

**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA  
2001/2003**

**O ENFERMEIRO E A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS  
DOMICILIÁRIOS**

**UM ESTUDO NA SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE SANTARÉM**

**Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre**

**Marta Rosa**

**Sob Orientação Científica da Sr<sup>a</sup>. Professora Doutora  
Ana Alexandre Fernandes**

**LISBOA  
NOVEMBRO, 2003**



Dissertação apresentada para a obtenção do grau de mestre em Saúde Pública, a ser apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, ao abrigo dos artigos 11º e 16º do Decreto – Lei n.º 216/92, de 13 de Outubro.



## **DEDICATÓRIA**

Aos *meus amores*, pelas horas imensas em que tão pouca disponibilidade tive para com eles.

Sem a sua compreensão, não teria conseguido.

## **AGRADECIMENTOS**

A todos os que contribuíram para que este trabalho se tornasse realidade.

Saliento de forma especial:

- A Sr.<sup>a</sup> Professora Doutora Ana Fernandes orientadora do trabalho, pela sua disponibilidade e excelente contributo.
- O Concelho de Administração da Sub-Região de Saúde de Santarém, pela prontidão com que se dispôs a colaborar com a investigação.
- A equipa de enfermagem do Centro de Saúde de Alcanena, em especial o Sr. Enfermeiro chefe, Joaquim Pereira, e as Sr.as enfermeiras Cremilde Calado, Augusta Martins, Isabel Sequeira, Rosa Marques e Carla Carvalho, pelo apoio incondicional que sempre me prestaram, elas sabem que sem elas não teria conseguido.
- Todos os enfermeiros que se disponibilizaram para colaborar no estudo.
- A Sr.<sup>a</sup> Professora Coordenadora Maria do Rosário Machado, a leccionar na Escola Superior de Enfermagem de Santarém, pelo incondicional apoio e disponibilidade demonstrado.



### **Pior Velhice**

Sou velha e triste. Nunca o alvorecer  
Dum riso são andou na minha boca!  
Gritando que me acudam, em voz rouca,  
Eu, náufraga da Vida, ando a morrer!

A vida que ao nascer enfeita e touca  
D'alvas rosas, a fronte da mulher,  
Na minha fronte mística de louca  
Martírios só poisou a emurcheçar!

E dizem que sou nova... A mocidade  
Estará só, então, na nossa idade,  
Ou está em nós e em nosso peito mora?!...

Tenho a pior velhice, a que é mais triste,  
Aquela onde nem sequer existe  
Lembrança de ter sido nova... outrora...

Florbela Espanca



## **CHAVE DE ABREVIATURAS**

enf<sup>o</sup> - enfermeiro

n.<sup>o</sup> - número

f. - folha

p. - página

% - percentagem

## **CHAVE DE SIGLAS**

AC – Atendimento Complementar

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CAP – Contrato Administrativo de Provisão

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CTC – Contrato a Termo Certo

DEPS – Departamento de Estudo e Planeamento em Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

MS – Ministério da Saúde

MSSS – Ministério da Solidariedade e Segurança Social

NUTS – Nomenclaturas de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SOAP – Folha de registo de enfermagem referente a : Situação inicial; Observação;

Avaliação e Planeamento dos cuidados

**INDICE**

f.

<b>1 – O PROBLEMA .....</b>	<b>13</b>
<b>2 – A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE NUM CONTEXTO DE ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO .....</b>	<b>20</b>
2.1 – O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA .....	21
2.2 – TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, FAMÍLIA E O AUMENTO DO CONSUMO DE CUIDADOS DE SAÚDE .....	25
<b>3 – A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM E O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE PORTUGUÊS .....</b>	<b>28</b>
3.1 – O ENFERMEIRO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS .....	34
3.2 – O CASO PARTICULAR DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A IDOSOS .....	36
<b>4 – CUIDAR A PESSOA IDOSA EM CASA .....</b>	<b>40</b>
4.1– CUIDAR EM CASA: O MODELO TEÓRICO DE DOROTHEA OREM .....	50
4.2– A COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO NO CUIDAR DO IDOSO .....	56
<b>5 – A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DOMICILIÁRIOS DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO DE CASO NA SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE SANTARÉM.....</b>	<b>60</b>
5.1 –INTRODUÇÃO .....	60
5.2 – OS RECURSO HUMANOS DE ENFERMAGEM NA SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE SANTARÉM .....	62
5.2.1 –Sociografia da população em estudo .....	64
5.3 – OS ENFERMEIROS PRESTADORES DE CUIDADOS DOMICILIÁRIOS ...	73
5.3.1 - Considerações metodológicas.....	73
5.3.2 – O universo da pesquisa .....	77



5.3.3 - Entrevista como técnica de colheita de dados - procedimentos de aplicação e análise .....	80
5.3.4 - Considerações éticas .....	83
5.3.5 - Limitações do estudo .....	84
<b>6 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS EM CASA: PRÁTICAS E REPRESENTAÇÕES DOS ENFERMEIROS .....</b>	<b>86</b>
6.1 – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM CASA: MODELO DE ANÁLISE .....	87
6.2 – CUIDAR EM CASA: O PROCESSO .....	90
6.2.1 – O desencadear do processo .....	90
6.2.2 – Circuitos de informação .....	95
6.2.3 – Continuidade de cuidados e registos .....	97
6.2.4 – Planeamento de cuidados .....	102
6.3 – MODOS DE PENSAR E CUIDAR DOS ENFERMEIROS .....	107
6.3.1 – As concepções de enfermagem .....	108
6.3.2 – A concepção do auto cuidado e a sua promoção .....	112
6.3.3 – A dimensão relacional na prestação de cuidados .....	114
6.3.4 – Expectativas do enfermeiro face aos cuidados de enfermagem que são prestados em casa .....	118
6.3.5 – Factores que influenciam a satisfação sobre o cuidar em enfermagem .....	121
6.3.6 – Representações do enfermeiro face à prestação de cuidados de enfermagem em casa a pessoas idosas .....	126
<b>7 – CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>130</b>
<b>BIBLIOGRAFIA E FONTES .....</b>	<b>135</b>
<b>A - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>136</b>
<b>B - FONTES DOCUMENTAIS .....</b>	<b>145</b>
<b>C - FONTES DIGITAIS .....</b>	<b>149</b>



<b>ANEXOS .....</b>	<b>151</b>
<b>Anexo I – Autorização para a realização do estudo .....</b>	<b>152</b>
<b>Anexo II – Inquérito preenchido pelos enfermeiros chefes / responsáveis .....</b>	<b>153</b>
<b>Anexo III - Tabelas referentes aos gráficos que caracterizam os enfermeiros da Sub-Região de saúde de Santarém .....</b>	<b>154</b>
<b>Anexo IV – Guião da entrevista .....</b>	<b>155</b>
<b>Anexo V - Transcrição integral das entrevistas .....</b>	<b>156</b>



## ÍNDICE DE FIGURAS

f.

<b>Figura n.º 1</b> – Pirâmide de idades do ano 2000 e projecções para o ano 2025 e 2050 .....	22
<b>Figura n.º 2</b> - Pirâmide de idades, Portugal 1960-2000 .....	23
<b>Figura n.º 3</b> – Relação entre incapacidade e idade .....	26
<b>Figura n.º 4</b> – Cuidar... ao longo da vida .....	42
<b>Figura n.º 5</b> – Sistema básico de enfermagem segundo Orem .....	54
<b>Figura n.º 6</b> – A competência num contexto profissional .....	57
<b>Figura n.º 7</b> – Modelo de análise .....	89



## INDICE DE GRÁFICOS

f.

<b>Gráfico n.º 1</b> - Distribuição dos enfermeiros segundo o sexo e idade .....	66
<b>Gráfico n.º 2</b> - Distribuição dos enfermeiros segundo a sua situação conjugal .....	66
<b>Gráfico n.º 3</b> - Distribuição dos enfermeiros segundo as suas competências escolares ...	67
<b>Gráfico n.º 4</b> - Distribuição dos enfermeiros segundo as suas categorias profissionais ...	68
<b>Gráfico n.º 5</b> - Distribuição dos enfermeiros segundo os anos de serviço .....	69
<b>Gráfico n.º 6</b> - Distribuição dos enfermeiros segundo os anos de serviço em CSP .....	70
<b>Gráfico n.º 7</b> - Distribuição dos enfermeiros segundo a sua situação de trabalho .....	71
<b>Gráfico n.º 8</b> - Distribuição dos enfermeiros segundo o seu regime de trabalho .....	71
<b>Gráfico n.º 9</b> - Distribuição dos enfermeiros segundo a sua residência profissional .....	72
<b>Gráfico n.º 10</b> - Distribuição dos enfermeiros segundo a realização de visitaçã domiciliária .....	72



## INDICE DE QUADROS

f.

<b>Quadro n.º 1</b> – Evolução das percentagens de investimento em Centros de Saúde e Hospitais entre 1990 e 1994 .....	31
<b>Quadro n.º 2</b> – Modos de intervenção / Sistemas de cuidados de enfermagem .....	55
<b>Quadro n.º 3</b> – População inscrita na Sub-Região de Saúde de Santarém e número de visitas domiciliárias de enfermagem a idosos – dados de Dezembro de 2002 .....	63



## 1 – O PROBLEMA

O envelhecimento crescente da população é uma realidade que não podemos ignorar, fenómeno que se associa ao aumento da esperança de vida, declínio da natalidade, ao avanço da medicina, alterações nos estilos de vida, entre outros factos que se têm vindo a acentuar nas últimas décadas. Esta problemática tem adquirido uma importância crescente em todo o mundo pela complexidade dos problemas sociais, económicos e culturais, que daí advém para a comunidade em geral e particularmente pelos problemas psico/emocionais para a própria pessoa.

A mudança nas características da sociedade contemporânea e o aumento da população envelhecida, acompanhada pela alteração de estilos de vida, valores e papéis da família, conduz a um aumento do número de famílias de estrutura nuclear. Na nossa praxis constatamos que estas para manterem os seus idosos em casa, no seu habitat, necessitam de apoio e suporte por parte das estruturas da sociedade.

Se envelhecimento não é sinónimo de doença é certo que origina uma diminuição da capacidade de adaptação e resposta às variadas solicitações, criadas ao idoso. Consequentemente, existe maior instabilidade no equilíbrio homeostático o que conduz a uma maior predisposição em adoecer, aumentando a dependência da pessoa idosa, diminuindo assim a sua autonomia. Tendo em conta estes factores, poderão surgir situações de crise sendo necessário delinear estratégias de apoio na comunidade, nas quais se incluem os recursos de saúde.

O envelhecimento da população torna-se assim, num desafio para a comunidade e nomeadamente para a enfermagem. George (1996, p.90) ao citar Orem (1991), conceptualiza a enfermagem *”como uma acção humana diferenciada das outras acções humanas por seu enfoque sobre as pessoas(...), visando manter a provisão continua de*



*cuidados de saúde*”. É assim exigida uma adaptação permanente perante a reformulação de comportamentos e atitudes provocadas por este fenómeno.

Deste modo, torna-se necessário que a enfermagem se adapte às novas necessidades da população, porque *“a era do envelhecimento na qual entramos, não só tem repercussões sobre a vida pessoal de cada um de nós mas também sobre a nossa vida profissional”* (Skeet, 1991, p.167). Segundo o mesmo autor, os enfermeiros consomem 75% da sua prática clínica na prestação de cuidados de enfermagem a pessoas com mais de 65 anos. Assim se compreende que os cuidados de saúde e a formação dos enfermeiros não podem ficar indiferentes aos fenómenos demográficos, devendo os planos de estudos dos Cursos Superiores de Enfermagem e a formação em serviço valorizar o desenvolvimento de competências na área de cuidados à pessoa idosa (Costa, 1998, p.9).

O aumento do número de pessoas idosas implica o aumento de necessidade de cuidados de enfermagem em casa. Este grupo populacional, apresenta na generalidade dificuldade ou mesmo incapacidade em se deslocar ao Centro de Saúde, associando-se a este facto as altas hospitalares que tendem a ser cada vez mais precoces, sendo necessários cuidados cada vez mais diferenciados em casa. Este facto implica uma vigilância atenta da pessoa idosa a nível dos Cuidados de Saúde Primários. Neste âmbito não se pode ignorar o direito à privacidade de cada indivíduo, de permanecer no seu ambiente, providenciando-se todo o apoio que este e a sua família necessitem.

Quando se conceptualizam os cuidados de enfermagem prestados em casa, está inerente uma abordagem de enfermagem comunitária/familiar, onde se pretende promover o auto-cuidado e desenvolver o trabalho em equipa e parceria.

Nesta envolvência de cuidados, os serviços de apoio existentes na comunidade são de crucial importância, dado que também se aproximam das necessidades dos utentes, suas famílias e da própria comunidade. Daqui se depreende a importância atribuída ao meio que envolve o indivíduo. Neste meio, encontra-se a residência de cada um – *casa* - sendo entendido como *“ lugar primário onde se alimenta, descansa, ocupa o tempo livre e se relaciona com o seu núcleo primário”* (Martín, 1994, p.5), que se poderá considerar a família nuclear.

A opinião do autor reflecte um tipo de cuidados que se enquadra na filosofia dos Cuidados de Saúde Primários, onde a área de intervenção se processa ao nível do Centro de Saúde e da Comunidade. A este respeito a ARSLVT(1999, p.2) refere que:

*(...) a finalidade da enfermagem em Cuidados de Saúde Primários visa melhorar a adequação do conjunto dos cuidados de enfermagem, prestados ao indivíduo, família e comunidade, quer no Centro de Saúde, quer na comunidade.*

O enfermeiro que presta cuidados nesta área, tem de estar sensibilizado para o facto de que não deve apenas atender às necessidades daqueles que o procuram, mas avaliar as necessidades de cuidados da comunidade da sua área de abrangência. Neste pressuposto entende-se que a intervenção do enfermeiro se situe em contexto familiar e comunitário, mais do que “*intra muros*” nas organizações de saúde, sejam elas de âmbito dos cuidados hospitalares ou no Centro de Saúde. Assim, espera-se que o mesmo intensifique actividades no âmbito da promoção de saúde de forma a que todos tenham o mesmo nível de cuidados, não descurando os outros níveis e fases de prevenção de saúde.

Actualmente defende-se que a pessoa idosa deve viver no seu contexto familiar o máximo de tempo possível, afastando-se cada vez mais a hipótese do recurso à institucionalização, evitando assim a ruptura com o meio social e familiar. É na família que os aspectos físicos, sociais e afectivos são mais evidentes, o que será sem dúvida um factor que contribui para o equilíbrio da pessoa, logo para a sua saúde. Para Garcia (1997, p.27) “*é da maior importância que para atingirmos a saúde dos indivíduos eles não sejam considerados isoladamente, mas dentro do contexto em que vivem*”.

