autocuidado. Andrade (2009) refere que o autocuidado é central de entre as várias temáticas integradas no processo de educação para a saúde dos cuidadores, no contexto hospitalar e/ou domiciliar. As estratégias de abordagem do prestador de cuidados, contrapondo os paradigmas substituição versus supervisão, são: a *demonstração* e o *treino com supervisão*. Verificamos que as enfermeiras/os seguem uma sequência, em que recorrem primeiro à demonstração e depois ao treino com supervisão do prestador de cuidados. O recurso a estas estratégias é fundamentado pelos trabalhos de Petronilho (2006) e Castro (2008). O autocuidado, talvez pela natureza de intervenções que requer e a sua necessária adequação ao ambiente circundante é o domínio alvo mais referido (Freitas e outros, 2002). Complementando, Ferraz, (2003, p. 140) afirma:

“a visita regular do enfermeiro confere-lhe mais segurança no cuidar, pois vai de alguma forma aferindo os cuidados, reforçando os ensinamentos, dando orientações, esclarecendo dúvidas, vigiando o estado de saúde do familiar e vai adequando a informação fornecida em contexto hospitalar há realidade domiciliária nomeadamente no que diz respeito às condições físicas da habitação”.

O processo de consciencialização do papel de prestador de cuidados é complexo e congrega uma grande amplitude quanto ao campo de intervenção. Dos discursos analisados as enfermeiras relevam as seguintes atitudes: apoiar, elogiar, escutar, conversar e a auto-assunção. As enfermeiras/os salientam que o apoiar vai muito para além do conhecimento e do desenvolvimento da destreza manual. Deste modo a empatia, a postura humanizada, o descanso do prestador de cuidados e o tempo/disponibilidade sem omitir o elogio ou reforço positivo, constituem ferramentas reconhecidas enquanto essenciais para o trabalho da consciencialização desta missão de tamanha monta (De la Rica e Hernando, 1994; Grelha, 2009). Aliás Amendoeira (2003, p. 46) refere que:

“a pessoa passa a ser o centro de interesse, baseado numa relação interpessoal que ocorre entre a pessoa que necessita de ajuda e a solícita, e a pessoa capaz de dar ajuda, onde o cuidado não é um acto mecânico mas sim humanístico. Por outro lado e considerando as suposições teóricas anteriormente assumidas, se a preocupação dos enfermeiros for apoiar e ajudar a pessoa a obter níveis de bem-estar superiores aos que possui; se acreditarmos que aquela pessoa está a viver a situação de uma forma diferente e única de qualquer outra pessoa toda a concepção e organização do cuidado se modificará. A obtenção de resultados diferentes, fazendo embora as mesmas coisas, será uma realidade”.

Sobressai também que o tempo é fundamental no acompanhamento ajustado do prestador de cuidados, pelo que a sua carência determina pressupostos que põem em causa a qualidade do cuidado. Ainda Amendoeira (2003, p. 208) afirma que a orientação dos enfermeiros por *“princípios científicos, de determinadas tarefas do enfermeiro, reportando-se estas ao aqui e agora condicionadas pelo binómio tempo disponível/qualidade do trabalho”*. Por vezes o recurso ao uso da estratégia de abordagem negativa, fazendo menção às consequências da ausência ou de cuidados indevidos, no idoso enquanto beneficiário, constitui um verdadeiro testemunho da visão holística da problemática face à incapacidade do acompanhamento necessário.

Há ainda os prestadores de cuidados que assumem isoladamente a missão de cuidar. Este processo de auto-assunção caracteriza-se pela acção voluntária de adesão, mas também de obrigação. Percebemos que estes actores são predominantemente do género feminino e mergulham numa progressiva solidão no processo de tomada de decisão. Este facto reflecte-se por vezes na qualidade dos cuidados prestados, constituindo um indicador de alerta para a enfermeira de família. Sabemos, de acordo com os estudos de vários autores, que o ponto de partida na assunção do papel de prestador de cuidados é a determinação do actor em causa. A assunção ocorre de forma tácita ou implacável, não havendo objectivamente, uma consciencialização plena e absolutamente racional, quer por não ocorrer propriamente um momento dedicado, quer pela diferente etiologia subjacente às razões para a acção, logo à tomada de decisão (Cerqueira, Sousa e Figueiredo, 2006; Figueiredo, 2007; Jani-Le Bris, 1994; Lage, 2005; Marques, 2007).

A percepção e descrição da vivência do prestador de cuidados, pelas/os enfermeiras/os, está confinada aos itens: o *conhecimento* e as *capacidades*, que demonstra e os *recursos* de que dispõe. As enfermeiras/os sustentam-na com base na observação, aquando da visita domiciliária. Procedem ainda à avaliação dos prestadores de cuidados, considerando as competências subjacentes, para tal usam a estratégia de não terem uma marcação definida da visita domiciliária, o que permite em qualquer momento avaliar a multiplicidade de factores que integram o ambiente actuante e a qualidade dos cuidados prestados (De la Rica e Hernando, 1994; Petronilho, 2006).

As dificuldades na preparação do prestador de cuidados são: o *tempo*, a *assunção do papel de prestador de cuidados*, a *alternância do cuidador*, a *dificuldade de perceber* (literacia/cognição), os *recursos financeiros* e a *sobrecarga*. O factor *tempo* incide sobre dois actores: a enfermeira e o prestador de cuidados. Relativamente à enfermeira, compreende a frequência das visitas domiciliárias e a duração das mesmas (De la Rica e Hernando, 1994). Quanto ao prestador de cuidados, abrange o período de que estes dispõem, para assumirem conscientemente este papel, e a distribuição dos cuidados a prestar quer em qualidade (variedade de funções a desempenhar) quer em quantidade (numero de tarefas a realizar ao longo do dia). Considerando a *assunção do papel de prestador de cuidados*, esta ocorre sem a conscientização do actor em questão ou mesmo por obrigação o que dificulta o trabalho deste papel (Castro, 2008; Monteiro, 2010). A *alternância do cuidador*, constitui um desafio porque, não só dificulta a continuidade do padrão de cuidados a implementar, como quando

alguns dos cuidadores residem fora do local de abrangência da unidade de saúde em questão, se perde por completo o seu acompanhamento (Figueiredo, 2007). A *dificuldade de perceber* (literacia/cognição), está intimamente ligada quer com o grau cultural dos prestadores de cuidados, quer com a idade dos mesmos (Sequeira, 2010). O não entendimento do conhecimento necessário, implica estratégias de abordagem que garantam a prestação de cuidados essenciais a quem deles necessita. Há discursos que referem as crenças, as quais põem em causa a qualidade dos cuidados que garantem a manutenção de um estado de boa saúde quer do idoso que é cuidado, quer do seu próprio prestador de cuidados. Quanto aos *recursos financeiros*, constituem uma importante condicionante dos prestadores de cuidados idosos. Sendo muitos deles reformados, os *recursos financeiros* de que dispõem, são parcos (Caldas, 2003; Castro, 2008; Ferreira, 2008; Marques, 2005; Marques, 2007; Martins, Pais Ribeiro e Garrett, 2005; Sequeira, 2010). A *sobrecarga*, resultado desta multiplicidade de factores, apresenta duas vertentes para a incidência do plano terapêutico: a sua prevenção e a recuperação do prestador de cuidados quando já instalada (Caldas, 2003; De la Rica e Hernando, 1994; Ferreira, 2008; Marques, 2005).

Considerando os *objectivos da preparação do prestador de cuidados* emergem os propósitos: *prestar cuidados com qualidade, prevenir o stress do prestador de cuidados e promover a autonomia do prestador de cuidados*. *Prestar cuidados com qualidade* abrange áreas como o conhecimento, as capacidades/habilidades, a integração do prestador de cuidados na equipa de saúde enquanto decisor (Grelha, 2009; Petronilho, 2006). Releva-se também a visão deste enquanto fiel cumpridor das prescrições instituídas pelos enfermeiros. Gonçalves (2008, p. 67) afirma:

“o estilo de enfermagem tradicional, centrada no enfermeiro, tem os profissionais a controlar a informação, tomando decisões em nome das famílias. Estes enfermeiros acreditam que sabem o que é melhor para o doente, em contraste com o estilo de enfermagem centrado no utente, que respeita as necessidades individuais e a autonomia; consulta-os como iguais e facilita-lhes toda a informação para poder participar na tomada de decisão”.

Relativamente ao *prevenir o stress do prestador de cuidados* incide sobretudo na prevenção, pelo que são apontadas condutas como: dosear a informação, acompanhar o prestador de cuidados, incentivar ao repouso do cuidador, e explorar a recompensa do cuidado, procurando que o prestador de cuidados encontre na sua missão um processo de auto-realização e de felicidade. Quanto a *promover a autonomia do prestador de cuidados*, a sua

abordagem é um pouco vaga, concretizando timidamente a sua inclusão enquanto decisor na equipa de saúde (Grelha, 2009).

As estratégias de *Educação para a Saúde do prestador de cuidados* são: *demonstrar, fornecer literatura, aconselhar e ensinar*. Após a avaliação das dúvidas/necessidades do prestador de cuidados, as enfermeiras/os recorrem à demonstração e ao ensino (Petronilho, 2006). Por vezes recorrem à distribuição de panfletos, outros tipos de literatura, (Gonçalves, 2008) impressa de sites da Internet, ou aconselham determinados sites, de acordo com as características da pessoa cuidadora. Também Petronilho (2006, p. 137) refere no seu estudo que: *“Estes resultados suportam a ideia de que o acesso à informação escrita por parte dos cuidadores, contribui para melhorar os seus conhecimentos e capacidades e responder, assim de forma mais adequada aos desafios de saúde em contexto familiar. A informação escrita constitui, também, um recurso valioso para clarificar algumas dúvidas que possam surgir enquanto estão sozinhos”*. Dão primazia à relação terapêutica, privilegiando a relação de ajuda, saber escutar, favorecer a exposição de dúvidas e gerar momentos de observação, considerando o prestador de cuidados.

As *estratégias de informação dos prestadores de cuidados* centram-se nos focos: *Conhecimento e Capacidades*. Maioritariamente a opção é a aprendizagem de capacidades, tendo em conta factores condicionantes como a idade, o grau cultural, a escolaridade, o tempo disponível para dedicar ao prestador de cuidados. Efectivamente ensinar a fazer é mais simples do que fornecer o que o fundamenta, o conhecimento. Em plena sintonia Azevedo (2010, p. 92) afirma:

“o desenvolvimento de competências cognitivas ou instrumentais do prestador de cuidados, identificam os diagnósticos de enfermagem centrados nas dimensões do conhecimento e aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados, relativos aos focos de atenção associados à condição do doente que determina a dependência de um prestador de cuidados. De facto, cuidar de um doente implica que o prestador de cuidados tenha de assumir novas funções e ajustar-se às mudanças que a doença produz no seio do indivíduo e conseqüentemente da família, envolvendo a aquisição de novas competências e novos conhecimentos para o desempenho das actividades como cuidador.

As enfermeiras/os procedem à *monitorização os resultados* das intervenções implementadas, tomando por alvo o prestador de cuidados, recorrendo à observação e à entrevista. A

observação, aquando da visita domiciliária, recai sobre o prestador de cuidados mas também sobre o idoso sob seus cuidados. O estado do idoso pode constituir um indicador da qualidade dos cuidados que são prestados. A entrevista ocorre de modo informal, onde de forma empírica é possível por algumas questões simples ou até pela solicitação do prestador de cuidados avaliar os cuidados dispensados (De la Rica e Hernando, 1994).

Em sintonia com o encontrado por outros autores, os focos de atenção em enfermagem, que o *processo de cuidados* integra mais frequentemente são: o *Conhecimento* (Azevedo, 2010), a *Aprendizagem de habilidades* (Azevedo, 2010), o *Stress do Prestador de Cuidados* (Ferraz, 2003; Sequeira, 2010), os *Tegumentos* (Azevedo, 2010), as *Quedas* (Petronilho, 2006), o *Autocuidado* (Azevedo, 2010) e a *Gestão do Regime Terapêutico* (Azevedo, 2010; Petronilho, 2006). Os beneficiários relativamente aos quais as enfermeiras/os documentam no processo de cuidados, focos e intervenções, são o idoso dependente e o seu cuidador. Maioritariamente os registos são alocados ao idoso dependente, pelo que os focos essencialmente referem necessidades de cuidados do idoso e não do seu prestador de cuidados. O motivo evocado para tal decisão é o factor tempo gasto nos registos.

As vias, que garantem a coordenação e articulação da continuidade de cuidados são: a *carta*, a *partilha* e o *telefone*. A carta de transferência, denominada de “carta de alta”, chega à enfermeira/o de família através do próprio utente, do prestador de cuidados ou de um familiar (Petronilho, 2006). Ferraz (2003, p. 146) explicita que: “*verifica-se que as cartas de alta de enfermagem ainda não são uma prática comum, sendo estas consideradas um factor importante para a continuidade de cuidados*”. A partilha de informação (suporte informático) constitui outra via de informação, contudo a mesma apresenta problemas de morosidade e falta de ligação (Azevedo, 2010). A outra via é o telefone (Brennan, 1997; Grant e outros, 2011; Marques, 2007), que constitui um recurso de excepção, essencialmente para garantir continuidade de determinados cuidados específicos ou alertar situações singulares que requerem vigilância ou actuação diferente. Castro (2008, p. 135-136) afirma que:

“Com o propósito de diminuir o fosso existente entre o meio hospitalar e os cuidados de saúde primários, pensamos que para além da carta de transferência de enfermagem, os enfermeiros deveriam contactar, telefonicamente e através dos meios informáticos disponíveis nos dias de hoje, o enfermeiro de família do doente, informando-o da nova situação daquela família, particularmente do doente e cuidador”.

Relativamente à documentação *de múltiplas intervenções* sobressaem as estratégias: *documentação de uma única intervenção* (conduta adoptada pela maioria das/os enfermeiras/os), não havendo registo das restantes e *documentação de todas as intervenções simultâneas*. As justificações referidas são: desfasamento temporal entre a realização das intervenções e o seu registo, dado que só no final de realizar todas as visitas domiciliárias é que é possível proceder ao registo. Falta de tempo, dado o número de utentes ou ainda a intensidade de carga de trabalho que este tipo de utentes comporta. Face aos cuidados e às múltiplas intercorrências, os enfermeiros optam pela prestação de cuidados de enfermagem de qualidade em detrimento dos registos.

Os registos de enfermagem são alocados ao idoso e ao prestador de cuidados. No entanto a maioria das enfermeiras/os fá-lo ao idoso. As razões para esta opção são essencialmente três. A condição de saúde do idoso, a qual pode reflectir a qualidade do prestador de cuidados. Aliás Petronilho (2006, p. 154) afirma que: “*os conhecimentos e capacidades dos membros da família prestadores de cuidados são determinantes para a condição de saúde do doente*”. E registar no processo de um só beneficiário é mais rápido e a identificação do prestador de cuidados via a pessoa que é cuidada (idoso) é mais fácil. Importa também salientar que Pereira (2011, p. 65) afirma:

“na prática o que se verifica é que os serviços de saúde se encontram organizados em torno do doente, sendo que o cuidador se situa numa posição periférica ou também designada de marginal. Nesta lógica os cuidadores são encarados como recursos e conseqüentemente as intervenções dos profissionais de saúde são orientadas no sentido da manutenção deste papel. Estudos realizados revelam que os enfermeiros limitam as suas intervenções junto da população idosa a situações de crise, apostando pouco na educação para a saúde, na avaliação das situações, e não prestam apoio de uma forma continuada”.

Em síntese sobressaiem alguns aspectos que merecem o nosso destaque. Face à importância da avaliação inicial, a qual constitui o substrato para todo o planeamento de cuidados, destacamos a falta de instrumentos pensados para ajudar na consecução desta. Percebemos também que se verifica uma priorização dos problemas reais, sobressaindo a ausência de uma estratégia a longo prazo de orientação e monitorização das famílias. Assim, aparentemente a concepção dos cuidados foca-se sobretudo nos cuidados instrumentais em detrimento da promoção da autonomia e de “ensinar a lidar com situações problemáticas”, a promoção do potencial do bem-estar.

Percebemos também que as áreas de intervenção são bem identificadas mas os conteúdos não são explícitos. Apuramos que recorrem ao treino mas não operacionalizam como o concretizam, que plano devem seguir, como avaliam e se o prestador de cuidados atingiu as competências pretendidas. Referem e reconhecem a importância da consciencialização do papel do prestador de cuidados, contudo não concretizam o que e como a fazemos. O factor tempo e a falta de recursos são apontados enquanto causas impeditivas de um cuidado mais holístico e personalizado, contudo aparentemente, não é visível a alocação de tempo à estratégia terapêutica individualizada.

Para perceberem e descreverem a vivência e a experiência do prestador de cuidados, referem o conhecimento, as capacidades e os recursos, contudo, faria sentido que enunciassem alguns indicadores que tivessem por referência para avaliar esta vivência, tal como para monitorizarem os resultados. Também não fica evidente como avaliam as capacidades dos cuidadores. Muito embora o prestador de cuidados seja integrado enquanto parceiro de cuidados a sua vertente enquanto beneficiário dos cuidados a maioria das vezes não está individualizada no seu processo. Aparentam algum afastamento como se sentissem impotentes para ajudar.

Sobressai também a necessidade de uniformizar critérios de registo, considerando o prestador de cuidados de forma individualizada e não alocado ao idoso sob cuidados e dissecando as diferentes intervenções ainda que executadas no mesmo momento.

ESTUDO 4

*Preparação do Regresso a Casa do Prestador de Cuidados do Idoso
com Compromisso do Autocuidado.*

Estruturação de um modelo de acompanhamento

1 - INTRODUÇÃO

A família tem um papel preponderante na assistência aos seus membros, segundo Nolan, Grant e Keady (1996, p.13) “*a família fornece atualmente 77 a 80 % de todos os cuidados necessários*”. Tal pressuposto descerra-nos um universo de cuidados imenso, para o qual a enfermagem compreende respostas profícuas e ajustadas à peculiaridade de cada família. Losada e outros (2007, p.60) afirmam-nos que:

“(...) os familiares cuidadores devem ser vistos tanto como recursos essenciais na assistência a pessoas dependentes, como objectivos em si mesmo da assistência comunitária. A política social deve habilitar mecanismos que facilitem a manutenção e aproveitamento deste recurso básico que se supõem as famílias, assim como estabelecer mecanismos que facilitem uma aliança sólida entre estas e os serviços comunitários”.

Em plena sintonia com o exposto, este estudo constitui o corolário dos três estudos realizados anteriormente, em que no primeiro caracterizamos os prestadores de cuidados de idosos com compromisso do autocuidado, e os respectivos idosos, de modo a percebermos quais as necessidades de cuidados de enfermagem emergentes. No segundo, procuramos compreender a percepção dos enfermeiros relativamente às necessidades de cuidados de enfermagem dos prestadores de cuidados de idosos com compromisso do autocuidado, suportando-nos nos registos de enfermagem referentes aos prestadores de cuidados que integraram o estudo anterior, contidos no SAPE, das instituições onde realizamos os nossos estudos. E no terceiro, foi nosso intuito compreender a percepção dos enfermeiros quanto à estruturação do processo de cuidados, considerando as necessidades de cuidados, do prestador de cuidados de idosos com dependência no autocuidado. Para tal entrevistamos o total de enfermeiras que integravam o Centro de Saúde de Leça da Palmeira e suas três Extensões de Saúde (Lavra, Perafita e Santa Cruz do Bispo). Rice (2004) expressa-nos que é essencial efectuar uma correcta avaliação descritiva dos problemas dos prestadores de cuidados de modo a estabelecer um aferido planeamento de cuidados com objectivos e intervenções bem definidas. Com base no adquirido, alicerçamos o presente estudo, o qual tem por finalidade, no âmbito da preparação do regresso a casa, estruturar um modelo de acompanhamento do prestador de cuidados de idosos com compromisso no autocuidado, atendendo às

competências a desenvolver, à frequência e tipologia/natureza de contactos e às estratégias subjacentes ao processo formativo.

Com o intuito de dar cumprimento à finalidade a que nos propusemos, enunciamos as seguintes questões de partida:

- Quais as competências a desenvolver pelo prestador de cuidados no âmbito da promoção da autonomia do idoso com compromisso do autocuidado, sob seu cuidado.
- Quais as competências a desenvolver pelo prestador de cuidados no âmbito do executar pelo idoso com compromisso do autocuidado, sob seu cuidado.
- Quais as competências a desenvolver pelo prestador de cuidados de idosos com compromisso do autocuidado no âmbito da preservação da sua condição de saúde.
- Qual a frequência de contactos a estabelecer com o prestador de cuidados de idosos com compromisso do autocuidado, considerando o processo de regresso a casa.
- Qual a natureza dos contactos (presencial ou telefónico) a estabelecer no decurso do *follow-up* do prestador de cuidados de idosos com compromisso do autocuidado.
- Quais as estratégias adequadas a instituir no acompanhamento do prestador de cuidados de idosos com compromisso do autocuidado.
- Quais os conteúdos a abordar com o prestador de cuidados de idosos com compromisso do autocuidado.
- Quais os métodos pedagógicos a utilizar na abordagem do prestador de cuidados de idosos com compromisso do autocuidado.

2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Escolhemos uma metodologia que garantisse a partilha de saberes, face ao universo de cuidados, prestador de cuidados, de modo a caucionar o esgotar da captação de informação necessária ao nosso projeto. Os “*focus groups*/grupos focais” constituíam a melhor metodologia, na medida em que por meio participativo, suportado num grupo de eminentes peritos, nos permitiria construir o modelo pretendido de forma consolidada.

De acordo com Gomes e Barbosa (1999, p. 1) esta metodologia consiste num “*grupo de discussão informal e de tamanho reduzido, com o propósito de obter informações de carácter qualitativo em profundidade*”. Sim (1998, p. 246) acrescenta que é “*um grupo de entrevistados, centrados num tópico específico (“focus”) e facilitado ou coordenado por um moderador ou facilitador o qual procura gerar, antes de tudo, dados qualitativos, capitalizando-os pela interação das definições do grupo*”. Morgan (1997, p.11) afirma que “*os grupos focais são um método de investigação qualitativa. Como tal, usam-se discussões de grupo orientadas de modo a gerar uma maior riqueza na compreensão das experiências e crenças, dos participantes*”. Também Krueger e Casey (2009, p.2) afirmam que esta metodologia é “*um tipo especial de grupo. É um tipo de meio para melhor entender o que as pessoas sentem ou pensam acerca de um assunto, produto ou serviço*”. Gomes (1999, p.3) completa ainda afirmando “*o focus groups é referido como uma técnica utilizada por profissionais de marketing e que atualmente tem sido apropriada por investigadores de diversas áreas do conhecimento como antropólogos, sociólogos, psicólogos, educadores, enfermeiros dentre outros profissionais*”.

O dealbar dos *grupos focais*, de acordo com Krueger e Casey (2009), ocorreu em 1930 quando investigadores da área social procuraram alternativas de condução de entrevistas. Tradicionalmente eram utilizados, nas entrevistas individuais, enquanto questionários de questões fechadas, as quais encerravam uma grande desvantagem, o respondente estava limitado, o que levava a resultados influenciados ou até omitidos, pelo investigador. Stuart

Rice em 1931 foi um dos primeiros investigadores a demonstrar preocupação quanto ao exposto anteriormente (Krueger e Casey, 2009). Contudo, o primeiro *focus group* foi realizado em 1941 por Merton, com o objectivo de ajudar Paul Lazarsfeld, da *Office of Radio Research at Colombia University*, na sua tabela de respostas da audiência de programas de rádio, o que motivou a que este seja considerado, unanimemente por parte da comunidade científica, o “pai” do *focus group*” (Galego e Gomes, 2005; Vaughn e outros, 1996).

Merton, também estudou a moral dos militares do departamento de Guerra dos EUA (Krueger e Casey, 2009). Apesar do trabalho de Merton,

“a aceitação dos grupos focais e metodologias qualitativas estava atrasada nos círculos académicos por várias razões: preocupação com os procedimentos quantitativos, suposições acerca da natureza da realidade e a tendência social para acreditar nos números. A investigação da ciência social presta atenção aos desenhos experimentais, grupos de controlo e randomização. Foi na década de 50 que a comunidade do mercado de investigação pragmática começou a utilizar os grupos focais” (Krueger e Casey, 2009, p.3).

No pós-guerra a reconstrução era inevitável, bem como a retoma da produção industrial. Foi então necessário auscultar os mercados de modo a tornar os produtos mais atrativos, logo mais vendíveis. Esta necessidade de tornar os produtos mais atrativos levou à utilização do método de Merton (Krueger e Casey, 2009). Desde 1950 que foi notório um incremento na utilização desta metodologia, verificando-se nos EUA a emergência de empresas que selecionavam e recrutavam pessoas para integrar nestes estudos de mercado, providenciavam salas com espelhos de sentido único, gravação de áudio e vídeo e refeições para os intervenientes nos estudos (Krueger e Casey, 2009).

Com a década de 80 os investigadores redescobriram os *grupos focais* pela aprendizagem da pesquisa de mercado. A partir de então passaram a utilizar esta metodologia no contexto académico. Muitos destes investigadores optaram por trabalhar com Merton, para melhor dominarem esta metodologia. Atualmente mantém-se o uso no âmbito dos estudos de mercado, nos estudos da comunidade académica, a nível público sem fins lucrativos, em comunidades científicas (membros e voluntários), a nível internacional, onde se verifica disparidade de cultura, linguagem e tradições e por fim em diferentes concretizações da metodologia mantendo a entrevista tradicional, via telefone e ainda via internet (Krueger e Casey, 2009).

Os “*grupos focais permitem determinar as percepções, os sentimentos e o que pensam os entrevistados sobre uma questão, produtos, serviços e oportunidades*” (Krueger e Casey, 2009, p.8) Também Gomes e Barbosa (1999, p.1) afirmam que o objectivo principal é “*revelar as percepções dos participantes sobre os tópicos em discussão*”. Deste modo podem subsidiar a tomada de decisão. São múltiplas as vantagens dos grupos focais segundo os autores, destas destacamos as que melhor fundamentam as razões da nossa opção, ao assumi-los enquanto método do nosso estudo. Trata-se de uma técnica de baixo custo, mais inclusiva, dado permitir a colheita de dados por meio da interação com o grupo sobre um tema definido pelo investigador, possibilitando a clarificação das respostas menos objetivas (Butler, 1996; Gomes, 2004; Morgan, 1997; Stewart e Shamdasani, 1998). Das respostas obtidas há grande riqueza de dados sem grande artificialidade pois permite a espontaneidade e também a partilha de opiniões o que aclara melhor os pontos de vista, por outro lado favorece a participação dos que se sentem intimidados numa entrevista (Goldman, 1962; Stewart e Shamdasani, 1998; Vaughn e outros, 1996).

Contudo os autores também referem limitações, sendo que uma delas é o facto de não podermos generalizar os achados, dado o numero limitado de participantes (Gibbs,1997; Gomes, 2004; Stewart e Shamdasani, 1998). A experiência do moderador condiciona a qualidade das respostas obtidas, por outro lado é difícil para o investigador, perceber qual o ponto de vista individual, dado que o grupo age como um todo. Salientam ainda que este método não contempla o anonimato, já que se realiza em grupo, verificando-se a exposição de quem participa (Gibbs,1997; Stewart e Shamdasani, 1998). Pode ainda haver participantes que monopolizem a intervenção ou desencadearem polémicas (Gomes, 2004).

2.1 - PARTICIPANTES

De acordo com a metodologia dos grupos focais, o número de participantes é variável, sendo mais frequentemente citado de 6 a 12 elementos (Galego e Gomes, 2005; Krueger e Casey, 2009; Powell e Single, 1996; Vaughn e outros, 1996). Krueger e Casey, (2009) salientam que o grupo não deve ser inferior a 4 elementos, pois tal facto condicionaria a uma diminuta riqueza de ideias. Contudo o número diminuto, pode constituir uma estratégia específica,

sendo apelidado de “mini-Grupo Focal” tendo a vantagem de ser acomodado em pequenos espaços e até em locais sociais (Krueger e Casey, 2009). Relativamente ao presente trabalho optamos por uma amostra de conveniência constituída por um grupo de peritos, o qual integra oito enfermeiros docentes (47,06%) e investigadores relativamente à temática dos cuidados informais e por nove enfermeiros da prática clínica (52,94%) em actividade clínica e simultaneamente com experiência em coordenação e gestão de cuidados que tomam por beneficiário o prestador de cuidados. Inicialmente, a nossa proposta de grupo de peritos, integrava 19 enfermeiras/os, sendo que dois destes não puderam nunca participar, tendo ficado confinado a 17 elementos. O que se encontra em total concordância com o disposto por Merton, Fiske e Kendal (1990, p. 137) os quais indicam que:

“o tamanho do grupo deve ser manifestamente gerido por duas considerações: Ele não deve ser tão grande de modo a ser pesado ou que impeça a participação adequada pela maioria dos membros, nem deve ser tão pequeno que não forneça substancialmente uma cobertura maior do que a de uma entrevista individual. A experiência sugere, que os dois propósitos serão melhor alcançados num grupo de entrevista composto entre 10 a 12 pessoas. Sob certas condições, verificou-se ser possível aumentar este número ligeiramente, para 15 a 20, sem deterioração indevida no valor nos dados de entrevista e com um algum de ganho na sua extensão. Se, por exemplo, o total da amostra de entrevistados potenciais é suficientemente grande ou suficientemente homogénea para tornar possível para cada grupo de entrevistados, ser constituída por pessoas com fundo social semelhante e do mesmo grau de inteligência e educação, o tamanho do grupo pode ser ampliado sem sacrificar as contribuições de todos os seus membros”.

Destacamos ainda que, em conformidade com o exposto na literatura, atendemos à homogeneidade do grupo (Krueger e Casey, 2009; Vaughn e outros, 1996). Krueger e Casey (2009). Procuramos que as pessoas tivessem características adequadas ao estudo, de modo a que os seus pontos de vista fornecessem dados qualitativos, os quais proviessem da discussão em grupo, sobre um dado foco, que aclarasse e ajudasse a compreender o tema de interesse. A selecção dos peritos teve os seguintes critérios:

- Ser docente de enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto e investigador relativamente à temática do prestador de cuidados.
- Ser enfermeiro da Unidade Local de Saúde de Matosinhos com funções de coordenação e gestão de cuidados que tomam por beneficiário o prestador de cuidados.

Relativamente às idades dos dezassete participantes, situam-se entre um mínimo de 31 anos e um máximo de 51 anos. Verificamos uma média de 41,53 anos, um desvio padrão de 5,62 anos, uma mediana de 42 anos e a moda de 43 anos. Relativamente ao sexo 88,24% (15) pertencem ao sexo feminino e 11,72% (2) ao masculino.

Quanto ao tempo de serviço dos peritos constatamos um máximo de 29 anos e um mínimo de 7 anos. Destes verifica-se uma média de 18,24 anos com um desvio padrão de 5,43 anos. A moda e a mediana são de 19 anos respectivamente. Quanto às habilitações literárias verificamos que 41,18% (7) são licenciados, 52,94% (9) possuem o mestrado e 5,88% (1) são doutorados. Relewa-se ainda que todos possuem o curso de especialização em enfermagem, sendo que: 23,53% (4) em Saúde Mental e Psiquiatria, 52,94% (9) em Saúde Comunitária / Saúde Pública, 17,65% (3) em Médico-cirúrgica e 5,88% (1) em Saúde Infantil e Pediatria. Relativamente à categoria profissional, 23,53% (4) exercem enquanto enfermeiros especialistas, 17,65% (3) são graduados, 11,76% (2) são enfermeiros chefes, 35,29% (6) são professores adjuntos, 5,88% (1) são professores coordenadores e título de especialista, respectivamente.

2.2 - MATERIAL

Considerando a finalidade do estudo e as perguntas de partida estruturamos um conjunto de questões, “*Rota de questionamento ou guião de entrevista*” (Krueger e Casey, 2009, p.7) ou “*Roteiro de Discussão*” (Gomes e Barbosa, 1999, p.2), que nos permitiram conduzir as sessões de grupos focais (Anexo VI). As questões colocadas seguiram uma lógica pré-preparada pelo investigador, partindo do geral para o específico (Krueger e Casey, 2009).

2.3 - PROCEDIMENTO

As entrevistas realizaram-se em cinco momentos distintos, decorrendo de Junho a Outubro de 2011, momento em que consideramos saturada a informação pretendida. Dada a natureza do objecto do estudo optamos por um único grupo de peritos. De acordo com (Vaughn e outros, 1996, p.5) “*a maioria dos pesquisadores concordam que é sensato realizar apenas*

um único grupo focal". A selecção do local teve por base a facilidade de deslocação dos diferentes peritos, bem como garantir o quórum, pelo que optamos por efectuar as entrevistas na sala de reuniões do Centro de Saúde de Leça da Palmeira, fazendo coincidir a data das mesmas com eventos de ordem profissional, dos actores envolvidos, marcados para o mesmo local em horas distintas. Salientamos ainda que a referida sala garantiu excelentes condições para a gravação áudio das entrevistas. O tempo despendido em cada entrevista variou entre uma hora e meia e duas horas. O que se encontra em plena sintonia com o disposto por diferentes autores, os quais também referem que o tempo varia com o objecto da investigação e o número de elementos (Gomes e Barbosa, 1999; Kitzinger, 1995; Powell e Single, 1996; Stewart e Shamdasani, 1998; Vaughn *e outros*, 1996).

Salientamos ainda que as referidas entrevistas foram sustentadas em questões propostas pela coordenação do referido projecto e por outras que achamos oportunas no esclarecimento das respostas obtidas. As questões formuladas eram de natureza aberta o que permitiu que os diferentes elementos do grupo se influenciassem entre si e respondessem abrangendo as diferentes dimensões do foco em questão, pelo que os dados obtidos da entrevista são de natureza qualitativa. O que se configura com o explícito por Krueger e Casey (2009). A primeira entrevista serviu para a apresentação dos diferentes peritos, da finalidade, dos objectivos e do método do estudo em questão. Serviu ainda para apresentarmos o método e resultados dos estudos anteriores do nosso projecto, que subsidiaram o estudo actual. Seguindo o preconizado por Krueger e Casey (2009) e Vaughn *e outros* (1996). No início de cada uma, das restantes entrevistas foi dado um feed-back relativo à análise de conteúdo da entrevista anterior, de modo a apurar e esgotar os focos em questão. Todas as entrevistas foram gravadas, recorrendo a um gravador digital e a uma câmara vídeo, a qual apenas gravou o registo áudio, afim de à posteriori se proceder à transcrição integral das entrevistas e realizar a respectiva análise de conteúdo. Conforme o sugerido por vários autores (Britten, 1995; Gomes e Barbosa, 1999; Krueger e Casey, 2009; Lewis, 2000; Morgan, 1997; Sim, 1997). A gravação do som com câmara vídeo permitiu, dadas as características técnicas da captação de som, registar com melhor qualidade as vozes dos peritos, não ficando em causa a audibilidade dos discursos proferidos por acção de ruídos parasitas. Foram ainda redigidas notas de campo, as quais se mostraram complementares face ao proferido pelos peritos, conforme o preconizado na literatura, (Gomes e Barbosa, 1999; Krueger, 1997; Krueger e Casey, 2009; Lewis, 2000; Morgan, 1997; Ruff, Alexander e McKie, 2005).