Torna-se assim imperativo:

*“(...)organizar equipas multiprofissionais a nível dos serviços de saúde (Hospitais e Centros de Saúde) para responder a situações de dependência que justifiquem cuidados de saúde em apoio domiciliário” (ARSLVT, 1999, p.22).*



Por todos estes enunciados teóricos e de acordo com a minha experiência profissional enquanto enfermeira que presta cuidados na Sub-Região de Saúde de Santarém, torna-se imperioso o estudo da temática do cuidar da pessoa idosa, no seu meio, no seu habitat.

Existem diversas designações para a prestação de cuidados de enfermagem no domicílio. Poder-se-á falar em “*Visitação domiciliária*”, “*Visita domiciliária*” ou, mais recentemente em “*Cuidados Domiciliários*”, ou “*Cuidados no Domicílio*”. Este termo surge pela evolução histórica, que a prestação de cuidados no domicílio foi sofrendo. Se atendermos ao significado de cada um dos termos, observamos que a opção pelo emprego de qualquer um deles, poderá depender do sentido que se quiser atribuir à prestação de cuidados que é feita em casa dos indivíduos.

“*Domiciliários*”, é aquilo que é “*concernente ao domicílio; que se faz no domicílio*” (Koogan Larousse, 1980). Este termo, seja qual for a opção tomada, não oferece dúvidas. Porém pode complementar-se este termo com o de “*Comunidade*”, que se refere a “*qualidade do que é comum, comunhão, identidade (...) totalidade dos cidadãos*” (Koogan Larousse, 1980).

“*Visitação*” refere-se a “*(...) ordem religiosa de mulheres fundada por S. Francisco de Sales e pela Baronesa de Chantal, em 1610, em Annecy. As religiosas têm o nome de “visitadinas”. Inicialmente tinha por fim visitar os pobres, levando-lhes socorros espirituais e materiais (...)*” (Koogan Larousse, 1980). É também por definição “*(...) festa Católica na qual se comemora a visita feita pela Virgem Maria a Santa Isabel*” (Koogan Larousse, 1980). Constatamos assim, que o termo “*Visitação*” possui um significado mais ligado ao culto ou à religião, o que atribui à “*Visitação Domiciliária*” um cunho de devoção ou de caridade.

Porém, “*Visita*”, é “*(...) acto de ir ver alguém em sua casa (...)* acto de um médico que vai ver um doente. *Revista passada pelos médicos e pelos alunos aos doentes de um hospital ou enfermaria para os examinar e tratar*” (Lello, 1974).

Compreendemos assim que o termo “*Visita Domiciliária*” constitui uma actividade que se desenvolve pontualmente, com o objectivo de tratar de uma alteração específica, sem



ter em conta o todo. Este termo foi sendo utilizado pelos enfermeiros que se dedicavam mais à vertente curativa da prestação de cuidados de enfermagem.

A pouco e pouco foi-se iniciando a utilização do termos “*cuidados domiciliários*”. Entende-se “*Cuidado*” como a “*atenção, aplicação a alguma coisa: trabalho feito com cuidado(...)*”. Este conceito parece-nos ser o mais globalizante e aquele que prevê a prestação de cuidados no domicílio como actividade a ser desenvolvida entendendo a pessoa como um todo, qualquer que seja a intervenção a efectuar. Consideramos que “*Cuidados Domiciliários*” constitui o termo mais correcto na perspectiva do Cuidar em Enfermagem.

Ao longo do trabalho, faremos referência e utilizaremos o termo **cuidados de enfermagem prestados em casa** e não cuidados de enfermagem no domicílio, pois pela nossa pesquisa e experiência pessoal e profissional, consideramos, que o termo “*em casa*”, implica uma aproximação maior com o utente e prevê uma maior humanização no cuidar.

Porque nos são exigidas novas competências para o exercício profissional, nomeadamente ao nível do cuidar em enfermagem, a nossa pesquisa tem como temática **a percepção do enfermeiro face aos cuidados de enfermagem prestados em casa.**

A legislação Portuguesa no que concerne à Enfermagem reforça as competências dos profissionais sendo-lhe reconhecida, pelo Decreto-Lei n.º 161/97 de 4 de Setembro, competência científica, técnica e humana, para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, quer este se encontre em internamento, ambulatório ou em casa.

Na nossa praxis constatamos que os enfermeiros no seu desempenho privilegiam maioritariamente uma vertente mais técnica e instrumental centrada sobretudo na doença e apenas um pequeno número destes profissionais adopta uma orientação para o “*cuidar*”, mais holística ou seja atendendo a pessoa idosa em todas as suas dimensões, bio- psico-sociais, culturais e espirituais. Reforçando esta ideia Silva (1995, p.102), nas conclusões do seu trabalho “*Percepção dos idosos face aos cuidados de enfermagem*”, refere que os idosos apresentam uma percepção mais positiva relativamente aos cuidados que lhe são prestados a nível psico-biológico comparativamente aos cuidados



nas áreas psico-social e espiritual. Parece-nos existir grande consistência entre os resultados obtidos e a afirmação anterior, o que vem confirmar um conhecimento resultante da experiência profissional, de que a prática clínica do enfermeiro se reporta essencialmente aos cuidados físicos (técnicos), relegando para segundo plano os cuidados da área psico-afectiva (relacionais) e social, fruto duma longínqua e persistente interiorização do modelo bio-médico. Os resultados obtidos pelo mesmo autor (Silva, 1995, p.101) evidenciam a necessidade de melhorar o nível dos cuidados de enfermagem aos idosos sobretudo na área relacional.

Neste contexto, o presente estudo surge no sentido da melhoria da prestação de cuidados de enfermagem em casa a idosos, essencialmente no que diz respeito ao nível relacional destes mesmos cuidados, com o objectivo de:

**Conhecer a importância atribuída pelo enfermeiro à dimensão relacional dos cuidados de enfermagem prestados em casa.**

Como objectivos específicos propomo-nos:

- ◆ Caracterizar pessoal e profissionalmente os enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem em casa, na Sub-Região de Saúde de Santarém.
- ◆ Identificar os factores que influenciam a dimensão relacional da prestação de cuidados de enfermagem em casa.
- ◆ Caracterizar o tipo de cuidados de enfermagem, prestados em casa, à pessoa idosa
- ◆ Identificar o significado atribuído aos cuidados de enfermagem prestados em casa, na perspectiva do enfermeiro.
- ◆ Identificar/ Caracterizar os níveis de prevenção de saúde em que se inserem os cuidados de enfermagem prestados em casa à pessoa idosa.



- ◆ Analisar as funções do enfermeiro, relativamente ao tipo de cuidados de enfermagem prestados em casa.

Sendo a enfermagem uma profissão, consciente dos seus valores, deve colocar questões que merecem ser estudadas. Assim e colocando o enfermeiro no centro da nossa pesquisa, formulamos as seguintes questões de investigação que segundo Fortin (1999, p.101), “*são premissas, sobre as quais se apoiam os resultados de investigação*”.

- ◆ Que factores influenciam a dimensão relacional da prestação de cuidados de enfermagem em casa?
- ◆ Que cuidados de enfermagem, são prestados em casa à pessoa idosa?
- ◆ Quais os níveis de prevenção de saúde em que se inserem os cuidados de enfermagem prestados em casa à pessoa idosa?
- ◆ Qual o significado atribuído aos cuidados de enfermagem prestados em casa, comparativamente com os cuidados de enfermagem prestados no Centro de Saúde, na perspectiva do enfermeiro?
- ◆ Que concepções têm os enfermeiros das suas funções relativamente à prestação de cuidados domiciliários?



## **2 – A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE NUM CONTEXTO DE ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO**

A população Mundial está a envelhecer. O envelhecimento é um dos principais desafios que o Mundo terá que enfrentar já neste século. Sendo uma preocupação consciente e real, o Mundo mobiliza-se debatendo a problemática inerente ao envelhecimento da população Mundial.

Na Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento realizada em Viena, em Agosto de 1982, as Nações Unidas alertaram para o facto das sociedades estarem a envelhecer e de ser necessário articularem-se de forma mais saudável no sentido de evitar fenómenos de marginalização, que afectam muitas vezes as pessoas idosas. As Nações Unidas continuam o debate por esta preocupação na sua 45ª sessão da Assembleia Geral, em Dezembro de 1990, proclamando o dia 1 de Outubro como dia Internacional para as pessoas idosas. Também em 1990 a OMS definiu para as comemorações do Dia Mundial da Saúde o tema: *“Envelhecimento activo faz a diferença”*, tendo sido publicado também o documento: *“Envelhecimento: desfazendo o mito”*. Continuando esta preocupação Mundial, foi também declarado, através de Assembleia Geral das Nações Unidas, o ano de 1999 como: Ano Internacional do Idoso, através da resolução nº 47/5 de 16 de Outubro de 1992.

O envelhecimento pode ser analisado sob duas grandes perspectivas: individualmente, assentando na maior longevidade dos indivíduos, ou seja no aumento da esperança de vida ou pelo envelhecimento demográfico, que se define pelo aumento da proporção de pessoas idosas na população total, que se consegue em detrimento da população jovem e/ou em idade activa. O envelhecimento demográfico encontra-se hoje entre as maiores preocupações sociais e de saúde pública do início de século, sendo uma das características dos países desenvolvidos, que tende a estender-se a todas as sociedades.



Pode relacionar-se o processo de envelhecimento da população mundial com as transformações económico sociais vividas pelas nações no último século. A introdução de técnicas diagnósticas e terapêuticas mais adequadas ao controle ou cura de determinados processos de morbilidade, tidos como letais, assumiram um papel importante no sentido de acelerar as tendências já estabelecidas. Alguns autores situam o início deste processo numa época anterior às grandes inovações técnico-científicas, associando-o às melhores condições de vida das populações que se traduziram pela urbanização adequada de cidades, melhorias nutricionais, melhores condições sanitárias, entre outras.

Numa sociedade podem distinguir-se dois tipos de envelhecimento: o **envelhecimento na base** (quando de uma situação em que metade da população era jovem, se passa para 20 ou 15% de jovens na sociedade. Ex: Itália), e o **envelhecimento no topo** (quando a percentagem de idosos na sociedade passa de valores na ordem dos 3% - Ex: África – para valores na ordem dos 15 ou 18% - Ex: Suécia). Estes dois tipos de envelhecimento estão relacionados entre si, pois é a diminuição da percentagem de jovens, que provoca o aumento da população idosa. Assim, o envelhecimento demográfico não se deve apenas ao aumento da esperança de vida, mas sim ao declínio da natalidade, observado principalmente a partir dos anos 70, nos países desenvolvidos, altura em que as taxas de fecundidade começaram a decair.

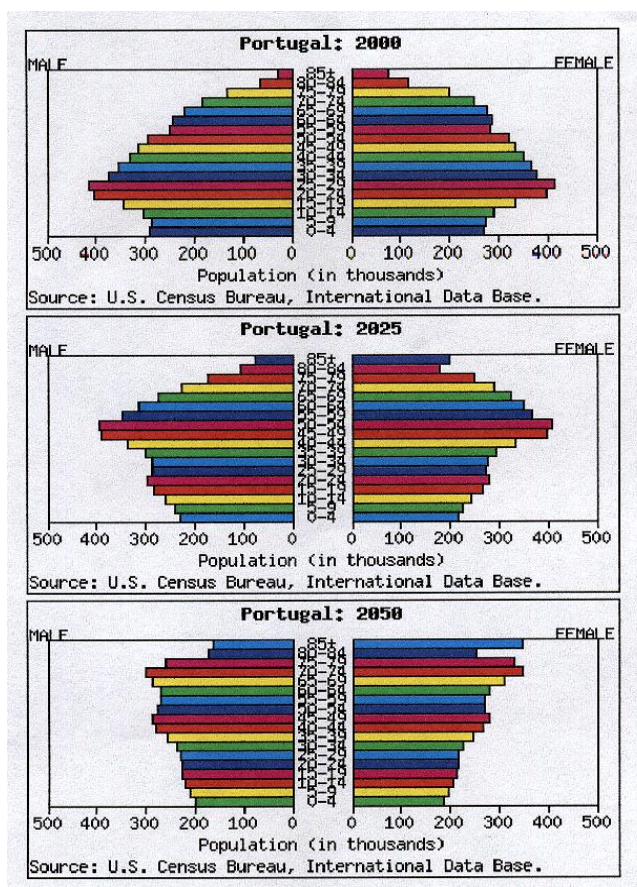
## 2.1 – O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA

No sentido de retratar e compreender a situação actual da população portuguesa, reuniremos algumas informações estatísticas neste sub-capítulo, podendo assim compreender-se as principais tendências da evolução do processo de envelhecimento. Para a análise dos dados desta breve abordagem, em relação à estrutura etária da população portuguesa, consideramos pertinente a aferição da linguagem em relação à delimitação de grupos etários. Embora a terminologia seja passível de discussão, repartiremos a população em três grandes grupos etários: 0-14 anos (jovens); 15-64 anos (adultos); 65 ou mais anos (idosos). Esta é a divisão mais usual entre organismos internacionais, reflectindo também a entrada e saída da vida activa, segundo o estabelecido pela lei portuguesa.

O envelhecimento da população tem vindo a assumir uma importância particular devido ao seu rápido crescimento demográfico. Em Portugal esta evolução está a processar-se a um ritmo muito elevado, pois em duas ou três décadas, atingiram-se altos níveis de envelhecimento. Segundo as projecções da U.S. Census Bureau, o envelhecimento da população portuguesa, será uma realidade, tal como se pode verificar pelas pirâmides etárias seguintes (Figura nº 1).

Demograficamente Portugal é o reflexo das alterações sociais ocorridas no país desde a década de 70. Comparativamente com outros países europeus mais desenvolvidos, Portugal caracterizava-se então por elevados níveis de fecundidade assim como de mortalidade infantil e uma esperança de vida inferior à média europeia. Já nos anos 80, a situação altera-se, passando a registar-se na população portuguesa baixos níveis de fecundidade, assim como ganhos importantes de esperança média de vida, ocorrendo também a redução da mortalidade infantil e juvenil.