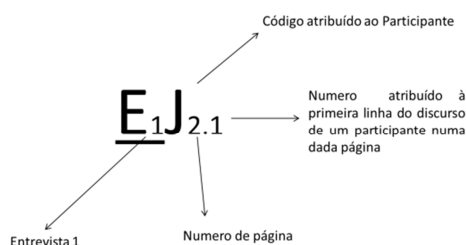
Há autores que sugerem a gravação vídeo, contudo, de acordo com Krueger e Casey (2009), este meio audiovisual pode intimidar alguns participantes. O controlo do número de assuntos por entrevista constituiu uma preocupação, de modo a não dispersar a discussão. Foi ainda nosso intento prevenir a monopolização discursiva. Gomes e Barbosa (1999) referem que o máximo de assuntos por entrevista é de cinco, sendo expostos sob a forma de tópicos. Salvaguardando também que cada elemento falará cerca de dez minutos. Optámos por uma moderação assegurada por duas pessoas, as quais estiveram presentes em todas as entrevistas. A moderação procurou assumir um papel de mediação sem interferir no apurado, visando garantir a máxima clarificação do proferido, bem como direccioná-lo aos focos de debate (Goldman, 1962; Gomes e Barbosa, 1999; Vaughn *e outros*, 1996).

2.3.1 - ANÁLISE DE DADOS

Após a realização de cada entrevista de *grupos focais*, procedemos à audição e transcrição, integral da mesma (Lewis, 2000). Da transcrição, removemos tudo o que era acessório e que não relevava para o objecto do estudo, de modo a não expor os actores em questão. A transcrição foi feita pelo próprio investigador, o que garantiu um conhecimento mais pormenorizado dos *feed-backs*, permitindo, sempre que necessário, o relançar das questões na sessão seguinte, de modo a apurar plenamente os dados (Krueger e Casey, 2009). Esta opção seguiu o exposto por Strauss e Corbin (2008, p.53), os quais referem que: “*Nessa metodologia, coleta e análise de dados ocorrem em sequências alternativas. A análise começa com a primeira entrevista e observação que conduz à próxima entrevista ou observação, seguida por mais análise, mais entrevistas ou trabalho de campo, e assim por diante. É a análise que conduz a coleta de dados.*”. Face aos dados transcritos procedemos à sua análise de conteúdo, esta foi feita segundo o preconizado para os estudos de investigação qualitativa (Bowling, 2009; Kitzinger, 1995; Krippendorff, 2004; Lewis, 2000; Stevenson *e outros*, 2000). Apoiando-nos no modelo de Strauss e Corbin (2008) recorremos a um processo de codificação a qual nos permitiu a identificação das *propriedades* (“*características de uma categoria, a delimitação do que define e dá significado a essa categoria*”) e *dimensões* (“*âmbito ao longo do qual as propriedades gerais de uma categoria variam, dando especificação à categoria e variação à teoria*”) (Strauss e Corbin, 2008, p.103). A estratégia de codificação que adotámos foi um conjunto de duas letras, em que à primeira (*E*, a qual significa entrevista), segue-se um algarismo, o qual indica o número da entrevista; segue-se a

segunda letra, (código atribuído ao participante), após a qual está um algarismo ou número que corresponde ao número de página, seguindo-se um ponto e após este está um algarismo ou número que traduz a primeira linha do discurso de um participante, numa dada página (figura 25). Em cada página, de cada entrevista, iniciamos a numeração respeitante a cada primeira linha do discurso de cada participante.

Figura 25 - Representação esquemática da codificação



No seguimento dos pressupostos teóricos relativos ao método, procurámos de forma objectiva, tendo por base as perguntas de partida, estruturar o nosso trabalho procurando que este permita uma leitura clara e esclarecedora. Realizámos sucessivas leituras, tantas quantas as necessárias, de modo a apossarmo-nos do contexto e procedermos à codificação do corpus de análise, conforme o preconizado por Bowling (2009). À medida que colhíamos dados, procedíamos à sua codificação e análise, conforme o descrito por Streubert e Carpenter (2002) e Strauss e Corbin (2008). Recorremos à microanálise, a qual segundo Strauss e Corbin (2008, p.65) é: “*a análise detalhada linha por linha, necessária no começo de um estudo para gerar categorias iniciais (com suas propriedades e suas dimensões) e para sugerir relações entre categorias; uma combinação de codificação aberta e axial*”. Na mesma coerência prosseguimos para a *codificação aberta*, em sintonia com o expresso por Strauss e Corbin (2008, p.103) a qual constitui um: “*processo analítico por meio do qual os conceitos são identificados e suas propriedades e suas dimensões são descobertas nos dados*”. Desta evoluímos para a *codificação axial*, sendo esta um: «*o processo de relacionar categorias às suas sub-categorias, é chamado de “axial” porque ocorre em torno do eixo de uma categoria, associando categorias ao nível de propriedades e dimensões*» (Strauss e Corbin, 2008, p.123).

Neste segundo passo chegamos a cinco categorias com as respectivas subcategorias, as quais emergiram suportadas nos discursos proferidos pelos peritos de forma indutiva. Guerra (2010) concretiza que estes dados estão muito próximos do material das entrevistas. No sentido de evidenciar os constructos que suportam as diferentes categorias, suportando-nos em Krueger e

Casey (2009) e em Guerra (2010) optámos pela codificação por meio de cores, de modo a ficarem evidentes os eixos de discurso que as fundamentam. Adoptámos uma cor diferente para cada categoria. Face a cada categoria apuramos a existência ou não de subcategorias, fundamentando-as com eixos de discurso e literatura, tal como o explícito por Streubert e Carpenter (2002). Procedemos também à descrição dos processos subjacentes a cada categoria, os quais estão também fundamentados com recurso a eixos de discurso e literatura. No sentido de nos apropriarmos do dinamismo e do pormenor inerente a cada processo redigimos memorandos, os quais se revelaram essenciais. Para uma melhor compreensão dos processos, elaborámos esquemas gráficos. Por fim, procedemos também à análise selectiva, entendendo-se pelo “*processo de integrar e de refinar a teoria*” (Strauss e Corbin, 2008, p.143). Desta emergiu uma categoria, enquanto corolário das demais, aclarando um *modelo de acompanhamento do prestador de cuidados*. O critério que presidiu à decisão de finalizarmos a recolha de dados fundou-se na saturação teórica, a qual segundo Strauss e Corbin (2008, p.143) se define por: “*o ponto no desenvolvimento de uma categoria em que não surgem novas propriedades, dimensões ou relações durante a análise*”.

3 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

As/os enfermeiras/os que integraram o grupo de peritos, após de devidamente informadas/os quanto à finalidade e objectivos do estudo, acederam participar de forma voluntária. Gibbs (1997) e Powell e Single (1996) alertam para a necessidade de informar devidamente cada interveniente relativamente ao propósito do estudo e uso dos seus contributos. Obviamente deve ser garantida a confidencialidade dos contributos individuais de cada elemento. Não obstante e apesar da anuência verbal de cada um dos elementos, foi preenchido e assinado individualmente um termo de consentimento informado, (Anexo VII) de modo a formalizar a sua autorização. Mais se releva que posteriormente à análise e tratamento do material áudio recolhido, foi feita a apresentação ao grupo que constituiu a amostra e os respectivos dados foram destruídos, conforme as recomendações de Ruff, Alexander e McKie (2005).

4 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Procedemos à estruturação de um modelo, centrado nas competências a desenvolver, na frequência e tipologia de contactos a estabelecer e nas estratégias de ensino subjacentes ao processo formativo. Por uma questão de clareza quanto às categorias emergentes e descrição dos respectivos processos, integramos a apresentação e a análise dos dados numa única estrutura, devidamente documentadas com recurso a excertos de entrevistas. De modo a que os processos descritos estejam explícitos, optamos por concretizá-los esquematicamente. Procedemos ainda à fundamentação quer das categorias e subcategorias emergentes, quer dos processos apurados, recorrendo à literatura.

4.1 - PROMOÇÃO DA AUTONOMIA DO IDOSO

Com base nos discursos proferidos ao longo dos *grupos focais*, emergiu a categoria “*Promoção da autonomia do idoso*”. Do contexto discursivo sobressai que esta é uma atribuição do papel do enfermeiro, já que pressupõe intencionalidade face ao universo de respostas às necessidades de cuidados do idoso dependente... “(...), *uma coisa é eu promover a autonomia do idoso, e isto é um trabalho com um sentido, com um objectivo (...)*” (E1J2.1); “(...), *a finalidade, o fim ultimo é sempre a promoção da autonomia do idoso (...)*” (E1J10.6).

O processo de promoção de autonomia do idoso é complexo, o que condiciona a uma sistematização continuada do planeamento de cuidados, por parte do enfermeiro... “*Por isso é que a preparação do prestador de cuidados tem que ser uma coisa sistematizada...*” (E1N5.1). Pereira (2010, p. 30) afirma que:

“Através de uma abordagem sistémica e sistemática, num processo de tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efectuada a identificação da problemática do doente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados”.

Esta promoção da autonomia, considerando as necessidades de cuidados do idoso, procura integrar o cuidador informal na equipa de saúde e prepará-lo para a sua nova missão “(...) identificando as necessidades, e definindo claramente com o Prestador de Cuidados o que é que ele vai ter que fazer.” (E1J10.6). De acordo com Mota, Martins e Vêras (2006, p.327) “Uma das características da humanização hospitalar é a autonomia do paciente, de maneira que ele possa participar das decisões sobre o tratamento a ser realizado, o ambiente em que vai permanecer durante o seu internamento, o que ele irá comer, quando e como irá dormir”. Também Pereira (2010, p.50-51) advoga que:

“Como parceiros, os familiares têm um papel activo na prestação de cuidados e na tomada de decisões; como receptores de cuidados, eles necessitam de informação e acompanhamento por parte dos profissionais, a fim de desenvolverem competências para lidarem com a situação. Na relação enfermeiro/doente deve imperar o respeito e a confiança, numa base de partilha de conhecimentos que vise a crescente autonomia e mobilização de recursos para agir e mudar”.

A preparação do prestador de cuidados é concretizada, com base numa avaliação inicial deste prestador de cuidados e da pessoa sob seus cuidados, considerando o que lhe é peculiar. A mesma deve atender: às razões para a acção (volição, crenças e conhecimento), às competências e à experiência prévia. “É a identificação das necessidades reais, da pessoa dependente, e depois o trabalho que temos que fazer no sentido de identificação das necessidades, no dependente. E aquilo que é preciso de facto a pessoa fazer com vontade, substituir, e é o acompanhamento (...)” (E1J3.4); “(...) na primeira parte temos que perceber que é dar-lhes algum conhecimento, para que eles não sejam um obstáculo àquilo que têm que intervir. E muitas vezes eles são um obstáculo e são-no inconscientemente. A dado dia, num caso concreto, essa, postura que o cuidador assumia era muito empossada em crenças e em vivências anteriores (...)” (E1O2.6). Pereira (2010, p.50-51) explicita que:

“Ao nível da intervenção de enfermagem, pretende-se que o enfermeiro avalie com o doente as suas necessidades, tendo em conta a sua globalidade e a interacção familiar, e por um lado promova a tomada de decisão e por outro contribua para o desenvolvimento de competências que visem uma adequada adaptação aos problemas de saúde, num contexto da continuidade de cuidados. Neste sentido estamos perante um novo paradigma, em que o enfermeiro em vez de impor o seu conhecimento, o utiliza como um instrumento de empowerment, num contexto de parceria com o doente/família”.

Potter e Perry (2006, p. 158) acrescentam ainda que: “*As crenças sobre saúde, do utente ao seu cuidado, são motivadores poderosos, influenciados por uma série de variáveis. Deve conhecer essas mesmas crenças, por forma a avaliar os factores que poderão motivar a aprendizagem*”.

Pretende-se pois que este faça pelo idoso apenas aquilo que é necessário, não o substituindo de modo a que este quase que abdique de si próprio. «*Eu posso ter um padrão de substituição “qb”, que é aquilo que é necessário, é aquilo que é mesmo necessário fazermos, e até ao ponto em que é preciso fazer, e deixo que a pessoa faça por ela tudo aquilo que é capaz, tendo por base os conhecimentos, a força e a vontade, (...)*» (E1J2.1); Em sintonia com o exposto, a Ordem dos Enfermeiros (2003, p. 145) afirma que:

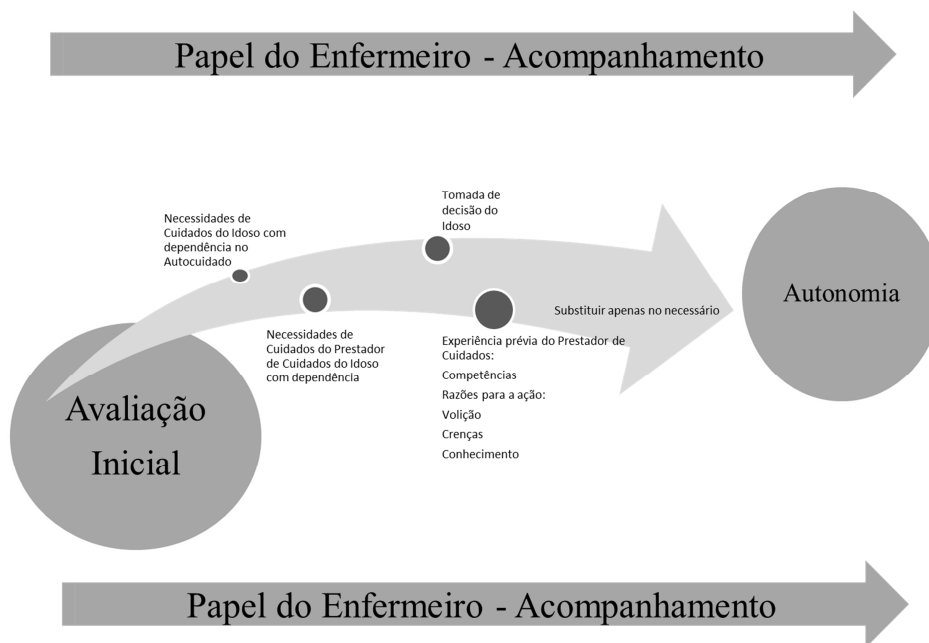
“os cuidados de Enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida; procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através dos processos de aprendizagem do cliente”.

Este paradigma apura-se quando na preparação deste prestador de cuidados implicamos, na medida do possível, o próprio idoso. “*(...) mas tem que ser adaptados a cada um dos casos e o prestador de cuidados e o utente eu acho que claramente têm que ser trabalhados em conjunto.*” (E1F6.11). Até porque o próprio idoso também determina o que... e como o fazer... «*E o próprio doente, muitas vezes tem a ideia: “eu quero que seja assim”, se for nomeadamente pai... ou mãe... também tem as crenças e muitas vezes tem que se trabalhar muito bem, (...)*» (E1F7.2).

Todo este processo requer tempo no qual o enfermeiro procede ao acompanhamento desta díade prestador de cuidados e pessoa cuidada... “*Exactamente, no fundo se estamos a trabalhar a autonomia ou a promoção da autonomia no idoso, o prestador de cuidados deve acompanhar exactamente para isso(...)*” (E1F6.13). Orem (1993, p.353) explicita que “*as necessidades de tempo de enfermagem variam com a natureza e causa dos deficits de autocuidado do doente associados às suas necessidades de autocuidado terapêutico e as suas capacidades de autocuidado, o desenvolvimento das suas capacidades de autonomia e a sua maturidade e interesses pessoais*”. Importa ainda, salientar, que autonomia é diferente de independência. Zoboli (2007, p. 318) afirma que “*autonomia é, muitas vezes,*

equivocadamente confundida com independência, de onde decorre que o respeito à pessoa autônoma resume-se a não interferir em suas decisões e escolhas”. A palavra autonomia deriva do grego, a qual segundo o Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia (2002, p. 454) significa: “*direito de reger-se segundo leis próprias*”. Também a Ordem dos Enfermeiros (2003, p. 143) refere que: «(...) *os enfermeiros orientam a sua intervenção mais para a saúde e para “contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”*»... Complementando e remetendo para “*Os Valores Humanos*” a Ordem dos Enfermeiros (2003, p. 91) afirma quanto ao *respeito pela autonomia* “*significa o reconhecimento de que a pessoa é um fim em si mesma – livre e autônoma, capaz de auto governar-se, de decidir por si mesma*”. De modo a aclararmos o processo de *promoção da autonomia do idoso*, realizamos o esquema explicativo do mesmo (figura 26).

Figura 26 - Representação esquemática da categoria “Promoção da autonomia do idoso”



4.2 - IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR DE CUIDADOS

Suportando-nos no adquirido dos *grupos focais* sobressaiu a categoria “*Identificação do prestador de cuidados*”. Dos discursos proferidos emergiram seis subcategorias: o “*Envolvimento*”, a “*Presença*”, “*Capacidades*”, a “*Disponibilidade*”, a “*Motivação*” e a “*Identificação Errónea do Prestador de Cuidados*”. Um dos critérios enunciado para a “*Identificação do Prestador de Cuidados*” é o “*Envolvimento*”, “*O envolvimento, isso está claro não é?!*” (E2I3.2). Outra característica que pondera a identificação é a “*Presença*”,

“(…) *de facto nota-se um que está mais presente, (...)*” (E2E3.10). Relevam também as “*Capacidades*”, “(…) *se demonstra mais capacidades para o fazer (...)*” (E2R3.12). Também sobressai a “*Disponibilidade*”, “(…) *Disponibilidade (...)*” (E5C1.2). É ainda realçada a “*Motivação*”, “(…) *A motivação desse próprio prestador.*” (E5G1.4). Por fim emerge a “*Identificação Errónea do Prestador de Cuidados*”, “(…) *E fala a nossa prática que temos do dia-a-dia que vêm do hospital referenciados como sendo uma pessoa determinado prestador de cuidados quando depois chegamos ao local e constatamos que realmente não é!*” (E2B3.14).

O processo de “*Identificação do Prestador de Cuidados*” compreende múltiplos critérios. O “*Envolvimento*” e a “*Motivação*”, constituem dois destes. Ambos são mencionados como tradutores de que o prestador de cuidados se implica no processo do cuidado, assumindo-o...“(…) *acho que na verdade o envolvimento que a pessoa tem.*” (E2E3.8). Fonseca (2010, p. 43) refere que: “*A prestação de cuidados é feita diariamente, o que revela um grande envolvimento das cuidadoras nas tarefas do cuidar*”... “*E mesmo a questão do envolvimento, não é?! Se a própria pessoa apesar de ter capacidades cognitivas, também, pretende ou quer estar a... o envolvimento ou a motivação... também quer estar a prestar esses cuidados.*” (E2G2.21)... Fonseca (2010, p. 21) (386) afirma que: “(…) *pode-se pensar na generatividade como uma motivação para ser cuidador ou, pelo menos, como uma predisposição para se adaptar ao papel de cuidador, especialmente nos adultos de meia-idade*”. Associadas a estes são referenciadas a “*Presença*” e a “*Disponibilidade*”, esta última enquanto demonstração de querer ser prestador de cuidados... “*Disponibilidade e o querer fazer... é o disponível e motivada... Disponibilidade no sentido de querer fazer.*” (E5I1.3). Imaginário (2004, p. 212) explicita relativamente aos cuidados que: “*Os expressivos eram do âmbito afectivo, tinham em conta, a satisfação da vontade do idoso, o conforto, o carinho, o companheirismo/presença e social*”. Leme (2000, p. 119-120) refere que: “*Trata-se de uma legião de cônjuges, filhos e filhas, noras e genros, sobrinhos e netos, amigos, membros de entidades paroquiais e de serviços que se dispõem, sem uma formação profissional de saúde, a dar aos doentes sob sua responsabilidade os cuidados indispensáveis, tendo como maior arma a disponibilidade e boa vontade*”. Também Vieira (2010, p. 89) relativamente às implicações na vida pessoal afirma “*além dos sentimentos de paciência e afeto, dependerá também da disponibilidade, dedicação e comprometimento do cuidador, o que pode proporcionar implicações diretas de ordem física, emocional e social na sua vida*”.

Sobressai ainda, dos discursos proferidos, que as “*capacidades*” são essenciais ao exercício da função, para além das características anteriores... “*Há situações em que os doentes... o prestador de cuidados apesar de ter a disponibilidade, e estava presente mas tinha limitações cognitivas que não podiam de todo... acharmos que era capaz de prestar cuidados... Tínhamos que ir lá várias vezes, inclusive para dar-lhe de comer porque a senhora não era capaz de o fazer com segurança para o doente.*” (E5I1.1). Padilha (2006, p.165) concretiza, com base no seu estudo, “*verificamos que os doentes e/ou os prestadores de cuidados, antes da alta hospitalar, apresentam défices de conhecimentos e de capacidades necessários à sua adaptação à situação de doença e ao auto controlo das respostas humanas à doença*”.

A evidência e a objectividade constituem hoje atributos absolutamente necessários à identificação, observação e descrição e/ou à explicação dos fenómenos, daí a necessidade de enunciação de critérios. Contudo o paradigma humano encerra sempre algo de subjectividade. Deste modo, conforme o apurado dos discursos, não obstante a enunciação de critérios enquanto fundamento da “*Identificação Errónea do Prestador de Cuidados*”, nem sempre quem é referenciado, no hospital, como prestador de cuidados, o é de facto. Por vezes o preconceito/critério, por parte dos enfermeiros, de que quem visita mais a pessoa ou a acompanha mais às consultas, é o prestador de cuidados, gera uma falsa ideia de quem vai prestar cuidados. Tal circunstância concorre para o envolvimento da pessoa errada na preparação dos cuidados. “*É a que visita mais?! É entendida como prestador de cuidados logo é aquela que tem a tarefa, em casa de tratar da parte burocrática... de ir às consultas, normalmente é essa pessoa que é identificada a nível hospitalar como prestador de cuidados. Depois com o que se depara...*” (E2I4.2);

“*E, eu recordo-me perfeitamente de uma situação em que ainda estava nas duas vertentes, ou seja estava a trabalhar no hospital e estava a meio horário no centro de saúde, e eu... fiz eu própria um determinado ensino a determinada pessoa, pensando que... tendo sido identificada como prestador de cuidados, e chego, quando me deparei como enfermeira de família e chego a casa aquela pessoa não era a prestadora de cuidados...*” (E2I4.10).

Esta falsa assunção do prestador de cuidados, leva a que os enfermeiros se “sintam descansados” porque investiram na preparação de alguém a quem delegam funções. Seria vantajoso o investimento na preparação de um grupo alargado de familiares que colaborassem nos cuidados. Urge pois passar a interpretar o prestador de cuidados enquanto um actor que incorpora uma pessoa colectiva e não apenas uma pessoa singular. A assunção deste

paradigma por parte do enfermeiro permite-lhe, que conhecendo a família em causa e as necessidades de cuidados da pessoa dependente, identifique ou ajude a identificar diferentes actores para as diferentes tarefas. *“Temos que identificar é as tarefas... que cada um vai desempenhar na família.”* (E2I5.11). Considerando a intensidade de carga de trabalho que acarreta ser prestador de cuidados e o actual padrão de vida a que o mundo do trabalho condiciona, impõem-se a divisão de tarefas como a forma mais ajustada de “actualizarmos” o actor/prestador de cuidados... *“Eu acho que nós cada vez mais temos que pensar ou corroborar esta ideia de que é necessário dividir tarefas, não faz sentido nos dias de hoje que haja uma pessoa responsável na totalidade pelo indivíduo que ficou dependente.”* (E2L7.7). Pimentel e Albuquerque (2010, p. 260) referem *“a democratização das tarefas domésticas e da prestação de cuidados, resultando na redução da sobrecarga objectiva do cuidador pode constituir-se como um recurso fundamental, bem como a criação de uma dinâmica de valorização pessoal do cuidador, diminuindo por essa via, a sua sobrecarga subjectiva”*. Também Figueiredo (2007, p. 125), refere que: *“Efectivamente, sendo a família uma rede complexa de relações e emoções, o impacte da tarefa de cuidar recai sobre todos os membros e não apenas sobre o cuidador principal”*.

Releva-se ainda, da análise dos discursos, que hoje se constata, em algumas circunstâncias, a inexistência de prestador de cuidados, por na família ninguém querer. *“Às vezes não é fácil porque não há mais quem queira assumir, (...)”* (E2K8.1). As razões poderão ser diversas: relações anteriores, sentimento de impotência, cognição, capacidades físicas, motivação, como podemos ver no discurso *“muitas vezes também tem que ver com relações anteriores outras vezes tem a ver com o próprio sentimento de impotência face às responsabilidades às exigências...”* (E2Q8.8). Há também um fenómeno aparentemente crescente, que é as famílias monoparentais... *“Oh, às vezes não há membros na família... e há famílias só com um elemento!”* (E2L8.2). É fundamental que o enfermeiro conheça os recursos familiares disponíveis de modo a torna-los “visíveis” ao prestador de cuidados...*“(...) é um aspecto importante a desenvolver com o prestador de cuidados, que é mesmo ele ter a noção dos recursos que tem disponíveis e a forma de como os pode gerir...”* (E2J5.1). Orem (1993, p. 13) explicita que *“deve recordar-se, contudo, que os elementos do ambiente físico estão intimamente relacionados com o ambiente psicossocial e os papéis e estatutos sociais dos indivíduos. Ao ajudar pessoas no seu desenvolvimento, não é suficiente proporcionar recursos. Também pode ser necessário mostrar-lhes como usar estes recursos e em alguns casos ensiná-los a partilha-los”*. Este posicionamento é favorecedor de uma reorganização familiar mais

pacífica, amenizando o processo de transição vivenciado por uma família em que um dos seus membros ficou dependente, passando a necessitar de cuidados por parte de outrem, *“há muitos factores que muitas vezes eles não estão a ver como é que a divisão de tarefas facilita as coisas e muitas vezes somos nós que sugerimos (...)”* (E2B9.1). Assim é importante que a equipa de enfermagem dê tempo para que a família se organize e de modo intencional percebam o processo de transição que está a ser vivenciado (Petronilho, 2006). Não menos importante é dar, ao prestador de cuidados, a noção da dimensão do cuidado, do que importa, enquanto intensidade da carga de trabalho, para que a assunção do papel de prestador de cuidados ocorra de forma preparada, logo, o mais serena e responsável possível. Sequeira (2010, p. 179) refere que: *“O papel do cuidador informal é algo complexo, atendendo essencialmente ao número de funções novas com as quais se confronta e se vê na necessidade de realizar (...)”*.

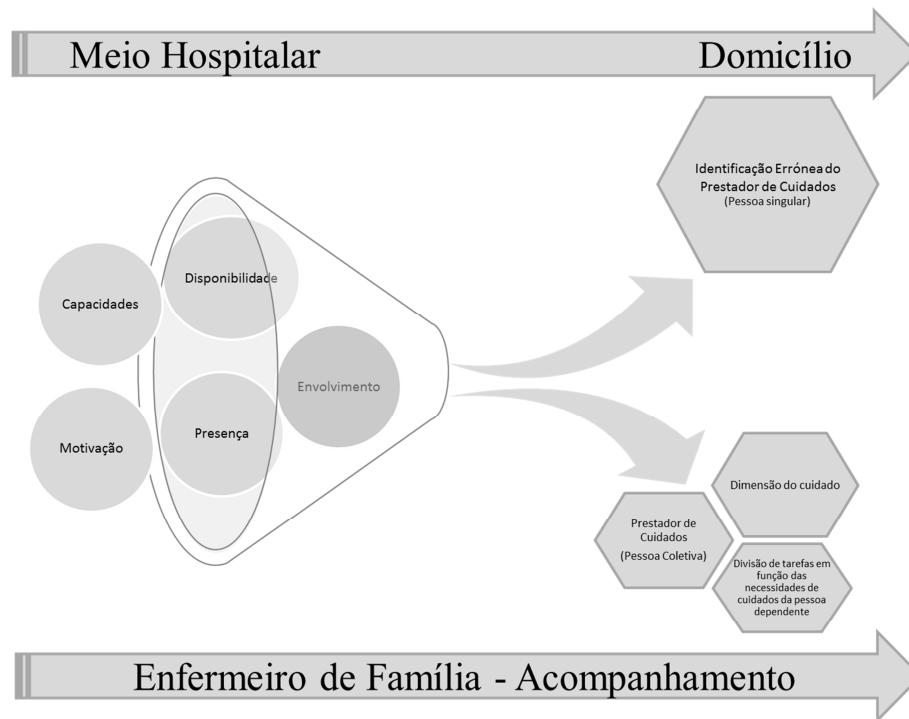
A falsa identificação do cuidador ocorre, na maioria das vezes, a partir do internamento, daí que a contribuição do Enfermeiro de Família é vista como uma contribuição preciosa nesta matéria. *“O enfermeiro de família conhece, o enfermeiro de família continua a ser, o gestor de cuidados daquele utente. E portanto não se deve demitir desse papel.”* (E2G11.13). Face à fase de ajustamento que as famílias vivenciam aquando do internamento, deveremos implicar a enfermeira de família na identificação das pessoas envolvidas nos cuidados. Dado o conhecimento que detém da família, pode mediar o processo de ajuste das tarefas pelos diferentes actores, bem como o tempo/momento para a execução das mesmas.

“(...) os utentes connosco estão numa fase transitória, certo, na ECCI... Convalescença... no Hospital... também é uma fase transitória! Depois passam para o enfermeiro de família, os nossos critérios conhecem e tem as capacidades todas para ver quais são as tarefas desempenhadas por cada um dos membros da família e conseguem ter uma panóplia de até muitas vezes, de algumas situações conflituosas, porque é que aquele membro da família... porque nós estamos lá (...)” (E2I10.1).

Hennessy e Gladin (2006, p. 11), afirmam que: *“a enfermagem de família enfatiza relações com as famílias e trabalha em colaboração com elas para entender e agir sobre as suas preocupações, compartilhando o ser prestador de cuidados e atendendo aos efeitos dos processos de família sobre saúde e doença”*, tendo uma maior proximidade e contexto para poder identificar os parceiros informais nos cuidados a prestar. Também Rice (2004, p. 30) aclara que o exercício da enfermagem em contexto de domicílio implica uma avaliação

correta que subsidie consolidadamente a tomada de decisão. De modo a explicitarmos o processo de *Identificação do Prestador de Cuidados*, realizamos o esquema representado na figura 27.

Figura 27 - Representação esquemática da categoria “Identificação do Prestador de Cuidados”



4.3 - AVALIAÇÃO INICIAL DO PRESTADOR DE CUIDADOS

Com base no apurado dos *grupos focais* emergiu a categoria “*Avaliação Inicial do Prestador de Cuidados*”. Nesta enquadraram-se dezassete subcategorias, assumindo-se enquanto focos de atenção de enfermagem, sendo estes: “*Conhecimento*”, “*Papel do Prestador de Cuidados*”, “*Stress do Prestador de Cuidados*”, “*Envolvimento*”, “*Suporte*”, “*Crenças*”, “*Autocuidado*”, “*Cognição*”, “*Gestão do Regime Terapêutico*”, “*Aprendizagem de Capacidades*”, “*Cair / Queda*”, “*Aspiração*”, “*Úlcera de Pressão*”, “*Pé Equino*”, “*Rigidez Articular*”, “*Expectorar*” e “*Limpeza das Vias Aéreas*”. Antes de procedermos à descrição do processo da “*Avaliação Inicial do Prestador de Cuidados*”, é fundamental explicitar que o discurso subjacente a esta categoria, cuja natureza é por vezes telegráfica, se deve ao contexto de trabalho onde os peritos/participantes destes grupos focais desenvolvem a sua actividade laboral. Efectivamente os mesmos dominam e recorrem à CIPE, versão β2, incorporando-a na concepção de cuidados, na estruturação dos registos de enfermagem, (até porque utilizam o SAPE) e no ensino e investigação em enfermagem. Assim quer os participantes que exercem

na prática clínica, quer os que exercem na docência recorrem de forma natural aos conceitos da CIPE. Deste modo os aspectos a avaliar inicialmente num prestador de cuidados, são descritos suportando-se nos conceitos, subjacentes aos focos de atenção de enfermagem, eixo A, da referida taxonomia. Logo, com o intuito de tornar a leitura deste relatório mais agradável, optamos por apresentar em quadro a fundamentação, com recurso a eixos de discurso, relativa às diferentes subcategorias (quadro 35).