**Figura nº1 – Pirâmide de idades do ano 2000 e projecções para o ano 2025 e 2050**

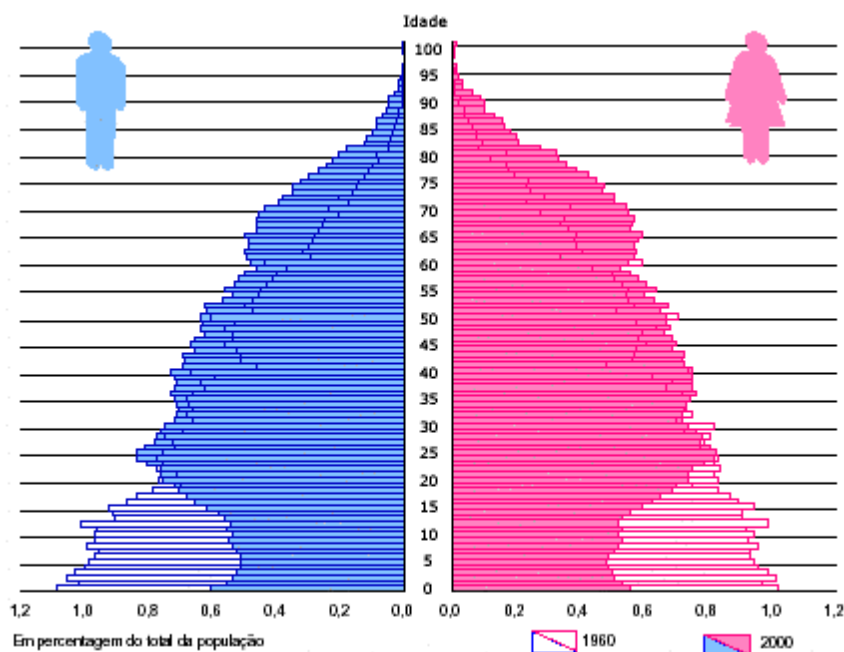


Fonte: U. S. Census

Os ganhos em saúde que Portugal obteve podem relacionar-se directamente com a criação do Serviço Nacional de Saúde e as alterações por este veiculadas, nomeadamente no que diz respeito à acessibilidade aos cuidados de saúde.

As alterações na estrutura demográfica portuguesa estão bem patentes quando se comparam as pirâmides de idades entre 1960 e 2000. Durante este período o perfil etário da população portuguesa modificou-se profundamente, tal como se observa pela figura n.º 2. Constata-se que ao nível da população portuguesa se verificou um duplo envelhecimento: **de topo** (pelo aumento da importância relativa dos idosos – alargamento do topo) e **de base** (pela diminuição da importância relativa dos jovens – estreitamento da base). A proporção de jovens (0-14 anos) diminuiu cerca de 36%, tendo tendência a agravar-se esta percentagem pois segundo projecções da Organização das Nações Unidas para a população mundial, a proporção de jovens continuará a diminuir, atingindo os 21% da população em 2025 (INE, 2002).

**Figura n.º 2 - Pirâmide de Idades, Portugal 1960-2000**



Fonte: INE/DECP, Estimativas e Recenseamentos Gerais da População

Fonte: INE/ DECP, Estimativas e Recenseamentos Gerais da População



Por outro lado a proporção da população idosa, que representava 8% do total da população portuguesa em 1960, aumentou para cerca de 16% em 2000 (INE, 2002). A população idosa tem vindo assim a aproximar-se da população jovem em números absolutos e relativos, traduzindo-se o envelhecimento demográfico por um decréscimo de cerca de 36 % na população jovem e um aumento de 140% na população idosa (INE, 2002).

Também a proporção da população mundial com 65 ou mais anos, regista uma tendência crescente, aumentando de 3,5% para 6,9% do total da população neste período (1960-2000) e para 15,6% em 2025, segundo projecções da Organização das Nações Unidas para a população mundial. Tal como se verifica no Mundo, também a distribuição da população idosa em Portugal não é homogénea. Segundo os Censos 2001, numa análise por NUTS II, verifica-se que o Alentejo é a região com maior proporção de idosos, seguido do Centro e do Algarve, contrastando no entanto com a faixa litoral que é bastante menos envelhecida. As Regiões Autónomas dos Açores e Madeira detêm a maior proporção de jovens, possuindo os menores níveis de envelhecimento do país, ou seja, maiores níveis de fecundidade.

Também o ritmo de crescimento no seio da população idosa não é homogéneo. Entre 1960 e 2001 a taxa média de crescimento anual da população com 65 e mais anos situou-se nos 2,2%, porém neste mesmo período na população com 85 ou mais anos, observou-se uma taxa de 3,5%, enquanto no grupo de 75 e mais anos apenas um crescimento anual de 2,7% (INE, 2002). Verifica-se assim um envelhecimento da própria população idosa, que pode ser retratado pelo índice de longevidade (relação existente entre a população com 75 e mais anos e a população com 65 e mais anos). Este indicador, habitualmente superior no caso das mulheres, aumentou de 34 para 42 indivíduos entre 1960 e 2001.

Tal como desenvolverei mais adiante, o forte impacto económico social que se prevê em consequência deste envelhecimento, poderá ser minorado através da implantação de reforços adequados na legislação laboral e nos sistemas de protecção social e de saúde.



## 2.2 -TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, FAMÍLIA E O AUMENTO DO CONSUMO DE CUIDADOS DE SAÚDE

As múltiplas mudanças políticas, económicas, sociais e culturais observadas principalmente nos países mais desenvolvidos, no final do século XX, repercutem-se e afectam a generalidade das famílias. O modelo tradicional de família, a sua estrutura e dinâmica, têm sofrido alterações nos últimos anos, principalmente no que se refere ao casamento que se verifica cada vez mais tarde, à redução da dimensão das famílias, ao aumento do número de casais em que ambos trabalham fora de casa, entre outras.

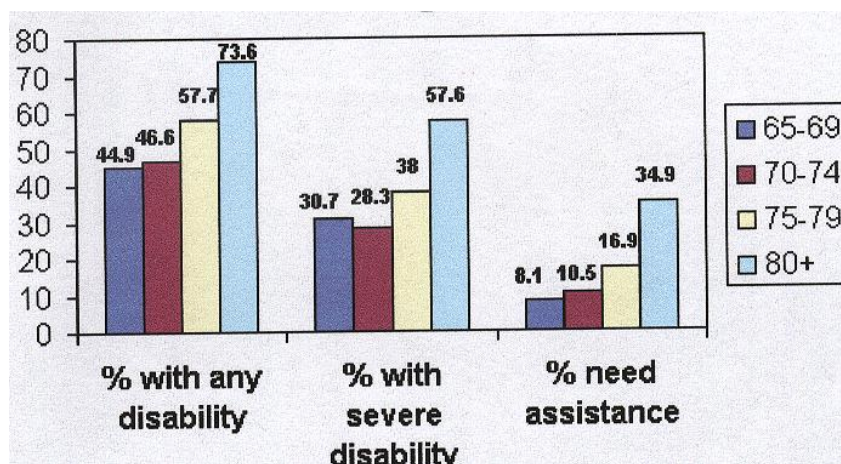
A par do envelhecimento da sociedade e como consequência das alterações já referidas, nomeadamente da redução de dimensão da família e que se inserem no âmbito deste trabalho, prende-se com a menor disponibilidade dos seus membros para cuidarem os seus idosos e com a maior sobrecarga sobre os mesmos, dado serem menos a cuidar durante mais tempo. O actual envelhecimento exige além de uma nova organização, um novo olhar por parte dos cuidados de saúde pois o prolongar da vida leva normalmente ao aumento de doenças crónicas e incapacidades decorrentes do mesmo. O aumento do número de idosos ocorre numa fase em que a sociedade e nomeadamente as famílias têm falta de disponibilidade para apoiar os idosos, associando-se este facto à actual crise dos sistemas de protecção social (MSSS, 1995). A família deixa assim de conseguir diminuir o impacto social e económico, provocados pelo envelhecimento da sociedade.

O envelhecimento pode caracterizar-se por um conjunto de modificações morfológicas e fisiológicas que surgem como resultado da acção do tempo sob a pessoa manifestando-se muitas vezes por patologias associadas, o que proporciona um aumento das necessidades de saúde nesta faixa etária e consequente aumento das despesas de saúde. Os avanços técnico-científicos conduziram ao prolongamento da vida das pessoas com problemas crónicos, possibilitando-lhe uma adaptação eficaz à vida, assim como ao aumento considerável das necessidades da população idosa em termos de saúde.

Existe ainda uma maior vulnerabilidade e risco para a doença, uma diminuição de actividade física e mental e uma grande dificuldade de adaptação, o que conduz a uma diminuição de capacidade de resposta às solicitações criadas a nível bio-psico-social.

Segundo o INSA (2001), relativamente à incidência de determinadas doenças crónicas, relata que a hipertensão, dores nas costas e a diabetes são as mais frequentes entre a população inquirida, sendo estas que registam uma prevalência superior entre as mulheres. A par destes dados, está o facto de que, à medida que a idade avança, a percentagem de incapacidade e necessidades de assistência em idosos, também sobe, podendo associar-se assim idade a incapacidade, tal como se poderá observar através da figura n.º 3 apresentada de seguida, referente à percentagem de doença/incapacidade, por idade, que surge integrada no documento da *Administration on Aging – A profile of older Americans* (2001). Assim pode considerar-se o envelhecimento da população como uma causa, entre muitas outras para o aumento acelerado das despesas em saúde, pois os idosos correspondem à faixa etária que consome mais cuidados de saúde.

**Figura n.º 3 – Relação entre incapacidade e idade**



Fonte: Administration on Aging – A profile of older Americans (2001).

Segundo os Censos 2001, observou-se que a taxa de incidência da dependência se agrava com a idade. No grupo etário dos jovens esta taxa é 1/3 mais baixa do que os 6,1% de indivíduos com deficiência na população portuguesa. Porém no grupo dos idosos a taxa era superior ao dobro da nacional (12,5%). O índice de envelhecimento na população com deficiência é cerca de 5,5 vezes superior ao da população total (por cada jovem com deficiência existem 5,5 idosos com deficiência). Depreende-se assim, do que já foi exposto anteriormente, que a população idosa presente taxas de incidência de



deficiência mais aumentadas em qualquer dos tipos, à excepção da deficiência mental, onde a taxa é semelhante em todos os grupos etários.

Não podemos esquecer que a perspectiva de evolução da percentagem das despesas de saúde na população idosa tenderá a aumentar, pelo envelhecimento da sociedade que se impõe. Há ainda a referenciar o facto de os sistemas de saúde e o planeamento de cuidados de saúde estarem mais motivados e preparados na generalidade, para responder às situações agudas, do que aos problemas dos idosos que geralmente são de natureza crónica. No passado os problemas que se associavam ao envelhecimento constituíam problemas individuais, restritos da família, agora vão progressivamente evoluindo para o exterior, sendo cada vez mais assumidos como problemas de todos a necessitar de serem resolvidos comunitariamente, evidenciando-se assim a necessidade da existência de estruturas de apoio na comunidade.

### **3 - A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM E O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE PORTUGUÊS**

O Sistema de Saúde Português tem vindo a sofrer alterações nas últimas décadas. Estas são reflexo da influência de diversos factores relacionados com as tendências económicas, políticas e sociais do país.

Segundo Ferreira (1989, p.26.)

*"Sistema de Saúde é o conjunto dos diversos recursos que o estado, a sociedade, as comunidades ou simples grupos da população reúnem para organizar a prestação generalizada de cuidados na doença e na promoção da saúde. Esta organização ao nível nacional ou simplesmente regional ou local, tem o objectivo de obter resultados pré-determinados, do que resulta a necessidade de uma estrutura de serviços dotados de funções e meios de acção agrupados em escalões que facilitem aos utentes a sua utilização".*

O Sistema de Saúde Português é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde (instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde) e por instituições públicas, entidades privadas e profissionais liberais que acordem com o Serviço Nacional de Saúde.

Em 1976, na Constituição da República Portuguesa, artigo nº 64, foi consagrado o direito à saúde. No nº 1 deste artigo é determinado que todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover. Com base neste direito, em 1979 foi criado o Serviço Nacional de Saúde (Decreto-lei nº 56/79 de 13 de Outubro) com a finalidade de garantir à população o acesso universal, compreensivo e gratuito aos cuidados de saúde, integrando os diversos tipos e níveis de cuidados, incluindo a promoção da saúde, a vigilância e a prevenção da doença.

A OMS (1985) na sua Estratégia Europeia para a Instauração da Saúde para Todos, lançou um desafio, obrigando a uma modificação radical das políticas de saúde e exigia:

*“ que se conferisse uma prioridade mais elevada à promoção da saúde e prevenção da doença; que independentemente dos serviços de saúde, todos os sectores com a mesma dimensão sanitária tomassem medidas positivas para preservar e melhorar a saúde; que se desse mais importância ao papel que podem desempenhar os indivíduos, as famílias e as comunidades no desenvolvimento da saúde; finalmente que se recorresse prioritariamente aos cuidados primários para conseguir as modificações acima apontadas”.*

Durante a década de 80 poderá afirmar-se que o Serviço Nacional de Saúde continuou o seu desenvolvimento baseado nos princípios atrás referidos, contudo segundo o documento Saúde em Portugal – Uma estratégia para o virar do século (1997, p.15), ao longo dos anos foram persistindo alguns problemas, tais como : “ (...) listas de espera para consultas e outros cuidados, contribuindo para um número excessivo de urgências; Insatisfação dos utentes e profissionais (...)”. Nesta sequência e em 1990, com a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, base XXIV) os cuidados de saúde passam a ser tendencialmente gratuitos e os pagamentos ou co-pagamentos são estabelecidos tendo em atenção as condições económicas e sociais dos utentes e o Serviço Nacional de Saúde passa a ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada. Em 1993 o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Decreto-lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro, artigo 4) reduziu para 5 as Regiões de Saúde, conferindo-lhes a máxima autonomia e competência para coordenar a actividade de todos os Serviços de Saúde, incluindo pela primeira vez os hospitais. Estas dividem-se em Sub-Regiões de Saúde, correspondentes às áreas dos Distritos no Continente que por sua vez se dividem em Áreas de Saúde, correspondentes às áreas dos Municípios. Os centros de saúde deveriam constituir-se em "*grupos personalizados*" e, juntamente com os hospitais da sua área, formarem "*unidades de saúde*", sendo responsáveis pela prestação de cuidados à população.

No Despacho Normativo n.º 97/83 de 28/02, os Centros de Saúde são considerados como a base do Sistema de Saúde: “ (...) *unidade integrada, polivalente e dinâmica,*



*prestadora de cuidados primários, que visa a promoção e vigilância de saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo, globalmente, a acção ao indivíduo, família e à comunidade”.* Os Centros de Saúde constituem os elementos do sistema que mais se vocacionam para o trabalho na comunidade, promovendo a aquisição de saberes pelo cidadão em relação à manutenção e/ou reparação da sua saúde (MS, A saúde dos portugueses 1997).

Os Cuidados de Saúde Primários são a base do Sistema Nacional de Saúde, constituindo parte integrante do sistema económico e social da comunidade e é através deles que o cliente tem acesso ao Serviço Nacional de Saúde. A auto-determinação e auto-responsabilização são pedras basilares da filosofia dos Cuidados de Saúde Primários, tornando o indivíduo, família e comunidade participantes activos no planeamento e na aplicação dos cuidados de saúde que lhes são devidos. Os Cuidados de Saúde Primários devem obedecer às seguintes características: ser integrados, essenciais, acessíveis e adaptados. Têm como finalidade dar uma resposta adequada às necessidades reais da população a quem se destinam, e os seus níveis de orientação apontam para os principais problemas de saúde, prestando os correspondentes serviços preventivos, curativos, de reabilitação e promoção da saúde.