Quadro 35 - Fundamentação das subcategorias recorrendo a eixos de discurso

Subcategorias	Eixos do Discurso
Conhecimento	“Conhecimento.” (E2, G1.4)
Papel do Prestador de Cuidados	“Papel do Prestador de Cuidados” (E2, S1.16)
Stress do Prestador de Cuidados Envolvimento Suporte	“Stress do Prestador de Cuidados... Envolvimento... Suporte... (...)” (E2, I1.5)
Crenças	“Crenças...” (E2, Q1.6)
Autocuidado	“Os Autocuidados. Sobretudo os autocuidados, claro!” (E2, BE1.23)
Cognição	“As capacidades cognitivas, (...)” (E2, I9.10)
Gestão do Regime Terapêutico	“Gestão do Regime Terapêutico.” (E4, E1.22)
Aprendizagem de Capacidades	“Se calhar há uma fase em que as habilidades... dependem depois do que é que nós estamos a falar. Ou depende de qual é o nível... há uma fase que se calhar são as habilidades, a nós interessa-nos que eles saibam executar algumas técnicas logo à primeira...” (E3, H1.11)
Queda Aspiração Úlcera de Pressão Pé Equino	“A queda, aspiração, úlcera de pressão... (silêncio) pé equino, (...)” (E4, I1.17)
Rigidez articular	“Rigidez articular.” (E4, G1.20)
Expectorator Limpeza das vias aéreas	“O expectorator. Limpeza das vias aéreas, estou a pensar em alguns deles...” (E4, I2.5)

Considerando ainda o recurso à CIPE na terminologia utilizada, à medida que aclaramos o processo de “*Avaliação Inicial do Prestador de Cuidados*”, optamos por apresentar os conceitos subjacentes à enunciação dos respectivos focos de atenção de enfermagem. Dos discursos proferidos percebe-se que na “*Avaliação Inicial do Prestador de Cuidados*” é fundamental elencar um conjunto de focos de atenção de enfermagem os quais se reportam às necessidades de cuidados, que estes mesmos prestadores de cuidados manifestam. Seja por via das respostas que os mesmos executam relativamente às necessidades de cuidados da pessoa sob seus cuidados, seja por necessidades intrínsecas à pessoa do próprio prestador de cuidados. Sequeira (2010, p. 332) considera que: “*Os profissionais de saúde devem ter como alvo da sua atenção o idoso dependente e o cuidador informal, de modo a intervirem, de forma efectiva, na relação de prestação de cuidados, facilitando a adaptação de ambos a esta nova realidade (dependência/cuidador)*”. Emergiu dos discursos, que a avaliação das necessidades de cuidados é feita com base na observação e sem recurso a qualquer instrumento. “É a observação, não aplicais instrumentos!?” (E2G14.15)... “*Neste momento ainda não.*” (E2B15.1). Contudo sobressai que os mesmos seriam úteis. “*agora mesmo*

relativamente aos cuidados, se tu começares a operacionalizar se ele sabe ou não, da medicação, se ele sabe ou não as horas da toma, aí é que tu consegues operacionalizar com pelo menos uma checklist, se não, tu não consegues...” (E3P4.1). Amendoeira e outros (2003, p.71) expõem que: *“A Observação é o instrumento básico mais referenciado o que faz emergir a importância deste, numa lógica de valorização pelos enfermeiros da observação da realidade como forma de a conhecer melhor (...)”*.

Depreende-se a necessidade de sistematizar o processo, razão pela qual para os domínios anteriormente citados se sugere o recurso a uma checklist. *“Acho que o trabalho da prática havendo uma checklist, por exemplo nos autocuidados se eles tivessem verificado quase sim/não, se ele sabe fazer isto se ele sabe fazer aquilo, se ele tem isto... acho que isso seria muito...”* (E3P5.11)... *“Agora essa questão da checklist pode ser... acho que é uma excelente ideia, acho que é fundamental...”* (E3F6.8). Lundh, Paulsson e Hellström (2003, p. 249) com base no seu plano de acção, enunciam uma série de ideias para a prestação de cuidados ao domicílio, entre as quais: *“fornecer uma lista de ações quando se deslocam em cuidados ao domicílio”*. O preenchimento da checklist deve processar-se no primeiro contacto, podendo ser completada posteriormente. A sua dimensão é importante, devendo ter uma estrutura que não se torne demasiado exaustiva, logo enfadonha. Por outro lado, que discipline a equipa a decidir os domínios a incorporar, de modo a integrar apenas o essencial. *“A informação que nós colhemos, colhemos no primeiro contacto, não é? O que pode acontecer é que nós colhemos alguma informação, mais básica e depois complementamos com outra informação que pode também fazer parte da checklist, que nos saíram no momento da segunda avaliação. Se não fica muito pesado, parece inquérito.”* (E4I3.7). *“Duas páginas... Uma folha...”* (E4G3.5). A estruturação por domínios pode facilitar a sistematização de recolha de informação e posterior planeamento dos cuidados a prestar. *“Depois pode-se encontrar uma lógica de organização dos itens por domínios, mais globais e que possam, para determinados casos, por exemplo, não fazer sentido, ser prioritário e avançar para um domínio...”* (E4J3.8). Esta avaliação inicial resumida permite, efetuar *“de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a concepção dos cuidados de Enfermagem”* (Conselho de Enfermagem, 2004, p.20). Também Silva (2006, p. 157) refere que: *«No modelo final do “Padrão de Documentação” veio a incorporar-se os dados da “Apreciação Inicial” dos quais se inferiram diagnósticos de enfermagem, o que resulta numa melhor acessibilidade à informação e a uma maior integridade referencial de dados»*. Considerando

as várias necessidades de cuidados de enfermagem que foram elencadas, começaremos pelas inerentes ao próprio prestador de cuidados, relativamente ao qual, emergem alguns focos que integram as *Razões para a Acção*, são estes:

A “*Cognição*¹⁴”, condiciona as estratégias de educação para a saúde, os *Tipos de Acção* das intervenções a eleger e a frequência e momentos a seleccionar das visitas domiciliárias “*Há situações em que os doentes... o prestador de cuidados apesar de ter a disponibilidade, e estava presente mas tinha limitações cognitivas que não podiam de todo... acharmos que era capaz de prestar cuidados... Tínhamos que ir lá várias vezes, inclusive para dar-lhe de comer porque a senhora não era capaz de o fazer com segurança para o doente.*” (E5I1.6). Balardin e outros (2007, p. 59) apuraram que “*apesar do reduzido número de pesquisas localizadas na literatura que buscaram avaliar a cognição dos cuidadores de pacientes com demência, a análise dos seus resultados sinaliza para a existência de uma provável relação entre a função de cuidar de pacientes com demência e subsequentes déficits cognitivos*”.

O “*Conhecimento*¹⁵”, constituindo um domínio específico da *Cognição*. Este está subjacente a muitas horas de trabalho de enfermagem, dado que os enfermeiros ensinam o prestador de cuidados, fornecendo-lhe conteúdos de conhecimento de modo a que este compreenda não só o que está subjacente à condição de saúde do seu familiar, mas também de modo a perceber as razões de determinados procedimentos e/ou as atitudes preventivas quer relativamente a si, quer à segurança da pessoa dependente. Deste modo percebemos que este *foco de atenção de enfermagem* é especificado pela sua junção a outros, por forma a especificar o conteúdo de conhecimento não demonstrado pelo prestador de cuidados e que necessita de ser trabalhado. “*Obviamente o conhecimento é conjunto. Se calhar nestes utentes a estratégia que nós utilizamos nesta fase inicial até conseguirmos o conhecimento é mais visitas, maior acompanhamento... (...)*”. (E3C1.12).

¹⁴ “É um tipo de Autoconhecimento com as características específicas: Disposições para reter e abandonar acções tendo em conta o conhecimento da pessoa, processo intelectual que envolve todos os aspectos da percepção, pensamento, raciocínio e memória” (ICN, 2003, p. 44).

¹⁵ “É um tipo de Pensamento com as características específicas: Conteúdo específico de pensamento com base em sabedoria adquirida, ou em informação e competências aprendidas, domínio e reconhecimento de informação” (ICN, 2003, p. 45)

Sobressai também a “*Aprendizagem de Capacidades*¹⁶”, esta reflecte o fundamento para as intervenções relativas ao instruir e treinar o prestador de cuidados, no sentido de o habilitar a dar as respostas necessárias à pessoa sob seus cuidados. Face ao perfil destes prestadores de cuidados e à premência em o habilitar relativamente a essas respostas, a *Aprendizagem de Capacidades* poderá, em algumas situações, ser privilegiada relativamente ao *Conhecimento*. “*E pode haver prestadores que basicamente só consigam treinar isso. A habilidade... Eles no fundo... o conhecimento que eles vão ter é das fases que têm que obedecer. E pode-nos dar algumas garantias mínimas de que aquilo é muito bem feito.*” (E3F2.10). Contudo pode ser trabalhada antecipadamente, simultaneamente ou posteriormente ao *Conhecimento*... “*Muitas vezes o conhecimento vem depois deles até terem essa habilidade!*” (E3B2.11),

“(...) *a maior parte dos prestadores de cuidados são pessoas idosas, as pessoas idosas... já a situação em si é muito, já baralha muito, já provoca ali muita ansiedade, se a gente ainda vai forçar com a questão dos conhecimentos, faça isto porque... as pessoas entram muito mais em parafuso, como se costuma dizer, acho que é muito mais fácil para nós naquela fase, principalmente inicial, trabalhar muito mais a questão técnica e depois os conhecimentos... (...)*” (E3F3.5).

À semelhança do foco de *atenção de enfermagem* anterior, também este é complementado pelos demais de modo a especificar a intervenção que necessita de ser trabalhada com o prestador de cuidados.

Quanto à relevância destes dois focos de atenção de enfermagem, *Conhecimento* e *Capacidades*, Petronilho (2006, p.153) afirma que:

“*é manifesta a evolução negativa dos conhecimentos e capacidades dos familiares para responderem, de forma eficaz, às necessidades que vão enfrentando no desempenho do papel de prestadores de cuidados*”... Acrescenta ainda que “*os conhecimentos e capacidades dos membros da família prestadores de cuidados são determinantes para a condição de saúde do doente*” (Petronilho, 2006, p.153).

As “*Crenças*¹⁷”, estão muitas vezes na base de erros ou de cuidados de menor qualidade. Estas constituem um desafio aos enfermeiros na medida em que é preciso desestruturar a

¹⁶ “*Aprendizagem de Capacidades é um tipo de aprendizagem com as características específicas: Aquisição do domínio de actividades práticas associada a treino, prática e exercício*” (ICN, 2003, p. 46)

¹⁷ “*É um tipo de Autoconhecimento com as características específicas: disposições para reter e abandonar acções tendo em conta as próprias opiniões*” (ICN, 2003, p. 53)

crença de modo a que o prestador de cuidados seja permeável e/ou reconheça o conhecimento actual, enquanto a via que constituirá a resposta adequada ou seja o garante da qualidade dos cuidados prestados. “(...) a questão das crenças, é preciso perceber se está por trás dessa tomada de decisão alguma crença que possa sustentá-la. E nesse sentido temos que trabalhar as crenças.” (E5O1.11).

“(...) há vinte anos atrás os doentes eram operados e estavam em repouso, portanto a percepção de que estar em repouso é bom para, por exemplo, a cicatrização e processo de desenvolvimento do tecido ósseo, está, até porque alguns vivenciaram essa experiência, nos seus pais ou neles próprios e portanto esta mudança de paradigma, que é: o estar de pé, o andar, o que é que faz isso, é preciso desmontar tudo. Se isso não for desmontado, explicado, porque é que era assim e agora... eles vão... vão perpetuar esse comportamento na convicção de que estão a fazer... o melhor, para a recuperação do idoso! (...)”. (E5O2.1).

Santos e outros (2005, p. 403) afirmam que “os fundamentos culturais dos pacientes formam o contexto no qual se desenvolvem certas crenças e comportamentos que podem comprometer o sucesso da terapêutica. As crenças designam alguma disposição involuntária de aceitar uma doutrina, juízo ou fato, pois estabelecem a incorporação do que se ouve, sem a devida comprovação desse conhecimento”. Também Ferreira (2008, p. 57) refere que “ao analisar as alterações nas actividades de vida do doente e família/cuidador principal, é preciso ter em conta as suas reacções à doença, que são condicionadas pelas características individuais de cada um, experiências prévias, crenças, valores e o contexto sociocultural em que doente/família/cuidador se inserem”.

Emerge também o *Stress do Prestador de Cuidados*¹⁸, sendo referido enquanto alvo de acções de prevenção, contudo por vezes está já instalado acometendo a qualidade de vida quer do prestador de cuidados, quer da pessoa cuidada. “A ideia seria não esperar por essa altura em que já está a entrar em cansaço mas era antecipadamente (...)”. (E2J9.2). A constatação, pelo prestador de cuidados, que em casa, passa a ter sob sua integral responsabilidade a pessoa cuidada, a qual dias antes era perfeitamente independente. E o inevitável confronto com a necessidade de mudança de papéis... constituem factores preditivos de um potencial elevadíssimo para a génese do *Stress do Prestador de Cuidados*.

¹⁸ “É um tipo de Coping com as características específicas: disposições que se tomam para gerir a pressão física e psicológica de um prestador de cuidados que cuida de um membro da família ou pessoa significativa durante longos períodos de tempo; diminuição da capacidade de resolução de problemas em resposta às exigências da prestação de cuidados” (ICN, 2003, p. 51)

“Por exemplo, não imaginam como causa stress aos prestadores de cuidados como é que vão pôr o saco colector da algália, como é que vão prender na cama. Isso é uma coisa tão básica e tão... isto causa muito mal-estar aos... Porque normalmente este tipo de doentes alteraram completamente a condição deles. Passaram de independentes a dependentes, não é? E ali há uma confusão de papéis... há uma troca de papéis muitas vezes. Isto causa muito stress às pessoas.” (E4C13.1).

Louro (2009, p. 82) afirma que:

“a prestação de cuidados é uma actividade fortemente desgastante para o cuidador. Quando é exercida pelo familiar todo esse desgaste é potenciado pelo acréscimo de intensidade que decorre da proximidade da relação, traduzindo-se em situações de grande tensão, geradoras de problemas de stress e de saúde mental, física, emocional e social, que convergem em sentimentos de frustração e ansiedade”.

Também Martins (2006, p. 238) refere *“os Cuidadores Informais apresentaram índices preocupantes de sobrecarga física, emocional e social. As consequências limitativas na vida pessoal decorrentes do processo de cuidar, mostraram ser o factor mais determinante na sobrecarga do cuidador”.*

Outro dos focos proferidos é o *“Envolvimento”¹⁹*, Petronilho (2006, p. 153) conclui que *“os resultados do estudo levam-nos a verificar que o envolvimento da família na preparação do regresso a casa é, ainda, resultado de iniciativas individuais dos enfermeiros, quer no contexto hospitalar, quer no contexto domiciliário, sendo, desta forma, um processo ainda pouco sistematizado”.* Também Martins (2003, p. 112) afirma que *“o papel da equipa de saúde é fundamental no envolvimento da família nos cuidados ao doente durante o internamento, exige mudanças de atitudes e comportamentos e, sobretudo encarar a família como parceira e receptora de cuidados”.* Este foco por vezes também é referido por: *“Motivação”*, a qual traduz o interesse demonstrado por parte do actor que assume o papel de prestador de cuidados, em cuidar ou querer saber cuidar da pessoa dependente. *“(...) que está mais envolvido e que às vezes demonstra mais interesse até na aprendizagem.” (E2E3.10).* Em plena sintonia com o exposto, Silva (2007, 151) no seu estudo, sobre o cuidado paliativo domiciliário, identificou cinco categorias entre as quais a *“Motivação do cuidador para o cuidado domiciliário”.*

¹⁹ *“É um tipo de Interação Social com as características específicas: acções que revelam estar empenhado e mostrar interesse em outros indivíduos e com vontade de ajudar” (ICN, 2003, p. 61)*

Também o “*Suporte*²⁰” é referido pelos enfermeiros. Sendo o enfermeiro o ator que informa sobre os recursos disponíveis ou até face aos mais próximos (família, vizinhos) estabelece ou ajuda a reconhecer a rede social de apoio. “(...) *com outros tipos de recursos que foi um aspecto que nós não falamos, para além do suporte, faltava aqui um item importante que é a questão dos recursos... (...)*” (E2J4.17); “(...) *mas a questão dos recursos é um aspecto importante. E com o tempo o próprio prestador de cuidados também começa a gerir os recursos que tem disponíveis. (...)*” (E2J4.20). É ainda o enfermeiro quem solicita serviços de apoio no âmbito das respostas que a sua instituição ou outras entidades da comunidade podem prestar. “(...) *É toda esta questão de nós mostrarmos quais são os recursos que eles têm, efectivamente, não só em questão a recursos humanos, mas também os recursos materiais, recursos da comunidade, e até encontrarmos no núcleo familiar mais alguém em que se possa dividir estas tarefas, (...)*” (E2L7.20). Montezuma, Freitas e Monteiro (2006, p. 400) afirmam que:

“o idoso dependente que vive longe do atendimento institucional, provavelmente, encontra-se sob os cuidados dos familiares, amigos ou grupos religiosos, não visíveis de imediato, mas presentes nas dificuldades cotidianas, cumprindo o difícil papel de tecer a rede de cuidados, muitas vezes improvisados, que fornece algum suporte àqueles cuja gravidade de dependência exige que estejam sob a responsabilidade de outra pessoa”.

Os discursos relevam ainda o “*Papel do Prestador de Cuidados*²¹”, cabe ao enfermeiro a sua vigilância de modo a garantir a sua eficácia. Salienta-se ainda a preservação e vigilância de saúde do prestador de cuidados. “*Em termos ergonómicos para o próprio prestador de cuidados... porque também temos aqui que ponderar aqui a situação de que se o prestador de cuidados sabe fazer correctamente a técnica para prevenção de lesões nele próprio.*” (E2E2.18). Face ao paradigma de vida actual urge que o enfermeiro seja um catalisador da reestruturação do ator prestador de cuidados, promovendo a reorganização da família, face à transição em curso, pela vivência da dependência de um membro que até então era

²⁰ “*É um tipo de Interação Social com as características específicas: acções de promoção de bem-estar da pessoa; oferecer ajuda, assistência fiável, confiança, tempo de contacto, trabalho ou bens materiais*” (ICN, 2003, p. 61)

²¹ “*É um tipo de Interação de Papeis com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizando as expectativas das instituições de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados de um prestador de cuidados; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental em relação aos cuidados aos membros dependentes da família*” (ICN, 2003, p. 63)

independente. Tal pressuposto impõe que este ator seja integrado enquanto figura colectiva, condicionando à divisão de tarefas, sob o acompanhamento do enfermeiro. Esta assunção do papel, por vezes implica o enfermeiro enquanto garante da responsabilização dos demais elementos da família.

“(...) organizar a família e fazer mesmo divisão de tarefas porque às vezes eles pedem-nos, para que todos os membros assumam... isto é outra questão... às vezes à frente do profissional assume-se mas depois, não é?! Juntamente com a família... estas questões também não funcionam como nós pensamos que elas funcionam. Eles às vezes exigem mesmo, por favor façam-nos a divisão das tarefas, então até pedem para que cada um assine, porque a questão da assinatura e haver um papel assinado... É uma responsabilidade, exactamente. (...)” (E2L7.7).

Rocha, Vieira e Sena (2008, p. 807) relativamente ao papel dos profissionais de saúde, recomendam que *“as famílias sejam incentivadas a actuar junto com o cuidador do idoso dependente, dividindo tarefas e procurando proporcionar um clima de satisfação no ambiente familiar”*. Ferreira (2008, p. 23) advoga que *“sendo a família/cuidador principal o maior aliado do enfermeiro no apoio domiciliário temos que estar atentos às suas necessidades, porque se foram ignoradas acarretam custos nomeadamente a nível do bem-estar físico, psíquico e social colocando em risco a continuidade de cuidados e que será visível”*. Também Petronilho (2006, p. 49) refere que *“a enfermagem enquanto profissão assume com base nos pressupostos do seu desígnio, grande responsabilidade nas consequências que advêm de um papel inadequado do cuidador familiar face às necessidades da pessoa dependente”*.

Passando à condição de saúde da pessoa dependente, mas tomando por beneficiário directo o prestador de cuidados sob o *“Conhecimento e a Aprendizagem de Capacidades”* (E4E1.10), há dois grandes domínios focados: as *Acções Realizadas pelo Próprio* e as *Funções*. No primeiro integra-se o *“Autocuidado”²²*, este integra um conjunto de subdomínios, os quais constituem o substrato formativo do prestador de cuidados, de modo a ficar habilitado a responder às necessidades de cuidados do idoso com dependência. Salientamos que face a uma grande dependência, é exigido ao prestador de cuidados uma quase contínua atenção, com atividades que envolvem esforço físico e vivência de perdas elementares por parte da pessoa que é cuidada, o que está na génese de sobrecarga e de stress. Em plena sintonia com o exposto Petronilho (2006, p. 49) afirma que:

²² *“É um tipo de acção realizada pelo próprio com as seguintes características específicas: tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades de vida” (ICN, 2003, p. 55)*

“os ganhos em saúde da pessoa dependente, como a promoção do bem-estar e autocuidado, a readaptação a uma nova condição de saúde e a prevenção de complicações, são obtidos, fundamentalmente, através do desempenho eficaz de uma pessoa intermediária, que nós temos vindo a designar por membro da família prestador de cuidados. Esta pessoa terá de ser foco de atenção dos enfermeiros nos diferentes contextos da prática, por forma a consciencializá-la da necessidade de exercer um novo papel e habilitá-la a dar respostas adequadas às necessidades do familiar dependente”.

A par disto Vilaça e outros (2005, p. 222) relativamente à atuação do enfermeiro no contexto do domicílio, referem que constitui “(...) uma importante ferramenta para conhecer as condições não só dos pacientes como também de seus cuidadores e a partir disso, promover uma assistência para que estes desenvolvam um autocuidado de acordo com a realidade em que vivem”. O Autocuidado e seus subdomínios são identificados por vários autores enquanto necessidades de cuidados inerentes à pessoa com dependência, realizados pelos cuidadores informais (Costa, Pessoa e Pelzer, 2011; Caldas, 2003; Leite, 2007). Passamos a expor os subdomínios, emergentes dos discursos, que integram o autocuidado: o Autocuidado:Higiene²³, o qual integra ainda os subdomínios: Autocuidado: Banho²⁴, o Autocuidado: Lavar-se²⁵ e o Autocuidado: Arranjar-se²⁶. O Autocuidado: Vestuário²⁷, o qual compreende o Autocuidado: Vestir-se²⁸ e o Autocuidado: Despir-se²⁹. O Autocuidado:

²³ “É um tipo de Autocuidado com as características específicas: encarregar-se de manter um padrão contínuo de higiene, conservando o corpo limpo e bem arranjado, sem odor corporal, lavando regularmente as mãos, limpando as orelhas, nariz e zona perineal e mantendo a hidratação da pele, de acordo com os princípios de preservação e manutenção da higiene” (ICN, 2003, p. 55).

²⁴ “É um tipo de Autocuidado Higiene com as características específicas: enxaguar o próprio corpo, total ou parcialmente, por exemplo entrando e saindo da banheira, juntando todos os objectos necessários ao banho, obtendo água ou abrindo as torneiras, lavando e secando o corpo” (ICN, 2003, p. 55).

²⁵ “É um tipo de Autocuidado Higiene com as características específicas: limpar o próprio corpo, total ou parcialmente por partes, utilizando água e sabão e esfregando a pele, tendo a capacidade de reunir todos os acessórios necessários ao banho, obter a água ou abrir a torneira, lavar-se na bacia, balde ou outro recipiente, secar o corpo” (ICN, 2003, p. 55).

²⁶ “É um tipo de Autocuidado Higiene com as características específicas: tomar cuidado com a apresentação, manter o cabelo, barba e bigode bem cuidados, lavados, penteados, lisos ou frisados; limpar, cortar e limar as unhas; aplicar desodorizante, cosméticos e pinturas; manter a roupa limpa, sem cheiro e arrumada; verificar a aparência no espelho” (ICN, 2003, p. 55).

²⁷ “É um tipo de Autocuidado com as características específicas: encarregar-se de vestir e despir as roupas e sapatos de acordo com a situação e o clima, tendo em conta as convenções e códigos normais do vestir, vestir e despir a roupa pela ordem adequada, apertá-la convenientemente” (ICN, 2003, p. 55).

²⁸ “É um tipo de Autocuidado com as características específicas: escolher e ir buscar a roupa, vestir, abotoar e apertar os fechos na parte superior e inferior do corpo, usar os fechos, peúgas, meias e calçado como, por exemplo, sapatos e botas” (ICN, 2003, p. 55).

²⁹ “É um tipo de Autocuidado com as características específicas: retirar as roupas desabotoando-as, desapertando-as e abrindo os fechos da roupa, tanto da parte superior do corpo como da inferior, tirar as meias, peúgas, calçado; dobrar, pendurar e arrumar as roupas, por exemplo, numa gaveta ou armário” (ICN, 2003, p. 55).

*Comer*³⁰; *O Autocuidado: Beber*³¹; *O Autocuidado: Ir ao Sanitário*³²; *O Autocuidado: Actividade Física*³³, integrando apenas alguns subdomínios (E5J7.15); (E5C7.16): o *Sentar-se*³⁴; o *Transferir-se*³⁵; o *Rodar-se*³⁶; o *Pôr-se de Pé*³⁷; o *Erguer-se*³⁸ e o “*Queda*” / “*Cair*”³⁹. E a *Gestão do Regime Terapêutico*⁴⁰, a qual é assegurada pelo prestador de cuidados. Sendo este um foco que se integra nas necessidades de cuidados quer dos indivíduos dependentes, quer dos seus prestadores de cuidados, é estudado em múltiplas dimensões. Ferraz (2003) evoca este *foco de atenção de enfermagem* no âmbito da insegurança que os cuidadores sentem na execução de algumas actividades subjacentes ao mesmo. Padilha (2006) das várias necessidades de cuidados que descreve no seu estudo relativo a prestadores de cuidados, identifica a *Gestão do Regime Terapêutico*, enquanto necessidade de cuidados quer do indivíduo dependente quer do prestador de cuidados.

Relativamente às *Funções*, emergem dos discursos proferidos *focos de atenção de enfermagem* que estão na base de diagnósticos que podem traduzir intervenções autónomas de enfermagem, mas também podem estar subjacentes a intervenções de enfermagem interdependentes. Salienta-se ainda que os mesmos traduzem condições de saúde da pessoa

³⁰ “É um tipo de Autocuidado com as características específicas: encarregar-se de organizar a ingestão de alimentos sob forma de refeições saudáveis, cortar e partir os alimentos em bocados manejáveis, levar a comida à boca, metê-la na boca utilizando os lábios, músculos e língua e alimentando-se até ficar satisfeito” (ICN, 2003, p. 56).

³¹ “É um tipo de Autocuidado com as características específicas: encarregar-se de organizar a ingestão de bebidas durante as refeições e regularmente ao longo do dia ou quando se tem sede, beber por uma chávena ou copo ou deitar os líquidos na boca utilizando os lábios, músculos e língua, beber até saciar a sede” (ICN, 2003, p. 56).

³² “É um tipo de Autocuidado com as características específicas: levar a cabo as actividades de eliminação fazendo a sua própria higiene íntima, limpar-se depois de urinar ou evacuar, deitar fora os produtos de eliminação, por exemplo puxar o autoclismo de maneira adequada, no sentido de manter o ambiente limpo e evitar a infecção” (ICN, 2003, p. 56).

³³ “É um tipo de Autocuidado com as características específicas: encarregar-se dos comportamentos de actividade física, assegurar local e oportunidade para praticar exercício na vida diária (ICN, 2003, p. 56).

³⁴ “É um tipo de Autocuidado: Actividade Física com as características específicas: mover-se, modificando a posição do corpo para a de sentado, partindo da posição de deitado ou de pé” (ICN, 2003, p. 56).

³⁵ “É um tipo de Autocuidado: Actividade Física com as características específicas: mover o corpo, deslocando-o entre a cama e a cadeira” (ICN, 2003, p. 56).

³⁶ “É um tipo de Autocuidado: Actividade Física com as características específicas: mover o corpo, virando-o de um lado para outro” (ICN, 2003, p. 56).

³⁷ “É um tipo de Autocuidado: Actividade Física com as características específicas: mover-se, mudando a posição do corpo e posicionando-se em posição vertical” (ICN, 2003, p. 56).

³⁸ “É um tipo de Autocuidado: Actividade Física com as características específicas: levantar partes do corpo, como os membros superiores e inferiores ou a cabeça, para uma posição mais elevada” (ICN, 2003, p. 57).

³⁹ “É um tipo de Autocuidado: Actividade Física com as características específicas: Descida rápida do corpo de um nível superior para um nível mais baixo, devido a perda de equilíbrio corporal ou falta de capacidade de sustentar o peso do corpo em diferentes posições” (ICN, 2003, p. 57).

⁴⁰ “É um tipo de Comportamento de Adesão com as características específicas: executar as actividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir objectivos específicos de saúde, integrar actividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária” (ICN, 2003, p. 58).

cuidada, sendo que muitas destas sobressaem enquanto condição de risco. Esta realidade condiciona a que estas áreas sejam abordadas por via do *Conhecimento e/ou Aprendizagem de Capacidades* pelo que as intervenções de enfermagem visem o tipo de acção *Informar* e seus subdomínios, logo pressuponham um processo de educação para a saúde do prestador de cuidados e se possível da própria pessoa cuidada. Os referidos focos são:

A “*Aspiração*”⁴¹, Figueiredo (2010) e Padilha (2006) nos seus estudos relativos às necessidades de cuidados dos prestadores de cuidados integram este foco, enquanto necessidades de cuidados inerentes à pessoa com dependência e na vertente do conhecimento e aprendizagem de habilidades, relativamente ao prestador de cuidados.

A “*Úlcera de Pressão*”⁴² e/ou o seu *Risco*, sendo abordado numa vertente de prevenção, deste modo este foco é referido enquanto necessidade de cuidados subjacente aos indivíduos dependentes e aos seus prestadores de cuidados, a exemplo Padilha (2006) e Teixeira (2009), descrevendo as necessidades de cuidados dos prestadores de cuidados, identificam este foco enquanto condição da pessoa dependente mas também afetam-no ao prestador de cuidados por via do conhecimento / aprendizagem de habilidades.

O “*Pé Equino*”⁴³, relativamente a este foco Petronilho (2006) refere que 70,1% dos clientes apresentavam risco de pé equino. Também Campos (2008) o identifica enquanto necessidades de cuidados que reflectem a condição de saúde da pessoa dependente e a abordagem do prestador de cuidados considerando o conhecimento / aprendizagem de habilidades.

⁴¹ “É um tipo de Limpeza das Vias Aéreas com as características específicas: inalação de substâncias provenientes do exterior ou do estômago para as vias aéreas inferiores” (ICN, 2003, p. 18).

⁴² “É um tipo de Úlcera com as seguintes características específicas: inflamação ou ferida sobre as proeminências ósseas devido a compressão e fricção da pele entre o osso e a superfície subjacente, em que os estádios são graduados segundo a gravidade; lesão superficial (úlceras de pressão de grau 1) que evolui para uma situação de flictenas ou solução de continuidade superficial (úlceras de pressão de grau 2); solução de continuidade da pele com perda de toda a sua espessura e drenagem sanguinolenta (úlceras de pressão de grau 3) progredindo para úlcera profunda tipo cratera, com exposição da fáscia e do tecido conjuntivo, músculo ou osso (úlceras de pressão de grau 4) (ICN, 2003, p. 29).

⁴³ “É um tipo de Movimento Articular com as características específicas: Flexão plantar do pé, arqueamento da articulação do tornozelo na direcção do solo, pé descaído, arqueando-o e impedindo-o de tocar no chão na tentativa da marcha; marcha sobre os dedos do pé (o pé não pode ser mantido na posição normal nem em dorsiflexão), associada a repouso prolongado na cama sem o alinhamento adequado e à pressão sobre o pé de roupa de cama pesada” (ICN, 2003, p. 34).

A “*Rigidez Articular*⁴⁴”, Padilha (2006) e Petronilho (2006) descrevem este foco enquanto condição de saúde da pessoa dependente, mas também enquanto necessidade de cuidados do prestador de cuidados, na vertente de prevenção abordando-o por via do conhecimento / aprendizagem de habilidades.

A “*Limpeza das Vias Aéreas*⁴⁵” e o seu sub-domínio, “*Expectorar*⁴⁶”, integram este foco, enquanto necessidades de cuidados inerentes à pessoa com dependência, o que se encontra em sintonia com o exposto por Campos (2008) ao identificar os referidos focos enquanto necessidades de cuidados considerando a condição de saúde da pessoa dependente e as vertentes do conhecimento / aprendizagem de habilidades relativamente ao prestador de cuidados.

Importa referir, com base nos discursos proferidos, que as intervenções de enfermagem interdependentes, as quais decorrem do regime terapêutico, integram múltiplas intervenções e constituem o substrato dos indicadores subjacentes à avaliação das Unidades de Saúde Familiar (USF), condicionando a que sejam o motivo preponderante da assistência de enfermagem no domicílio. “*Vão lá mais vezes quando há uma prescrição, (...)*” (E4N12.5); Carvalhais e Sousa (2011, p. 82) afirmam que “*os cuidados de enfermagem a pessoas idosas hospitalizadas tendem a ocorrer com a ocupação total das camas do serviço e com doentes muito dependentes; nestas circunstâncias o número de enfermeiros habitual torna-se muito escasso (excesso de doentes por enfermeiro) e, por isso, asseguram-se os cuidados técnicos, mas os de cariz mais humano ficam num segundo plano*”.

Releva-se dos discursos que a avaliação assenta mais na quantidade de cuidados prestados que na qualidade dos mesmos. “*Nós temos muitos indicadores de quantidade e poucos de qualidade. (...)*” (E3G19.4); “*O que interessa é o número, não importa o como se faz!*”

⁴⁴ “*É um tipo de Movimento Articular com as características específicas: Angulação da articulação, fibrose do tecido conjuntivo da cápsula articular impedindo a mobilidade normal da mão, dos dedos da mão, do cotovelo, do ombro, do pé, do joelho ou dos dedos do pé; movimentos limitados ou incapacidade de movimentos e alinhamento anormal da articulação, associada a atrofia ou encurtamento das fibras musculares devido à ausência de movimentos articulares passivos ou activos, ou a perda da elasticidade normal da pele, devido à formação de extenso tecido cicatricial sobre a articulação*” (ICN, 2003, p. 33-34).

⁴⁵ “*É um tipo de respiração com as características específicas: Processo de manter aberta ao fluxo do ar uma passagem tubular que vem desde a boca, passando pela traqueia e brônquios até aos pulmões; capacidade de limpar as secreções ou obstruções do tracto respiratório, de modo a manter a permeabilidade das vias aéreas*” (ICN, 2003, p. 18).

⁴⁶ “*É um tipo de Limpeza das Vias Aéreas com as características específicas: Expulsão do muco, material mucopurulento ou líquidos da traqueia, brônquios e pulmões, por meio de tosse ou escarro* (ICN, 2003, p. 18).