Em relação aos Cuidados de Saúde Diferenciados, a evolução política, cultural e sócio-económica tem vindo a influenciar o conceito e a utilização do hospital, bem como as suas relações com os restantes serviços de saúde. Segundo Hastings (1974), o hospital geral é o lugar de escolha para urgências e para cuidados agudos ou crónicos que requerem hospitalização. Mas ultimamente, tornou-se também o centro essencial e referenciado para doentes ambulatoriais que requerem diagnóstico, serviços terapêuticos e de reabilitação, os quais, pela sua complexidade, eficiência e economia estão localizados no hospital. Ainda segundo o mesmo autor, para um número cada vez maior de pessoas, os cuidados de saúde reduzem-se a serviços ocasionais e não a um serviço contínuo. Embora nas listas oficiais de prioridades, a promoção e manutenção da saúde e a prevenção da doença sejam importantes, na prática isso nem sempre é verdade. O diagnóstico e tratamento da doença são as verdadeiras prioridades dos serviços governamentais, dos profissionais de saúde e do público, como é demonstrado pela distribuição pelos diferentes serviços de saúde dos recursos financeiros, humanos e físicos.

Consequentemente, há um subdesenvolvimento da promoção e manutenção da saúde e prevenção da doença, como aspectos essenciais dos cuidados primários. Segundo Pimentel (1992), em Portugal, a política dos sucessivos governos tem protegido e desenvolvido as instituições hospitalares (quadro n.º 1), construindo novos estabelecimentos hospitalares, em detrimento dos Centros de Saúde, os quais se encontram com deficientes instalações e poucos recursos materiais e humanos, dificultando o conhecimento e a educação da população em termos de saúde. Não é possível fazer um planeamento correcto pois, segundo Cardoso (1984), *"a organização do subsistema de Cuidados de Saúde Primários é indispensável para a eficiência dos próprios hospitais, como fonte de dados necessários ao seu próprio planeamento e gestão"*.

#### **Quadro n.º 1 - Evolução das percentagens do investimento em Centros de Saúde e em Hospitais, entre 1990 e 1994**

Ano	1990	1992	1994
Hospitais	70%	82%	86%
Centros de Saúde	23%	14%	10%

Fonte: DEPS

Segundo a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, base XIII), deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis dos cuidados de saúde. Também o conteúdo funcional da Carreira de Enfermagem (Decreto-lei n.º 437/91, de 8 de Novembro) incentiva a intensa articulação entre profissionais. É atribuído ao enfermeiro o dever de participar nas acções que visem a articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Diferenciados.

Porém, segundo Pimentel (1992):

*"Não há de facto articulação de cuidados de enfermagem por insuficiente comunicação entre os profissionais, deficientes registos dos cuidados prestados, falhas de transmissão dos mesmos aos colegas, ausência de trabalho em equipa e de coordenação de cuidados, pelo que, consequentemente não há continuidade nos cuidados prestados ao utente."*

No Despacho n.º 24/94 de 9 de Junho, definem-se as normas de articulação provisória entre Hospitais e Centros de Saúde. As áreas de articulação, definidas no n.º 3, são a prestação de cuidados de saúde, formação e investigação, tendo por objectivo desenvolver mecanismos de comunicação entre os serviços, de modo a facilitar a circulação da informação e o acesso do utente. A consolidação da articulação entre os diferentes serviços prestadores de cuidados através da institucionalização das unidades funcionais de saúde é uma das medidas que o Ministério da Saúde se propõe desenvolver em 1998 (Lei n.º 127-A/97, de 20 de Dezembro, Grandes Opções do Plano Nacional para 1998).

O documento Saúde um Compromisso – Uma estratégia para o virar do século (1997, p.16), faz referência a : *“Diversos estudos realizados em Portugal, que evidenciam alguns problemas respeitantes ao Sistema de Saúde, tais como:*

- *Desenvolvimento insuficiente de estratégias baseadas em medidas de promoção da saúde e de prevenção da doença;*
- *A reduzida participação do cidadão;*
- *As desigualdades no acesso aos cuidados de saúde de todos os cidadãos e as limitações à escolha dos prestadores; (...)*
- *A inexistência de mecanismos que garantam a qualidade das prestações;*
- *A deficiente articulação entre os vários níveis de cuidados;*
- *A debilidade dos cuidados de saúde continuados, especialmente aos idosos; (...)*

Num estudo realizado por Pimentel (1992, p.8): *"A articulação de cuidados de enfermagem"*, é referido que:

*"Os principais problemas identificados, para além da própria estrutura do Serviço Nacional de Saúde são a comunicação e o desconhecimento dos meios existentes para a sua concretização, a formação profissional, o desconhecimento de como os serviços estão organizados e o tipo de trabalho dos outros serviços, ausência de registos e dificuldade na elaboração da história do doente, burocracia complicada, poucos recursos humanos e materiais e deficientes instalações."*



A reforma dos cuidados de Saúde Primários, que assenta na sua melhoria, referenciada no documento Saúde em Portugal - Uma Estratégia para o Virar do Século (1997), passa por :

*“ (...) melhorar o acesso e a produção dos cuidados de saúde; estimular iniciativas inovadoras de organização e gestão; descentralizar a gestão dos Cuidados de Saúde Primários; melhorar a capacidade de utilização dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica; estabelecer incentivos para atrair recursos humanos para os Centros de Saúde e estudar novas formas de remuneração; promover o trabalho em equipa, melhorar as infra-estruturas (...)”.*

Face a estas exigências, foi criada nova legislação: pelo Decreto Lei n.º 156/99 estabeleceu-se o regime dos Sistemas Locais de Saúde e pelo Decreto Lei n.º 157/99 estabeleceu-se o regime de criação, organização e funcionamento dos Centros de Saúde – “Centros de Saúde de 3ª Geração”. Nestes documentos é posta em evidência uma nova gestão institucional rigorosa e uma hierarquia técnico - assistencial no sentido de influenciar positivamente o desempenho dos profissionais e das equipas de que fazem parte, numa base de autonomia e auto-responsabilização.

Por forma a colmatar problemas ainda identificáveis no Serviço Nacional de Saúde, tais como a existência de défices quanto à acessibilidade e equidade dos cuidados de saúde, é criada através do Decreto Lei n.º 60/03 de 01 de Abril a rede de Cuidados de Saúde Primários, por forma a que sejam prestados aos cidadãos mais e melhores cuidados. O principal objectivo deste Decreto Lei :” (...) é o de garantir a todos os cidadãos o seu médico de família, tendencialmente com a especialidade de medicina geral e familiar, assegurando, desta forma, em todas as áreas geográficas, o acesso de todos os cidadãos à saúde, consagrado na Constituição.” A realização deste objectivo passa pela :” constituição de equipas multiprofissionais, que incluam médicos, pessoal de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, administrativos e outros profissionais de saúde.”

O desenvolvimento das funções necessárias para manter o equilíbrio, bem-estar e saúde dos idosos recai em primeira instância nos Cuidados de Saúde Primários. Urge pois,



revalorizar o papel da pessoa idosa, melhorando a sua qualidade de vida, fomentando a sua participação na vida comunitária ( MS - Saúde um Compromisso, 1999).

Vive-se assim num contexto de mudança a nível do Sistema de Saúde Português, em que é necessário dar mais ênfase aos Cuidados de Saúde Primários, com incentivos reais a quem neles presta cuidados para que estes sejam contínuos, centrados no cidadão, responsabilizando-o pelo seu auto-cuidado, isto é, facultando-lhe a possibilidade de ter iniciativa e responsabilidade de desenvolver o seu próprio potencial de ser saudável. Este facto não poderá significar uma desresponsabilização dos serviços oficiais em relação à prestação dos cuidados.

### 3.1 - O ENFERMEIRO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O papel, funções e actividades desenvolvidas pelos enfermeiros, foram-se alterando ao longo dos tempos. Em termos históricos, pode afirmar-se que foi Florence Nightingale (1820-1910), que deu início a uma nova era na enfermagem. Na guerra da Crimeia (1854–1856), organizou uma equipa de enfermeiros no sentido da prestação de cuidados aos soldados doentes e feridos. As estruturas básicas da saúde comunitária foram revolucionadas pelos métodos que Florence utilizou, conseguindo deste modo reduzir a mortalidade dos soldados que se deviam mais às suas condições de trabalho do que aos ferimentos de guerra. Florence Nightingale, fundou também uma escola de enfermagem, revolucionando e abrindo o caminho ao ensino da enfermagem moderna.

Segundo Collière (1989), as mulheres consagradas à vida religiosa, eram as que no século XIX, foram introduzindo a medicina e a farmácia percorrendo os bairros pobres e os campos, sendo elas “*as grandes prestadoras de cuidados ao domicílio até ao aparecimento das enfermeiras liberais em 1950*”. A prática de enfermagem baseava-se então no modelo biomédico, organizando-se no sentido de tratar segundo orientações médicas, indo assim sendo construída a profissão de enfermagem. É com o conceito mais positivo de saúde, o exemplo de Florence na prevenção e promoção da saúde, o desenvolvimento científico e tecnológico do final do século XIX e o protagonismo hospitalar, que a prática dos cuidados de enfermagem se vai alterando, ganhando autonomia funcional.

Em 1987, a OMS considera a Enfermagem como :

*“um serviço organizado, centrado no indivíduo, família e comunidade dentro e fora do hospital, tendo como objectivo principal a promoção e manutenção da saúde, o que leva a uma melhoria do nível de vida e saúde da população através da prevenção, tratamento e reabilitação. Utilizando esforços organizados da comunidade, famílias e indivíduos, de modo a que participem activamente na análise e resolução dos seus problemas”.*

A enfermagem começa a ganhar autonomia. Os enfermeiros e principalmente os que desempenham a sua actividade em Cuidados de Saúde Primários, têm um papel preponderante na realização de actividades autónomas. Existe complementaridade funcional relativamente aos restantes profissionais de saúde, porém a enfermagem posiciona-se num idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional. Surgem assim neste âmbito os Decretos Lei n.º 437/91 de 08 de Novembro e Decreto Lei n.º 412/98 de 30 de Dezembro, que definem a Carreira de enfermagem e as funções do enfermeiro (Conteúdo funcional). Os cuidados de enfermagem são diferenciados segundo intervenções autónomas ou interdependentes, a realizar pelo enfermeiro no desempenho das suas qualificações profissionais através do REPE (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros) – Decreto Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro. Através do Decreto Lei n.º 104/98 de 21 de Abril é criada a Ordem dos Enfermeiros que no código deontológico (artigo 80º, alíneas a, b e c), refere o dever que o enfermeiro tem para com a comunidade no que respeita à promoção da saúde e resposta adequada às necessidades da mesma em cuidados de enfermagem, no sentido de: *” conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido; participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detectados; colaborar com outros profissionais de saúde em programas que respondam às necessidades da comunidade.”*

Em Cuidados de Saúde Primários, o alvo principal dos cuidados de enfermagem é sem dúvida a família, como estrutura base de uma comunidade. O enfermeiro presta cuidados à família de forma geral, nem que particularize a sua acção num só elemento



da mesma, pois tenta integrar no processo de promoção, prevenção, tratamento ou reabilitação, todos os seus elementos.

Segundo o Quadro de Referências as Sub-Região de Saúde de Santarém, o Homem é responsável por si e pelos seus dependentes. Em situação de limitação deve ser ajudado a retomar as suas responsabilidades, tendo em conta as suas limitações. A enfermagem tem neste processo um papel fundamental, pois existe no sentido de proporcionar ajuda ao Homem para que este supere essas limitações desenvolvendo as suas capacidades. Compreende-se assim que a finalidade dos cuidados de enfermagem se relaciona com a autonomia do indivíduo, promovendo o seu auto-cuidado no sentido do desenvolvimento da comunidade e melhoria do ambiente, assim como a ajuda no sentido da adopção de estilos de vida saudáveis. É necessário que o enfermeiro que desempenha funções em Cuidados de Saúde Primários se consciencialize do seu importante papel na comunidade. Só com uma visão integral, globalizadora e personalizada dos cuidados ao indivíduo e comunidade, desenvolvendo a área da investigação em saúde se poderá ir ao encontro de tudo o que está definido e protocolado no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.

### 3.2 – O CASO PARTICULAR DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A IDOSOS

A problemática que envolve a situação das pessoas idosas é transversal a muitos sectores da sociedade. Principalmente nas áreas sociais e de saúde é importante planear as acções a desenvolver, tendo uma visão global do conceito de saúde, não o entendendo apenas como a ausência de doença, mas também como um bem estar físico, psíquico e social. *Em que medida seremos capazes de adequar uma oferta crescente de novas tecnologias e de novas terapêuticas a uma população idosa também crescente?* (Campos, 1992). Face às alterações estruturais da sociedade, só com uma prestação de cuidados multidisciplinares integrados e continuados, se poderá responder à complexidade e diversidade de situações daí decorrentes.

O Conselho Europeu em 1983, apela à definição de estratégias preventivas no sentido de fazer face aos desafios de ordem económica e social, resultado do envelhecimento da população, incluindo-se aqui os problemas de dependência e saúde das pessoas idosas.



Dentro desta problemática a Comissão Europeia em 1990 propôs a celebração em 1993, do Ano Europeu dos Idosos. Portugal apoiou esta proposta, pois a vivência desta problemática a nível nacional faz-se sentir cada vez mais.