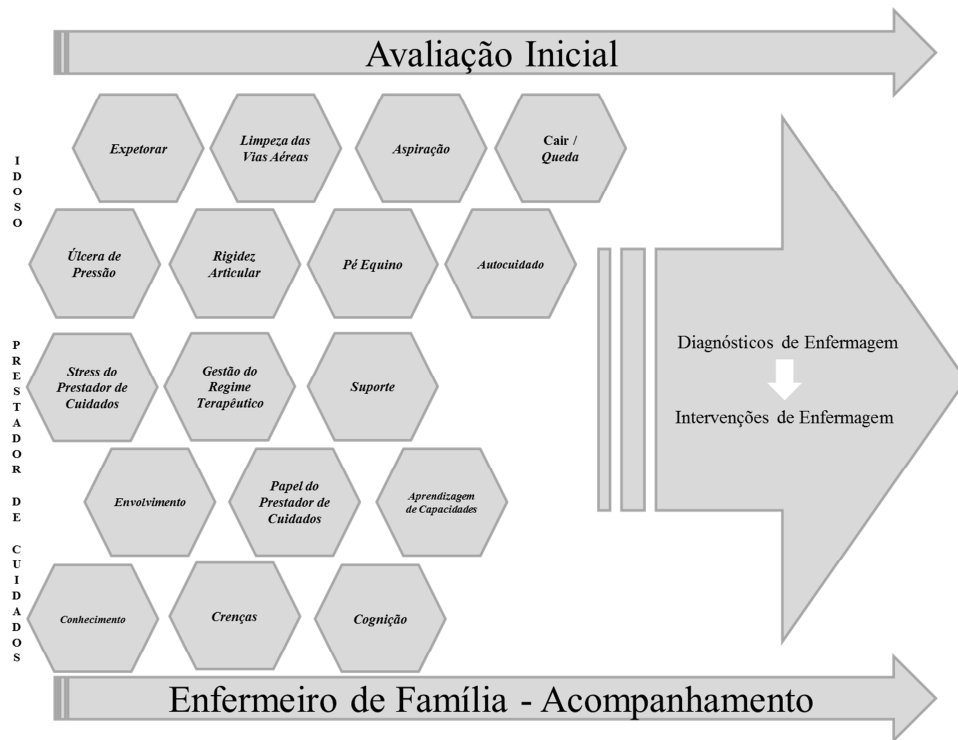
(E3K19.6). Para além de se perder a personalização com o enfermeiro de família. “(...) *hoje em dia em muitas USFs reorganizaram-se de forma a poder trabalhar indicadores e poder fazer as consultas da equipa em que A faz os domicílios de B, C e D.*” (E3G18.16). Evoca-se o tempo enquanto principal condicionante... “(...) *não temos tempo para isso. É logo a primeira resposta que dão!*” (E3F18.15), mas também a escassez de recursos humanos, logo a falta de pessoal. “*Falta de recursos: falta de pessoal, falta de tempo...*” (E3E12.6). Carvalhais e Sousa (2011, p. 82) afirmam que “*a falta de tempo implica que os enfermeiros executem as técnicas em rotinas, apesar de tentarem fazê-lo de forma humanizada*”. Também Simões e Neide (2002, p. 5) referem que “*para esses enfermeiros, a somatória de fatores como o acúmulo de trabalho, a falta de tempo, os conflitos na equipa e o número de pessoas com as quais se relacionam, resulta na falta de disponibilidade para ouvir atentamente as pessoas, o que interfere, negativamente, na comunicação*”.

Emerge ainda, dos discursos, que quanto à análise diagnóstica seria importante sistematizar o recurso a instrumentos que validassem e caracterizassem a mesma. “*É a observação, não aplicais instrumentos!?*” (E3G14.15), “*Neste momento ainda não.*” (E3E15.1), “*Mas sentimos essa necessidade!*” (E3B15.8). A intenção que emerge dos discursos está absolutamente fundamentada no preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2008, p. 1):

“Sendo o enfermeiro responsável pela concepção, planeamento, execução e avaliação dos cuidados de Enfermagem, a tomada de decisão na sua prática clínica assenta numa abordagem sistémica e sistemática da avaliação realizada em determinada situação/problema, suportando essa decisão através da observação directa e indirecta, com recurso a escalas, instrumentos, equipamentos ou outros meios e métodos”.

De modo a esclarecer o processo de *Avaliação Inicial do Prestador de Cuidados*, realizamos o seguinte esquema representado na figura 28.

Figura 28 - Representação esquemática da categoria “Avaliação Inicial do Prestador de Cuidados”



4.4 - PREPARAÇÃO DO PRESTADOR DE CUIDADOS

Dos discursos proferidos emerge a categoria “Preparação do Prestador de Cuidados”. Esta integra duas subcategorias: “Estratégias” e “Avaliação”. Para a primeira releva-se: “(...) há um conjunto de conceitos que o enfermeiro para a prática tem que saber. (...) tem que saber sobre estratégias de aprendizagem dos adultos. (...)” (E3P13.2). Relativamente à segunda realça-se: “temos que saber o que ele sabe... avaliá-lo não é?! (...)” (E4C5.15).

Com base nos discursos proferidos, sobressai que o processo de “Preparação do Prestador de Cuidados” é complexo, dependendo da variedade das tarefas a desempenhar pelo prestador de cuidados, e da heterogeneidade dos perfis de pessoas que assumem este papel. Num processo desta natureza o planeamento é fundamental, enquanto garante da máxima autonomia da pessoa que é cuidada. A responsabilidade desta finalidade é do enfermeiro de família. “Obviamente é o enfermeiro que vai dar o plano de acção, ele vai dizer quais os exercícios que deve fazer, não é o prestador de cuidados que vai estabelecer o plano do doente, mas ao mantê-los está a promover a autonomia do doente.” (E1E8.14). No contexto do domicílio o

enfermeiro tem que avaliar as necessidades de cuidados para implementar um plano que preconiza a educação do indivíduo (Sossai e Pinto, 2010).

Para a preparação do prestador de cuidados, os enfermeiros recorrem a múltiplas estratégias no sentido de ajustarem os conteúdos às necessidades de cuidados detectadas e às peculiaridades do cuidador. Este ajuste implica o recurso à didática, tomando por tal: “1- a arte de transmitir conhecimentos; técnica de ensinar. 2- Parte da pedagogia que trata dos precitos científicos que orientam a actividade educativa de modo a torna-la mais eficiente.” (Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia 2002, p. 1343). Esta arte implica uma primeira abordagem cuja valoração seja favorecedora de uma boa relação terapêutica, “na minha opinião o fundamental é ter muito cuidado com a primeira abordagem (...)” (E3F7.5). Hesbeen (2000, p. 37) explicita que: “cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular”. Afirma ainda que: “a essência dos cuidados de Enfermagem é a acção interpessoal da enfermeira e do paciente com vista a produzir neste um resultado terapêutico;” (Hesbeen, 2000, p. 64). Percebermos que o prestador de cuidados pode ter conhecimento e/ou experiência, que deve ser valorizada. Lage (2007, p. 423) refere que “(...) as diferentes experiências oferecem e exigem uma enorme oportunidade de respostas e soluções individuais”.

Importa capacitar o cuidador, numa conceção suportada no empoderamento o que implica a sua inclusão enquanto membro da equipa de cuidados, “(...) existe um prestador que tem crenças, que tem já hábitos, que se calhar já tratou de alguém e fazia daquela forma e para ele continua a ser a mais correcta. Acho que tem que haver aqui algum cuidado e alguma possibilidade de, se calhar de, ceder nalguns aspectos, mas lá está ir ganhando a confiança e trabalhando com o tempo” (E3F7.5). Silva (2009, p. 63) afirma que “o Enfermeiro de Família assume um papel de gestor (dos processos de saúde/doença, dos recursos comunitários), de Educador, de Apoio Emocional, facilitando o empoderamento familiar (ao nível intrapessoal, interpessoal e organizacional) e tendo uma intervenção desde o nível microssistémico ao nível macrossistémico”. O desafio que sobressai é perceber o prestador de cuidados numa dinâmica de escola nova, valorizando o que o mesmo sabe sem imposições ou predeterminações desajustadas, “(...) muitas vezes nós queremos impor as técnicas, e cortamos a autonomia, o relacionamento e a confiança.” (E3B7.7). Em sintonia, Bidarra

(2010, p. 184) afirma que “o processo de avaliação pode ser terapêutico no sentido de ajudar a família a melhor se sentir compreendida pelos técnicos bem como ajudar os cuidadores a sentirem-se reconhecidos, valorizados e mais capazes de continuar o seu trabalho”.

Contudo também é fundamental ter presente que subjacentemente às acções estão as razões para a acção, as quais condicionam a tomada de decisão. Se perante crenças erróneas é fundamental desconstruí-las, no sentido da permeabilização para o conhecimento novo, também é essencial ser flexível permitindo outras abordagens ou estratégias, desde que não ponham em causa a segurança da pessoa que é cuidada. Phaneuf (2005, p. 219) refere que “certas distorções cognitivas conduzem a falsas crenças, muitas vezes bem enraizadas, que podem tornar difícil a vida da pessoa. (...) A acção consiste sobretudo em reconhecer e em confrontar delicadamente estas crenças a fim de levar a pessoa a tomar delas consciência”. O garante do ajuste perante esta díade, prestador de cuidados e idoso dependente, é a avaliação inicial, pois é com base no adquirido que se estabelece o planeamento da educação para a saúde, sustentando-o nas reais necessidades de cuidados... “(...) Eu acho que a primeira etapa devia ser avaliar o que é que ele necessitou de saber e o que é que ele quer saber!” (E3P5.2); “(...) primeiro temos que avaliar o conhecimento, não é?! O que ele sabe. E só depois então é que vamos intervir.” (E4G7.18). Lopes (2010, p. 23) refere “no início da relação, percebe-se que a enfermeira desencadeia um conjunto de estratégias que se orientam simultaneamente no sentido de dar início ao Processo de Avaliação Diagnóstica”. A arte de ensinar, pressupõe também saber perceber se o momento é o adequado à formação do prestador de cuidados, pois este pode não estar permeável, dado estar centrado noutros aspectos... “(...) O enfermeiro está a ensinar, ele até acha que está a ouvir tudo, mas não está a ouvir nada, porque ainda está no processo de adaptação, de transição e se calhar ainda nem está disponível a ouvir, porque ainda está a pensar o que é que aconteceu ao meu familiar, o que é isto? (...)” (E3K11.6). Petronilho (2006, p. 72) concretiza que “o enfermeiro, como formador, terá de ser capaz de identificar a própria disponibilidade e motivação do cuidador para assimilar todo este processo, adequando o ritmo e os conteúdos da formação, por forma a que este consiga atingir um comportamento global adequado às necessidades do doente”.

Se existem vários cuidadores com distribuição de tarefas definidas é imperativo focar as temáticas, (que se reportam às respostas face às necessidades constatadas), atendendo à especificidade funcional de cada membro da família, “(...) se conseguirmos ver quais são as

tarefas desempenhadas por uns e por outros, (...)” (E2I8.10). Silva e Honorino (2011, p. 17) referem que *“a inserção de cuidadores formais ou a divisão de tarefas por diferentes membros da família torna-se fundamental para a manutenção de um cuidado de qualidade e da qualidade de vida de quem cuida”*. A realidade demográfica faz com que cada vez mais idosos cuidem de idosos, pelo que é importante o enfermeiro mobilizar a rede social...*“Mas nesses casos não há outra alternativa não é?! Quando muito, é recorrer aos amigos, familiares, vizinhos... apoios sociais.”* (E2J9.4). Sobressai ainda que face à realidade do cuidador único é fundamental mobilizar os recursos da comunidade... *“Mas também não nos podemos esquecer que a grande maioria... a maioria, quer dizer uma grande percentagem que temos também é o casal idoso sozinho...”* (E2E9.3). Ekwall, Sivberg e Hallberg (2005) concluem que se verifica uma associação significativa entre solidão, uma rede social insuficiente e uma baixa qualidade de vida mental; os enfermeiros devem procurar manter ou estimular estes prestadores de cuidados a criarem a rede social, dado que quanto mais velhos, mais limitados, logo mais fraca é esta rede; salientam ainda as virtudes de ser estabelecido o suporte necessário e a inclusão de momentos de descanso do cuidador.

A autonomia da pessoa que é cuidada constitui uma finalidade deste processo de preparação do cuidador, para tal é essencial que se trabalhe em conjunto, esta díade, a pessoa cuidada e o prestador de cuidados, *“(...) mas tem que ser adaptados a cada um dos casos e o prestador de cuidados e o utente eu acho que claramente têm que ser trabalhados em conjunto.”* (E1F6.11). Em sintonia, Costa Pessoa e Pelzer (2011, p. 687) referem que *“torna-se importante salientar que os cuidadores/familiares precisam ter apoio de profissionais da área da saúde para prestarem melhores cuidados aos idosos portadores da doença de Alzheimer, bem como para terem preservada sua saúde física e emocional. É um trabalho difícil, pois dada a representação social do enfermeiro, muitas pessoas ainda o vêem enquanto mero executor de prescrições médicas que visam essencialmente atuar sobre domínios como as funções. Logo não o veem como uma mais-valia nos demais domínios. Acreditamos que só por meio de uma prática diferente, enquanto corolário de uma conceção de cuidados holística, é possível evidenciar-lo no sentido de alterar tal preconceito para com a nossa profissão. “Se ele perceber que a acção do enfermeiro vai ajudar a fazer um melhor cuidado... a maior parte deles é que eles não percebem isso. Eles não reconhecem o enfermeiro às vezes... o enfermeiro ou outro profissional, como a mais-valia para ele fazer melhor cuidado.”* (E3P8.4). Mas reconhecem, a evidência do contributo da orientação dada, sentindo-se gratos e passando a reconhecer o quão útil e importante é para o papel que passaram a desempenhar.

“As pessoas também não estão habituadas. Por exemplo aconteceu-me isso quando foi do meu trabalho... As pessoas ficavam muito admiradas de eu ir lá a casa, e estar com elas... e às vezes algumas até perguntaram, no fim, quanto é que me deviam, quanto é que tinham que pagar. Porque nunca me fizeram isto!” (E3K8.5). A propósito, Ferraz (2003, p. 130) refere que “alguns cuidadores informais principais demonstram admiração, deferência e gratidão pelos enfermeiros prestarem os cuidados ao doente com abnegação”.

A preparação do cuidador deve ser pautada por uma relação terapêutica. Augusto e outros (2005, p.81) referem “é curioso verificar, como os utentes e familiares ficaram surpreendidos com as competências dos enfermeiros – com o que eles sabem, com o que eles fazem e essencialmente com a dedicação que está intrínseca aos seus cuidados, mudando a sua forma de pensar, a sua conceção de Enfermeiro e da Prática de Enfermagem”. Os prestadores de cuidados assumem a função face a um evento inesperado, para a qual a preparação prévia não existe. Neri e Carvalho (2002, p. 780) afirmam que “o cuidado é uma carreira que transcorre no tempo e que, diferentemente de outras, não é planejada nem esperada, nem escolhida”. Sobressai pois, que o diminuto intervalo temporal que medeia entre o internamento, após a ocorrência, e o regresso a casa, constitui o tempo de que dispomos para iniciarmos a preparação dos familiares cuidadores. Emergiu dos discursos que o treino deste deve ser iniciado no hospital, “eles deviam começar esse treino no hospital não é?! Porque tendo treino, estão com mais segurança.” (E3P16.12), contudo o ambiente e os meios hospitalares são muito diferentes dos disponíveis em casa “tens ferramentas no hospital que provavelmente são diferentes das que há em casa.” (E3H16.13); “E há pormenores que eles às vezes no hospital nem se apercebem.” (E3K16.14). Urge ainda adaptar o que se ensina à realidade, já que as condições da habitação podem condicionar a ação do prestador de cuidados... “e às vezes torna-se necessária a adaptação do ambiente lá em casa.” (E3H17.1); “Estas condições ambientais que eu estava a falar era um bocadinho que agora também a professora falou... a cama encostada à parede, é uma das realidades que nós detectamos nas habitações...” (E5G6.2); “a exiguidade dos espaços, os espaços exíguos... armários e objectos que integram o quarto...” (E5J6.5); “ou o acesso à água ser distante...” (E5C6.9). Monteiro (2010) defende no âmbito do planeamento da alta, a realização de visitação domiciliária por enfermeiros de reabilita o, afim de facilitar a reintegra o sócio-familiar, e orientar possíveis reajustes e adapta oes no espaço físico que irá receber o doente, logo promover a sua máxima autonomia no dom cilio. Esta medida permite adequar a prepara o do cuidador às realidades concretas e assim detetar situa oes complexas.

A preparação do prestador de cuidados confina-se, na sua grande parte a momentos limitados, pelo que a sistematização do que é necessário abordar é essencial. Uma das estratégias é o recurso a procedimentos, desde que com a devida adaptação à realidade de cada situação *“eu penso que tem que haver um procedimento, não é? E que depois em determinadas situações podem ser adaptados.”* (E5C2.3). O vantagem do recurso a procedimentos é uniformizar o que é essencial abordar, contudo é fundamental ajustar a cada um dos prestadores de cuidados, *“(…) cada vez mais a nossa vivência diz-nos isto que, mesmo tendo o procedimento não quer dizer que a gente actue da mesma maneira em todos os doentes... (…)”* (E5I2.4). Emerge também dos discursos que apesar das necessárias adaptações há princípios que devem manter-se, assim com deve prevalecer uma lógica sequencial quanto aos assuntos a focar. O recurso aos procedimentos, dado estabelecer um padrão quanto aos diferentes itens a abordar com o cuidador e sua sequência, permite diminuir ou até irradicar diferenças substanciais que possam ocorrer com diferentes enfermeiros. *“Os princípios chave que têm que ser iguais... não é? Tem que haver um fio condutor no fundo...”* (E5N2.10)... Moreira (2006, p.105) refere que: *“no campo das dificuldades pensamos que o facto dos enfermeiros utilizarem por vezes práticas diferentes, dificulta a aprendizagem dos cuidadores, tal como estes expressam. Pensamos que as dificuldades sentidas podem ser minoradas se os profissionais utilizarem os mesmos procedimentos, pois assim não estão a transmitir informações contraditórias (...)”*. Sobressai ainda que sendo o prestador de cuidados, o alvo destes procedimentos, cabe ao enfermeiro efectuar a sua validação... *“Eu acho que acaba por ser mais o enfermeiro, que valida, não é?”* (E5G14.5); *“No final, a avaliação final no fundo, é do técnico que diz se realmente já está capaz ou não.”* (E5D14.10).

Percebemos que as temáticas abordadas são muito variadas, sendo determinadas pelas necessidades de cuidados evidenciadas, depreendendo-se que é essencial focar de forma bem explícita a segurança do prestador de cuidados, *“em termos ergonómicos para o próprio prestador de cuidados... porque também temos aqui que ponderar aqui a situação de que se o prestador de cuidados sabe fazer correctamente a técnica para prevenção de lesões nele próprio.”* (E2G2.18). Jesus (2008, p. 75) afirma que *“ser cuidador informal é cada vez mais um desafio com novas exigências. Torna-se indispensável: um investimento claro na formação e informação de forma a contribuir para a melhoria e qualidade dos cuidados prestados, assim como para uma maior securização do prestador de cuidados”*. A diversidade de pessoas, de valores e grau cultural, associada a vivências prévias ou a crenças,

determina uma estratégia de interação multifacetada, que facilite e consolide a relação terapêutica e garanta a adesão aos cuidados necessários. Nogueira (2003, p.77) defende que:

“as informações devem ser dadas de acordo com as necessidades do doente, indo também ao encontro das necessidades dos familiares, evitando problemas potenciais e proporcionando um ambiente favorável. Devem ser realistas, com base nas capacidades e incapacidades do utente e cuidador principal, numa atitude de encorajamento e esperança, respondendo às perguntas colocadas de forma clara, objectiva e num clima de privacidade”.

As estratégias incluem o recurso: à negociação *“agora pode-se negociar com a pessoa qual será a melhor forma de...”* (E3P7.3), ao aconselhar e incentivar *“o aconselhar... Acho que é mais... o incentivar...”* (E5I7.8), o ensinar *“o ensinar...”* (E5C7.7) e o instruir e o treinar *“o instruir. E o treinar ou assistir o treinar.”* (E5J7.10). Petronilho (2006, p. 156) refere que *“o processo de ensino/treino do membro da família prestador de cuidados parece ser decisivo como importante recurso na aquisição de competências, revelando uma grande utilidade na sua adaptação ao desempenho do papel que lhes é exigido”*. Destacamos ainda Silva (2007, p. 134) reportando-se ao trabalho dos enfermeiros, refere enquanto estratégias a que estes recorrem frequentemente ao educar para o autocuidado: *“(...) avaliar, planear, e implementar. (...) transmitir conhecimentos, informar, explicar, ensinar, demonstrar, repetir, instruir, reforçar, mediar e motivar”*.

Resulta ainda que a explicação das vantagens e ganhos em autonomia é uma estratégia essencial para trabalhar o papel do prestador de cuidados... *“explicando-lhe as vantagens de não a limitar. As vantagens... os ganhos em autonomia quer para o próprio utente, e para o próprio prestador de cuidados.”* (E5G1.8). Silva (2007, p. 134) expressa que *“os enfermeiros explicitaram que consideram importante explicar os tratamentos que efectuam quer ao nível do procedimento, quer ao nível dos objectivos, e respectivas vantagens”*. Nos momentos de preparação do prestador de cuidados, recorre-se essencialmente a dois métodos: o expositivo e o demonstrativo, *“(...) se estás em casa do prestador de cuidados não vais usar muito se calhar a estratégia de utilizar outras técnicas pedagógicas, terá que ser um bocadinho mais pelo, pelo método expositivo e aí depois utilizarmos a demonstração.”* (E4G6.4). Petronilho (2006, p. 72) no processo de ensino-aprendizagem do cuidador e pessoa cuidada identifica três momentos, são eles:

“1) um primeiro momento deverá passar por informação teórica, isto é, em intervenções do tipo ensinar/educar, muito centradas no domínio cognitivo; 2) um segundo momento deverá centrar-

se na explicação e demonstração das técnicas por parte do enfermeiro, em que este se comporta como um modelo e o cuidador observará atentamente o seu desempenho, ou seja, intervenções do tipo instruir; 3) um terceiro momento passa por colocar o cuidador a fazer sob a supervisão do enfermeiro, que vai esclarecendo dúvidas, isto é, em intervenções do tipo treinar”.

Os enfermeiros poderão ainda recorrer a outras estratégias, se em contextos favorecedores, nomeadamente em grupo, como os filmes e os panfletos, “*quando se faz uma intervenção em grupo, no treino do prestador de cuidados, isso utiliza-se muito essa estratégia em termos de visualização de filmes, de panfleto.*” (E5G13.11). Nogueira (2003) e Silva (2007) referem a utilização de panfletos no contexto da preparação do prestador de cuidados e pessoa dependente. Também Santos (2010, p. 4) refere que os “*recursos didáticos disponíveis: Para realçar o ensino incluem materiais como: livros, panfletos, fotos, filmes, slides, áudio e multimídia, videoteipes, modelos, instrução programada e, módulos de aprendizagem assistida por computador*”. Poderá ainda recorrer-se a sessões de grupo, “*já existe um grupo de ajuda do prestador... grupos de apoio...*” (E4I6.16); Há ainda a realização de sessões de grupo “*(...) à posteriori nós podemos fazer as sessões em grupo, fornecer algum apoio... material de apoio...*” (E4G7.1). Santos (2010, p. 4) refere que “*o ensino em grupo é apropriado para algumas pessoas que lhes permite não somente receber a informação necessária, mas também se sentirem seguras como membros do grupo, aqueles com problemas ou necessidades de ensino similares tem a oportunidade de se identificarem com cada membro do grupo, ganhando assim, suporte moral e coragem*”.

Dada a complexidade quer do novo papel que um determinado cidadão assume, ao tornar-se prestador de cuidados, quer da natureza das tarefas a desempenhar é essencial um acompanhamento mais estreito, deste pelo enfermeiro, “*às vezes a pessoa até tem conhecimento, mas a adaptação, ao ambiente ao estar em casa, acho que pressupõe da nossa parte um maior acompanhamento, não é?!*” (E4E10.16). Este acompanhamento permite apoiar o prestador de cuidados e é fundamental para o supervisionar na prestação de cuidados, “*e naquele momento em casa vai-se sentir completamente sozinho e não pode pedir apoio a ninguém. E portanto teria que realmente, tem que ter realmente alguém que no fundo também pode estar um bocadinho a supervisionar aquela prestação de cuidados, porque assim a pessoa vai-se sentir mais segura na sua prestação de cuidados.*” (E3G17.3). Ferraz (2003, p. 115) com base no seu estudo, refere que: “*no que diz respeito ao pós alta todos os cuidadores*

recorreram ao centro de saúde, para pedir colaboração, apoio e supervisão dos profissionais de saúde dessa Instituição”.

Para apurar se a preparação do cuidador foi eficiente é necessário proceder à sua avaliação. Phaneuf (2001, p. 341) explicita que esta é *“um julgamento comparativo sistemático do estado da pessoa, efectuado no momento em que termina o prazo, considerando para isso os objectivos fixados. Ao medir o progresso alcançado, a enfermeira pode dar-se conta dos resultados obtidos e da eficácia das suas acções”*. Esta pode ser concretizada de duas formas: directa e indirecta. Directa quando incide sobre o próprio. Indirecta quando sobre a condição de saúde da pessoa que é cuidada, *“podes ter duas componentes, podes ter a avaliação directa e também, eu até demonstrei como é que devia dar banho e depois vou ver exactamente como é que a pessoa dá banho”* (E5J18.3); *“e depois a questão indirecta que é fundamental, que é de facto a condição do dependente. A pessoa que é cuidada é fundamental. É um espelho de alguma forma, não é único mas é um espelho, daquilo que são os cuidados prestados também.”* (E5J18.10). Petronilho (2006) no seu estudo relativo à preparação do regresso a casa, avalia quer o conhecimento do prestador de cuidados, quer a condição do doente. A avaliação pressupõe observação, *“sabe que a avaliação também pode passar pela observação... Observar o cuidador a fazer.”* (E3K6.2). Lopes (2003) refere que o enfermeiro procede à avaliação, fundando-se no que observa no contacto com a pessoa sob cuidados e a sua família.

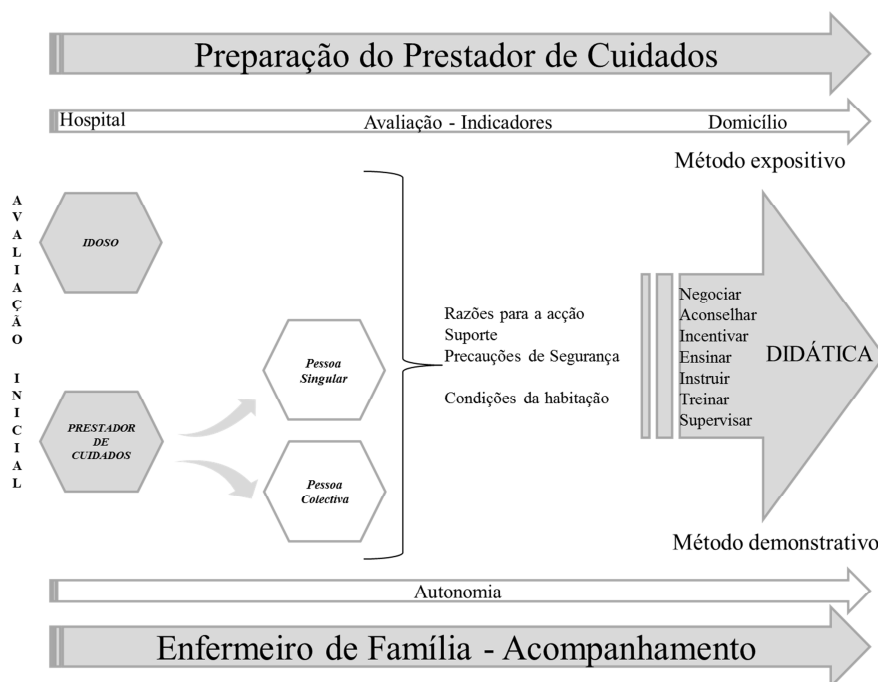
A estratégia, em alguns contextos, poderá passar por visitas domiciliárias sem marcação de hora ou marcar horas em que decorrerão determinadas actividades específicas, de modo a perceber o nível de mestria do prestador de cuidados, *“estas visitas que não são marcadas, vão apanhar diferentes momentos do dia, portanto diferentes actividades, vão ver se calhar na hora da refeição, vão ver se calhar na hora do banho, vão ver se calhar na hora de mudar a fralda...”* (E5O18.7). Duarte (2010, p. 170) explicita que:

“a valorização do cuidado familiar inclui o respeito pela organização familiar que se traduz em comportamentos de inclusão das práticas da família nos cuidados ou em tornar os cuidados próximos da rotina familiar. Igualmente, no respeito pelos horários da pessoa, pretende-se que a visita aconteça sem trazer transtorno para a rotina dos cuidados, organizando a deslocação para coincidir com os cuidados de higiene e conforto ou com a hora das refeições (quando há necessidade de observação adicional ou execução de procedimentos técnico-científicos, ou

quando a enfermeira identifica a necessidade de informação adicional sobre a alimentação ou o controlo da glicemia), em função da disponibilidade do cuidador familiar”.

Releva-se ainda dos discursos proferidos que deste processo de avaliação emergem indicadores de qualidade, sendo estes: ganhos em conhecimento do prestador de cuidados, ganhos em aprendizagem do prestador de cuidados “os ganhos em conhecimento do prestador de cuidados, ganhos em aprendizagem do prestador de cuidados.” (E5I19.1); condição do utente no Autocuidado “a própria condição do Autocuidado, não é?” (E5N19.2); “do utente!” (E5D19.3); o bem-estar do utente “o próprio bem-estar do utente.” (E5C19.4); prevenção de úlceras de pressão “prevenção de úlceras de pressão.” (E5I19.8); número de quedas “as quedas.” (E5N19.14) e o número de reinternamentos nos últimos seis meses ou nos últimos onze meses “há um indicador que vários estudos apresentam que é o número de reinternamentos, nos últimos seis meses ou nos últimos onze meses.” (E5O19.18). Em concordância com o exposto, Petronilho (2006, p. 86) expressa que “(...) a produção de indicadores que tem como denominador comum o contexto hospitalar e os cuidados de saúde primários, traduzindo, assim, o exercício autónomo dos enfermeiros, parece-nos um excelente instrumento para a monitorização e conseqüente melhoria dessa mesma qualidade”. Visando aclarar o processo de preparação do prestador de cuidados, realizamos o seguinte esquema explicativo representado na figura 29.

Figura 29 - Representação esquemática da categoria “Preparação do Prestador de Cuidados”



4.5 - INTENSIDADE DOS CONTACTOS

Dos discursos proferidos emerge a categoria “*Intensidade dos Contactos*”, para a qual se relevam duas subcategorias: “*Natureza dos contactos*” e “*Frequência dos Contactos*”. Relativamente à primeira releva-se: “*nós damos algumas indicações que por vezes, resolve via telefone, não é? Outras vezes não, tem que ter depois a presença física do enfermeiro.*” (E5G15.6). Quanto à segunda sobressai: “*quanto mais numa primeira fase, podemos ter umas visitas mais frequentes.*” (E4G10.14).

A “*Intensidade dos Contactos*” repercute a frequência e a natureza (presença física ou via telefone) dos contactos a estabelecer no acompanhamento do prestador de cuidados do idoso com dependência no Autocuidado. Gardner (2008) propôs um programa, com a duração de um ano, de atendimento de cuidadores de idosos, após a alta hospitalar, via telefone. Este teria um baixo custo, mas preveniria complicações de custos avultados. Também Padilha (2006, p. 168) propõe a “*criação de uma linha telefónica de apoio às pessoas doentes e/ou prestadores de cuidados após a alta do serviço, com acesso ao médico, enfermeiros ou outros técnicos*”. Propõe ainda “*implementar uma rede de avaliação permanente dos resultados em saúde obtidos pelas pessoas doentes e/ou prestadores de cuidados após a alta*” (Padilha, 2006, p. 168). Importa ainda, aclarar o conceito de contacto, entendendo-se por tal a “*relação entre o enfermeiro e o cliente que se define num espaço e num contexto temporal entre o profissional e o cliente*” (ARS, IGIF, ESEnfSJ, 1999, p. 14).

Emerge ainda dos discursos que o acompanhamento do prestador de cuidados deve ser iniciado no próprio hospital por parte do enfermeiro de família...

“já existiu no nosso hospital uma altura em que os enfermeiros de família, quando os doentes eram internados e ficavam com grau de dependência, ele, o enfermeiro de família, ia ao hospital logo no início do internamento ou a meio do internamento. Ia ao hospital conhecer o doente, conhecer a família. Pronto e para a família também conhecia que era o enfermeiro de família que a seguir ia prestar cuidados e ia acompanhar aquele caso mas neste momento já... isso já não se faz.” (E2E12.4);

“nós chegamos a ter esse modelo que, o enfermeiro de família, quando o utente estava internado, o enfermeiro de família ia à visita hospitalar.” (E3G17.6). Em plena sintonia com o apurado, Ferraz (2003, p. 54-55) afirma que: “*o ideal seria que o enfermeiro de saúde comunitária visitasse o doente ainda no hospital, falasse com a família, tomasse*

conhecimento das actividades que o indivíduo é capaz de realizar e ajudar a família a organizar-se para receber o utente no domicílio". Sobressai então, dos discursos, que o primeiro contacto deve realizar-se ainda no hospital. Porém, desta realidade advém custos, que as organizações de saúde poderão não suportar.

Da avaliação inicial resultam necessidades, que irão determinar o período que poderá mediar entre a alta e o primeiro contacto em casa. Podendo este ser realizado no próprio dia ou 24 horas após, ou seja adaptado a cada situação... *"portanto a primeira avaliação, ele sai já do hospital com esta avaliação. Obviamente que quando chega a casa vai encontrar muitos outros obstáculos, se calhar é normal que isso aconteça, mas para ir antes das 24 horas normalmente é com o contacto do hospital. Certo? Depois a partir daí é claramente só o que eles fazem no domicílio."* (E4E15.7). Em concordância com o evidenciado, Silva (2009) explicita que é importante programar os contactos com o cuidador no domicílio, estabelecendo prioridades. Emerge também dos discursos que posteriormente as visitas seriam retomadas, já no domicílio no máximo 48h após a alta...*"a questão é esta é que o envolvimento deve ser logo a partir dessas 48h em que o doente está conosco."* (E2I11.15). Também Nogueira (2000) defende as 48 horas enquanto prazo máximo, para a deslocação ao domicílio após a alta.

A frequência de continuidade deve ser norteadada pelo prestador de cuidados, em questão e a complexidade dos cuidados requeridos quer por este quer pela pessoa dependente.

"(...) se aquela família está a viver um processo de crise familiar, cada vez mais cedo o enfermeiro de família deve estar alerta para aquela situação porque muitas vezes os momentos de crise da família, propriamente dita, revertem-se não só no indivíduo dependente mas em todos os outros membros da família. Isto é o meu ponto de vista, o que eu estou a dizer é que o envolvimento deve ser logo, não é só quando o doente tem alta." (E2I11.17).

Ávila (2009, p. 62) refere que: *"a frequência desta visitas é estabelecida de acordo com a necessidades do utente, bem como da respectiva família"*. São múltiplos os factores que condicionam este modelo: falta de enfermeiros, falta de tempo e indefinição das prioridades de quem gere a instituição, *"menos pessoal. Mais exigência, mais exigência, menos tempo..."* (E2E12.15); *"(...) mas muitas vezes o que nos é dito é falta de tempo..."* (E2I12.7); *"ou por não verem nisso uma prioridade, porque estão a ser assegurados os cuidados,..."* (E2E12.8). A Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2005, p. 11) refere que: *"a combinação de enfermeiros com muito pouco pessoal de apoio em enfermagem,*

juntamente com excessiva burocracia e tarefas administrativas, deixa muito pouco tempo para os enfermeiros gastarem com assistência direta ao paciente... (...) 28 por cento não eram capazes de dispensar aos pacientes e suas famílias a educação e instruções necessárias”.

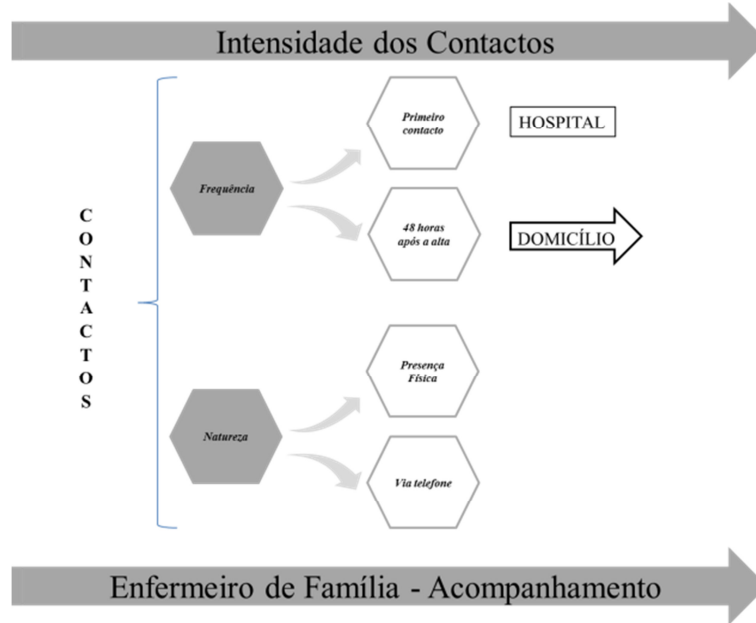
Os objectivos e os indicadores, legalmente preconizados, constituem um factor condicionante, “*é porque realmente eles têm objectivos a atingir também que são de tal ordem ambiciosos que não conseguem dar mais.*” (E2G12.10); “*são objectivos, também muito ambiciosos, que as próprias USFs têm que atingir, que obriga a muito trabalho dentro do Centro de Saúde, talvez ali em equipa para tentar... ou se calhar o enfermeiro de família está a fazer muito trabalho que não é da competência dele.*” (E4G22.3); “*eu acho que em termos de recursos humanos continuamos com aquilo que tínhamos, certo? As orientações que os enfermeiros vão tendo é que são muito diferentes.*” (E4F27.6); “*e as exigências... os objectivos... os indicadores... isso é que modificou muito...*” (E4F27.8). Na mesma linha de reflexão, com base no seu estudo Araújo (2008, p. 150) refere:

“parece-nos que pensar sobre novas orientações em saúde não se pode limitar a uma simples reorganização dos seus sistemas, isoladamente, mas sim reajustando e pensando as estruturas a partir das pessoas a quem se destinam os cuidados, bem como aos vários profissionais que prestam cuidados nas situações concretas que vivenciam e explorando essas suas vivências nas perspectivas da orientação”.

Tentamos auscultar sobre a periodicidade dos contactos, a mesma deve considerar as necessidades de cuidados “*em função das necessidades tu vais as vezes que forem precisas.*” (E4A11.18). Numa primeira fase, após o acometimento da dependência, é mais frequente “*(...) na primeira semana há uma intensidade maior...*” (E4C10.15). Em sintonia Gonçalves (2010) enfatiza a importância dos cuidados no domicílio conseqüentemente às necessidades das famílias e seus idosos. Também a mestria do prestador de cuidados pode determinar a frequência e o momento em que o enfermeiro deve estar presente “*(...) quando nós vimos a senhora a fazer achamos que era melhor, talvez estar connosco lá... em todas as refeições estar connosco.*” (E4I12.2). Outro factor condicionante é o risco... “*é de acordo com necessidade e com os riscos que pode ter esse doente.*” (E4I12.8). A propósito do adquirido, Machado, Freitas e Jorge (2007, p.532) relevam a importância do acompanhamento do cuidador dada a sua falta de preparação quer emocional quer técnica, agindo por vezes com insegurança, o que os leva a afirmar que “*o saber fazer necessita de preparo, de treinamento e nem sempre os cuidadores recebem essa atenção*”. De modo a explicitar o processo da

Intensidade dos Contactos, realizamos o seguinte esquema explicativo do mesmo, representado na figura 30.

Figura 30 - Representação esquemática da categoria “Intensidade dos Contactos”



4.6 - ACOMPANHAMENTO DO PRESTADOR DE CUIDADOS

Dos discursos proferidos, após a *codificação selectiva* emerge uma categoria central: “*Acompanhamento do Prestador de Cuidados*”. Esta estrutura-se enquanto corolário das demais, congregando o essencial, fornecendo contributos relativos à estruturação de um modelo de *acompanhamento do prestador de cuidados de idosos com dependência no autocuidado* o qual contempla a formação dos enfermeiros que têm sob seus cuidados estes prestadores de cuidados.

O processo de “*Acompanhamento do Prestador de Cuidados*” inicia-se com a *avaliação inicial* a qual é composta por *focos de atenção de enfermagem* que se reportam quer ao *prestador de cuidados* quer à condição da pessoa que é cuidada. Petronilho (2006, p.67) afirma que:

“o processo de preparação do regresso a casa, exige uma colheita de dados pertinente, em que o enfermeiro deve ter um papel central, aprofundando as necessidades reais, relativamente às condições socioeconómicas do doente e família, recursos materiais disponíveis, à rede de

suporte, às competências adquiridas dos cuidadores e à motivação para o exercício do papel de prestador de cuidados, mesmo nas situações em que esse papel já era exercido anteriormente ao episódio de internamento actual”.

Sobressai da análise dos discursos de modo a garantir, quer a identificação das necessidades de cuidados, quer a continuidade dos mesmos, que os dados existentes no SAPE, devem estar actualizados. *“Está desactualizado, está tudo desactualizado. No SAPE está tudo desactualizado.”* (E2G6.12). Até porque deste modo garante-se a interligação necessária com o enfermeiro de família, *“(…) deve e tem que haver mais envolvimento, a nível hospitalar na articulação com o enfermeiro de família.”* (E2I6.2), ficando claro que pela rotatividade dos enfermeiros é difícil contactar o enfermeiro de família, uma vez que os dados não estão actualizados no sistema. *“(…) porque houve há muito pouco tempo na ULS uma grande mobilidade de enfermeiros e de maneira que o que está registado no próprio SONHO não corresponde ao enfermeiro de família e portanto para o encontrar é difícil.”* (E4E14.14). Em consonância Sousa (2006, p. 268-269) refere que *“a qualidade do sistema e a qualidade da informação afectam conjuntamente e separadamente a utilização e a satisfação do utilizador”*. Explicita ainda que *“a qualidade do sistema consiste na avaliação do processamento da informação, nomeadamente da sua eficiência em termos de tempo de resposta, conteúdo da base de dados, precisão e actualidade dos dados (...)”* (Sousa, 2006, p. 268-269).

Emerge ainda dos discursos que este actor, (enfermeiro de família), deve iniciar o envolvimento com a díade, prestador de cuidados e idoso com dependência, no próprio hospital, de modo a entabular a necessária relação terapêutica.

“Chegaram os enfermeiros de família a irem ao hospital, e aí também o utente e a família já conheciam o enfermeiro de família e já não havia aquela... que é um choque muito grande, não há duvida nenhuma, principalmente numa pessoa que não era dependente e vem para casa e o prestador de cuidados agora tem um dependente. E no hospital agora os internamentos não são tão prolongados não é?! E de repente tem que executar todos os autocuidados naquela pessoa, todas as intervenções e é um choque muito grande, não é?! Temos que nos pôr também no lugar dessas pessoas que não têm conhecimento.” (E3G17.8).

Monahan e outros (2010, p. 221) referem que: *“o ideal será a primeira visita ao doente e família ser feita no hospital, antes da alta, mas o que acontece com frequência é a primeira visita ser no domicílio (...)”*. A relação terapêutica deve implicar no processo terapêutico o

prestador de cuidados e a pessoa que é cuidada... *“é uma díade. Um está muito relacionado com o outro.”* (E1F6.12), sob a finalidade de alcançar a autonomia possível, *“ (...) do que tenho trabalhado do prestador de cuidados, da investigação que tenho lido, acho que não deve ser o próprio prestador de cuidados familiar a promover a autonomia, porque requer um conjunto de conhecimentos, competências, treino de competências, que não é fácil...”* (E1N2.2). Moreira (2005, p.13) expõe que: *“(...) o envolvimento da família no projecto terapêutico do utente, constitui uma ferramenta imprescindível para otimizar a capacidade da família e para, simultaneamente, preservar a sua vida familiar e garantir cuidados mais personalizados”*. Shyu (2000, p. 621-622) descreve que o processo de adaptação entre o cuidador e a pessoa cuidada, compreende três fases: *“papel de ajuste”* (ocorre antes da alta, é quando se preparam, cuidador e pessoa cuidada, para o início da interacção) *“papel de negociação”* (ocorre imediatamente após a alta, cuidador e pessoa cuidada ainda preparam a interacção) e *“papel de resolução”* (cuidador e pessoa cuidada estabelecem um padrão estável de interacção). Pressupõe que em todo o universo de cuidados, só seja concretizado pelo outro, o estritamente necessário, apelando continuamente à sua participação e a não abdicar de si próprio, *“não é fazer um conjunto de intervenções sistematizadas para comer, para beber e não sei o quê. Mas sim só substituir naquilo que deve substituir e deixar que a pessoa faça porque é o prestador profissional que tem que promover a autonomia (...)”* (E1N3.8). Zoboli (2007, p. 318) refere que:

“a prática da enfermagem na equipe de saúde da família tem de ser marcada pela humanização, cuidado, exercício da cidadania, respeito à dignidade e liberdade humanas e ser alicerçada na compreensão de que as condições de vida definem o processo saúde-doença-cuidado das famílias, demandando dos enfermeiros empenho para sua transformação no sentido da promoção da saúde e construção da autonomia”.

Não menos importante é a identificação correcta do prestador de cuidados, se pessoa singular, se colectiva, e na última estabelecer um contrato claro com todos os actores sobre as diferentes tarefas que cada um vai assumir... *“(...) no hospital a pessoa está a passar um processo agudo, não é!? Muitas vezes era independente e passa a ser dependente naquele momento, a família ainda está-se a organizar, o prestador de cuidados... eles estão a tratar de arranjar o prestador de cuidados, o que se torna muito complicado, (...)”* (E2I5.13). De la Cuesta (2006, sp) aclara que *«os primeiros contactos com cuidadores fizeram-me perceber a relação da definição de cuidador primário reflectida na literatura. Quando perguntava por este, alguns cuidadores me diziam: “Cuidamos todos”. Encontrei famílias em que vários*

membros estavam envolvidos no cuidado e organizados em "turnos" de atendimento (...)». Ainda Jani-Le Bris (1994, p.88) relativamente às *soluções de substituição*, acrescenta que *“uma solução referida principalmente pelos quatro países do sul, mas que é aplicada em pequena percentagem no norte, reside na partilha dos papéis e das funções, solução essa que pode ser estabelecida desde o início da prestação de cuidados”*.

Também a primeira visita a casa da pessoa com necessidade de cuidados poderá ser realizada antes de regressar a casa, se essencial, de modo a adaptar o ambiente às necessidades detectadas. Em sintonia, com base no seu estudo, Simões (2008, p. 83) explicita que os participantes *“referem a importância da visita (...) com bastante antecedência ao regresso para o domicílio, o que permitirá inteirar-se das reais necessidades (...)”*. Nas situações em que essa visita prévia à alta clínica, não se impõe, deverá ser realizada até às 48h após... *“depois quando há a altura da alta, é programado com 48h que vai ter alta. Para quê? Para que o enfermeiro de família se organize, para programar as visitas. Para não acontecer isto, de 15 em 15 dias, não acontecer como eu ontem, em que temos depois os urgentes que já tiveram alta da ECCI a ligar para nós porque o enfermeiro de família não foi lá.”* (E2G11.13). Em sintonia o National Health Service (2010, p. 49) refere que *“a visita pré-alta é realizada por vários membros da equipa multidisciplinar, com o objectivo de transmitir à equipa (hospitalar e da comunidade), doentes acometidos de AVC e seus cuidadores a oportunidade de identificarem prováveis problemas, bem como tratar de outras necessidades que o doente acometido de AVC e/ou o seu cuidador poderão ter”*. A mesma entidade refere ainda que após a alta, os cuidados são assegurados em contínuo pelas enfermeiras da comunidade.

O acompanhamento é um processo transversal, iniciando-se no internamento e continuando-se ao longo de todo o processo de cuidado... *“(...) ver, avaliar e encostar... necessitamos de acompanhamento.”* (E3F6.6). Também Grelha (2009, p. 47) expressa que:

“no decorrer da experiência profissional fomos detectando algumas dificuldades apresentadas pelos cuidadores informais de idosos dependentes. Pensamos que será necessário informação/ formação/ acompanhamento dos mesmos, pois quem já as desenvolveu parece ser simples, mas para quem nunca precisou de enfrentá-las tornam-se difíceis e por vezes sem saída. Cabe, cada vez mais, aos profissionais de saúde tentarem intervir com estes cuidadores informais”.

A frequência dos contactos será estabelecida em função das reais necessidades de cuidados que o cuidador revela e de factores que condicionem os cuidados: incapacidade, razões para a ação, volição... *“se calhar para uns cuidadores precisam de 4 a 5 sessões e para outros não precisam de nenhuma.”* (E3N3.8). Figueiredo (2010, p. 29) refere *“a periodicidade das visitas depende da complexidade de cada caso”*. Releva-se também que, os contactos, quanto à natureza, poderão ser em presença física do enfermeiro de família, *“e o cuidador tem que demonstrar que sabe fazer. E temos que verificar... É essa observação...”* (E3B1.9), permitindo a observação do prestador de cuidados. Ou por via telefónica, se apenas para alguns contextos simples de acompanhamento ou mesmo colocar dúvidas simples sobre o cuidado, por parte do prestador de cuidados, *“(...) o contacto telefónico e muitas vezes, é só uma pequena dúvida que no... não só directamente com os cuidados, mas outra coisas quaisquer (...)”* (E5C14.14). Este procedimento constitui um recurso cada vez mais utilizado no acompanhamento de casos de pessoas com dependência (Chaves, 2004).

Também resulta da análise dos discursos que a avaliação é transversal ao processo terapêutico, sendo com base nesta que é decidida a natureza e a frequência dos contactos. A frequência pode ser orientada em função de periodicidade por semana ou se necessário em momentos específicos de cada dia *“e às vezes há visitas por nós marcadas, estabelecidas que permitem, fazer isso, nós por exemplo já tivemos outro utente que, por exemplo chegamos à conclusão, que íamos passar mais na hora das refeições.”* (E5C18.9). Em concordância Duarte e Diogo (2000, p. 9) explicitam que a assistência em casa compreende: *“visitas programadas em que determinados procedimentos (geralmente de maior complexidade) são realizados pelos elementos da equipe. A periodicidade das visitas depende da complexidade assistencial requerida. Conta-se também com o cuidador como responsável pela continuidade da assistência em domicílio”*.

Emerge ainda dos discursos que o *acompanhamento do prestador de cuidados* pressupõe um processo estruturado de educação para a saúde, o qual sustenta a relação terapêutica e se suporta na didática da formação de adultos... *“e se calhar depois temos que ver se ele está disponível, porque é assim, ele é prestador de cuidados mas é um elemento da família tem outras funções. Ele até pode estar preocupado na altura com outras situações e portanto nós podemos estar para ali a dizer o que quisermos porque não é aquilo que ele quer ouvir.”* (E3K8.3); *“mas eu essa conheço e tenho-te a dizer que se o trabalho for bem fundamentado,*

não digo bem feito, mas bem fundamentado, tu realmente tens... Não há nenhuma porta que não se abra... Percebes?” (E3F8.11). Tais pressupostos são reiterados por Monahan e outros (2010, p. 220) que afirmam “*o enfermeiro deve ser hábil na avaliação da disponibilidade para aprender, fornecer informações e avaliar resultados do ensino. Também deve dominar os princípios gerais de ensino e da aprendizagem e da teoria de aprendizagem de adultos*”. Releva-se ainda que face às características da população de prestadores de cuidados se impõem essencialmente dois métodos de ensino: o expositivo e o demonstrativo, “*e uma se calhar pode ser uma sessão completamente expositiva, e dizer olhe nós sentamo-nos aqui e vamos falar um bocadinho das dúvidas...*” (E3P7.3); “*há outros que se calhar é muito mais até pela questão de demonstrar como é que se faz e até chamar a atenção que se fizer daquela forma poderá não se estar a... pode acarretar alguns riscos!*” (E3F7.5). Destes sobressai a estratégia de ensinar a fazer, fazendo... “*é ir ensinando, fazendo!*” (E1N3.8). Castro (2008, p. 59) explicita que: “*o método mais utilizado pelos enfermeiros é a demonstração*”. Bastable (2010) explicita que para um público-alvo de baixa instrução o método expositivo é o adequado. Este processo de ensino-aprendizagem, considerando a diversidade de tarefas, de prestadores de cuidados e de enfermeiros envolvidos, necessita de estratégias que garantam coerência, eficácia e continuidade do cuidado, pelo que integrar o recurso a procedimentos é essencial...

“os princípios, para uns não fazerem de uma determinada maneira e outros fazerem de outra, porque às vezes é preciso esta transmissão de comunicação entre a equipa muitas vezes vai falhando se não houver um procedimento do que nós estamos a trabalhar naquele modelo e optamos se necessário por aquele modelo e aquele procedimento para aquele utente. Nesta perspectiva, adaptar sempre à situação do utente.” (E5I2.4).

Bastable (2010) recomenda o uso de procedimentos, enquanto estratégia de aprendizagem. Contudo há nichos de população com quem poderão ser utilizadas outras estratégias como o uso de literatura (panfleto), filmes ou mesmo o recurso a formação em grupo ou grupos de suporte... “*E a estratégia? Ao dar-lhe esse conhecimento... do tipo o que é que se usa? Folhetos, vídeos... eh... debitando informação...*” (E4N6.1). Bastable (2010) e Potter e Perry (2006) referem o potencial do material impresso e do recurso a filmes ou outro material audiovisual no processo de preparação do cuidador. Potter e Perry (2006) explicitam que o ensino de grupo é uma estratégia que podemos utilizar com os prestadores de cuidados a qual permite duas vertentes: a expositiva sobre uma temática e a de discussão com os diferentes elementos.

Em todo este processo é essencial a arte de ensinar de modo a ajustar à realidade de cuidados ao ator em questão e supervisionar... *“dar-lhe algum conhecimento, depois treinar, demonstrar, treinar e supervisionar...”* (E4C5.15); *“Terá que ser em termos da transmissão do conhecimento. Da informação. Mas depois se queremos treinar temos que demonstrar e pôr a pessoa a executar e nós a supervisionarmos.”* (E4G6.6). Em sintonia Pinto (2007, p. 86) refere que:

“a complexidade dos cuidados determina a necessidade de formação do cuidador. Esta deve ter em conta a aquisição por parte do cuidador de informação relacionada com recursos, apoios e rede de cuidados continuados e formação relativa ao acto de cuidar, tendo em conta o perfil dos défices do utente, técnicas e meios de apoio existentes e um plano de cuidados que pode ser supervisionado ou realizado em conjunto com os cuidadores formais”.

Também Caldas (2003, p. 778) explicita que *“seria fundamental que profissionais de saúde treinassem o cuidador e supervisionassem a execução das atividades assistenciais necessárias ao cotidiano do idoso até que a família se sentisse segura para assumi-las”*. Este processo requer avaliação a qual pode ser por via directa (visualizando o prestador de cuidados a executar) ou por via indirecta (avaliando a condição da pessoa dependente), *“de uma forma indirecta nós conseguimos avaliar um bocadinho qual é o papel daquele prestador de cuidados. Não é? Ou como é que ele executa todas essas intervenções.”* (E5G16.11). Giacomozzi (2007, p. 59) refere que *“durante a inserção no contexto domiciliário, os profissionais, em alguns momentos, principalmente a enfermeira, oportunizam a avaliação clínica no domicílio, de maneira direta e indirecta, aproveitando as observações clínicas para fazer perguntas e reforçar orientações pertinentes à saúde dos indivíduos”*.

Emerge dos discursos que falta a sistematização deste processo de *acompanhamento do prestador de cuidados*, *“não está sistematizado. A disponibilidade é mesmo protelada e o envolvimento...”* (E2I10.14). A propósito, Miranda e Pires (2011, p. 814) afirmam que *“a enfermagem deve desenvolver estratégias voltadas para a saúde dos idosos, pois constituem um grupo com necessidades e características específicas, que encontram-se expostos a maiores riscos. Deve atentar para programar seus cuidados dentro da realidade de vida desta população, sistematizando a assistência”*. Releva-se então que é essencial que o enfermeiro de família constitua o ator privilegiado no *acompanhamento do prestador de cuidados*, *“o modelo ideal era conjuntamente com a ECCI, o enfermeiro de família estar envolvido. Primeiro ponto. E haver um suporte de retaguarda, social de apoio a estes utentes. Isto, não há!”* (E2I13.12). Em perfeita concordância, Duarte (2010, p. 29) afirma:

“os enfermeiros com os conhecimentos de saúde comunitária e de questões sociais, principalmente aqueles que exercem as suas funções nos cuidados de saúde primários (centros de saúde), detêm uma posição privilegiada para promover cuidados de saúde e de readaptação apropriados que reduzam a necessidade de hospitalização e o consumo de terapêuticas e de meios auxiliares de diagnósticos dispendiosos, o que se insere na perspectiva de sinergia de esforços para a poupança de recursos e, igualmente, em tornar o cidadão co-responsável pela sua própria saúde, através de processos de capacitação e de apoio orientados para a singularidade da pessoa”.

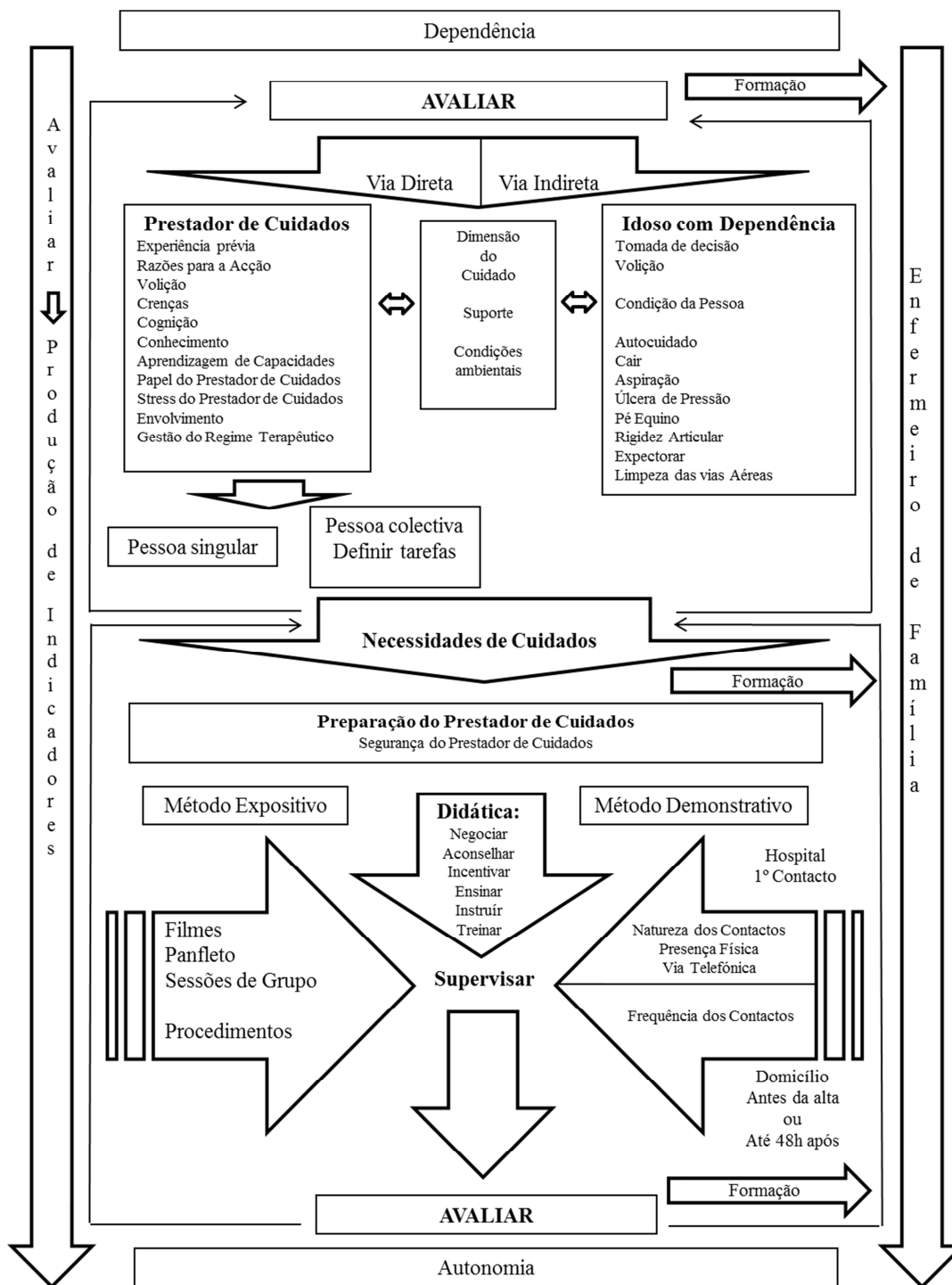
Nos discursos em análise uma participante alertou para a rotatividade dos enfermeiros e suas consequências. A vinculação ao mesmo enfermeiro ou à mesma equipa é fundamental para garantir o êxito da relação terapêutica, *“(...) que é das visitas de enfermagem não serem sempre pelo mesmo enfermeiro, à mesma pessoa e isto se tu quiseres ensinar alguma coisa a alguém estás sempre a recomençar.”* (E3P12.1). Em defesa deste paradigma, Giacomozzi (2007, p. 59) refere:

“(...) o vínculo dos profissionais e da família tende a contribuir, pois há melhor conhecimento entre os envolvidos, e os profissionais possuem diferentes oportunidades de realizar as orientações, adequá-las à realidade de vida, cultura e nível de compreensão da família, buscando aprofundá-las em outros momentos. Isso possibilita melhor entendimento e adesão à educação realizada”.

Salienta-se também a necessidade de formação neste âmbito, de modo a profissionalizar as respostas de enfermagem a esta população emergente, alvo de cuidados específicos e sobretudo com uma duração muito extensa. *“Há uma tese em que chegou a algumas conclusões em que os principais problemas têm a ver com a diversidade que há do exercício em que toda a gente pode fazer tudo e depois como os enfermeiros não tem nenhuma formação específica na área, é muito difícil estarem num desempenho ao mesmo nível dos que têm uma formação específica.”* (E3P9.18). Em plena sintonia com o exposto, Medeiros, Araújo e Barbosa (2008, p. 540) afirmam que *“a percepção sobre a formação académica, em relação ao ato de cuidar de idosos, sugere que deve haver maior aprofundamento de conhecimentos dos profissionais de saúde, desde sua formação até ao processo de atuação, para que seja garantida assistência humanizada e de qualidade à faixa etária considerada como*

idosas”. De modo a explicitar o processo do *Acompanhamento do Prestador de Cuidados*, realizamos o seguinte esquema explicativo do mesmo, representado na figura 31.

Figura 31 - Representação esquemática da categoria “Acompanhamento do Prestador de Cuidados”



5 - CONCLUSÕES

Losada e outros (2007, p.57) referem-nos que “nos últimos anos produziram-se avanços significativos nos procedimentos de intervenção para reduzir o mal-estar dos cuidadores informais de pessoas idosas dependentes, sendo consideradas neste momento as intervenções psicoeducativas e as multicomponente intervenções empiricamente validadas”. Também Vieira e outros (2011, p. 575) expressam que:

“(...) cuidar é complexo e envolve as mais variadas atividades, que devem ser bem planejadas pelos profissionais de saúde. Neste contexto, destaca-se o papel do enfermeiro em parceria com o cuidador para possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas a promoção da saúde, a prevenção de incapacidades e a manutenção da capacidade funcional do idoso e do próprio cuidador”.

A autonomia é uma finalidade de todo o processo terapêutico, pelo que cabe ao enfermeiro promover-la e orientar a família nessa finalidade. No limite implica que em todo o cuidado prestado à pessoa dependente se faça apenas e só apenas no que ela não pode fazer. Em plena sintonia, Miranda e Pires (2011, p. 813) afirmam que o:

“enfermeiro deve agir como facilitador junto à família, promovendo ações capazes de resgatar a valorização do idoso a promoção do auto-cuidado e o enfrentamento das possíveis adversidades relacionadas ao processo de envelhecimento. (...) O cuidado com as pessoas idosas deve basear-se na promoção do envelhecimento saudável, para que mantenham sua independência, autonomia e manutenção do seu estado de saúde, com vistas a uma vida ativa para o desempenho das atividades do cotidiano”.

O planeamento de cuidados, deve envolver o idoso dependente e o prestador de cuidados. Em sintonia, Vieira e outros (2011, p. 574) explicitam relativamente às actividades dirigidas ao cuidador informal que: “destaca-se que essas atividades devem ser planejadas pela equipe de saúde de acordo com as necessidades do idoso e do cuidador, devendo ser esclarecidas as responsabilidades de cada um”.

O conceito de prestador de cuidados, cada vez mais se configura com uma pessoa colectiva, pelo que se impõe no seu acompanhamento aludir à dimensão do cuidado e atender à divisão de tarefas. Nesta linha, Moreira (2006, p. 140) explicita que nas famílias com mais elementos, face à necessidade de acompanhamento contínuo do idoso, se verificou a divisão de tarefas. Nas famílias pouco numerosas esta divisão pode também abranger amigos, pessoas próximas e vizinhos.

O processo de acompanhamento é dinâmico pelo que a monitorização e a avaliação do mesmo é essencial. Em sintonia, Figueiredo *e outros* (2008, p. 465), quanto à assistência do idoso e família no domicílio, afirmam que:

“evidencia-se a importância da assistência de enfermagem, que para ser eficiente e efetiva deve ser sistematizada por meio do Processo de Enfermagem, no qual este representa o principal instrumento metodológico para o desempenho sistemático da prática profissional dos enfermeiros. Sendo constituído de fases interdependentes e inter-relacionadas, nas quais ocorre a coleta e análise dos dados e identificação dos possíveis diagnósticos de enfermagem, planeamento da assistência a ser prestada, implementação de ações e/ou intervenções e avaliação dos resultados alcançados.

A avaliação pode resultar por dois diferentes meios, ou seja, de forma directa (avaliar os cuidados prestados pelo cuidador, observando-o) e a via indirecta (avaliando os resultados desses cuidados, condição de saúde da pessoa dependente). Duarte e Diogo (2000) corroboram que a avaliação pressupõe dados relativos à condição do idoso, dados relativos ao cuidador e ao ambiente.

A avaliação inicial é fundamental para a instituição do planeamento de cuidados, a qual se suporta nas necessidades de cuidados. Estas constituem uma entidade ampla albergando os factores inerentes à pessoa dependente (a condição de saúde desta, a volição/tomada de decisão) e os factores inerentes ao prestador de cuidados (experiência prévia do prestador de cuidados, aprendizagem de capacidades, razões para a acção: volição, crenças, conhecimento). Tais pressupostos estão em plena sintonia com Ferreira (2011, p. 72-73) a qual afirma que:

“a avaliação das necessidades da família passa pelo conhecimento das reacções do doente; suas expectativas; grau de informação de que dispõe; grau de comunicação entre os membros da família e entre a família e o doente; constituição do núcleo familiar e seu comportamento; grau de disponibilidade familiar para o cuidar, e suas dificuldades reais; recursos materiais e afectivos de que dispõem para enfrentar as dificuldades; quem é o cuidador principal e o tipo de relação deste com o doente; expectativas reais da família e em especial do cuidador principal no que diz respeito à relação com a equipa de saúde; padrões morais e experiências anteriores em situação de crise e estratégias para a resolução de conflitos”.

A educação para o autocuidado, enquanto recurso aplicado na preparação do prestador de cuidados pressupõe uma relação terapêutica de excelência, assentando na educação de adultos. Silva (2009) no seu estudo explicita a abordagem do prestador de cuidados sob o preconizado para a educação de adultos. É ainda importante salientar que é fundamental haver da parte do cuidador, disposição e capacidade para a prender. Potter e Perry (2006, p. 157-158) referem que *“a aprendizagem está dependente da motivação e da capacidade para prender, e do ambiente em que tem lugar”.*

A preparação do prestador de cuidados neste âmbito compreende intervenções dos tipos de acção: negociar, aconselhar, ensinar, instruir, treinar e supervisionar. Destacando-se essencialmente dois métodos pedagógicos ajustados às características da população alvo: o método expositivo e o demonstrativo. Potter e Perry (2006) enquadram no processo de educação para a saúde quer o método demonstrativo quer o expositivo. Salientam ainda a necessidade de supervisão, aquando da execução pelo cuidador.