A filosofia nacional dos Cuidados de Saúde, e até da Segurança Social, tem vindo a alterar-se, privilegiando a integração comunitária e promoção de saúde a nível das pessoas idosas, ao invés da perspectiva institucional. A Constituição da República Portuguesa, no seu artigo 63º refere que todos têm direito à segurança social. Este sistema dará protecção aos cidadãos na doença, na velhice e invalidez, viuvez, orfandade e desemprego (Canotilho, 1993). Depreende-se e é assim desejável que as pessoas idosas tenham a mesma igualdade de oportunidades, capacidade de controlo da sua própria saúde, de intervenção e participação na vida comunitária. Alves (1995) sublinha a importância que os cidadãos idosos dão aos seus direitos. É neste contexto que a Comissão Nacional para a Política da 3ª Idade cria o Programa de Apoio Integrado a Idosos - PAII (Despacho Conjunto - Ministério do Emprego e Segurança Social e da Saúde de 1/7/1994 – D.R. n.º 166, de 20/07/94), com os seguintes objectivos:

- ◆ *Assegurar a oferta de cuidados, com carácter urgente e permanente, tendo em vista a autonomia do idoso no domicílio, no seu ambiente habitual;*
- ◆ *Estabelecer medidas destinadas a assegurar a mobilidade aos idosos e a acessibilidade a beneficiários e serviços;*
- ◆ *Implementar respostas de apoio às famílias que tenham de assegurar cuidados e acompanhamento adequado a familiares que se encontrem em situação de dependência;*
- ◆ *Promover a apoiar iniciativas destinadas à formação inicial e em exercício, de profissionais, voluntários, familiares e outras pessoas da comunidade;*
- ◆ *Promover atitudes e medidas preventivas do isolamento, da exclusão e da dependência e contribuir para a solidariedade entre gerações.*

Pretendendo dar continuidade às respostas de necessidades de apoio social e de saúde, verificadas na sociedade Portuguesa, no que se refere principalmente às pessoas idosas,



os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade, através de um despacho conjunto nº 407/98, aprovaram, orientações que regulam a intervenção articulada de apoio social e dos cuidados de saúde continuados, para pessoas em situação de dependência. Através deste documento o Governo criou as orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados que assegura sobretudo, a prestação de cuidados de saúde (de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa e outras), a prestação de apoio social indispensável à satisfação das necessidades básicas humanas, promovendo a autonomia das pessoas, melhorando o acesso a ajudas técnicas adequadas, entre outras, **privilegiando-se a prestação de cuidados no domicílio**. Neste documento, é ainda realçada a importância de se envolverem prestadores de cuidados informais (vizinhos e família) nos cuidados prestados no domicílio, bem como a importância de se promover a sua formação e treino adequados às situações.

Esta nova perspectiva de cuidados, que implica um conjunto de respostas integradas e multidisciplinares, proporciona o desenvolvimento de serviços e recursos que possibilitam a permanência da pessoa idosa no seu meio, familiar e social, podendo desenvolver-se acções adaptadas, promovendo-se quando necessário a sua reabilitação em contexto habitual. Estas actividades permitem, conhecer e integrar o profissional de saúde no ambiente do indivíduo, conseguindo adaptar os objectivos da intervenção às vivências reais e necessidades, não limitando os seus objectivos à área curativa. Porém as infra-estruturas de saúde e apoio social existentes para este grupo etário são ainda muito precárias. Além da carência de recursos, existe necessidade de se compreenderem melhor as necessidades específicas dos idosos, no sentido da melhoria de qualidade da vida dos mesmos.

Todas as alterações que têm ocorrido na saúde tendem a proporcionar a reflexão do cidadão acerca do valor e significado das suas tomadas de decisão, em relação à sua saúde e da comunidade, no exercício de uma cidadania responsável que promova a dignidade de todos os cidadãos, onde se incentiva a autonomia individual e colectiva, onde se combate qualquer tipo de dependência ou exclusão social, onde a população idosa está incluída. As alterações importantes que ocorreram a nível nacional (Serviço Nacional de Saúde – 1979; Lei de Bases da Saúde – 1990) e internacional (Declaração de Alma Ata – 1978; Conferência de Ottawa – 1986; Carta Ljubljana – 1996;



Declaração de Jacarta – 1997; Saúde para Todos no Ano 2000;), nomeadamente nos últimos anos em relação aos acontecimentos e políticas de saúde, reflectem o facto do cidadão estar cada vez mais no centro da acção e processo de tomada de decisão, na protecção e promoção da saúde em comunidade (WHO, 1998).

#### 4 – CUIDAR A PESSOA IDOSA EM CASA

Cuidar surge como uma característica humana inata e indispensável à vida e sobrevivência do Homem. Considerado como uma das mais antigas expressões da história do Homem é algo de universal e eterno, sendo encarado como uma componente estrutural do crescimento e desenvolvimento humano que inicialmente estava ligado à mulher e ao papel por esta desempenhado nas sociedades primitivas. Cuidar, cuidar de si próprio, ser cuidado, são no dizer de Collière imperativos dos nossos dias, que o ser humano conhece desde o seu nascimento, “ *desde que surge a vida, que existem cuidados, porque é preciso tomar conta da vida para que ela possa permanecer*”(1999). O cuidar e os cuidados serão sempre indispensáveis à vida do indivíduo e à garantia da continuidade da vida do grupo, da espécie Homo (Berger, 1995). Deste modo, cuidar é e será sempre, um acto indispensável à vida dos indivíduos e à perpetuidade de toda a sociedade. Cuidar não se apresenta como um acto individual, mas como “*(...) um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa (...) e isto sucede em todas as circunstâncias em que a diminuição ou a perda de autonomia se alia à idade*” (Collière, 1999).

É com base neste pressuposto que passamos a definir pessoa. Esta como ser vivo que é, possui a capacidade de nascer, crescer, reproduzir-se, envelhecer e morrer.

Tal como, Pinto, Muge e Lopes (1993), nos referem:

*"(...) depreende-se que entendamos a pessoa como um ser único, irrepetível, carregado de valor pela simples razão de ser pessoa, definido pela interioridade que o habita e lhe é própria, e pelas relações que estabelece com o meio social em que se move".*

É esta individualidade que pode condicionar a dificuldade que existe em definir-se o início das diferentes etapas da vida, entre elas a velhice, pois embora fazendo parte do

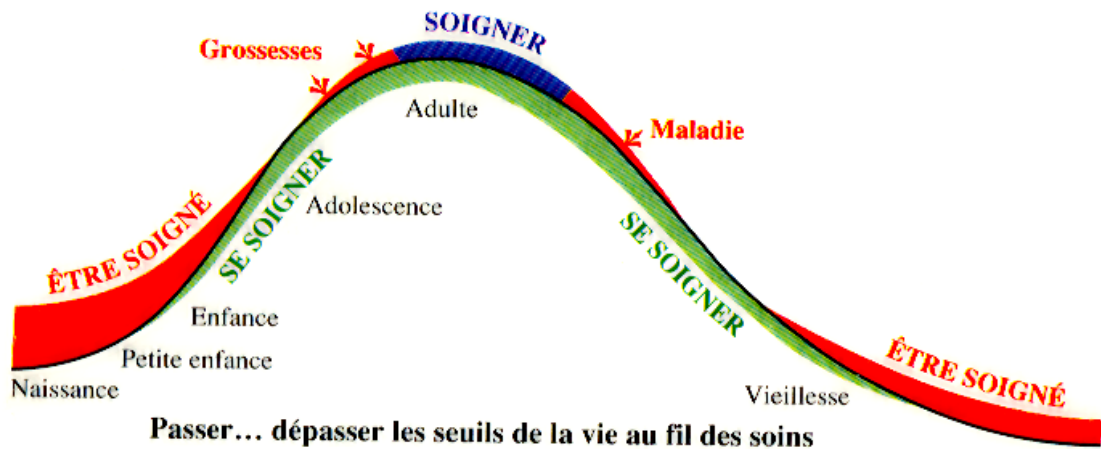


desenvolvimento normal do indivíduo, não existe uma base fisiológica que permita marcar o seu início.

Definir o que é e quando se passa a ser idoso, revela-se como um problema de grande complexidade, tal como o são todas as definições que pressupõem o estabelecimento de limites neste contínuo que é a vida humana. É indiscutível que a velhice é a última fase da vida do ser humano e o envelhecimento é algo que não pode ser evitado, pois faz parte do desenvolvimento do Homem, que se inicia com o nascimento e o acompanha até à morte. O envelhecimento biológico é sem dúvida um processo bastante complexo que se reveste de características diferentes de pessoa para pessoa, assumindo assim um carácter individual, único e diferente, directamente relacionado com a condição de ser pessoa. Confirmando esta ideia Berger (1995), considera o envelhecimento como “(...) *um processo contínuo que leva ao estado de velhice e que se desenvolve de forma diferente para cada pessoa*”. Também neste contexto, Diniz (1997), refere que o processo de envelhecimento é influenciado: “(...) *pelos modos de vida que cada um adopta, pelos factores do seu meio ambiente, pelos cuidados de saúde a que tem acesso, por situações de doença e pela sua constituição genética*”.

Collière (1996) refere que, ao longo da linha da vida, existem diferentes variações e flutuações que no seu conjunto conduzem a alterações relativamente à capacidade dos indivíduos em se auto-cuidarem, oscilando entre o “*ser cuidado*”, “*auto cuidar-se*” e “*cuidar*”. Na etapa de vida, envelhecimento, Collière (1996), situa a pessoa, no “*ser cuidado*”. Pela figura n.º 4, pode-se observar, que o “*ser cuidado*”, se situa nos extremos das etapas da linha da vida: do nascimento à infância e velhice. Entre estas etapas, o “*ser cuidado*”, surge em acontecimentos específicos da vida e casos de doença.

Este é um processo natural, progressivo, irreversível, em que interferem factores bio-psico-sociais que actuam sobre o indivíduo de uma forma global. É interpretado e vivido por cada indivíduo, grupo ou sociedade de forma diferente, pois embora fazendo parte do seu desenvolvimento normal não existe uma base fisiológica que permita marcar o início deste.

**Figura n.º 4 – Cuidar... ao longo da vida**

Fonte: Adaptado de Collière, M. (1996). Soigner... le premier art de la vie, p.173

Cardoso e Matos (1992, p.25), afirmam que :

*“(...) alguns autores defendem a ideia de envelhecimento normal e patológico como aspectos distintos. Assim, por envelhecimento normal entendem-se as alterações que ocorrem com a passagem do tempo, na estrutura anatómica e na função fisiológica, com ausência de doença; e envelhecimento patológico como o aumento de ocorrência de doença interagindo com os processos de envelhecimento normal”.*

O envelhecimento é assim caracterizado por um conjunto de modificações morfológicas e fisiológicas que aparecem como resultado da acção do tempo sob a pessoa e manifestam-se de várias formas: uma maior fragilidade para a doença, uma diminuição da actividade física e mental e grande dificuldade de adaptação, o que conduz a uma diminuição de capacidade de resposta às solicitações criadas a nível bio-psico-social. Sob o ponto de vista biológico este processo de envelhecimento é caracterizado por uma involução física visível. Com uma lentidão alheia ao próprio entendimento, este surge no rosto, penetra nos tecidos e enfraquece os músculos, a visão e a audição, atenuando a energia, sem roturas ou traumatismos; é um processo não localizado com carácter difuso, podendo-se retardar ou atrasar a evolução mas que é inexoravelmente progressivo. A nível psicológico, surgem alterações da aprendizagem, diminuição da memória, capacidade de fixação, alteração do sono e por vezes da própria linguagem

(Berger, 1995). No entanto, o envelhecimento a este nível, bem sucedido, apresenta-se no idoso pela capacidade deste se adaptar aos diferentes lutos que se lhe apresentam, físicos e emocionais e conseguir ultrapassá-los de forma serena.

Os problemas psicológicos nos idosos, na maioria dos casos, não têm origem na diminuição das funções cognitivas. As causas mais frequentes, são:

*“(...) sobretudo as perdas de papel, as crises, as múltiplas situações de stress, a doença, a fadiga, o desenraizamento e diversos outros traumatismos que diminuem a capacidade de reflexão das pessoas idosas” (Berger, 1995).*

Também a nível social as condições começam a ser adversas para o idoso, quer pela circunstância da inactividade laboral (reforma), quer pelas alterações de relações com amigos e família. Os sentimentos de inutilidade e desvalorização são por vezes vivenciados pelo idoso em consequência do afastamento do seu trabalho no qual investiu a maioria dos seus anos, porque perde o seu poder económico (fruto de reformas habitualmente baixas) e muitas vezes também pelo “abandono” a que é sujeito por parte da família e pela separação dos amigos, sendo assim afectado o seu espaço relacional.

Segundo Berger (1995):

*“(...) o desconhecimento deste processo leva a falsas percepções que, à força de serem transmitidas acabam por isolar completamente os idosos, chegando mesmo a contribuir para acelerar o seu processo de envelhecimento”.*

Neste mesmo contexto Renaud (1990), considera que: “(...) com a imagem do corpo que muda, a pessoa é levada a mudar, não a degradar-se, mas a aprofundar-se eticamente”, onde a tolerância e a aceitação dos outros, dos factos da sua vida e de si própria são crescentes. O processo de envelhecimento deve ser encarado como um processo natural que fazendo parte da vida de um ser humano, terá de ser vivido no mais alto grau de bem-estar possível. Para que tal aconteça impõe-se que a sociedade actual que valoriza particularmente a juventude, não adopte preconceitos e atitudes face à velhice e à pessoa idosa.



Está ainda fortemente enraizado, tal como refere Scrutton (1989), a expectativa de que a pessoa idosa venha “(...) reconhecer e aceitar a dependência como processo natural de envelhecimento”, no entanto a maior parte das pessoas idosas possui como referência de saúde uma vida independente, sobre a qual possuam controle (autonomia), sem necessidade de cuidados prestados por outrém. A pessoa saudável tem a capacidade de actuar de forma a poder responder às suas necessidades e manter a sua autonomia. A autonomia de todos os indivíduos e particularmente da pessoa idosa é uma questão relevante, pois dela depende a qualidade da sua vida e o seu estado de saúde.

Para Netto (1999) pessoa autónoma é aquela “ (...) que retira de si mesmo a fonte de poder, tem nela mesma, sua fonte de decisão, conseguindo, assim, tornar-se ela mesma e construir o seu próprio caminho de vida”. Poder-se-á considerar desta forma a autonomia numa perspectiva mais holística, não a centrando apenas em aspectos físicos, mas sim nas potencialidades de vida de cada indivíduo. Estas perspectivas relativas à autonomia, o conceito e a forma como se encara a pessoa idosa, dependem do contexto em que a consideremos.

Stanhope (1999, p. 889), refere que: “ no domicílio, os clientes têm maior controlo e capacidade para determinar as suas necessidades de saúde”. É certo que no nosso quotidiano, consideramos a pessoa idosa, mais autónoma, aquela que constitui elemento coordenado e integrado numa família, participando na comunidade em que se insere.

A OMS (1986), faz referência à promoção da saúde, como estratégia que: “ (...)trabalha através da intervenção concreta e efectiva na comunidade estabelecendo prioridades, tomando decisões, planeando estratégias e implementando-as com vista a atingir melhor saúde”. A multidisciplinidade coordenada, é essencial, nesta perspectiva de cuidar, em especial cuidar da pessoa idosa em casa.

Referindo-se à visita domiciliária, Martín (1994, p.5) identifica-a como “(...) um instrumento para conhecer a família, o meio onde ela vive e a influência que ele tem sobre a saúde dos seus membros”. Em contexto de visita domiciliária, a comunicação apresenta-se de forma mais fluida e espontânea, o que permite por parte do enfermeiro observar as relações interpessoais entre os membros da família, o que favorece uma avaliação mais aprofundada e real do meio social e familiar que os envolve, assim como



a capacidade que estes têm para se auto-cuidarem. Neste contacto mais próximo, a interacção entre o indivíduo/família e o profissional de saúde, no seu próprio ambiente e contexto, possibilita que a sua relação se fortifique em termos de confiança, de forma que o enfermeiro surja como recurso, quando se depararem com alguma dificuldade ou problema.