Todo o processo de acompanhamento do prestador de cuidados deve ser avaliado, sendo fundamental a produção de indicadores. Segundo Castro e Takahashi (2008, p. 310) *“a avaliação do processo ensino aprendizagem é levantada pelos enfermeiros, considerando que sem a avaliação dos resultados, deixa-se de obter indicadores precisos das ações passadas e nem se consegue uma reestruturação das ações futuras”.*

Quanto à intensidade dos contactos, a sua frequência deve ser estabelecida com base na avaliação das necessidades. Quanto à natureza pode estabelecer-se com presença física ou via

telefone. Grant e outros (2002, p. 2064) referem que inclusivamente “*o treino de resolução de problemas por telefone pode ser útil para os prestadores de cuidados*”.

A primeira visita a casa pode ser feita antes da alta da pessoa, de modo a ajustar o ambiente às necessidades de cuidados que a pessoa dependente comporta ou até 48h após a alta. Também Mountain e Pighills (2003, p. 149) afirmam que “*as visitas domiciliare pré-alta podem ser fundamentais na determinação das opções de vida, no futuro, para as pessoas que foram hospitalizadas, e seus cuidadores. Este efeito é ampliado se a visita é a principal fonte de informação para apoiar nas decisões relativas à alta e à pessoa vulnerável*”.

Face ao anteriormente exposto, e em sintonia com o defendido por Ferraz (2003), o primeiro contato deve ser estabelecido ainda no hospital, de modo a que o prestador de cuidados e a pessoa dependente estabeleçam relação com o enfermeiro responsável pela continuidade de cuidados.

O ator preponderante no processo de acompanhamento do prestador de cuidados parece ser o enfermeiro de família. Tal posicionamento é defendido por De la Rica e Hernando (1994).

No sentido de garantir a excelência dos cuidados os enfermeiros de família deverão investir na sua autoformação. Em absoluta concordância, Oliveira e Tavares (2010, p. 779) afirmam: “*destaca-se que a educação permanente pode motivar a transformação pessoal e profissional, buscando alternativas que minimizam os desafios existentes no contexto dos serviços de saúde. Assim, a equipe de saúde, em especial, a enfermagem terá propósitos e objetivos comuns, devendo ser alcançados por todos os integrantes*”. Vieira e outros (2011, p. 578) complementam afirmando “*(...) deve-se pensar na formação do enfermeiro com interdisciplinaridade, incluindo conteúdos que venham fortalecer a preparação na atenção a inclusão da família para o cuidado do idoso no domicílio*”.

PARTE 3

Consolidação do Modelo de acompanhamento do Prestador de Cuidados

Nesta terceira parte do trabalho, com base nos quatro estudos contemplados na segunda parte, iremos explicar a consolidação do modelo de acompanhamento do prestador de cuidados. O qual foi induzido no quarto estudo, após a apresentação dos três estudos iniciais do nosso projecto ao um grupo de peritos. Apresentaremos ainda a conclusão global do nosso projecto.

1 - CONSOLIDAÇÃO DO MODELO DE ACOMPANHAMENTO DO PRESTADOR DE CUIDADOS

Este modelo comporta na sua matriz os seguintes atributos essenciais:

- Estruturação de uma relação terapêutica que considera a família/prestador de cuidados e a pessoa dependente enquanto beneficiários;
- Elaboração de um plano orientado por objetivos e metas com definição de estratégias e compromissos dos profissionais e família;
- Avaliação contínua das necessidades, em cada contacto, considerando a condição de saúde da pessoa dependente, o conhecimento e a aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados;
- Estabelecimento de um calendário e respectivo agendamento, relativo à frequência e natureza dos contactos com a família/prestador de cuidados:
 - ✓ o primeiro deverá ser feito ainda no internamento;
 - ✓ vantagem de uma primeira visita ao domicílio antes do regresso a casa;
 - ✓ os contactos presenciais devem ter a frequência semanal ou bissemanal, conforme as necessidades de cuidados e servirão para a monitorização e avaliação do processo;
 - ✓ poder-se-à recorrer a contactos telefónicos, os quais devem ser intercalados com os presenciais, para monitorizar o processo e ainda pontualmente retirar dúvidas/receios à família/prestador de cuidados;

- ✓ o acompanhamento quando se verifica a estabilização do processo deve ser feito presencialmente de três em três meses e mensalmente estabelecer contacto telefónico.
- A avaliação das necessidades de cuidados deve ser orientada por meio de uma checklist, a qual garante uniformidade por parte de diferentes actores e a ausência de omissões no processo de identificação diagnóstica (Anexo VIII)
- A relação terapêutica/processo de capacitação da família/prestador de cuidados contempla um planeamento de cuidados onde se inscrevem estratégias específicas que o enfermeiro deve considerar.
- A autoavaliação por parte do enfermeiro constitui uma ferramenta essencial para garantir um nível de conhecimento, ajustado às reais necessidades de cada situação.
- Os registos de enfermagem devem contemplar os diagnósticos de enfermagem, respectivas intervenções e a alocação ao beneficiário a que se destinam.
- É essencial a produção de indicadores para avaliar de forma transparente e visível os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem (Anexo IX).

Os modelos de assistência ao prestador de cuidados visam capacitar o familiar cuidador para o exercício do seu papel, promover o apoio e suporte da família e de outras redes informais, melhorar a articulação com a rede formal, combater ou prevenir a sobrecarga e promover o seu bem-estar.

A princípio, no nosso projecto, almejávamos a construção de meios que constituíssem contributos essenciais ao processo de capacitação para o desempenho do papel de prestador de cuidados, logo indirectamente contribuíssem para a diminuição ou resolução dessa possível sobrecarga. Contudo percebemos com base nos nossos três estudos prévios, que urgia especificar um modelo de acompanhamento para estes prestadores de cuidados. De modo a salvaguardar que este respondesse às reais necessidades da população alvo logo que se ajustasse às peculiaridades da mesma, importava que o mesmo fosse intuído a partir de uma metodologia que garantisse que a referida construção se apurasse a partir dos dados sem pressupostos inerentes à sustentação do mesmo. Para tal realizamos um quarto estudo, no qual recorreremos a um grupo de peritos cuja actividade profissional congregasse o atendimento da população alvo do nosso projecto e conjugasse quer a prestação directa de cuidados quer a gestão de cuidados, logo a coordenação de equipas de enfermagem vocacionadas para a referida população alvo e investigadores da área do prestador de cuidados. Interessava-nos

ainda uma metodologia, face a este grupo de peritos, que mais do que consensos permitisse uma construção sustentada nos diferentes contributos dos distintos elementos do painel, cujos saberes se afetavam gerando uma visão mais completa e simultaneamente se construísem respostas mais ajustadas à população alvo dos cuidados. Deste modo, os grupos focais emergiram enquanto método mais adequado ao que nos propusemos. Com base no sugerido por Krueger e Casey (2009) e Krueger (1998), fundamo-nos na Grounded Theory, com o intuito de paulatinamente encontrar uma estrutura consolidada que suportasse um modelo de *acompanhamento do prestador de cuidados de idosos com dependência no autocuidado*.

Este acompanhamento pressupõe entabular uma relação terapêutica de excelência com a família/familiar cuidador, implicando a pessoa dependente em todo o processo. Neste propósito, o enfermeiro de família/Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC) são os profissionais melhor preparados para ajudarem a responder aos desafios da missão do cuidado informal. Afirmamo-lo dado o *corpus* de conhecimento que a enfermagem produz e detém nas áreas que caracterizam as necessidades de cuidados desta população alvo. A abordagem por parte do enfermeiro de família/UCC preconiza o estabelecimento da relação terapêutica, a qual assenta num relacionamento, que respeita a privacidade, a dignidade e permite aceder a facetas importantes para o sucesso das respostas do cuidado informal. Para tal é fundamental que o enfermeiro de família/UCC, antes da alta clínica se desloque ao hospital para um primeiro contacto. Em circunstâncias diferentes da ULSM, em que a distância constitua um potencial impedimento à realização do mesmo, o recurso a tecnologia de videoconferência, tipo *freeware* deve ser considerado. Este é o primeiro passo para entabular a relação terapêutica, mas também constitui o momento ideal para uma avaliação inicial prévia e ainda a articulação necessária com a pessoa dependente e o cuidador, e outros possíveis elementos significativos. Desde esta primeira abordagem deve ficar explícito que o papel do prestador de cuidados só visa a substituição da pessoa dependente naquilo que a mesma não conseguir fazer por ela. É ainda neste momento que poderá ser pertinente acordar uma visita domiciliária antes da alta da pessoa dependente, a qual permitirá ajustar o ambiente à nova condição de saúde, para além de perceber o cenário onde decorrerá futuramente a assistência à pessoa dependente.

Dado que nas primeiras horas após o regresso a casa podem surgir dúvidas, complicações, situações que fogem ao controlo e despoletam por vezes solicitações inesperadas, é de ter em conta que até 48 horas após a alta clínica, emerge que é essencial proceder a uma visita ao

domicílio. Nesta, para além de repostas imediatas a questões do prestador de cuidados, é importante avaliar o ajustamento ao regresso a casa. Salientamos que a avaliação deve estar na base de todo o processo, incidindo a mesma nas pessoas envolvidas. A mesma concretiza-se por via directa, considerando o que é observável no prestador de cuidados e por via indirecta, o que é observável na pessoa dependente, tendo em conta a sua condição de saúde. Devem ainda ser consideradas a dimensão do cuidado, as necessidades de suporte e condições ambientais que possam condicionar o papel de prestador de cuidados. Esta avaliação é ainda reflexiva, ou seja o próprio enfermeiro reflecte sobre o que tem que pesquisar no âmbito do conhecimento, mas também nas estratégias e arte de ensinar, de modo a ajustar-se o melhor possível à realidade peculiar de cuidados que cada prestador de cuidados constitui.

É determinante a estruturação de um instrumento de avaliação tipo uma checklist para uniformizar a avaliação e garantir a coerência da prestação de cuidados (Anexo VIII), face às necessidades manifestadas. Esta permite ainda que se verifique a integridade referencial entre o que é ensinado ao prestador de cuidados e o que de facto ele não sabe ou precisa de apurar. As necessidades de cuidados mais frequentes do idoso dependente são: o envolvimento e a volição. Da sua condição de saúde emergem ainda focos como: autocuidado (compreendendo os seus subdomínios), cair, aspiração, úlcera de pressão, pé equino, rigidez articular expectorar, limpeza das vias aéreas e respetivos riscos. As necessidades relativas ao prestador de cuidados mais frequentes compreendem a: volição, crenças, cognição, conhecimento, aprendizagem de habilidades, papel do prestador de cuidados, stress do prestador de cuidados, envolvimento e gestão do regime terapêutico. Tais necessidades impõem por parte do enfermeiro a sustentação teórica relativa a cada uma delas e ainda a pedagogia e a didática, essenciais ao sucesso na preparação do prestador de cuidados em questão. Diferente status de conhecimento implica diferente abordagem, assim sabemos que cuidadores menos cultos têm menos dúvidas. Importa pois que o enfermeiro esclareça objectivamente o que implica ser prestador de cuidados ou que impacte este papel tem na vida e condição de saúde das pessoas que o assumem.

É fundamental a identificação do ou dos prestador(es) de cuidados. Face às dificuldades inerentes ao padrão de vida actual, defendemos a distribuição de tarefas, contudo, no contexto actual uma grande parte das situações apresentam apenas uma pessoa de referência. Mais uma vez avaliar é essencial, de modo a garantir quem é o ator ou atores e permitir uma formação adequada deste ou destes. O papel do enfermeiro não passa por influenciar a família sobre

quem deve assumir o papel de prestador de cuidados, mas garantir a preparação dos membros da família, sendo admissível a mediação do processo no sentido de assegurar que os cuidados à pessoa dependente sejam prestados. Reconhecemos que o enfermeiro tem um papel importante na implicação dos membros da família nos cuidados, orientar e treinar os seus membros na adoção de comportamentos assertivos.

A natureza dos contactos do enfermeiro de família/UCC com o prestador de cuidados deve ser preponderantemente presencial, confinando o telefone para algum acompanhamento mais específico ou ainda para tirar dúvidas que o cuidador possa ocasionalmente ter. O telefone também emerge enquanto garante de que um cuidador solitário não está só ou entregue apenas a si próprio (Mistiaen e Poot, 2008). Parece-nos que o número de contactos presenciais nos primeiros três meses tenha uma periodicidade semanal ou bi-semanal de acordo com as necessidades. Deve ser facultado um contacto telefónico à família/prestador de cuidados, para usar em SOS, ou seja para tirar dúvidas pontuais ou trocar ideias com o seu enfermeiro. É fundamental que este contacto telefónico esteja disponível a qualquer momento do dia ou da noite, dias úteis ou feriados e fins de semana. Da avaliação emerge ainda a necessidade de apurar a experiência prévia. Um cuidador iniciado requer contactos mais frequentes. O contacto telefónico obriga o profissional a conhecer a família e seus hábitos para que a ligação não coincida com momentos de descanso ou de actividade de assistência ao seu familiar.

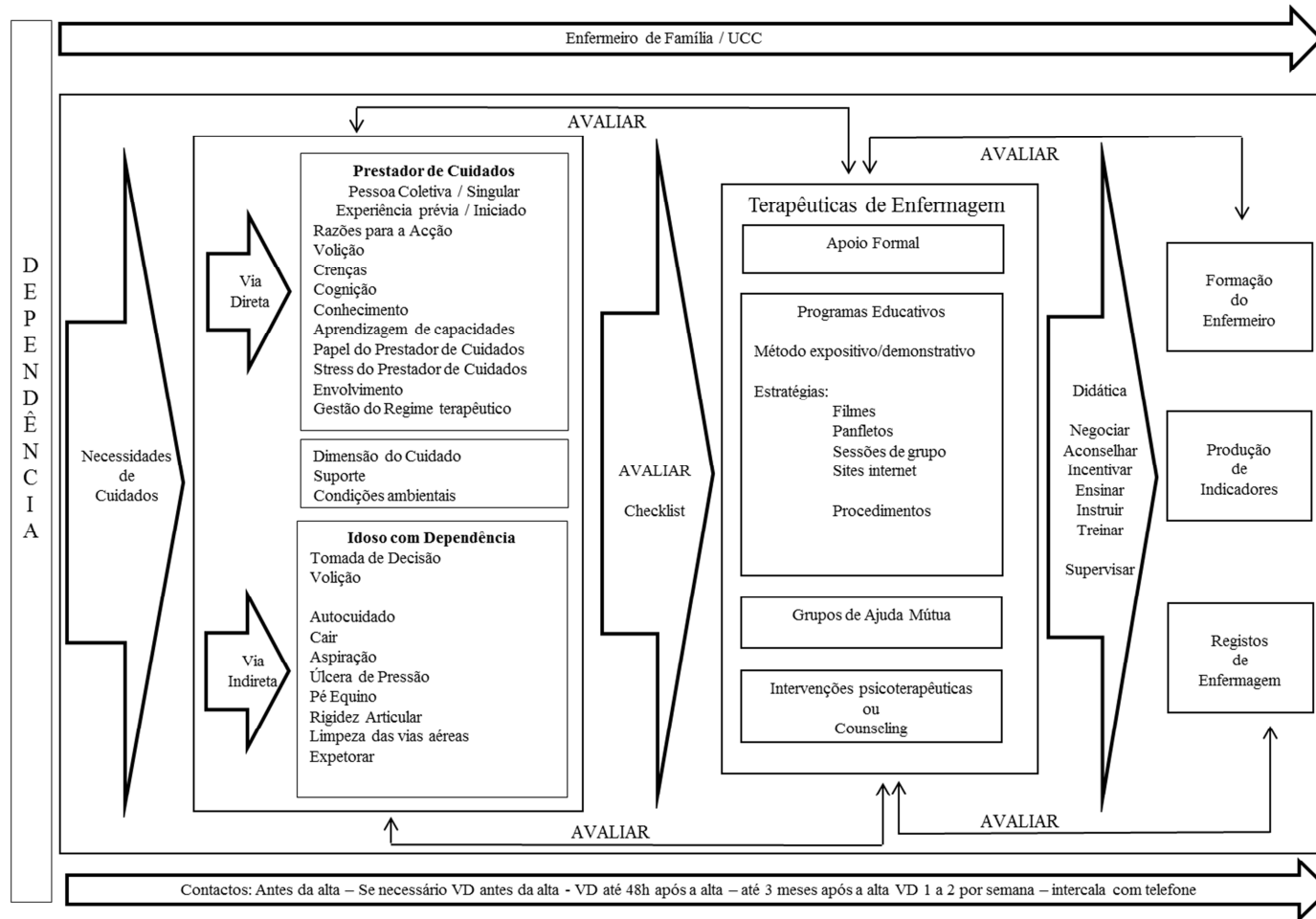
Após a estabilização o acompanhamento deve manter-se, embora com uma periodicidade muito mais alargada permitindo a continuidade, a monitorização e avaliação da situação, pelo que uma visita trimestral pode ser adequada. O contacto telefónico adicional a esta medida com a periodicidade de uma vez por mês, pode ser uma forma de seguimento complementar. Este acompanhamento deve ser negociado com a família/familiar cuidador, planeado com rigor e ajustado às reais necessidades de cuidados, quer por parte da família/prestador de cuidados, quer da pessoa dependente, pelo que é essencial o seu agendamento, indistintamente de ser um contacto presencial ou telefónico.

Mediante a avaliação das necessidades dos cuidadores e ainda o grau cultural da população em questão (estudo I), é essencial que o enfermeiro de família ajuste o método de ensino e as estratégias a implementar. Face ao perfil de cuidadores o método expositivo e o demonstrativo parecem os mais indicados. Deste modo a capacitação da família/familiar cuidador contempla terapêuticas de enfermagem cujos tipos de acção se inscrevem no:

negociar, aconselhar, incentivar, ensinar, instruir, treinar e supervisionar. A supervisão deve ser exercida planeando com a família/prestador de cuidados diferentes momentos, em diferentes dias, de modo a que permita acompanhar diferentes respostas. A avaliação das necessidades da família/prestador de cuidados condiciona a decisão do enfermeiro quanto ao teor das intervenções a implementar: *apoio formal, programas educativos, grupos de ajuda mútua* ou ainda *counseling*. Face aos recursos disponíveis e às características dos cuidadores devem ser utilizados procedimentos, filmes, panfletos ou sites da internet. As sessões de grupo poderão ser um recurso que garante uma solução mista, como as sessões de apoio e os programas educativos. As mesmas garantem ainda, por via indirecta, o repouso do cuidador (López e Martinez, 2007; Rice, 2004).

Os registos de enfermagem devem ser realizados nos processos de cuidados quer da pessoa dependente, quer do prestador de cuidados, respectivamente. Devem ainda permitir a sinalização da pessoa dependente e da família / prestador de cuidados de modo a que a consulta do processo seja rápida e permita de forma clara compreender quem presta cuidados. Também devem integrar uma checklist das avaliações a realizar durante os contactos (presencial ou telefónico) e garantir o output de indicadores de ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem, conforme anexo IX. Para aclarar o processo subjacente ao *Modelo de acompanhamento do prestador de cuidados do idoso com compromisso do autocuidado*, optamos por representa-lo esquematicamente, conforme a figura 1.

Figura 32 - Modelo de acompanhamento do prestador de cuidados do idoso com compromisso do autocuidado



2 - CONCLUSÃO

A realização deste projeto teve dois pressupostos determinantes, a realidade demográfica portuguesa, que se encontra em absoluta mudança, a qual, face ao envelhecimento, inevitavelmente imporá um acréscimo de exigência de respostas às famílias. E consequentemente, a constatação de necessidades de cuidados evidenciadas por prestadores de cuidados, pessoas que até a um dado momento de suas vidas não apresentavam qualquer afinidade com áreas do cuidado e hoje constituem a resposta pronta face às necessidades de um dado familiar. Emerge então o imperativo de estruturar e profissionalizar cuidados de enfermagem que respondam de forma profícua a esta nova e crescente realidade. Em sintonia, Vieira (2009, p. 129) afirma: *“Acredita-se que o cuidado de enfermagem, tendo origem numa longa tradição cristã, deve estar atento às atuais necessidades de saúde, dos indivíduos, famílias e comunidades, em ambientes complexos em constante mudança e interação”*. Acreditamos que o corpus de conhecimento da enfermagem, tal como a sua natureza de interação estreita com as populações atribui a esta profissão uma plasticidade singular, a qual permite responder eficazmente a este novo desafio, que é cuidar de alguém que cuida de idosos. Deste modo, pareceu-nos necessária a concretização de um estudo que caracterizasse esta população beneficiária de cuidados, os idosos com compromisso do autocuidado, sua condição de saúde e os seus prestadores de cuidados. Em plena concordância com outros estudos, constatamos que são idosos que cuidam de idosos, essencialmente mulheres, casadas ou filhas que vivem na mesma habitação. O atendimento multifacetado e continuado ao longo da restante existência do idoso com compromisso do autocuidado condiciona a uma inevitável sobrecarga, convertendo uma pessoa aparentemente saudável (o prestador de cuidados) em alguém doente. São estes os novos beneficiários de cuidados de enfermagem, aos quais quanto mais precoce ou preventivo for o plano de assistência, mais ganhos em saúde serão obtidos. Os prestadores de cuidados constituem uma população de risco, com baixa percepção da sua qualidade de vida e saúde geral, mas absolutamente aberta a planos de assistência que lhes permitam atuar preventivamente quer em relação a si quer a quem cuidam.

O plano de actuação de enfermagem é complexo e constitui um verdadeiro desafio. Há dois grandes domínios que merecem ser analisados e que servem de base à estruturação de cuidados: a condição de saúde do idoso com compromisso do autocuidado e as necessidades de cuidados do prestador de cuidados. Indubitavelmente a enfermagem selecciona o domicílio enquanto espaço privilegiado para o atendimento destes atores. Nos registos de enfermagem, sobressaem como áreas de primordial atenção, o autocuidado e os tegumentos (integridade cutânea), tocando também o papel e o stress do prestador de cuidados. As intervenções, com preponderância nos registos de enfermagem, integram-se nos tipos de acção: observar, atender e executar. O tempo constitui um factor primordial no atendimento desta população, pelo que ao privilegiarem os cuidados directos, acabam por ter menos disponibilidade para os indirectos, pelo que uma forma de obviar tempo é ao registarem a informação inerente ao prestador de cuidados, esta fica alocada ao processo de cuidados do idoso com compromisso do autocuidado. Por outro lado se ocorrem intervenções simultâneas os registos transparecem apenas uma. Há ainda intervenções, cuja implementação por si só é indiciadora da concepção de cuidados subjacente. Contudo e apesar da absoluta congruência, com os cuidados holísticos, como as referidas intervenções, não integram o agendamento de cuidados, embora conscientemente incorporem o planeamento de cuidados, não constam dos registos de enfermagem.

Sobressai também no nosso projecto que a assunção do papel de prestador de cuidados é complexa, face à forma abrupta e irredutível com que os factos assolam a família. O papel de mediação por parte da enfermeira é muitas vezes crucial para que a família tome a decisão do compromisso que algum dos membros ou vários destes assumam o cuidado do idoso, então com compromisso do autocuidado. São múltiplas as características que definem um prestador de cuidados, todas elas se articulam sob um vínculo de compromisso e também relacional entre o idoso com compromisso do autocuidado e o prestador de cuidados. Por isso é importante avaliar e os instrumentos, observação e entrevista clínica, são cruciais no êxito de todo o processo. No entanto, o desenvolvimento e validação de outros instrumentos complementares poderão permitir um juízo clínico mais objetivo, quer para a avaliação do idoso e seu prestador de cuidados quer para monitorização e seguimento. Até porque as necessidades de cuidados, cujos domínios derivam quer da condição de saúde do idoso, quer do próprio prestador de cuidados, tem um espectro alargadíssimo. Assim qualquer planeamento de assistência requer o ajustamento aos atores em questão, contemplando se há experiência prévia da prestação de cuidados ou não. Esta associada à singularidade das

necessidades manifestadas/observadas é que vai ditar a frequência e natureza dos contactos a estabelecer. Embora a amplitude dos domínios que constituem as necessidades de cuidados seja vasta, o conhecimento e as capacidades inerentes aos mesmos são os pilares da assistência ao prestador de cuidados, pelo que o ensinar, instruir e treinar se sobrelevam enquanto tipos de acção das intervenções a instituir. As estratégias são múltiplas, considerando os actores em questão e suas peculiaridades, contudo a eleição recai sobre a demonstração e o treino com supervisão, sobretudo na fase de iniciação. Toda esta dinâmica não descarta a consciencialização relativamente ao papel, pelo que a interacção entre o enfermeiro, o prestador de cuidados e o idoso é crucial para o êxito da relação terapêutica. É fundamental alicerçar o processo terapêutico numa avaliação precisa, já que face à dependência existente, se opõem a autonomia possível, ainda que esta, num limite de nada poder executar, passe apenas pela participação do idoso no processo de tomada de decisão. A preparação do prestador de cuidados é árdua, sobretudo porque é preciso incluir este num plano terapêutico que vise a sua protecção. Percebemos que é no e pelo contacto com o prestador de cuidados que se avalia o seu papel.

Considerando este universo de cuidados tão complexo, urgiu refletir e definir um modelo de acompanhamento com a plasticidade bastante que permita o ajuste às singularidades de cada realidade de cuidados (idoso e prestador de cuidados). Um modelo desta natureza persegue o princípio da autonomia, o qual se assume como finalidade do processo terapêutico de enfermagem. Por tal, este processo incorpora o idoso e o prestador de cuidados, simultaneamente enquanto beneficiários. O modelo constitui, ainda resposta, mesmo perante constrangimentos mais actuais das famílias, tais como a divisão de tarefas, o cuidado ou a assunção do papel sob uma figura colectiva, enquanto prestador de cuidados. Emergiu ainda que a família poderá ser substituída por amigos, vizinhos ou outros actores. Este modelo reveste-se de dinamismo, no qual a avaliação é preponderante em todo o processo e determinante no êxito terapêutico. Esta avaliação concretiza-se no início e ao longo de todo o processo terapêutico, devendo contemplar a via directa (o que o prestador de cuidados demonstra saber e que sabe fazer) e a via indirecta (o que a condição de saúde da pessoa dependente revela). Face às necessidades emergentes, considera o estabelecimento de um plano o qual assenta na didáctica da educação de adultos. A flexibilidade é determinante em toda a relação terapêutica, refletindo-se nas temáticas a trabalhar, nas estratégias a implementar e sobretudo na incondicional abertura à reformulação do processo de cuidados. Desta deriva a intensidade, frequência e natureza dos contactos. Dos quais o primeiro deverá

ainda ser estabelecido no hospital, permitindo ajustes, se necessário, antes do idoso regressar a casa e ainda entabular de forma consolidada a relação terapêutica. Considerando tamanho desafio, serão muitas as novas circunstâncias e condicionalismos que porão à prova as respostas de enfermagem, pelo que o modelo incorpora a necessidade de formação/autoformação da equipa de enfermagem.

Porque acreditamos que este modelo de acompanhamento é de extrema importância, gostaríamos numa fase posterior o propor à ULSM e em conjunto com os enfermeiros envolvidos operacionaliza-lo, implementá-lo, testá-lo e se necessário aferirmos aspectos de modo a termos uma resposta completa a um dos novos, mas talvez dos maiores desafios que a sociedade portuguesa começa, de forma progressivamente mais incrementada, a experimentar, o envelhecimento demográfico e a inevitabilidade da família assumir as respostas às necessidades emergentes.

3 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Association of Retired Persons, (AARP) - American Association of Retired e Coleman, Barbara. Helping the Helpers: State-Supported services for Family Caregivers. Washington : AARP - American Association of Retired Persons, 2000.

—. Valuing the Invaluable: A New Look at the Economic Value of Family Caregiving. Washington, DC : AARP - American Association of Retired Persons, 2007.

Abreu, Eugénio Pais e Ramos, Susana Isabel Vicente. O regresso a casa do Doente vertebro-medular: O papel do Cuidador Informal. Psicologia.com.pt - o Portal dos Psicólogos. [Online] 2007. [Citação: 25 de Julho de 2011.] <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0366.pdf>.

Academia de Ciências de Lisboa. Dicionário da língua portuguesa contemporânea . Lisboa : Verbo, 2001. ISBN: 972-22-2046-2.

Acton, Gayle J. e Kang, Jeonghee. Interventions to Reduce the Burden of Caregiving for an Adult with Dementia: A meta-Analysis. Research in Nursing Health. John Wiley Sons, 2001, Vol. 24.

Administração Regional Saúde do Norte (ARSN), Sub-Região de Saúde de Vila Real, IGIF Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF), Escola Superior de Enfermagem de São João (EEnfSJ). 1999. *Projecto EnfInco - Enfermagem e Informatização na Comunidade - Redifinição da organização de trabalho de enfermagem / Redifinição do sistema de informação/documentação em enfermagem*. Porto: Escola Superior de Enfermagem de São João, 1999. p. Secção III.

Administração Regional Saúde do Norte (ARSN), Sub-Região de Saúde de Vila Real, IGIF Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF), Escola Superior de Enfermagem de São João (EEnfSJ). 1999. *Projecto EnfInco - Enfermagem e Informatização na Comunidade - Especificação do Sistema de Informação de Enfermagem na Comunidade*. Porto : Escola Superior de Enfermagem de São João, 1999. p. Secção IV.

Afiune, Abrahão. Envelhecimento cardiovascular. [autor do livro] Elizabete Viana de Freitas e Ligia Py. Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011.

Almeida, Tatiana Lemos de. Características dos Cuidadores de Idosos Dependentes no Contexto de Saúde da Família. São Paulo : Universidade de São Paulo - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2005. Dissertação para obtenção do grau de Mestre.

Alves, Márcia Lúcia Sousa Dias. Sofrimento do doente oncológico com necessidade de cuidados paliativos e a sobrecarga do cuidador informal. Lisboa : Faculdade de Medicina de Lisboa - Universidade de Lisboa, 2010.

Alves, Teresa, Sobral, Margarida e Sotto Mayor, Margarida. Cuidadores Informais de Idosos Portadores de Demência: Qualidade de Vida e Morbilidade Consequentes ao seu Papel de Cuidadores. Psicologia, Educação e Cultura. P.P.C.M.C.M.-Colégio Internato dos Carvalhos, 1999, Vols. III, n.º 2.

Amendoeira, J., [et al.] Os Instrumentos Básicos na Construção da Disciplina de Enfermagem Expressões e Significados. Santarém : Escola Superior de Enfermagem de Santarém, 2003.

Amendoeira, José. O cuidar e o prestador de cuidados. Santarém : Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde, 2004.
<http://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/85>;
<http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/85/1/OCuidarEOPrestadorDeCuidados.pdf>.

Andrade, Fernanda Maria Mendes de. O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal. Braga : Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho, 2009.

Antonovsky, Aaron. The sense of Coherence. [autor do livro] Hamilton I. McCubbin, [et al.] Stress, Coping, and Health in Families. Thousand Oaks : Sage Publications, 1998a.

—. The structure and Properties of the Sense of Coherence Scale. [autor do livro] Hamilton I. McCubbin, [et al.] Stress, Coping, and Health in Families - Sense of Coherence and Resiliency. Thousand Oaks : s.n., 1998b.

Araújo, Fátima, [et al.] Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. [autor do livro] I. Leal, [et al.] Actas do 7º Congresso Nacional de

Psicologia da Saúde. Lisboa : ISPA - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, 2008.

Araújo, Fátima, [et al.] Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2007, Vol. vol. 25 n° 2.

Araújo, Nuno Miguel faria. *Acções Autónomas de Enfermagem - Ganhos em Saúde*. Porto : Universidade Fernando Pessoa, 2008. Dissertação de Mestardo em Ciências Empresariais.

Atkinson, Leslie e Murray, M. E. *Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1989.

Augusto, Berta Maria de Jesus, [et al.] *Cuidados Continuados - Família, Centro de Saúde e Hospital como Parceiros no Cuidar*. Coimbra : Formasau, 2005. ISBN: 972-8485-60-3.

Ávila, Rui Fernando Amaral. *Idosos: A Enfermagem e os Cuidados de Proximidade*. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, 2009. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

Azevedo, Paulo Manuel Dias da Silva. *Partilha de Informação de Enfermagem sobre os Prestadores de Cuidados: Dimensão relevante para a transição de Cuidados*. Porto : Instituto de Ciências biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, 2010.

Balardin, Joana Bisol, [et al.] Déficits cognitivos em cuidadores de pacientes com demência. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano (RBCEH)*. 2007, Vols. 4, n. 2.

Bardin, Laurence. *Análise de Conteúdo*. 4ª Edição. Lisboa : Edições 70, 2009. ISBN 978-972-44-1154-5.

Bass, D. M. *Content and Implementation of a Caregiver Assessment*. Ohio : Ohio: US Department of Health and Human Services, 2002.

Bastable, Susan B. *O Enfermeiro como Educador - Princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem*. Porto Alegre : Artmed, 2010. ISBN: 978-85-363-2215-5.

Bastos, H.; Freitas, M. (Eds). *História das Freguesias e Concelhos de Portugal*. Matosinhos: QuidNovi - Edição e Conteúdos, S.A, 2004. Vol. Vol. 10. ISBN: 989-554-158-9.

Bautier, P. Portal do Envelhecimento. [Online] 8 de Abril de 2005. [Citação: 19 de 01 de 2012.] http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/download/projecao_pop_2004_2005.pdf.

Benjamin, A. E. e Cluff, Leighton E. Who needs caring? [autor do livro] Leighton E. Cluff e Robert H. Binstock. The Lost Art of Caring. Baltimore, Maryland : Johns Hopkins University Press, 2001.

Berger, Louise. Relação de Ajuda em Gerontologia. [autor do livro] Louise Berger e Danielle Mailloux-Poirier. Pessoas Idosas uma abordagem global. Lisboa : Lusodidacta, 1995.

Bicalho, Cleide Straub, Lacerda, Maria Ribeiro e Catafesta, Fernanda. Refletindo sobre quem é o Cuidador Familiar. Cogitare Enfermagem. 2008, Vol. 13 (1).

Bidarra, Andrea Pereira. Vivendo com a Dor: O Cuidador e o Doente com Dor Crónica Oncológica. Lisboa : Faculdade de Medicina de Lisboa - Universidade de Lisboa, 2010. Dissertação do Curso de Mestrado em Ciências da Dor.

Bocchi, Sílvia C. M. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. Revista Llatina Americana de Enfermagem. 2004, Vol. 12.

Boni, Valdete e Quaresma, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC. 2005, Vol. Vol. 2 nº 1 (3).

Botelho, Mónica Oliveira Medeiros. Idoso que Cuida de Idosa. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, 2008.

Bowling, Ann. Research Methods in Health - Investigating health and health services. Maidenhead : McGraw-Hill, 2009. ISBN: 978-0-335-23364-9.

Brandão, Ambrósio Rodrigues e Brandão, Telma Cristiane Rodrigues. Envelhecimento Cutâneo. [autor do livro] Elizabete Viana de Freitas e Ligia Py. Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011.

Brennan, P F. The ComputerLink Projects: A Decade of Experience. [autor do livro] Ulla Gerdin, Marianne Tallberg e Paul Wainwright. Nursing Informatics - The Impact of Nursing Knowledge on Health Care Informatics. Oxford : IOS Press, 1997.

Britten, Nicky. Qualitative interviews in medical research. British Medical Journal. 1995, Vol. 311.

Brody, H., Roberts, Kate e Peters, K. Quasi-Experimental Evaluation of an Educational Model for Dementia Caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1994, Vol. vol 9.

Buckley, Kathleen M., Tran, Binh Q. e Prandoni, Cheryl M. Receptiveness, use and acceptance of telehealth by caregivers of stroke patients in the home. [Online] 2004. [Citação: 18 de 7 de 2006.] http://www.nursingworl.org/ojin/topic16/tpc16_6.htm.

Butler, Shane. Child Protection or Professional Self-Preservation by the Baby Nurses? Public Health nurses and Child Protection in Ireland. *Social Science & Medicine*. Elsevier Science Lda, 1996, Vols. 43, nº3.

Caldas, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003, Vol. 19(3).

Calvário, Ascensão, Brito, Irma e Brito, Luisa. Necessidades de Informação, Educação e Apoio nos Cuidados a Idosos Dependentes. *Revista Referência*. 1999, Vol. nº. 3.

Câmara Municipal de Matosinhos e Fundação Manuel Leão. Carta Educativa do Concelho de Matosinhos. Matosinhos : Câmara Municipal de Matosinhos e Fundação Manuel Leão, 2000.

Câmara, Vilma Duarte e Câmara, Wilson S. Distúrbios de Sono no Idoso. [autor do livro] Elizabete Viana de Freitas e Ligia Py. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 3ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011.

Campos, Maria Joana Alves. Integração na Família de uma Pessoa Dependente no Autocuidado - Impacte da Acção do Enfermeiro no Processo de Transição. Porto : Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2008. Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre em Enfermagem.

Carrilho, Maria José e Patrício, Lurdes. A Situação Demográfica Recente em Portugal. [autor do livro] Instituto Nacional de Estatística (INE). *Revista de Estudos Demográficos* nº. 48. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística, 2010.

Carvalhais, Maribel Domingues e Sousa, Liliana. Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a pessoas idosas hospitalizadas. *Revista de Enfermagem Referência*. 2011, Vols. III Série - n.º 3.

Castro, Liliana Cristina de e Takahashi, Regina Toshie. Percepção dos enfermeiros sobre a avaliação da aprendizagem nos treinamentos desenvolvidos em um hospital de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 2008, Vol. 42 (2).

Castro, Susana Cristina Pereira de. Como Aprende o Cuidador Principal do Doente Oncológico em Fase Terminal a Cuidar no Domicílio. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade Do Porto, 2008. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

Cattani, R. B. e Girardon-Perlini, Nara Marilene Oliveira. Cuidar do Idoso Doente no Domicílio na voz dos Cuidadores Familiares. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2004, Vol. 6 (2).

Cerqueira, Maria Manuela. O Cuidador e o Doente Paliativo. Coimbra : Formasau, 2005. ISBN: 972-8485-49-2.

Cervo, Amado Luiz e Bervian, Pedro Alcino. Metodologia Científica: para uso dos estudantes universitários. 3ª Edição. São Paulo : McGraw-Hill, 1983. ISBN: 0-07-450084-8.

Chang, Yu-Ping e Schneider, Joanne K. Decision-Making Process of Nursing Home Placement Among Chinese Family Caregivers. Perspectives in Psychiatric Care. Wiley Periodicals, 2010, Vols. Vol. 46, nº.2.

Chaves, Luciano José. Portal do Envelhecimento sua rede de comunicação e solidariedade. <http://portaldoenvelhecimento.org.br/>. [Online] 25 de 08 de 2010. [Citação: 27 de 05 de 2011.] <http://portaldoenvelhecimento.org.br/noticias/artigos/perfil-do-cuidador-domiciliario-de-idosos.html>. ISSN 2178-3454.

Chaves, Mônica. O Cuidado Domiciliar no Programa de Atenção ao Paciente Crônico Grave no Hospital IPSEMG. Belo Horizonte : Escola de Enfermagem - Universidade Federal de Minas Gerais, 2004. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.

Chick, Norma e Meleis, Afaf Ibrahim. Transitions: A Nursing Concern. [autor do livro] P. L. Chinn. Nursing Research Methodology. Boulder : Aspen Publication, 1986.

—. Transitions: A Nursing Concern. [autor do livro] Afaf Ibrahim Meleis. Transitions Theory - Middle-Range And Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York : Springer Publishing Company, 2010.

Chinn, Peggy L. e Kramer, Maeona K. Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing. 8th Edition. St Louis : Mosby, 2011. ISBN: 978-0-323-07718-7.

Chumbler, Neale R., [et al.] The sense of coherence, burden, and depressive symptoms in informal caregivers during the first month after stroke. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Wiley InterScience, 2004, Vol. 19.

CIAPE. [Online] 2004. [Citação: 18 de Maio de 2010.] http://www.ciape.org.br/matdidatico/edgar/livro_Ger_Bas_Demo_Fisiologia_Env.doc.

Cohen, Carole A., Colantonio, Angela e Vernich, Lee. Positive aspects of caring: rounding out the caregiver experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2002, Vol. nº17.

Collière, Marie-Françoise. *Promover a vida*. Lisboa : Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. ISBN: 972-95420-0-7.

Collière, Marie-Françoise. *Cuidar... A primeira arte da vida*. 2ª Edição. Loures : Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-53-3.

Comunicação e Liderança na Equipe de Enfermagem. Simoes, Ana Lúcia de Assis e Favero, Neide. São Paulo : s.n., 2002. *Brazilian Nursing Communication Symposium*.

Conselho de Enfermagem - Ordem dos Enfermeiros. Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2004.

—.*Do Caminho Percorrido e das Propostas (análise do primeiro mandato - 1999/2003)*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2003.

Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. versão beta Lisboa : IGIF, APE, 2000. 972-98149-1-0.

—.*Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. versão beta 2 - 2ª edição*. Lisboa : IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde / APE - Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2003. ISBN: 972-98149-5-3.

—.*Classificação Internacional para a prática de enfermagem CIPE: versão 1*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN 92-95040-36-8.

—.*Classificação Internacional para a prática de enfermagem CIPE : versão 2*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN 92-95040-36-8.

Corbin, J. e Strauss, A. *Basics Qualitative Research*. London : Sage Publications, 2008. ISBN 978-1-4129-0643-2.

Correia, José Manuel, [et al.] Continuidade de Cuidados: um projecto com sentido(s). um projecto vivido. O CHTMAD em Revista. centro hospitalar de trás-os-montes e alto douro, epe, 2010, Vols. ano II - nº 2.

Costa, Thaís Gândara, Pessoa, Célia Geralda de Oliveira e Pelzer, Marlene Teda. Relações Familiares no Contexto do Cuidado à Pessoa com Doença de Alzheimer. Revista Enfermagem Integrada. 2011, Vols. V.4 - N.1.

Coulson, J., [et al.] The New Oxford Illustrated Dictionary. Oxford : Oxford University Press, 1980. ISBN: 0-85835-256-7.

Cunha, Gilson Luis da. Mecanismos biológicos do envelhecimento. [autor do livro] Elizabete Viana de Freitas e Ligia Py. Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011.

Daire, Andrew P., Torres, Jennifer e Edwards, Nivischi N. Family Caregivers: Psychosocial Impacts and Clinical Needs. Adultspan Journal. American Counseling Association, 2009, Vols. Vol. 8, nº. 2.

De la Cuesta Benjumea, C. Familia y Salud. Rol-Revista de Enfermería. 1995, Vols. nº 203-204.

De la Cuesta Benjumea, Carmen. "Aquí cuidamos todos": asuntos de individualidad versus colectividad en un estudio sobre cuidado en la casa de pacientes con demencia avanzada. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research. [Online] 7(4), Art. 5, Septiembre de 2006. [Citação: 14 de Julho de 2012.] <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/rt/prINTERfriendly/170/381>.

—El Cuidado familiar: una revisión crítica. Revista Investigación y Educación en Enfermería. Universidad de Antioquia, 2009, Vols. Vol. XXVII, num. 1.

De la Rica, M. e Hernando, I. Cuidadores del Anciano Demente. Revista Rol de Enfermería. Ediciones Rol, 1994, Vol. n.º 187.

Deves, C. E. e Nunes, D. M. Desafio de ensinar a cuidar sob a ótica do aluno do curso de graduação em enfermagem. Revista Gaúcha Enfermagem. 2001, Vol. 22 (1).

Diogo, Maria, Ceolim, Maria F. e Cintra, Fernanda A. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2005, Vol. 39 (1).

Doenges, Marilyn E. e Moohouse, Mary Frances. Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem : um texto interactivo para o raciocínio diagnóstico . Loures : Lusociência, 2010. ISBN 978-972-8930-57-8 .

Donaire, Nieves Pecete, [et al.] Cambios bilógicos y fisiológicos del anciano. Revista Rol de Enfermería. Ediciones Rol, 1988, Vol. nº 123.

Driessnack, Martha, Sousa, Valmi D. e Mendes, Isabel Amélia Costa. Revisão dos Desenhos de Pesquisa Relevantes para Enfermagem: Parte 3: Métodos Mistos e Múltiplos. Revista Latino-americana de Enfermagem. 2007, Vol. 15(5).

Duarte, Susana Filomena Cardoso. Continuidade em Cuidados Domiciliários: O Papel do Enfermeiro. Lisboa : Universidade de Lisboa, 2010. Tese de Doutoramento em Enfermagem.

Duarte, Yeda A. O. e Barros, Therezinha Ribeiro de. Reflectindo sobre a Construção de uma Relação de Ajuda. [autor do livro] Yeda Aparecida de Oliveira Duarte e Maria José D'Elboux Diogo. Atendimento Domiciliar - Um Enfoque Gerontológico. São Paulo : Editora Atheneu, 2000.

Duarte, Yeda Aparecida de Oliveira e Diogo, Maria José D'Elboux. Atendimento domiciliar : um enfoque gerontológico. São Paulo : Atheneu, 2000. ISBN: 85-7379-248-5.

Ducharme, Francine, Lebel, Paule e Bergman, Howard. Vieillissement et soins, l'urgence d'offrir des services de santé intégrés aux familles du XXIe siècle. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé. 2001, Vols. 8, nº 2 .

Ekwall, Anna K., Sivberg, Bengt e Hallberg, Ingalill R. Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. Journal of Advanced Nursing. Blackwell Publishing Ltd, 2005, Vol. 49(1).

Eliopoulos, Charlotte. Enfermagem Gerontológica. Porto Alegre : Artmed, 2005. ISBN 85-363-0081-7.

Emanuel, Ezekiel J., [et al.] Understanding Economic and Other Burdens of Terminal Illness:The Experience of Patients and Their Caregivers. Annals of Internal Medicine. American College of Physicians–American Society of Internal Medicine, 2000, Vol. 132.

England, Margaret. Caregiver Strain: Considerations for Change. Nursing Diagnosis. 2000, Vols. Vol 11, nº 4.

Evercare & National Alliance for Caregiving. Family Caregivers – What They Spend, What They Sacrifice - The Personal Financial Toll of Caring for a Loved One. Montgomery Lane : Evercare, 2007.

FAP - Federação Académica do Porto. Federação Académica do Porto. [Online] [Citação: 30 de Julho de 2012.] <http://www.fap.pt/pt/inicio/social/projecto-aconchego/>.

Farinatti, Paulo de Tarso Veras. Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. Revista Brasileira de Medicina do Esporte . Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte (SBME), 2002, Vols. Vol. 8, nº 44.

Farran, C. J. Family caregivers: a critical resource in today' s changing health climate. Chart. 2002, Vol. 99 (4).

Fernandes, Maria das Graças Melo e Garcia, Telma Ribeiro. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo . Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo , 2009, Vol. 43 (4).

Fernandes, Maria Graças Melo e Fragoso, Kyldery Melo. Atendimento domiciliário ao idoso na atenção primária à saúde. Revista de APS - Atenção Primária à Saúde. Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde – NATES e Mestrado de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF em parceria com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC e Rede de Educação Popular e Saúde , 2005, Vol. V8 nº 2.

Ferrario, Silvia Rossi, [et al.] Alzheimer's disease: usefulness of the Family Strain Questionnaire and the Screen for Caregiver Burden in the study of caregiving-related problems. International Journal of Geriatric Psychiatry. John Wiley & Sons, 2003, Vol. nº 18.

Ferraz, Carla Maria Morais. A Família do Doente com AVC e a Alta Hospitalar. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto, 2003.

Ferreira, Maria de Fátima Afonso Miranda. "Cuidar no Domicílio: Sobrecarga da Família/Cuidador Principal com Doente Oncológico Paliativo". Porto : Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto, 2011. Dissertação de Mestrado em Oncologia.

Ferreira, P. Adaptação cultural e linguística. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte I - Adaptação Cultural e Linguística. Acta Médica Portuguesa. 2000a, Vol. 13.

—. Adaptação cultural e linguística. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte II testes de Validação. Acta Médica Portuguesa. 2000b, Vol. 13.

Ferreira, Sérgio Miguel Mateus. Papel dos Cuidadores Informais ao Idoso com Doença de Alzheimer. Aveiro : Universidade de Aveiro, 2008.

Ferrioli, Eduardo. Envelhecimento do Sistema Digestório. [autor do livro] Elizabete Viana de Freitas e Ligia Py. Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011.

Fialho, Djalita. A Reforma do Dividendo Populacional Consequências Económicas e Sociais do Envelhecimento da População. SOCIUS - Centro de Investigação em Sociologia Económica e das Organizações, Universidade Técnica de Lisboa. Lisboa : Instituto Superior de Economia e Gestão - Universidade Técnica de Lisboa, 2006. 10/2006.

Figueiredo, Daniela. Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa : Climepsi, 2007. ISBN 978-972-796-276-1.

Figueiredo, Daniela e Sousa, Liliana. Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2008, Vols. VOL. 26, N.o 1.

Figueiredo, Maria do Livramento Fortes, [et al.] Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio. Revista Brasileira de Enfermagem. 2008 , Vol. 61(4).

Figueiredo, Nívea Vieira Furtado. Tecnologias para Assistência Domiciliar na Atenção Básica: Em busca de ferramentas que subsidiem o trabalho da Equipe de Saúde da Família. Belo Horizonte : Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2010. Dissertação de Mestrado.

Folstein, Marshal F., Folstein, Susan e McHugh, Paul R. "Mini-Mental State" A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. Journal of Psychiatric Research. Pergamon Press, 1975, Vol. Vol. 12.

Fonseca, Tânia Sofia Borges. Sobrecarga, Depressão e Generatividade em Mulheres Cuidadoras Informais. Lisboa : Universidade de Lisboa - Faculdade de Psicologia, 2010. Dissertação de Mestrado.

Fortin, Marie-Fabienne. O Processo de Investigação. Loures : Lusociência, 2003. 972-8383-10-X.

Fortin, Marie-Fabienne, Côté, José e Filion, Françoise. Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures : Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5.

França, Joana Catarina de Oliveira. Saúde Mental e Necessidades nos Cuidadores de Familiares com Demência. Porto : Universidade Fernando Pessoa, 2010. Dissertação para obtenção do grau de Mestre.

Freitas, Alexandra Paula Costa. Avaliação e intervenção de Enfermagem de Família nos CSP na RAM. [autor do livro] Linha de Investigação de Enfermagem de Família da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Da investigação à prática de Enfermagem de Família. Porto : Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2009.

Freitas, Elizabete Viana, [et al.] Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan S. A., 2002. ISBN 85-277-0749-7.

Fuente, David Oterino, [et al.] Cuidados de Enfermería en Hospitalización a Domicilio y Hospitalización Convencional. Revista Española de Salud Pública. 1998, Vol. 72.

Galego, Carla e Gomes, Alberto A. Emancipação, ruptura e inovação: o "focus group" como instrumento de investigação. Revista Lusófona de Educação. 2005, Vol. 5.

Gallo, Joseph J. Reichel assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento. 5ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2001. ISBN ISBN 85-277-0671-7.

García-Calvente, María del Mar, Lozano, María del Río e Eguiguren, Ana Pamela. Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud. Revista Inguruak. Asociación Vasca de Sociología y Ciencia Política, 2007, Vol. 44.

Gardner, Rebekah L. Successful Interventions for Avoiding Readmission In the Elderly. Medicine & Health / Rhode Island. 2008, Vols. 91, nº 9.

Giacomozzi, Clélia Mozara. As Práticas de Cuidado Domiciliar à Saúde Desenvolvidas pelos Profissionais da Estratégia Saúde da Família. Curitiba : Universidade Federal do Paraná, 2007. Dissertação de Mestrado em Enfermagem - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Gibbs, Anita. Social Research Update. [Online] 1997. [Citação: 25 de 02 de 2012.] <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU19.html>.

Gil, António Carlos. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo : Atlas, 1995. 85-224-1041-0.

Goldman, Alfred E. The Group Depth Interview. Journal of Marketing. American Marketing Association, 1962, Vol. 26.

Gomes, Alberto Albuquerque. <http://www4.fct.unesp.br/>. [Online] 2004. [Citação: 04 de 03 de 2012.] http://www4.fct.unesp.br/docentes/educ/alberto/page_download/PRODU%C7AO_ARTIGOS/GRUPO%20FOCAL_USOS%20E%20POSSIBILIDADES.pdf.

Gomes, Marcos Alvinair. Doenças da Prostata. [autor do livro] Elizabete Viana de Freitas e Ligia Py. Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011.

Gomes, Maria Elásir S. e Barbosa, Eduardo F. Educativa. www.educativa.org.br. [Online] Fevereiro de 1999. [Citação: 02 de 03 de 2012.] http://www.tecnologiaprojetos.com.br/banco_objetos/%7B9FEA090E-98E9-49D2-A638-6D3922787D19%7D_Tecnica%20de%20Grupos%20Focais%20pdf.pdf.

Gonçalves, A. Freire e Cardoso, S. Massano. Prevalência dos Acidentes Vasculares Cerebrais em Coimbra. Acta Médica Portuguesa. 1997, Vol. 10.

Gonçalves, Deolinda Maria da Silva Afonso. A Preparação do Regresso a Casa da Pessoa Idosa Hospitalizada. Lisboa : Universidade Aberta, 2008.

Gonçalves, Lúcia Hisako Takase. A complexidade do cuidado na prática cotidiana da enfermagem gerontogeriatrica. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2010, Vol. 13 (3).

Gonçalves, Lúcia Hisako Takase, Alvarez, Angela Maria e Santos, Sílvia Maria Azevedo dos. Conhecendo os Cuidadores Domiciliares de Idosos - Os Cuidadores Leigos de Pessoas Idosas. [autor do livro] Yeda Aparecida de Oliveira Duarte e Maria José D'Elboux Diogo. Atendimento Domiciliar - Um Enfoque Gerontológico. São Paulo : Atheneu, 2000.

Goossen, William T. F. Towards strategic use of nursing information in the Netherlands. Groningen : University of Groningen, 2000. ISBN: 90-72156-84-6.

Goossen, William. Uso de registos electrónicos dos pacientes para cplher conjuntos mínimos de dados baseados numa terminologia de enfermagem unificada. s.l. : School Nursing, Noordelijke Hogeschool Leeuwarden, Netherlands, 1999.

Gorzoni, Milton Luiz. Envelhecimento Pulmonar. [autor do livro] Elizabete Viana de Freitas e Ligia Py. Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011.

Gottlieb, B. H. e Johnson, J. Respite programs for caregivers of persons with dementia: a review with practice implications. *Aging & Mental Health*. 2000, Vol. 4 (2).

Grant, Joan S., [et al.] Telephone Intervention with Family caregivers of Stroke Survivors after Rehabilitation. *Journal of the American Heart Association*. American Stroke Association - American Heart Association, 2002, Vol. vol. 33.

Gräbel, Elmar, [et al.] Support groups for dementia caregivers - Predictors for utilisation and expected quality from a family caregiver's point of view: A questionnaire survey PART I. *BMC Health Services Research*. BioMed Central Ltd, 2010, Vol. 10:219.

Gratão, Aline Cristina Martins. Demanda do cuidador familiar com idoso demenciado. São Paulo : Universidade de São Paulo, 2006.

Grelha, Patrícia Alexandra Simão Sousa. Qualidade Vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário. Lisboa : Faculdade de Medicina de Lisboa - Universidade de Lisboa, 2009.

Grotberg, Edith. A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. s.l. : Bernard van Leer Foundation, 1995. ISBN: 90-6195-038-4.

Guerra, Isabel Carvalho. Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo. Cascais : Príncipeia Editora Lda, 2010. ISBN: 978-972-8818-66-1.

Guerreiro, M., [et al.] Adaptação à população portuguesa da tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*. 1994, Vol. 1.

Hagemeyer, Verônica e Rezende, Carlos Henrique Alves de. Nutrição e Envelhecimento. [autor do livro] Elizabete Viana de Freitas e Ligia Py. Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011.

Hammar, Lena Marmstal, [et al.] Communicating through caregiver singing during morning care situations in dementia care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Nordic College of Caring Science, 2011, Vol. 25.

Hennessy, Deborah e Gladin, Liz. Report on the Evaluation of the WHO Multi-country Family Health Nurse Pilot Study. Copenhagen : WHO - World Health Organization, 2006.

Hesbeen, Walter. Cuidar no Hospital - Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures : Lusociência, 2000. ISBN: 972-8383-11-8.

Himmera. Distâncias Quilométricas. [Online] Himmera. [Citação: 5 de Setembro de 2012.] <http://pt.distanciasquilometricas.himmera.com>.

Horiguchi , Adriana Satomi. Alzheimer: Steresse qualidade de Vida de Cuidadores Informais. Campinas : Universidade de Campinas, 2010.

Hudson, Angela e Moore, Lesley. Caring for Older People in the Community. Chichester, West Sussex : John Wiley & Sons, 2009. 978-0-470-51804-5.

Imaginário, Cristina. O Idoso Dependente em Contexto Familiar. Coimbra : Formasau, 2004. ISBN 972-8485-38-7.

Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Lisboa : Círculo de Leitores, 2002. Tomo I. ISBN: 972-42-2810-X.

—. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Lisboa : Círculo de Leitores, 2002. Tomo. VI. ISBN: 972-42-2810-X.

—. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Lisboa : Círculo de Leitores, 2003. Tomo III. ISBN 972-42-2810-X.

Janis-Le Bris, Hannelore. Responsabilidade Familiar pelos dependentes Idosos nos Países das Comunidades Europeias. Lisboa : Conselho Económico e Social, 1994. ISBN 972-95818-9-4.

Jenike, Michael A. Geriatric psychiatry and psychopharmacology: a clinical approach . Chicago : Year Book Medical Publishers, 1989. ISBN: 0815148917.

Jesus, Manuel de Jesus Reis Jesus de. Orientações Técnicas para Cuidadores Informais na Área dos Cuidados Continuados. Região Autónoma da Madeira : Região Autónoma da Madeira - Governo Regional - Secretaria Regional dos Assuntos Sociais- Direcção Regional de Gestão e Desenvolvimento dos Recursos, 2008. Curso Pós-graduação em Cuidados Continuados de Saúde - Universidade Atlântica.

Jofré A., Viviane e Mendonza P., Sara. Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales. Ciencia e enfermeria. 2005, Vol. XI (1).

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Health Care at the Crossroads Strategies for Addressing the Evolving Nursing Crisis. s.l. : Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2005.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Illinois : JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2009. ISBN: 978-1-599-40-252-9.

Junta de Freguesia de Lavra. Junta de Freguesia de Lavra. [Online] [Citação: 5 de 9 de 2012.] http://www.jf-lavra.pt/index2.php?tipo_id=3.

Karsch, Ursula M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad. Saúde Pública. 2003, Vol. 19(3).

Karsh, Ursula M. S. Envelhecimento com Dependência: Revelando Cuidadores. s.l. : Educ, 1998. ISBN 8528301370 (85-283-0137-0).

Kasper, J. D., Steinbach, U. e Andrews, J. Factors Associated with Ending Caregiving Among Informal Caregivers to the Functionally and Cognitively Impaired Elderly Population. USA : U.S. Department of Health and Human Services Assistant Secretary for Planning and Evaluation Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy, 1990.

Kawamoto, Emilia Emi, Santos, Maria Cristina Honório dos e Mattos, Thalita Maia de. Enfermagem Comunitária. São Paulo : EPU, 1995. ISBN 85-12-12500-4.

Kitzinger, Jenny. Introducing focus groups. BMJ - British Medical Journal. 1995, Vol. 311.

Kneipp, Shawn M., Castelman, Joan B. e Gailor, Nicole. Informal Caregiving Burden: An Overlooked Aspect of the Lives and Health of Women Transitioning from Welfare to Employment? Public Health Nursing. 2004, Vols. v. 21, n. 1.

Krause, M. P. Associação entre características morfofisiológicas e funcionais com as Atividades da Vida Diária de mulheres idosas participantes em programas comunitários no Município de Curitiba- PR. Curitiba : Universidade Federal do Paraná, 2006.

Krippendorff, Klaus. Content analysis: an introduction to its methodology. Thousand Oaks : Sage Publications Inc., 2004. ISBN: 0-7619-1544-3.

Krueger, Richard A. Analysing & Reporting Focus Group Results. Thousand Oaks : Sage Publications Inc., 1997. ISBN: 0-7619-0760-2.

—. 1998. *Analyzing & Reporting Focus Group Results*. Thousand Oaks : Sage, 1998. Vol. 6. ISBN: 0-7619-0816-1.

Krueger, Richard A. e Casey, Mary Anne. *Focus Groups - A Practical Guide for Applied Research*. Thousand Oaks : SAGE Publications, 2009. ISBN: 978-1-4129-6947-5.

Lage, Isabel. *Cuidados Familiares a Idosos*. [autor do livro] Constança Paúl e António Manuel Fonseca. *Envelhecer em Portugal*. Lisboa : Climepsi Editores, 2005.

Lage, Maria Isabel Gomes de Sousa. *Avaliação dos Cuidados Informais aos Idosos: Estudo do Impacte do Cuidado no Cuidador*. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto, 2007. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.

Laham, Cláudia Fernandes. *Percepção de perdas e ganhos subjectivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar*. São Paulo : Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo, 2003.

Lavee, Yoav, McCubbin, Hamilton I. e Patterson, Joan M. *The Double ABCX Model of Family Stress and Adaptation: An Empirical Test by Analysis of Structural Equations with Latent Variables*. *Journal of Marriage and Family*. 1985, Vols. Vol. 47, No. 4.

Lawton, M. Powell, [et al.] *Measuring Caregiving Appraisal*. *Journal of Gerontology*. The Gerontological Society of America, 1989, Vol. vol. 44 nº 3.

Lazarus, Richard S. e Folkman, Susan. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York : Springer Publishing Company, 1984. ISBN: 0-8261-4191-9.

Lazarus, Richard S. *Stress and Emotion*. New York : Springer Publishing Company, 2006. ISBN: 0-8261-0261-1.

Leal, Maria das Graças Sobreira. *O Desafio da Longevidade e o suporte ao Cuidador*. *Revista da Terceira Idade*. Instituto de Desenvolvimento Emocional Aplicado, 2000, Vols. ano XI, nº. 20.

Lebrão, Maria Lúcia e Duarte, Yeda Aparecida de Oliveira. *SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. ISBN: 85-87943-30-8.

Leça da Palmeira. *Infopédia*. [Online] [Citação: 05 de 09 de 2012.] URL: [http://www.infopedia.pt/\\$leca-da-palmeira](http://www.infopedia.pt/$leca-da-palmeira).

Leite, Marinês Tambara. A Equipe de Enfermagem e sua interação com Idosos Internados em Hospitais Gerais. Porto Alegre : Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2007. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica.

Leme, Luiz E. G. A Interprofissionalidade e o Contexto Familiar. [autor do livro] Yeda A. O. Duarte e Maria José D'Elboux Diogo. Atendimento Domiciliar - Um Enfoque Gerontológico. São Paulo : Editora Atheneu, 2000.

Leme, Luiz Eugênio Garcez e Silva, Paulo Sérgio Carvalho Pereira da. O Idoso e a Família. [autor do livro] Matheus Papaléo Netto. Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada. Rio de Janeiro : Atheneu, 1996.

Leme, Luiz Eugênio Garcez. O Idoso e a Família. [autor do livro] Matheus Papaléo Netto. Tratado de Gerontologia. São Paulo : Atheneu, 2007.

Levin, Enid. Carers - problems, strains, and services. [autor do livro] Robin Jacoby e Catherine Oppenheimer. Psychiatry in the Elderly. 3th Edition. Oxford : Oxford university Press, 2002.

Levine, Carol. The Loneliness of the Long-Term. The New England Journal of Medicine. 1999, Vol. 340 (20).

Lewis, Marsha L., Hobday, John V. e Hepburn, Kenneth W. Internet-Based Program for Dementia Caregivers. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias. Sage, 2010, Vol. 25(8).

Lewis, Melinda. Focus Group Interviews in Qualitative Research : A Review of the Literature. Mendeley. [Online] Setembro de 2000. [Citação: 8 de Março de 2012.] <http://www.mendeley.com/research/focus-group-interviews-qualitative-research-review-literature/>.

Liberman, Sami. Envelhecimento do sistema endócrino. [autor do livro] Elizabete Viana de Freitas e Ligia Py. Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011.

LIPOR. Implementação da Agenda 21 Local nas Freguesias dos Municípios associados da LIPOR. s.l. : LIPOR, 2009.

Lopes, José Mauro Ceratti. Manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre : Ministério da Saúde - Grupo Hospitalar Conceição, 2003.

Lopes, Manuel José. A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: reflexões a partir dos resultados de um trabalho de investigação. Natal : EDUFRN. Editora Universitária, 2011. ISBN:978-85-7273-692-3.

Lopes, Wanda de Oliveira, Saupe, Rosita e Massaroli, Aline. Visita Domiciliar: Tecnologia para o Cuidado, o Ensino e a Pesquisa. *Ciencia Cuidado e Saude*. 2008, Vol. 7 (2).

López, Maria Crespo e Martínez, Javier López. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Cómo mantener su bienestar”. Madrid : Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad; Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2007. ISBN: 978-84-8446-097-8.

López Martínez, Javier e Crespo López, María. Intervención con cuidadores. Portal de Mayores. [Online] 2006. [Citação: 05 de 01 de 2012.] <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/lopez-intervencion-01.pdf>. ISSN: 1885-6780.

Losada Baltar, Andrés, [et al.] Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales. Madrid : Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2006.

Losada, Andrés, [et al.] Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. *Psicología Conductual*. 2007, Vols. Vol. 15, nº. 1.

Losada-Baltar, A. e Montorio-Cerrato, I. Pasado, presente y futuro de las intervenciones psicoeducativas para cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2005, Vol. 40 (Supl 3).

Louro, Maria Clarisse Carvalho Martins. 2009. Cuidados Continuados no Domicílio. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto, 2009. Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem.

Low, Joe, Perry, Rachel e Wilkinson, Susie. A qualitative evaluation of the impact of palliative care day services: the experiences of patients, informal carers, day unit managers and volunteer staff. *Palliative Medicine*. Arnold Publishers, 2005, Vol. nº 19.

Luders, Selenita Lia Alfonso e Storani, Maria Silvia Barros. Demência: Impacto para a Família e a Sociedade. [autor do livro] Matheus Papaléo Netto. *Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo : Atheneu, 2000.

Lundh, Ulla, Paulsson, Asa e Hellström, Ingrid. Forging partnerships in care homes: the impact of an educational intervention. [autor do livro] Mike Nolan, [et al.] *Partnerships in Family Care: understanding the caregiving career*. Maidenhead : Open University Press, 2003.

Machado, Ana Larissa Gomes , Freitas, Consuelo Helena Aires de e Jorge, Maria Saete Bessa. O fazer do cuidador familiar: significados e crenças. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Associação Brasileira de Enfermagem, 2007, Vol. vol. 60 núm. 5.

Macieira-Coelho , Álvaro. [Online] 1989. [Citação: 3 de Maio de 2007.] <http://zircon.dcsa.fct.unl.pt/dspace/bitstream/123456789/129/1/4-4.PDF>.

Maciel, Arlindo de Castro. Incontinência Urinária. [autor do livro] Elizabete Viana de Freitas e Ligia Py. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 3ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011.

Mahoney, Diane F., Tarlow, Barbara J. e Jones, Richard N. Effects of an Automated telephone Support System on caregiver Burden and Anxiety: Findings from the REACH for TLC Intervention Study. *The Gerontologist*. 2003, Vols. Vol. 43, nº.4.

Marques, Rita Margarida Dourado. Readmissão dos doentes dependentes no serviço de urgência: estudo de alguns factores. *Revista de Enfermagem Referência*. 2011, Vol. III Série nº 3.

Marques, S. e Rodrigues, A. P. La familia al cuidado del anciano. *revista Rol de Enfermeria*. 2002, Vols. 25 (7-8).

Marques, Sónia. Os Cuidadores Informais de Doentes com Acidente Vascular Cerebral. *Interacções*. 2005, Vol. número 9.

Marques, Sónia Catarina Lopes. Os Cuidadores Informais de Doentes com AVC. Coimbra : Formasau, 2007. ISBN: 972-8485-78-6.

Martin, Ignacio. O Cuidado Informal no Âmbito Social. [autor do livro] Constança Paul e António Fonseca. Envelhecer em Portugal. Lisboa : Climepsi, 2005.

Martínez, Javier López e López, Maria Crespo. Guía para Cuidadores de Personas Mayores en el hogar Cómo mantener su bienestar. Madrid : Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2008.

Martins, Jacinta Pires. Programação da Alta Hospitalar do Idoso um contributo para a Continuidade de Cuidados. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, 2003. Dissertação de Mestrado.