Em Alma Ata, em 1978 na Conferência de Cuidados Primários de Saúde (OMS, 1979), defende-se a ideia de que:

*“(...) os Cuidados Primários de Saúde constituem o primeiro nível de contacto dos indivíduos com o sistema Nacional de Saúde, devendo os cuidados serem prestados o mais próximo possível do lugar onde as pessoas residem e trabalham”.*

Os cuidados domiciliários podem ser entendidos como sendo, o conjunto de actividades que resultam, de uma planificação prévia, desenvolvida pelos profissionais que integram a equipa multidisciplinar de cuidados de saúde, e tem como objectivo proporcionar cuidados de saúde, incluindo a promoção, protecção, tratamento e reabilitação com a responsabilização do utente e da sua família, em colaboração com os profissionais de saúde, no domicílio dos utentes que, devido ao seu estado de saúde ou outros critérios previamente estabelecidos pela equipa, não se possam deslocar ao Centro de Saúde (Torra I Bou, 1990). Este conceito preconiza uma intervenção aos três níveis de prevenção delimitando no entanto os cidadãos a quem ela se direcciona, referindo-se somente aos utentes que não se deslocam ao Centro de Saúde.

A carreira de enfermagem (Decreto Lei n.º437/91), faz referência ao enfermeiro como responsável pela prestação de cuidados à família, como unidade de cuidados. Estes cuidados de saúde constituem o primeiro contacto do indivíduo / família com o sistema de saúde, possibilitando a prestação de cuidados o mais próximo dos locais onde a população vive, trabalha estuda e se diverte. Neste sentido a visita domiciliária constitui e é entendida pelos enfermeiros como uma forma de proporcionar um atendimento mais personalizado, adaptado e o mais contextualizado possível às necessidades e realidade dos utentes e suas famílias. Os cuidados de enfermagem em casa, como outro tipo de cuidados de enfermagem, devem ter na sua base um conjunto de conceitos e atitudes que conduzem a um planeamento antes da sua efectiva prestação.

No processo de planeamento da visita domiciliária, todos os profissionais estão envolvidos, assim como a pessoa/família a quem se presta cuidados, com o objectivo de manter um nível de saúde adequado, pretendendo-se o maior grau de independência destes e da comunidade. O processo de planeamento e realização de uma visita domiciliária pode dividir-se em cinco fases (Stanhope, *et al* 1999), cada uma com diferentes actividades que se complementam.

- a) Fase de Iniciação - É o primeiro contacto entre o enfermeiro e a família. Uma visita domiciliária surge como resultado de um encaminhamento de um serviço de saúde ou social, ou ainda a partir da identificação de um caso. Nesta fase deverá ser iniciada a colheita de dados ou dar continuidade se já tiver sido iniciada.
- b) Fase de Pré-visita - Iniciar contacto efectivo com a família (por telefone por exemplo), marcar a visita de acordo com a disponibilidade da família e do enfermeiro e ainda rever os dados de encaminhamento e/ou registos familiares. Planear as actividades, preparar o material necessário e seleccionar a informação que pretende transmitir de acordo com os dados que possui. Permitindo dar um suporte de apoio e educação ao indivíduo e/ou família de forma que estes possam tomar as suas decisões relativamente à sua saúde.
- c) Fase no Domicílio - Constitui a visita efectiva no domicílio. Num primeiro momento o enfermeiro deve apresentar-se, seguindo-se um espaço para a família poder estabelecer uma relação de proximidade com o mesmo. Segue-se um espaço para completar a colheita de dados afim de posteriormente intervir e avaliar ao nível dos cuidados de enfermagem.

Este processo é contínuo durante a visita. O enfermeiro ao planear os cuidados de enfermagem a prestar deverá ter presente alguns pressupostos. Os cuidados a prestar deverão ser integrais e personalizados numa perspectiva holística. Os objectivos definidos pelo enfermeiro em conjunto com a família têm de estar de acordo com as necessidades e problemas identificados por esta. Se a família estiver directamente envolvida no plano e processo de cuidados o sucesso dos cuidados com vista à autonomia é maior e mais rápido. Avalia-se também a

frequência e intensidade das visitas, que é variável consoante as necessidades da família e prioridades de intervenção dos cuidados de enfermagem. Para melhor conhecimento da mesma, aplica-se os instrumentos de avaliação familiar. Em todo o processo de cuidados dá-se ênfase à família como responsável pela sua própria saúde. As famílias como fundamentais prestadoras de cuidados aos seus idosos têm de ser envolvidas nas tomadas de decisões sobre a sua saúde.

- d) Fase de Terminus - É neste período que se faz a recapitulação da visita com a família e o planeamento quando necessário de futuras visitas. Auscultam-se preocupações e necessidades referentes à saúde daquela família. Só assim se consegue adequar o planeamento às reais necessidades da família.
- e) Fase de Pós-visita - Fazer o registo da visita e o plano para as visitas seguintes em suportes de informação utilizados por toda a equipe de saúde. Este procedimento permite assegurar a continuidade de cuidados, indispensável para o elevado nível de qualidade que os cuidados de enfermagem devem ter.

Segundo Cabete (1999), a visitação domiciliária está longe de satisfazer as necessidades a que se destina:

- ◆ quantitativamente insuficiente – número crescente de pessoas idosas aliado ao déficit de profissionais;
- ◆ organizada em função das necessidades/disponibilidades dos serviços;
- ◆ centrada no diagnóstico e tratamento;
- ◆ compartimentada (intervencções dos técnicos de saúde, nem sempre resultado de um verdadeiro trabalho em equipa);

Esta autora defende ainda que a eficácia da visitação domiciliária assenta essencialmente numa abordagem multidisciplinar e trabalho em equipa, assim como articulação com todos intervenientes da rede formal e informal.

As equipas de trabalho são orientadas por objectivos, têm uma razão de ser, uma missão a cumprir, uma actividade a desenvolver, tal como é referido por Batista *et al* (1998). Para garantir a continuidade de cuidados a equipa deve, como refere Almeida (1999), identificar precocemente possíveis necessidades dos utentes; informar e orientar acerca



dos recursos disponíveis na comunidade; promover a autonomia e auto-cuidado, ao utente e familiares.

Para avaliar a eficácia de programas de visitas domiciliárias, orientadas para a prevenção primária a pessoas idosas, foi efectuado um estudo de revisão sistemática e meta-análise de quinze estudos acerca de visita domiciliária – *Effectiveness of home support for older people: systematic review and meta-analysis*. Os benefícios da regular visitação domiciliária, preventiva, a pessoas idosas é o tema da controvérsia. As pesquisas bibliográficas recentes não revelam uma clara evidência de que estas sejam efectivas, podendo no entanto reduzir a mortalidade. A meta-análise dos quinze estudos mostra que as visitas domiciliárias, podem reduzir a admissão institucional, no que diz respeito às pessoas idosas (Williams, *et al*, 2001).

A continuidade de cuidados a pessoas idosas foi estudada em Illinois (EUA), através de um programa de pesquisa, chamado “*Pathway Project*”, onde a prevenção primária, resolução de casos agudos e de longa duração, são vistos como um *continuum* de cuidados para as pessoas idosas. Este projecto mostrou uma forma de melhorar os custos económicos, para esta população crescente, os quais podem indicar um nível de cuidados mais apropriado para esta população, muitas vezes desabilitada. Os cuidados de saúde domiciliários, são a chave em cuidados de saúde, pois são alternativas benéficas em termos de custo efectividade (Tichawa, 2002).

A avaliação do grau de dependência dos idosos, surge num estudo, realizado em Portugal (Vicente, M., Amaral, M., 2001), com a finalidade de planear correctamente as acções e actividades a desenvolver, rentabilizando os recursos humanos e materiais, de modo a prestar cuidados de saúde com qualidade, que respondam convenientemente às necessidades encontradas neste grupo etário. Foi constatado neste estudo que o grau de dependência é tanto maior, quanto mais elevado for o grupo etário, sendo necessário organizar equipas multidisciplinares que conjuguem esforços no sentido do desenvolvimento de um programa de apoio ao idoso, centrado na comunidade. Neste sentido, a área dos prestadores informais de cuidados, tem sido alvo de investigações, ao longo dos anos, pois providenciar cuidados a um familiar, não é isento de custos. Inicialmente foram estudadas apenas as suas intervenções, não sendo abrangida e documentada a área da dor, mágoa e tristeza dos mesmos. Numa segunda fase, as investigações dirigiram-se às necessidades de formação para prestação de cuidados em



casa, abrangendo também a área dos sentimentos dos prestadores informais. Aqui a enfermagem tem um papel importante, na identificação das necessidades dos cuidadores informais e avaliação das suas intervenções (Farran, 2001).

Também Salete Ferreira (2002), estudou o processo de *empowerment* dos prestadores de cuidados informais à pessoa idosa, alvo de apoio domiciliário, referindo como conclusões do estudo entre outras, que a rede de prestadores informais é maioritariamente da família e que estes referem impacto no seu estilo de vida, mostrando no entanto satisfação em cuidar do familiar idoso<sup>1</sup>.

Tem vindo a verificar-se na prestação de cuidados de saúde, uma tendência para que estes assentem numa acção local, em serviços com referência à pessoa no seu domicílio, bairro, escola ou local de trabalho e sendo a intervenção hospitalar diferenciada uma experiência excepcional e breve. É assim necessário que a enfermagem desenvolva o seu campo de acção e as suas áreas de responsabilidade, aumentando a sua visibilidade fora do contexto hospitalar, a nível dos cuidados primários de saúde. É neste contexto que a OMS, no quadro actual das políticas de saúde – A SAÚDE 21- introduz o conceito de enfermeiro de saúde familiar. Estes ajudam as famílias e indivíduos a assumir a doença e a incapacidade crónica, ou empregam grande parte do seu tempo junto destes, no seu domicílio e em períodos de crise, podendo até ser a chave para o encurtamento de hospitalizações ao prestarem cuidados de enfermagem às pessoas nos seus domicílios (OE, 2000). Têm sido assim desenvolvidas actividades para que o “*enfermeiro do doente*” seja responsável pelo planeamento atempado das altas dos mesmos, capacitando o doente/família para o auto-cuidado, com a finalidade do doente ser reintegrado na comunidade em condições de independência ( Baltar, C., Godinho, C., 2000).

Têm sido estudadas alternativas à prestação de cuidados de saúde em casa. A telemedicina demonstra ser uma hipótese, prevenindo institucionalizações precoces e actuando como positivo na adopção de comportamentos adequados. Programas de cuidados de saúde interactivos, são uma demonstração da evolução da utilização da

---

<sup>1</sup> Estudo realizado na Sub-Região de Saúde de Santarém



telemedicina, em casa, no sentido de providenciar cuidados de saúde para pessoas idosas e com necessidades de apoio de saúde, sendo considerado como alternativa (Lindberg, 1997), possível e viável em termos de redução de custos. O objectivo central dos programas interactivos de cuidados de saúde em casa, é demonstrar alternativas efectivas que promovam cuidados de saúde a pessoas idosas e com incapacidades, com o intuito de reduzir a necessidade de outros serviços e prevenir prematuras institucionalizações. Porém como o telefone é e será no futuro o meio mais comum em termos de telecomunicações, também constitui um recurso no apoio de utentes em casa (Friedman, 1997), pois quase todos têm acesso a um telefone em casa e sabem usá-lo, não se passando o mesmo com o equipamento informático. Segundo este estudo, efectuado em Boston, há evidências da efectividade deste tipo de programa na aderência à medicação anti-hipertensiva, sendo também efectuados estudos no âmbito da hipercolesterolémia e hábitos alimentares, tendo-se obtido resultados positivos.

Gabriela Silva (2003), também estudou o impacto que a “*teleassistência*” tem na vida dos seus utilizadores e qual o seu papel como instrumento dinamizador dos cuidados domiciliários, tendo referido como conclusões do seu estudo, entre outras que a utilização deste serviço veio melhorar a qualidade de vida dos utilizadores no que se refere à sua segurança.

Estas pesquisas acerca do cuidar do idoso em casa, permitem-nos tornar mais *experts* sobre a temática seleccionada com vista a uma maior percepção e compreensão do fenómeno em estudo, quer na sua globalidade como especificidade.

#### 4.1 - CUIDAR EM CASA: O MODELO TEÓRICO DE DOROTHEA OREM

O processo de Cuidar recorre a alguns métodos e instrumentos como seja o trabalho de equipa e o processo de enfermagem, os quais permitem a individualização e qualidade dos cuidados, definindo-se como processo: “(...) *um movimento que se dirige ao outro para ir ao encontro no caminho que é o seu*” (Hesbeen, 2000). Este facto, possibilita a uniformização do cuidar pelos diferentes profissionais e uma diferenciação relativamente a cada pessoa a quem se prestam cuidados. Subjacente a este cuidar deve

estar um modelo conceptual, que não devendo ser imposto pela instituição deve ser do domínio de quem presta cuidados.

A operacionalização do processo de cuidar em enfermagem, deve basear-se em princípios orientadores, integrados num Modelo Teórico. Segundo Rihel (1992):

*“(...) um modelo conceptual para a prática de enfermagem, é construído sistematicamente, por um conjunto de conceitos relacionados cientificamente, que identificam os componentes essenciais da prática de enfermagem, juntamente com a base teórica destes conceitos e valores exigidos para serem usados pelo praticante (...)”.*

Várias perspectivas são oferecidas no sentido de orientar os profissionais de enfermagem, no sentido de compreender a pessoa, a sua situação de dependência e as relações que mantém com o ambiente, assim como sugerir abordagens de intervenção. Existe assim a possibilidade de avaliar os cuidados de enfermagem prestados.

Segundo Martins (1990), um modelo de enfermagem, dá-nos basicamente a estrutura da enfermagem e compõe-se por 6 elementos essenciais:

- *a finalidade;*
- *alvo da actividade do enfermeiro;*
- *o papel do enfermeiro;*
- *fonte de dificuldades;*
- *intervenção do profissional;*
- *consequências / resultados de intervenção;*

O modelo teórico deve assim basear-se em teorias de carácter humano que vão ao encontro da filosofia de cada profissional, pois o modelo adoptado influenciará o conceito e forma de cuidar.

Na base da filosofia dos Cuidados de Saúde Primários está inerente um forte potencial de todos os indivíduos para a melhoria da qualidade de vida. Assim, e segundo o Ministério da Saúde (*A Saúde dos Portugueses - 1997*), *“a promoção da saúde passa necessariamente pela acção e cooperação inter-sectorial e pelo desenvolvimento e participação da comunidade, para além do papel importante que cabe aos profissionais e aos serviços de saúde (...)”.* Neste contexto entende-se o desenvolvimento da participação comunitária e o espírito de entre-ajuda na resolução dos problemas, como estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença.

O modelo teórico de Orem vem consolidar esta linha de orientação na prestação de cuidados de enfermagem a nível dos Cuidados de Saúde Primários. Esta teórica desenvolve a **teoria de enfermagem do déficite de auto-cuidado**, que visa obter a autonomia máxima do outro a quem se prestam cuidados de enfermagem. Os cuidados de enfermagem para Orem, relacionam-se com as necessidades do ser humano que têm a ver com as actividades de auto-cuidado. Estas são indispensáveis a todos os indivíduos podendo surgir a doença ou a morte quando estão comprometidas. Segundo a mesma autora os cuidados de Enfermagem, baseiam-se nos seguintes pressupostos:

- *O homem é um todo em interacção com o seu meio ambiente.*
- *O homem distingue-se dos outros seres vivos, pela sua capacidade para reflectir sobre a sua experiência e a do seu meio ambiente, simbolizar as suas experiências, utilizar ideias, palavras e símbolos, para pensar, comunicar e orientar os seus esforços no sentido de fazer algo benéfico para si próprio e para os outros.*
- *O homem é o objecto da natureza, uma vez que está exposto às suas forças (1993, p.133).*

Na base da filosofia de Orem, está o princípio de que o Homem tem capacidade inata de cuidar de si próprio. Logo a existência de cuidados de enfermagem surge quando a qualidade ou quantidade desta capacidade de auto-cuidado está diminuída ou ausente. Existe assim, o objectivo de prestar cuidados desenvolvendo actividades, no sentido de que a pessoa seja capaz de se auto-cuidar. O indivíduo saudável, tem a capacidade de se auto-cuidar e de responder à satisfação das suas necessidades, conseguindo manter a sua autonomia. O enfermeiro actuará substituindo o indivíduo ou a seu pedido apenas e enquanto a incapacidade se mantiver, estimulando simultaneamente as potencialidades deste no sentido da promoção da sua autonomia. As actividades desenvolvidas pelo enfermeiro, devem ser contínuas, de forma a que pessoa e sua família obtenham o mais precocemente possível a autonomia desejável, em termos de prestação de cuidados. Isto porque as actividades que proporcionam o auto-cuidado, têm muitas vezes como alvo a preparação de familiares ou outros (cuidadores informais), de forma que estes consigam prestar os cuidados adequados à pessoa com déficite de auto-cuidado.



Orem (1987), identifica cinco métodos a seguir no sentido de ajudar o indivíduo, proporcionando-lhe assistência que vise o auto-cuidado: Agir ou fazer para outra pessoa; Guiar e orientar; Proporcionar apoio físico e psicológico; Proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento; Ensinar.

O auto-cuidado pode ser entendido como um comportamento que é aprendido, que depende de factores que o influenciam directamente, tais como a idade, o estado mental, a sociedade e cultura, assim como o estado emocional de cada indivíduo. A mesma autora, refere que podem surgir necessidades de auto-cuidado específicas, de acordo com o ciclo de vida de cada indivíduo. Assim, compreende-se a importância atribuída à avaliação da capacidade de auto cuidado, como ponto essencial do planeamento dos cuidados a executar. No caso específico da pessoa idosa, esta avaliação é essencial pois, denota a capacidade do indivíduo e sua família na promoção do seu próprio auto-cuidado, indo ao encontro das suas necessidades específicas, assim como nos demonstra as suas potencialidades e individualidade próprias.

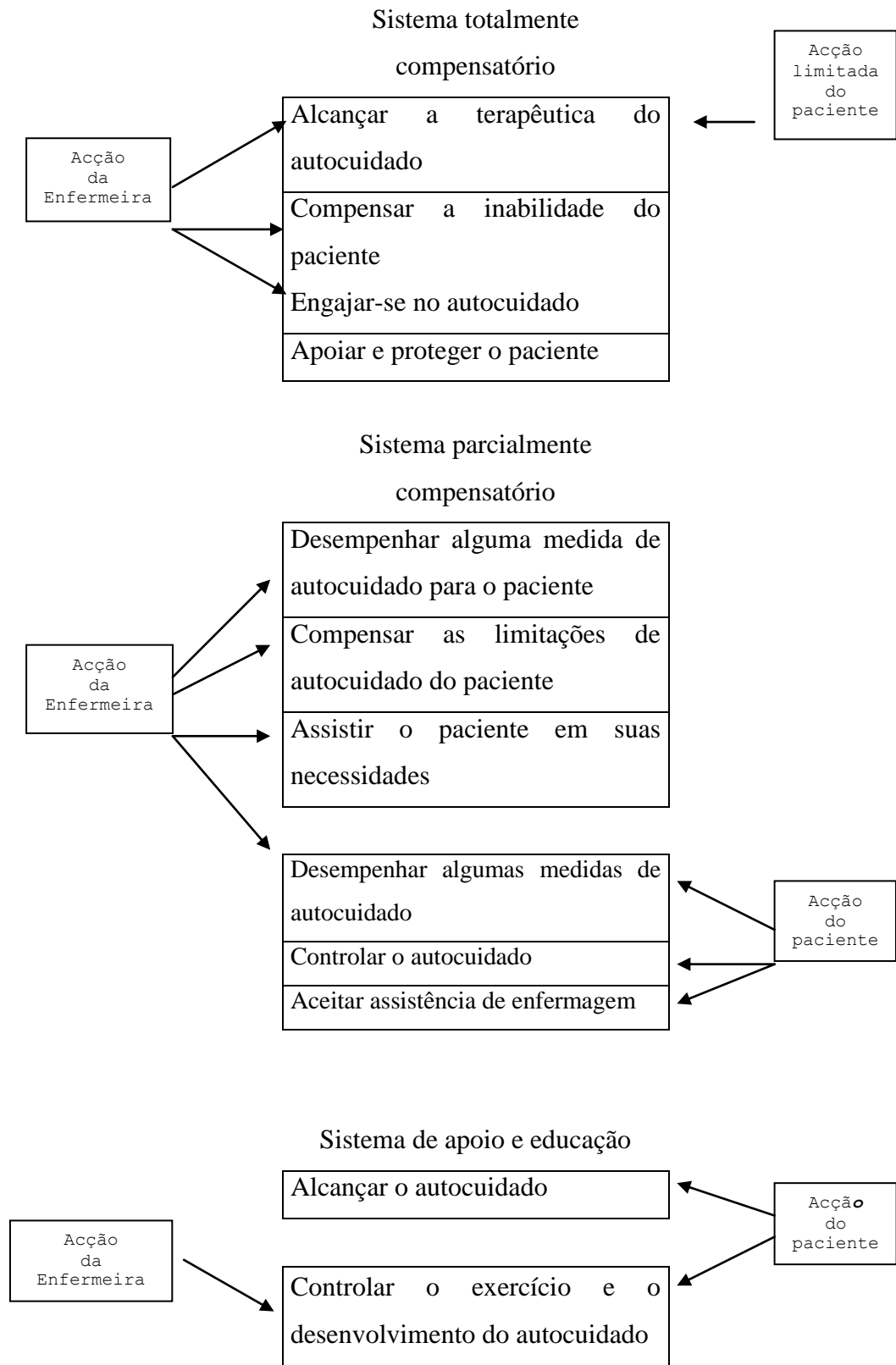
A acção do enfermeiro, no sentido de preencher os requisitos de auto-cuidado do indivíduo, desenvolve-se em três sistemas (figura n.º 5):

Totalmente compensatório - Sistema aplicado pelo enfermeiro quando o indivíduo é incapaz de desenvolver acções de auto-cuidado. Os indivíduos com estas limitações são socialmente dependentes de outros para continuar a sua existência e o seu bem estar .

Parcialmente compensatório - Neste sistema, o enfermeiro e o indivíduo desempenham acções que visam o seu auto-cuidado. No entanto o enfermeiro desenvolve acções específicas que o indivíduo não tem capacidade actual ou desempenho para efectuar.

Apoio-Educação - O enfermeiro promove o indivíduo como agente do seu próprio auto-cuidado. Este pode e está apto a desenvolver e aprender a desempenhar o seu auto-cuidado.

Quando a incapacidade de promover o auto-cuidado se verifica por falta de informação, está evidente a aplicação do sistema de suporte educativo e orientação. Este pressupõe a implementação de técnicas de suporte e de ensino, de forma a promover um ambiente favorável ao desenvolvimento do auto-cuidado.

**Figura n.º 5 – Sistema básico de enfermagem, segundo Orem**Fonte: Adaptado de Orem(1980), *Nursing: Concepts of practice*

Estes cinco modos de intervenção estão em íntima relação com os três sistemas de cuidados de enfermagem preconizados pela mesma autora, como se pode visualizar no quadro seguinte.

#### **Quadro n.º 2 - Modos de intervenção/ Sistemas de cuidados de Enfermagem**

<b>MODOS DE INTERVENÇÃO</b>	<b>SISTEMAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b>
- Agir ou fazer por outra pessoa	- Totalmente Compensatório
- Proporcionar e manter um ambiente de apoio e desenvolvimento	- Parcialmente Compensatório
- Guiar e orientar - Proporcionar apoio físico e psicológico - Ensinar	- Suporte e educativo

Todo este processo se relaciona intimamente com a forma como comunicamos e nos relacionamos. A decisão do controle de comportamentos e aquisição de conhecimentos e competências, pertence ao próprio indivíduo. Para Orem os indivíduos são potencialmente capazes de satisfazer as suas carências de auto-cuidado e o papel do enfermeiro refere-se ao apoio, ensino que lhes presta. Porém, sendo auto-cuidado "*um comportamento aprendido que deliberadamente regula a integridade, a função e o desenvolvimento do ser humano*" (Orem, 1980), a necessidade de prestar informação e proporcionar aumento de conhecimentos para o desenvolvimento de determinadas atitudes pode ser de fulcral importância.

Há que ter a noção que a mudança de hábitos e atitudes nos indivíduos é demorada, tal como refere Orem (1987) "*aprender a transformar um comportamento relativo ao auto-cuidado, pode tomar muito tempo e exigir que a relação com enfermeiros capazes de assumir eficazmente um papel de tutor, se prolongue*". A pessoa idosa deverá ser envolvida e esclarecida nas tomadas de decisão sobre si próprio, bem como desenvolver a autonomia para identificar as suas próprias necessidades e como estas deverão ser satisfeitas. Quando a pessoa idosa não possui estas capacidades, a família é mobilizada como agente de auto-cuidado.

No cuidar da pessoa idosa, poderão estar presentes todos os sistemas de enfermagem, atrás referenciados, pois nesta etapa da vida, o déficite de auto-cuidado, poder-se-á verificar em diversas áreas em função das capacidades de desempenho afectado.

#### 4.2 - A COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO NO CUIDAR DO IDOSO

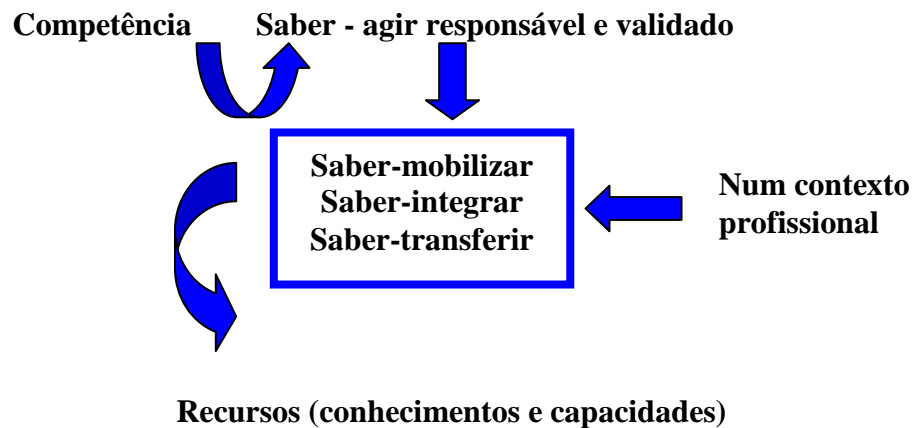
Dado o reconhecimento da importância que a competência tem na qualidade dos cuidados, o enfermeiro para desempenhar funções junto da população idosa, deve possuir competências específicas. Melo (1998), refere que: *“definir competência é tarefa complexa, pois existem inúmeras interpretações utilizadas, com diversos sentidos, por reunir em si um conjunto de capacidades, qualidades, aptidões e experiências em progressão contínua”*. Boterf (1995), considera ainda a competência como um saber agir, que assenta na responsabilidade e validação das intervenções, traduzindo-se pela forma como, num contexto profissional são utilizados, o saber integrar, o saber mobilizar e o saber transferir.

Segundo Pires (1994), o facto de possuir um vasto leque de conhecimentos, capacidades ou qualificações, não implica ser competente. Isto porque, conhecer-se os princípios e técnicas a utilizar, não implica directamente saber aplicá-las no momento oportuno. Assim, torna-se necessário movimentar-se todos os saberes – **saber; saber fazer; saber ser/estar** – adquiridos tanto na formação, como na experiência acumulada ao longo do tempo e que se manifestam em situações concretas da prática de enfermagem. Nesta perspectiva, a competência exige que se utilizem os recursos pessoais (de conhecimentos e capacidades), de forma integrada, transferindo-os para cada situação real.

Com base na figura n.º 6, Mendonça (2000), refere que saber agir é pôr em execução uma técnica ou realizar um movimento, projectando o sentido e os encadeamentos que ele supõe. O que impõe um conjunto de actos em que a execução de cada um deles, depende do desempenho da totalidade dos actos ou de parte destes. Deste modo, o profissional competente, autónomo no seu trabalho, tem iniciativa, não se limitando a realizar tarefas ordenadas por outrém.

**Figura n.º 6 - A competência num contexto profissional**

**“A COMPETÊNCIA = UM SABER – AGIR”**



Fonte: Adaptado de Boterf (1995). De la compétence. Essai sur un attracteur étranger

Sendo a competência constituída pelos diferentes saberes – saber, saber fazer, saber ser/estar, comporta a necessidade de querer e de poder, sendo querer determinante para poder mobilizar e querer agir, para saber agir.