Martins, Teresa. AVC - Acidente Vascular Cerebral - Qualidade de vida e Bem estar dos doentes e Familiares Cuidadores. Coimbra : Formasau, 2006. ISBN 972-8485-65-4.

Martins, Teresa, Pais Ribeiro, José L. e Garrett, Carolina. Estudo de Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais. Psicologia, Saúde & Doenças. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, 2003, Vol. 4 (1).

McCloskey, Joanne e Bulechek, Gloria M. Nursing Interventions Classification (NIC). St. Louis : Mosby, 1996. 0-8151-6302-9.

McCubbin, Hamilton I., Thompson, Anne I. e McCubbin, Marilyn A. Family Measures: Stress, Coping and Resiliency - Inventories for Research and Practice. Honolulu : Kamehameha Schools, Honolulu, Hawai, 2001.

McEwen, Melanie e Wills, Evelyn M. Bases Teóricas para Enfermagem. 2ª Edição. Porto Alegre : Artmed, 2009. ISBN: 978-85-363-1788-5.

Medeiros, Fabíola de Araújo Leite, Araújo, Daísy Vieira de e Barbosa, Larissa Nogueira de Siqueira. Percepção de Acadêmicos de Enfermagem sobre o Cuidar de Idosos. Cogitare Enfermagem. Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, 2008, Vol. 13(4).

Meleis, Afaf Ibrahim e Dean, Margaret Bond Simon. Theoretical Nursing - Development & Progress. Fifth Edition. Philadelphia : Wolters Kluwer - Lippincott Williams & Wilkins, 2012. ISBN: 978-1-60547-211-9.

Meleis, Afaf Ibrahim, [et al.] Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Advances in Nursing Science. Aspen Publishers, 2000, Vol. 23 (1).

Meleis, Afaf Ibrahim e Trangenstein, Patricia A. Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. [autor do livro] Afaf Ibrahim Meleis. Transitions Theory. New York : Springer Publishing Company, 2010.

Meleis, Afaf Ibrahim. Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York : Springer Publishing Company, 2010. ISBN: 978-0-8261-0535-6.

Melo, Alexandrina. Dificuldades sentidas pelo cuidador de um doente de Alzheimer: revisão bibliográfica. Porto : Universidade Fernando Pessoa, 2010.

Menezes, Maria do Carmo Lencastre de e Lins, Cruz Dueire. Tonturas. [autor do livro] Elizabete Viana de Freitas e Ligia Py. Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011.

Merton, R. K., Fiske, M. e Kendall., P. L. The Focused Interview: A Manual of Problems and Procedures. New York : The Free Press, 1990. ISBN: 0-02-920985-4.

Ministry of Health and Social Affairs Sweden. The Future Need for Care. Stockholm : Ministry of Health and Social Affairs Sweden, 2010.

Miranda, Lucélia Lourdes e Pires, Vitória Augusta Teles Netto. Atuação dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na Avaliação da Capacidade Funcional do Idoso. Revista Enfermagem Integrada. Ipatinga: Unileste-MG, 2011, Vols. V.4 - N.2.

Miranda, Roberto Dischinger e Borges, Jairo Lins. Doenças Vasculares. [autor do livro] Elizabete Viana de Freitas e Ligia Py. Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011.

Mistiaen, Patriek e Poot, Else. Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. Cochrane Database of Systematic Reviews. Cochrane Consumers and Communication Group, 2008, Vol. Nº. 4.

Monahan, Frances Donovan, [et al.] Phipps Enfermagem Médico-Cirúrgica : perspectivas de saúde e doença. Loures : Lusodidacta, 2010. ISBN: 978-989-8075-22-2.

Montain, Gail e Pighills, Alison. Pre-discharge home visits with older people: time to review practice. Health and Social Care in the Community. 2003, Vol. 11 (2).

Monteiro, Maria Clara Duarte. *Vivências dos Cuidadores Familiares em Internamento Hospitalar - O Início da Dependência*. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, 2010. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

Monteiro, Sara Costa Gomes. *A exaustão no Cuidador Informal do Doente com Alzheimer*. Porto : Faculdade de Ciências - Universidade Fernando Pessoa, 2009.

Montezuma, Camila Araújo, Freitas, Maria Célia de e Monteiro, Ana Ruth Macedo. *A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso*. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2008, Vol. 10(2).

Moraes, Edgar Nunes. Centro Interdisciplinar de Assistência e Pesquisa em Envelhecimento (CIAPE). www.ciape.org.br. [Online] 2004. [Citação: 25 de Abril de 2007.] http://www.ciape.org.br/matdidatico/edgar/Livro_Ger_Bas_Demo_Fisiologia.

Moraes, Roque. ANÁLISE DE CONTEÚDO. *Revista Educação*. n. 37, 1999, Vol. 22, pp. 7-32.

Moreira, Isabel Maria Pinheiro Borges. *O Doente Terminal em Contexto Familiar - Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. 2ª Edição. Coimbra : Formasau, 2006. ISBN: 972-8485-64-6.

Moreira, Isabel. Prefácio. [autor do livro] Berta Maria de Jesus Augusto, [et al.] *Cuidados Continuados - Família, Centro de Saúde e Hospital como Parceiros no Cuidar*. Coimbra : Formasau, 2005.

Morgan, David L. *Focus Groups as Qualitative Research*. Thousand Oaks : Sage Publications, 1997. ISBN: 0-7619-0343-7.

—. 1997. *The Focus Group Guidebook*. Thousand Oaks : SAGE Publications, 1997. ISBN: 0-7619-0818-8.

Morse, Janice M. e Niehaus, Linda. *Mixed Method Design*. Walnut Creek : Left Coast Press, 2009. ISBN: 978-1-59874-298-5.

Mota, Paula M., Figueiredo, Pedro A. e Duarte, José A. *Teorias Biológicas do envelhecimento*. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*. 2004, Vols. 4, nº 1.

Mota, Roberta Araújo, Martins, Cileide Guedes de Melo e Vêras, Renata Meira. *Papel dos Profissionais de Saúde na Política de Humanização Hospitalar*. *Psicologia em Estudo*. 2006, Vols. v.11, nº 2.

National Alliance for Caregiving (NAC) & American Association of Retired Persons (AARP). Caregiving in the U.S. s.l. : NAC - National Alliance for Caregiving & AARP - American Association of Retired Persons, 2004.

—Caregiving in the U.S. 2009. s.l. : NAC - National Alliance for Caregiving & AARP - American Association of Retired Persons, 2009.

Nakatani, A., [et al.] Perfil dos Cuidadores Informais de Idosos com Déficit de Autocuidado Atendidos pelo Programa de Saúde da Família. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2003, Vol. v5.

Nasri, Fábio. Alterações da Tireoide e Paratireoide no Idoso. [autor do livro] Elizabete Viana de Freitas e Ligia Py. Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011.

National Alliance for Caregiving (NAC). 2009. Caregiving in the U.S. 2009. s.l. : NAC - National Alliance for Caregiving, 2009.

National Alliance for Caregiving & MetLife Foundation. National Family Caregiving Awards - Caregiving Program Report. s.l. : Kathleen A. Cameron, MPH, 2007.

National Family Caregivers Association & Family Caregiver Alliance. Prevalence, Hours and Economic Value of Family Caregiving, Updated State-by-State Analysis of 2004 National Estimates. San Francisco : National Family Caregivers Association & Family Caregiver Alliance, 2006.

National Health Service (NHS). Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning A national clinical guideline. [Online] 2010. [Citação: 22 de 07 de 2012.] <http://pt.scribd.com/doc/77256332/38/PRe-disChaRGe>.

Navaie-Waliser, M., [et al.] When the caregiver needs care: the plight of vulnerable caregivers. American Journal of Public Health. 2002, Vols. 92, n.º 3.

Neri, Anita Liberalesso e Carvalho, Virgínia Ângela M. de Lucena. O Bem-estar do Cuidador: Aspectos Psicossociais. [autor do livro] Elizabete Viana de Freitas, [et al.] Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro : Guanabara-Koogan, 2002.

Neri, Anita Liberalesso. Qualidade de Vida na Velhice e Atendimento Domiciliário. [autor do livro] Yeda Aparecida de Oliveira Duarte e Maria José D'Elboux Diogo. Atendimento Domiciliar - Um Enfoque Gerontológico. São Paulo : Atheneu, 2002.

Neri, Anita Liberalesso. Teorias Psicológicas do Envelhecimento. [autor do livro] Elizabete Viana de Freitas, [et al.] Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2002.

Netto, Matheus Papaléo. Tratado de Gerontologia. São Paulo : Atheneu, 2007. ISBN: 85-7379-869-6.

Netto, Matheus Papaléo, Yuaso, Denise Rodrigues e Nunes, Maria Inês. Multidimensionalidade em Gerontologia I: Importância e Aplicações. [autor do livro] Matheus Papaléo Netto. Tratado de Gerontologia. 2ª Edição. São Paulo : Atheneu, 2007.

Nichols, William C. Roads to Understanding Family Resilience: 1920s to the Twenty-First Century. [autor do livro] Dorothy S. Becvar. Handbook of Family Resilience. New York : Springer, 2013.

Noelker, Linda S. The backbone of the Long-Term-Care Workforce. Spring. 2001.

Nogueira, Joani Aparecido. Fisioterapia no Contexto da Assistência Domiciliar Terapêutica: Estudo de Pacientes com AIDS. Rio de Janeiro : Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública, 2000. Dissertação de Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública.

Nogueira, Maria Assunção Almeida. Necessidades da Família no Cuidar: Papel do Enfermeiro. Porto : Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2003. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Ciências de Enfermagem.

Nolan, Mike, Grant, Gordon e Keady, John. Understanding family Care - A Multidimensional Model of Caring and Coping. Buckingham : Open University Press, 1996. ISBN: 0-335-19573-3.

Northouse, Laurel L., [et al.] Interventions with Family Caregivers of Cancer Patients - Meta-Analysis of Randomized Trials. CA: A Cancer Journal for Clinicians. American Cancer Society, 2010, Vols. Vol. 60, nº.5.

Novelli, Márcia Maria Pires Camargo, Nitri, Ricardo e Caramelli, Paulo. Cuidadores de idosos com demência: perfil sociodemográfico e impacto diário. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. Universidade de São Paulo, 2010, Vols. v. 21, n. 2.

Nunes, L., Amaral, M. e Gonçalves, R. Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à Análise de Casos. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN: 972-99646-0-2.

O'Brien, Megan L. Perception of Rural Caregiving. Vermont : The Faculty of the Graduate College of The University of Vermont, 2008.

OCDE - Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data 2012 - How Does Portugal Compare. OECD. [Online] Junho de 2012. [Citação: 30 de Setembro de 2012.] <http://www.oecd.org/portugal/BriefingNotePORTUGAL2012.pdf>.

OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD . OECD . [Online] 2005. [Citação: 30 de 06 de 2012.] <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/810517ue5.pdf?expires=1349901857&id=id&acname=guest&checksum=08FFDDDF655B5AC1E09F8E37BCA0F3FDB>. ISBN-92-64-012621.

Oliveira, Juliana Costa Assis de e Tavares, Darlene Mara dos Santos. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2010, Vol. 44 (3).

Oliveira, Rui Aragão. Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. Análise Psicológica. 2000, Vols. Vol. 18, n.º 4.

Oliveira, Valéria Conceição de. Anotações do Enfermeiro no Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil: Um Estudo Compreensivo. Belo Horizonte : Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2003.

OMS. Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud pública? <http://www.who.int/features/ga/42/es>. [Online] 26 de Setembro de 2006. [Citação: 1 de Setembro de 2009.] <http://www.who.int/features/ga/42/es>.

Ordem dos Enfermeiros - Conselho de Enfermagem. Mobilização de Escalas, Instrumentos, Equipamentos ou outros Meios e Métodos como recurso na Avaliação Diagnostica em Enfermagem. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2008.

Ordem dos Enfermeiros. Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN: 972-99646-0-2.

Orem, Dorothea E. Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona : Masson-Salvat Enfermería, 1993. ISBN: 84-458-0092-2.

Organización Mundial de la Salud.. Preguntas y respuestas en línea. Organización Mundial de la Salud. [Online] 2006. [Citação: 3 de Maio de 2007.] <http://www.who.int/features/ga/42/es/>.

Orso, Zuleica Regina Aléssio. Perfil do Cuidador Informal de Idosos Dependentes do Município de Veranópolis – rs. Porto alegre : Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2008.

Oupra, R., [et al.] Effectiveness of Supportive Educative Learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients in Thailand. Health and Social care in the Community. Blackwell Publishing, 2010, Vol. 18 (1).

Padilha, José Miguel dos Santos. Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa - Conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios de saúde. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, 2006. Dissertação de Mestrado.

Parker, C., [et al.] Self-care Talk Intervention for Family caregiver-nurse Partnerships. Journal of Gerontological Nursing. 2011, Vol. 37 (1).

Patterson, T. L. e Grant, Igor. Interventions for caregiving in dementia: physical outcomes. [ed.] Lipincott Williams & Wilkins. Current Opinion in Psychiatry. 2003, Vols. 16, n.º 6.

Paúl, Maria Constança. Lá para o Fim da Vida Idosos, Família e Meio Ambiente. Coimbra : Livraria Almedina, 1997. ISBN 972-40-1000-7.

Pearlin, Leonard I., [et al.] Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures. The Gerontologist. The Gerontological Society of America, 1990, Vol. 30 (5).

Pedrão, Rodolfo Augusto Alves. O Idoso e os Órgãos dos Sentidos. [autor do livro] Elizabete Viana de Freitas. Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011.

Pera, Pilar Isla. El Cuidado Familiar. Una Revisión sobre la Necesidad del Cuidado Doméstico y sus Repercusiones en la Família. Cultura de los Cuidados. 2000, Vols. Año IV, n.º. 7 y 8.

Pereira, Filipe. Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros - Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto, 2007.

Pereira, Maria de Fátima da Cunha. Cuidadores Informais de Doentes de Alzheimer: Sobrecarga Física, Emocional e Social e Psicopatologia. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas de Abel de Salazar da Universidade do Porto, 2011.

Pereira, Mónica Alexandra Miranda. A Importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente. Lisboa : Universidade Aberta, 2010. Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Comunicação em Saúde, especialidade em Intervenção em Enfermagem.

Petronilho, Fernandes Alberto Soare. Preparação do Regresso a Casa. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, 2006.

Phaneuf, Margot. 2005. Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures : Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-84-3.

—. 2001. Planificação de cuidados : um sistema integrado e personalizado. Coimbra : Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-78-3.

Pimentel, Luisa Gaspar e Albuquerque, Cristina Pinto. Solidariedades Familiares e o Apoio a Idosos. Limites e Implicações. Textos & Contextos. Porto Alegre, 2010, Vols. v. 9, n. 2.

Pimentel, Luisa. O Lugar do Idoso na Família. Coimbra : Quarteto, 2005. ISBN 989-558-051-7.

Pinto, Cristina Freitas Carvalho Sousa. Cuidados Prestados pelo Cuidador Informal. Como Promover a sua Proficiência? Porto : Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto, 2007. Dissertação de Mestardo em Oncologia.

Pires, Ariovaldo José. Doença Renal. [autor do livro] Elizabete Viana de Freitas e Ligia Py. Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011.

Polit, Denise F. e Beck, Cheryl Tatano. Fundamentos de pesquisa em enfermagem : avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª Edição. Porto Alegre : Artmed, 2011. ISBN: 978-85-363-2545-3.

Polit, Denise F. e Hungler, Bernardette P. Investigacion científica en ciencias de la salud : principios y métodos. 6ª Edição. México : McGraw-Hill, 2000. ISBN 0-7817-1562-8.

Polit, Denise F., Beck, Cheryl Tatano e Hungler, Bernardette P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem : métodos, avaliação e utilização. 5ª Edição. Porto Alegre : Artmed, 2004. ISBN 85-7307-984-3.

Porto de Sempre. [Online] [Citação: 05 de 09 de 2012.]
<http://www.portodesempre.pt/freguesia.php?freguesia=57>.

Porto Editora. Dicionário de Inglês-Português. Porto : Porto Editora, 1991. ISBN 972-0-05020-9.

Portugal - INE - Instituto Nacional de Estatística, Destaque - Censos 2011 – Resultados Pré-definitivos. Lisboa : Portugal - INE - Instituto Nacional de Estatística, 2012.

—. Anuário Estatístico de Portugal 2010. Lisboa : INE - Instituto Nacional de Estatística, 2011. ISBN 978-989-25-0104-8.

—. Censos 2011. Lisboa : INE - Instituto Nacional de Estatística, 2011. 978-989-25-0135-2.

—. Anuário Estatístico da Região Norte 2010 2010. ISBN 978-989-25-0121-5.

—. Estimativas de População Residente - 2009. Lisboa : Portugal - INE - Instituto Nacional de Estatística, 2010.

—. Destaque - Decréscimo e Envelhecimento da População até 2050. Lisboa : Portugal - INE - Instituto Nacional de Estatística, 2004.

—. O Envelhecimento em Portugal - Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. Lisboa : Portugal - INE - Instituto Nacional de Estatística, 2002.

—. página do INE - Instituto Nacional de Estatística. INE - Instituto Nacional de Estatística. [Online] 7 de Junho de 2011. [Citação: 30 de 09 de 2012.]
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000603&contexto=pti&selTab=tab10.

—. Projecções de População residente 2000-2050, Portugal NUTS II. Lisboa : INE, 2004.

—. Código Civil Português. 2012. <http://www.portolegal.com/CodigoCivil.html>.

—. Decreto-Lei nº. 101/2006. Diário da Republica. 2006, Vol. 6 de Junho.

—. Decreto-Lei nº. 281/2003. Diário da República. 2003, Vol. 8 de Novembro.

Portugal veraki. [Online] Design & Produção: Diácria - Multimédia, 2001. [Citação: 5 de Setembro de 2012.] <http://portugal.veraki.pt/>.

Potter, Patrícia A. e Perry, Anne Griffin. Fundamentos de enfermagem : conceitos e procedimentos. 5ª Edição. Loures : Lusociência, 2006. ISBN: 972-8930-24-0.

Powell, Richard A. e Single, Helen M. Focus Groups. International Journal for Quality in Health Care. 1996, Vols. 8, nº. 5.

Quivy, Raymond e Campenhoudt, Luc Van. Manual de investigação em ciências sociais. 5ª Edição. Lisboa : Gradiva, 2008. ISBN: 978-972-662-275-8.

Rabow, M. W., Hauser, J. M. e Adams, J. Supporting family Caregivers at the end of Life. JAMA - Journal American Medical Association. 2006, Vol. 291 (4).

Ramos, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cadernos de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2003, Vol. 19 (3).

Ramos, Luiz Roberto, [et al.] Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. Revista de Saúde Pública. FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, 1993, Vol. 27 (2).

Rattan, Suresh I. S. Theories of biological aging: genes, proteins and free radicals. Free Radical Research. 2006, Vols. 40, nº 12.

Rede Comum de Conhecimento. Parceria de Cuidados no Acompanhamento do Prematuro no Domicílio. Rede Comum de Conhecimento. [Online] 2008. [Citação: 30 de 07 de 2012.] <http://www.rcc.gov.pt/Directorio/Temas/ServicosCidadao/Paginas/Parceria-de-Cuidados-no-Acompanhamento-do-Prematuro-no-Domic%C3%ADlio.aspx>.

Reis, Luciana Araújo dos, [et al.] Perfil de Familiares Cuidadores de Idosos Doentes e/ou Fragilizados Residentes no Bairro do INOCOOP no Município de Jequié/Ba. Revista Saúde.Com. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2010, Vol. 6(2).

Rezende, Vera Lucia, [et al.] Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de cancer de mama e ginecológico. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2005, Vol. 27(12).

Ribeiro, José Luis Pais. O Importante é a Saúde. Lisboa : Merk Sharp & Dohme, 2005. 972-99744-0-3.

Rice, Robyn. Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários - Conceitos e Aplicação. Loures : Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-46-0.

Roach , Sally S. Introdução à enfermagem gerontológica. Rio de Janeiro : Editora Guanabara Koogan, 2003. ISBN 85-277-0860-4.

Robert, Ladislav. O envelhecimento. Lisboa : Instituto Piaget, 1995. ISBN: 972-8245-55-6.

Rocha, M. P. F., Vieira, M. A. e Sena, R. R. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. Revista Brasileira de Enfermagem. 2008, Vol. 61 (6).

Rodrigues, Alexandre. Factores Influenciadores dos Cuidados de Enfermagem na Prevenção de Úlceras por Pressão no Serviço Domiciliário. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade de Porto, 2009.

Rodriguez, Bibiana E. Cuidar a los ancianos dependientes o apostar por su independencia? Revista Rol de Enfermería. 2008, Vol. 31 (9).

Rossi, Edison e Sader, Cristina S. Envelhecimento do Sistema Osteoarticular. [autor do livro] Elizabete Viana de Freitas e Ligia Py. Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011.

Ruff, Coralease C., Alexander, Ivy M. e McKie, Charmaine. The use of focus group methodology in health disparities research. Nursing Outlook. Mosby, 2005, Vol. 53 (3).

Sales, E. Family burden and quality life. Quality of life Research. 2003, Vols. Vol. 12, suppl 1.

Santana, Lucy Mary Carneiro de. analgesi.co.cc. analgesi.co.cc. [Online] 2004. [Citação: 12 de 04 de 2011.] <http://analgesi.co.cc/html/t20714.html>.

Santos, Dina Isabel Francisco Alberto. As Vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente - Um Estudo no Concelho da Lourinhã. Lisboa : Universidade Aberta, 2008.

Santos, Ellen Cristina Barbosa dos, [et al.] O Cuidado sob a ótica do Paciente Diabético e de seu Principal Cuidador. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2005 , Vol. 13(3).

Santos, Florinda Goreti dos. Educação em Saúde: O Papel do Enfermeiro como Educador. Franca : Instituto Educacional Severínia - IES, 2010.

Santos, Paulo Alexandre Lopes. O Familiar Cuidador em ambiente domiciliário: Sobrecarga física, emocional e social. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.

Santos, Silvia Maria Azevedo dos. 2003. O Cuidador Familiar de Idosos com Demências: um Estudo Qualitativo em Famílias de Origem Nipo-Brasileira e Brasileira. Campinas : Universidade Estadual de Campinas - Faculdade de Educação, 2003.

Schlossberg, Nancy K. Counseling Adults in Transition: Linking Practice With Theory. New York : Spinger, 1995. ISBN: 0-8261-4233-8.

Schnaider, Taylor Brandão, Silva, José Vitor da e Pereira, Maria Aparecida dos Reis. Cuidador Familiar de Paciente com Afecção Neurológica. Revista Saúde e Sociedade. 2009, Vols. v.18, n.2.

Schneider, Robert A. Fatigue among Caregivers of Chronic renal Failure Patients: a principal components analysis. Nephrology Nursing Journal. 2003, Vol. Dec.

Schulz, R. Beach. Older adults who reported strain when caring for a spouse with disabilities had increased mortality. Journal of the American Medical Association . 1999, Vol. 282(23).

Schumacher, Karen L. Reconceptualizing Family Caregiving: Family Based Illness Care During Chemotherapy. Research in Nursing & Health. John Willey & Sons, 1996.

Schumacher, Karen L. e Meleis, Afaf Ibrahim. Transitions: A Central Concept in Nursing. [autor do livro] Afaf Ibrahim Meleis. Transitions Theory - Middle-Range and Situation-Specific - Theories in Nursing Research and Practice. New York : Springer Publishing Company, 2010.

Schumacher, Karen L., [et al.] Family Caregiving Skill: Development of the Concept. Research in Nursing & Health. John Wiley & Sons, 2000, Vol. 23.

Sequeira, Carlos. 2013. Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. Journal of Clinical Nursing. Blackwell Publishing Ltd, 2013, nº. 22.

Sequeira, Carlos Alberto da Cruz. Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Revista Referência. 2010, Vols. II Série - n.º12.

Sequeira, Carlos. 2010. Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa : Lidel Edições Técnicas, 2010. ISBN: 978-972-757-717-0.

—. Cuidar de Idosos de dependentes. Coimbra : Quarteto, 2007. ISBN: 978-989-558-092-7.

Shyu, Yea-Ing Lotus. The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*. 2000, Vol. 32(3).

Silva, Abel Avelino de Paiva e. Registos de Enfermagem: da tradição scripto ao discurso informo. Porto : Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar , 1995. Dissertação para obtenção do grau de Mestre.

Silva, Abel Avelino de Paiva. Sistemas de Informação em Enfermagem - uma teoria explicativa da mudança. Coimbra : Formasau, 2006. ISBN: 972-8485-76-X.

Silva, Ana Maria Antunes. Efectividade de um Programa de Intervenção na Percepção de Sobrecarga dos Familiares Cuidadores de Pessoas Idosas com Demência. Lisboa : Faculdade de Medicina de Lisboa - Universidade de Lisboa, 2009. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos.

Silva, Caroline Cunha da e Honorino, Márcia Rocha. Avaliação de uma proposta de intervenção psicopedagógica com cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer. Brasília : Universidade Católica de Brasília, 2011. Relatório de conclusão do Curso de Pós- graduação em Psicologia da Universidade Católica de Brasília.

Silva, Cláudia Adriana Moraes e e Acker, Justina Inês Brunetto Verruck. O cuidado paliativo domiciliar sob a ótica de familiares responsáveis pela pessoa portadora de neoplasia. *Revista Brasileira de Enfermagem* . 2007 , Vol. 60(2).

Silva, Maria Dulce de Sousa Ornelas da. Educar para o Autocuidado num Serviço Hospitalar. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto, 2007. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

Silva, Rafaela de Oliveira Lopes da. A Visita Domiciliar como ação para promoção da saúde da Família: um estudo crítico sobre as ações do Enfermeiro. Rio de Janeiro : Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2009. Dissertação do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu - Mestrado em Enfermagem.

Silva, Sílvia. Família como cliente dos cuidados: Perspectivas e práticas do Enfermeiro de Família. [autor do livro] Escola Superior de Enfermagem do Porto. Da investigação à prática de Enfermagem de Família. Porto : Linha de Investigação de Enfermagem de Família, 2009.

Sim, Julius. Collecting and analysing qualitative data: issues raised by the focus group. *Journal of Advanced Nursing*. 1998, Vol. 28 (2).

Simões, Carlos Manuel Lopes. Paraplegia: Prevalência, Etiologia e Processo de Reabilitação. Braga : Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho, 2008. Dissertação de Mestrado em Educação - Área de Especialização em Educação para a Saúde.

Simon, Chantal. Informal carers and the primary care team. *British Journal of General Practice*. 2001, Vol. 51.

Simon, Chantal, Kumar, Satinder e Kendrick, Tony. Who cares for the carers? The district nurse perspective. *Family Practice*. Oxford University Press, 2002, Vols. Vol. 19, nº. 1.

Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia. Tratado de Geriatria para Residentes. Madrid : Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia, 2006.

Sossai, Lilian Carla Ferrari e Pinto, Ione Carvalho. A Visita Domiciliária do Enfermeiro: Fragilidades X Potencialidades. *Ciencia Cuidado e Saude*. 2010, Vol. 9(3).

Sotto Mayor, Margarida. Cuidados Recíprocos em Saúde Mental. *Cmstatus*. Gabinete de Congressos - CMStatus, 2010.

Sousa, Liliana, Figueiredo, Daniela e Cerqueira, Margarida Envelhecer em Família. – os cuidados familiares na velhice. Porto : Ambar, 2006. ISBN 972-43-1152-X .

Sousa, Paulino Artur Ferreira de. Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem entre Contextos de Cuidados de Saúde. Coimbra : Formasau, 2006.

Souza, Wanusa G. A., [et al.] Educação em saúde para leigos no cuidado ao idoso no contexto domiciliar. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2000, Vol. Vol. 35 nº. 4.

Spirduso, W. W. Dimensões Físicas do Envelhecimento. São Paulo : Manole, 2005. ISBN: 85-204-1341-2.

Squire, Anne. Saúde e Bem-estar para Pessoas Idosas - Fundamentos Básicos para a Prática. Loures : Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-87-8.

Stanhope, Marcia e Lencaster, Jeanette. Enfermagem comunitária : promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. Lisboa : Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-05-3.

Stevenson, F A, [et al.] Qualitative methods and prescribing research. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. Blackwell Science Ltd, 2000, Vol. 25.

Stewart, david W. e Shamdasani, Prem N. Focus Group Research - Exploration and Discovery. [autor do livro] Leonard Bikman e Debra J. Rog. Handbook of Applied Social Research Methods. Thousand Oaks : Sage publications, 1998.

Strauss, Anselm e Corbin, Juliet. Pesquisa Qualitativa Técnicas e procedimentos para o Desenvolvimento de Teoria Fundamentada. Porto Alegre : Artmed Bookman, 2008. ISBN 978-85-363--1043-5.

Streubert, Helen J. e Carpenter, Dona R. Investigação Qualitativa em Enfermagem. Loures : Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-29-0.

Tashakkori, Abbas e Teddlie, Charles. Handbook of mixed methods in social & behavioral research. Thousand Oaks : Sage Publications, 2003. ISBN: 0-7619-2073-0.

Teixeira, Bruno Manuel Aguiar. Cuidar de Pessoas Dependentes com Úlceras de Pressão: Percursos e Discursos dos Cuidadores Informais. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto, 2009.

Teixeira, Catarina, [et al.] Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. [Online] 27 de 10 de 2004. [Citação: 01 de 09 de 2012.] http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/os_cuidados_continuados_portugal_1.pdf.

Teixeira, Paulo. Envelhecendo passo a passo. www.psicologia.com.pt. [Online] 2006. [Citação: 30 de Março de 2007.] www.psicologia.com.pt.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Lisboa : Serviço Nacional de Saúde - Portugal, 2010.

United Nations. World Population Prospects - The 2006 Revision. New York : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2007. ESA/P/WP.202..

Valente, Marcelo. Sarcopenia. [autor do livro] Elizabete Viana de Freitas e Ligia Py. Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011.

Vaughn, Sharon R. , Schumm, Jeanne Shay e Sinagub, Jane M. Focus Group Interviews in Education and Psychology . Thousand Oaks : Sage Publications, 1996. ISBN: 0-8039-5892-7.

Veiga, Ada Maria Veras da. Imunidade e Envelhecimento. [autor do livro] Elizabete Viana de Freitas e Ligia Py. Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011.

Venturini, Daniele Aparecida e Marcon, Sonia Silva. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. Revista Brasileira de Enfermagem. 2008, Vol. 61(5).

Veríssimo, Cristina. Cuidar do idoso dependente em contexto comunitário: Que qualidade de vida para os cuidadores familiares? Boletim da Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto. Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto, 2003.

Vickrey, Barbara G., [et al.] The Effect of a Disease Management Intervention on Quality and Outcomes of Demencia Care - A Randomized Controlles Trial. Annals of Dementia Care. American College of Physicians, 2006, Vol. 145.

Vieira, Chrystiany Plácido de Brito. Sobrecargas do Cuidador Familiar de Idoso com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico e o Cuidado Clínico de Enfermagem. Fortaleza-Ceará : Universidade Estadual do Ceará, 2010. Dissertação de Mestrado - Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde - Centro de Ciências da Saúde - Universidade do Ceará.

Vieira, Chrystiany Plácido de Brito, [et al.] Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. Revista Brasileira de Enfermagem. 2011 , Vol. 64 (3).

Vieira, Gilson de Bitencourt, Alvarez, Angela Maria e Gonçalves, Lúcia Takase Isako. A Enfermagem Diante dos Estressores de Familiares Acompanhantes de Idosos Dependentes no Processo de Hospitalização e de Alta. Ciencia Cuidado e Saude. 2009, Vol. 8(4).

Vieira, Margarida. Ser Enfermeiro - Da Compaixão à Proficiência. Lisboa : Universidade Católica Editora, 2009. ISBN: 978-972-54-0195-8.

Vieira, Sara Ponzini, [et al.] Sabedoria, Gerotranscendência e Criatividade na Velhice. [autor do livro] Elizabete Viana de Freitas e Ligia Py. Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011.

Vilaça, Cynthia Marques, [et al.] O Autocuidado de Cuidadores Informais em Domicílio - Percepção de Acadêmicos de Enfermagem. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2005, Vols. V 07, nº 02.

Walsh, Sandra M., Estrada, Griselle B. e Hogan, Nancy. Individual Telephone Support for Family Caregivers of Seriously Ill Cancer Patients. Medsurg Nursing Journal. Academy of Medical-Surgical Nurses (AMSN), 2004, Vols. Vol. 13, nº.3.

Warren, Sharon, [et al.] The impact of adult Day Programs on Family Caregivers of Elderly Relatives. Journal of Community Health Nursing. 2003, Vol. 20 (4).

Weber, Janice Gauthier. Individual and Family Stress and Crises. London : Sage Publications, 2010. ISBN: 9781412936910.

Weltermann, B. M., [et al.] Stroke Knowledge Among Stroke Support Group Members. Journal of the American Heart Association. American Heart Association, 2000, Vol. Vol. 31.

White, Marsha e Dorman, Steve M. Receiving social support online: implications for health education. Health Education Research - Theory & Practice. Oxford University Press, 2001, Vols. 16, nº 6.

Yassuda, Mônica Sanches, [et al.] Memória e Envelhecimento: Aspectos Cognitivos e Biológicos. [autor do livro] Elizabete Viana de Freitas e Ligia Py. Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011.

Zarit, Steven e Femia, Elia. Behavioral and Psychosocial Interventions for Family Caregivers - Characteristics of effective approaches and flaws in study design. AJN - American Journal of Nursing. Lippincott Williams & Wilkins, 2008, Vols. Vol. 108, No. 9 Supplement.

Zarit, Steven H. Dementia: Caregivers and Stress. Pennsylvania : Gerontology Center, Pennsylvania State University, 1998.

Zarit, Steven H. e Zarit, Judy M. Mental Disorders in Older Adults - Fundamentals of Assessment and Treatment. Second Edition. New York : The Guilford Press, 2007. ISBN: 978-1-57230-946-3.

Zarit, Steven H., Reeve, Karen E. e Bach-Peterson, Julie. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. The Gerontologist. 1980, Vols. 20, nº 6.

Zimerman, G. I. Velhice Aspectos Biopsicossociais. Porto Alegre : Artes Médicas, 2000. ISBN: 85-7307-751-4.

Zoboli, Elma Lourdes Campos Pavone. Enfermeiros e usuários do Programa Saúde da Família: contribuições da bioética para reorientar esta relação profissional. Acta Paulista de Enfermagem. 2007, Vol. 20 n°3.

ANEXOS