Numa sociedade em constante mudança, a exigência de um conjunto de competências, não exclusivamente técnicas, mas relacionadas com os aspectos socio-afectivos, polivalentes de cada profissional/pessoa, implica um conjunto de saberes e competências que se adequem a esta nova realidade – situação do envelhecimento da população portuguesa. Cuidar da pessoa idosa representa uma tarefa complexa e exige polivalência. O enfermeiro deve procurar entender o processo de envelhecimento, como sendo um fenómeno normal que leva a um aumento da fragilidade, vulnerabilidade e consequente aumento do grau de dependência e diminuição de autonomia. O enfermeiro deve ainda estar consciente que nos idosos, qualquer agressão, ainda que mínima, à sua integridade, corre o risco de provocar um desequilíbrio global irreparável. No contexto de trabalho o enfermeiro deve dar igual ênfase à componente relacional e técnica, existentes no paradigma do cuidar. Indo ao encontro desta afirmação, Melo (1998), nas

conclusões do seu trabalho de investigação: “ *A competência do enfermeiro no cuidar do idoso*”, verificou na análise das entrevistas realizadas, existir concordância “(...) *em ambas as populações – idosos e enfermeiros – relativamente às características que o enfermeiro competente deverá possuir, ambas privilegiando a dimensão relacional*”. Reforçando esta ideia, outra conclusão do mesmo trabalho de investigação, refere-se aos factores que os sujeitos (idosos), identificaram que deveriam ser alterados para a melhoria dos cuidados de enfermagem – “*enfermeiros humanos e carinhosos*” – que se incluem na dimensão relacional.

O enfermeiro em gerontologia, deve possuir as seguintes qualidades (Berger, 1995):

*“(...)estar consciente da própria concepção de envelhecimento e da influência que ele exerce sob as nossas acções - ser autêntico – ser flexível – ser objectivo – estar lá – considerar a pessoa idosa como um ser humano que tem os seus direitos”.*

Em relação à responsabilidade dos enfermeiros na prestação de cuidados aos idosos, Miranda *et al* (1998) refere que,

*“(...) consiste em ajudar os indivíduos, as famílias e as comunidades a tirarem o maior partido possível das funções físicas, sociais e psicológicas, com estados de saúde variáveis e ao longo de todas as fases da vida”.*

Para o enfermeiro, cuidar de idosos, nem sempre é tarefa fácil. Citando Montezuma de Carvalho (1997):

*“(...) todos os enfermeiros conheceram a juventude, a infância, a dor e a doença. Porém, ainda nenhum conheceu a velhice, por conseguinte é-lhes difícil por vezes, compreender toda a complexidade da vivência dos idosos e considerar a velhice como um período de crescimento e evolução”.*

Numa dimensão normativo/legal, são dois os documentos que contribuem para a clarificação das competências do enfermeiro, o Decreto Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, onde consta o conteúdo funcional do enfermeiro, e o REPE (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros), que especifica a competência dos



profissionais, legalmente habilitados a prestar cuidados de enfermagem, atribuindo um título profissional que reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem. Neste último documento, realça-se o facto de surgirem três tipos de competências, que se integram nas áreas, do saber, do saber fazer e do saber ser/estar, que referimos anteriormente. Para muitos idosos a sua casa, a família e a vizinhança, ou melhor, o conhecido acaba sendo tudo o que possuem, logo é importante destacar os laços estabelecidos com os espaços, os objectos e as pessoas, como factores de garantia para a manutenção do seu equilíbrio e sentimento de segurança.

Desta forma “(...) o domicílio onde a família cresce e se desenvolve é uma fonte geradora de saúde ou doença” (Martín, 1994). O ambiente em que o indivíduo vive, exerce sobre este um papel importante na manutenção da sua própria identidade, podendo favorecer a sua autonomia e independência. É na família e na comunidade que o enfermeiro como prestador de cuidados, deve intervir o que vai ao encontro com o que foi preconizado pelos Cuidados de Saúde Primários, onde se privilegia o primeiro contacto dos indivíduos, famílias e comunidade com o sistema de saúde, permitindo prestar cuidados o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem ou trabalham. Neste sentido, no seu desempenho, os enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários realizam visitação domiciliária na qual prestam cuidados aos utentes / famílias, em suas casas, sendo estes principalmente pessoas idosas que por serem um grupo vulnerável, são grandes consumidores de cuidados de enfermagem, sendo sem dúvida aqueles que mais dependem dos cuidados dos outros.

## **5 - A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DOMICILIÁRIOS DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO DE CASO NA SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE SANTARÉM**

### **5.1 – INTRODUÇÃO**

Durante muito tempo, os cuidados prestados pelos enfermeiros assentaram essencialmente na experiência e práticas tradicionais. Estas atitudes tendem a desaparecer actualmente, estando a Enfermagem cada vez mais envolvida e empenhada na formação de um corpo de conhecimentos científicos próprio. A consolidação e o progresso de qualquer profissão com bases científicas passa, necessariamente, pelo levantamento de questões acerca das suas práticas e pela procura de melhores formas de actuação. É neste sentido que a investigação em Enfermagem se tem desenvolvido, sendo inquestionável o seu contributo positivo para a melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa, família ou comunidade e valorização da profissão. Os enfermeiros começam a integrá-la nas suas actividades profissionais quer como intervenientes na sua realização, quer utilizando os resultados obtidos por outros.

Em 1966 foi reconhecido pela OMS a importância da investigação em Enfermagem afirmando que:

*“(...) uma profissão consciente dos seus deveres deve colocar questões que mereçam suscitar pesquisas, estar disposta a permitir investigações referentes à sua actividade e fazer passar à prática o objecto das suas pesquisas” (Quintela,1991,p.45).*

No início a investigação em Enfermagem centrou-se nas áreas da docência e gestão. No entanto e devido às reformas dos Planos de Estudos em Enfermagem e ao facto do Curso de Enfermagem ser integrado no nível superior, rapidamente se estendeu à área da prestação de cuidados.



A fase da decisão dos procedimentos metodológicos revela-se como fundamental na progressão do desenvolvimento do trabalho de investigação. Permite descrever e fundamentar as decisões tomadas e nomeadamente o seu próprio processo, cuja importância se revela na produção dos resultados.

Dos diferentes autores consultados, optámos por seguir como guia orientador o processo de investigação proposto por Quivy e Campenhoudt (1998), tanto no que diz respeito aos actos como às etapas de investigação, de forma a que a progressão do trabalho seguisse uma linha de orientação sequencial, sempre direccionado para os seus objectivos. Seguindo as directrizes dos mesmos autores a primeira etapa visa procurar enunciar o projecto de investigação na forma de uma pergunta de partida, através da qual o investigador tenta exprimir o mais exactamente possível o que procura saber, elucidar e compreender melhor. (1998, p.32). Tendo em conta este pressuposto, enunciámos como pergunta de partida: **Qual a percepção do enfermeiro face aos cuidados de enfermagem prestados em casa?**

Esta pergunta de partida, bem como os objectivos que pretendíamos alcançar, orientou quer as leituras a seleccionar, quer a necessidade de efectuarmos uma entrevista exploratória nos sentido de que as mesmas pudessem “*revelar determinados aspectos do fenómeno a estudar, nos quais ainda não tivéssemos espontaneamente pensado por nós mesmos e assim completar as pistas de trabalho sugeridas pelas leituras*” Quivy e Campenhoudt (1998, p.69). Seguiu-se assim a fase exploratória da temática, com leituras o mais actualizadas possível e realizando entrevista exploratória. Esta realizou-se, a um informante privilegiado (enfermeiro que presta cuidados de enfermagem em casa a idosos), cujas experiências e vivências se enquadravam na problemática do estudo. O sujeito entrevistado pertence a uma das categorias de pessoas que podem ser interlocutores válidos – pessoas a que o estudo diz directamente respeito (Quivy e Campenhout, 1998, p.71).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> A fase de preparação de realização da entrevista obedeceu a alguns procedimentos: acordo prévio com o enfermeiro prestador de cuidados; aferição de hora, data e local; providenciar transporte; rever as condições de manuseamento do gravador de áudio; De forma a potenciar o sucesso da entrevista no momento da sua efectivação, procurou-se uma atitude assente nos seguintes princípios: esclarecimento inequívoco da temática e objectivos da entrevista e do estudo; compromisso verbal de confidencialidade dos dados obtidos; gravar as entrevistas em áudio, com prévia autorização do sujeito; colocar ao sujeito o mínimo de perguntas possível; formular as questões na sua forma mais aberta; que a entrevista decorresse num ambiente e contexto adequado à realidade própria de cada sujeito.

Após este procedimento estávamos em condições de enunciar a problemática. Era o momento de “(...)explorar as leituras (...) e de fazer o balanço dos diferentes aspectos do problema que foram evidenciados” (Quivy e Campenhout 1998, p.89), demonstrando as suas características de base essenciais. A análise da entrevista permitiu-nos rever a questão de partida e veio reforçar a compreensão dos cuidados de Enfermagem no ponto de vista dos dois intervenientes: a pessoa idosa e o enfermeiro.

Após termos a percepção que a consistência científica de um problema da Pessoa numa visão holística é o alargamento do seu campo de consciência, na perspectiva do seu sentido de ser cuidada por outra pessoa, surgiu-nos a necessidade de ampliar a nossa questão de partida, para lhe atribuir os dois significados do cuidar em casa – a pessoa enquanto cuidada e o enfermeiro enquanto seu cuidador. Porém face ao tempo disponível para desenvolver este trabalho de investigação e após reflexão, optamos por nos centrar apenas na perspectiva do enfermeiro ao cuidar do idoso em casa, deixando a outra vertente, a da pessoa idosa cuidada em casa para um estudo subsequente. Face a esta problemática foi necessário decidir qual o contexto real para conduzir o nosso estudo.

## 5.2 – OS RECURSO HUMANOS DE ENFERMAGEM NA SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE SANTARÉM

O distrito de Santarém possui uma área de cerca de 6700 Km<sup>2</sup>, sendo a população residente, segundo os Censos de 2001 de 466331 habitantes, dos quais 48,4% (225671) são homens e 51,6% (240660) são mulheres. Situa-se entre a cordilheira central e as longas planícies alentejanas e é atravessado pelo rio Tejo, sendo assim uma área geográfica com grandes potencialidades agro-pecuárias no país. A capital administrativa do distrito é Santarém, que dista menos de 80 Km da grande Lisboa.

A Sub-Região de Saúde de Santarém, está inserida na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, sendo constituída pela Unidade de Saúde da Lezíria (8 Centros de Saúde) e

---

Atendendo ao local de residência e onde desenvolvo a minha actividade profissional, a selecção do terreno de pesquisa e dos sujeitos em estudo, recaiu sobre a Sub-Região de Saúde de Santarém.

Unidade de Saúde Ribatejo Norte (14 Centros de Saúde), perfazendo um total de 22 Centros de Saúde. Existem ainda no distrito quatro hospitais (Abrantes, Santarém, Tomar e Torres Novas) e algumas clínicas e vários consultórios médicos particulares. Os 22 Centros de Saúde existentes na Sub-Região de Saúde de Santarém, possuem ainda extensões de saúde. Segundo Ferreira (1998), “(...) o distrito de Santarém é detentor do maior número de extensões dos Centros de Saúde a nível nacional (177), superior até aos distritos de Lisboa (154) e do Porto (105). Esta dispersão de meios dificulta a gestão e rentabilização dos recursos, com consequências na qualidade dos serviços”.

De acordo com o Programa SINUS<sup>1</sup>, a população total inscrita nos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Santarém, no final de 2002 era de 465847, podendo observar-se no quadro n.º 4 a sua distribuição pelas duas Unidades de Saúde, o número de visitas domiciliárias de enfermagem efectuadas, por Unidade de Saúde, assim como o número de enfermeiros que as efectuaram.

### **Quadro n.º 3 – População inscrita na Sub-Região de Saúde de Santarém e número de visitas domiciliárias de enfermagem a idosos – dados de Dezembro de 2002**

	N.º utentes	N.º utentes + 65 anos	% utentes + 65 anos	Vd totais utentes + 65 anos	N.º enfºs	% enfºs realizam VD
Abrantes	22825	10802	24,39	10997	28	100
Alcanena	17368	3741	21,54	5753	14	71,4
Almeirim	23708	4878	20,57	3079	19	68,4
Alpiarça	7981	1995	25	2886	8	100
Benavente	25386	4112	16,2	2953	12	83,3
Cartaxo	25933	5151	19,87	1322	16	56,2
Chamusca	11388	2833	24,87	1569	14	78,5
Constância	4525	889	19,64	399	3	100
Coruche	23205	6128	26,4	3289	19	94,7
Entroncamento	20304	3381	16,65	3001	12	66,6

<sup>1</sup> Sistema informático de unidades de saúde em Cuidados de Saúde Primários

(continuação)

	N.º utentes	N.º utentes + 65 anos	% utentes + 65 anos	Vd totais utentes + 65 anos	N.º enfºs	% enfºs realizam VD
Fátima	11009	1888	17,15	1053	8	87,5
Ferreira do Zêzere	10106	2908	28,78	4008	6	100
Golegã	5762	1367	23,73	5092	8	75
Mação	8629	3368	39,03	9100	7	100
Ourém	39100	8225	21,03	5425	26	84,6
Rio Maior	23102	4682	20,27	3185	14	50
Salvaterra de Magos	21665	4307	19,88	2750	10	100
Santarém	66582	14977	22,5	10161	39	61,5
Sardoal	4251	1169	27,5	831	3	100
Tomar	45501	10387	22,87	13950	26	92,3
Torres Novas	39332	8872	22,56	480	25	32
Vila Nova da Barquinha	8185	1723	21,04	3394	7	100

### 5.2.1 – Sociografia da população em estudo

No sentido de caracterizar pessoal e profissionalmente os enfermeiros da Sub-Região de Saúde de Santarém,<sup>1</sup> foi elaborado um inquérito, a ser preenchido pelos enfermeiros chefes/ responsáveis dos 22 Centros de Saúde, durante o mês de Abril (Anexo II). Os enfermeiros chefes / responsáveis foram contactados pessoal ou telefonicamente por nós e através de contacto por parte da enfermeira directora da Sub-Região de Saúde de Santarém. Todos se prontificaram em participar no estudo, preenchendo o inquérito.

<sup>1</sup> Como o estudo se contextualiza ao nível da Sub-Região de Saúde de Santarém, foi efectuado um pedido de autorização para a sua realização ao Coordenador da Sub-Região, o qual foi concedido (Anexo I).



Uma das normas para o preenchimento do inquérito tinha a ver com o anonimato dos enfermeiros, porém para uma subsequente identificação dos mesmos para o prosseguir de etapas seguintes do estudo, os inquéritos foram preenchidos pelos enfermeiros chefes / responsáveis, segundo a ordem alfabética dos nomes dos enfermeiros.

A seguir encontram-se descritos o tratamento e apresentação dos dados quantitativos, através de gráficos descritivos e explicativos<sup>1</sup> (Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 1990), promovendo uma melhor e mais fácil interpretação dos resultados. Em anexo, encontram-se as tabelas relativas aos gráficos (Anexo III).

Na altura, do preenchimento do inquérito (Abril, 2003), o número de enfermeiros da Sub-Região era de 323 indivíduos, sendo 289 (89,5%) do sexo feminino e 34 (10,5%), do sexo masculino (Gráfico n.º 1).

Predominam assim os profissionais de enfermagem do sexo feminino, o que vem reforçar a ideia que Collière já transmitiu em 1989: “ *A enfermeira é a figura simbólica do eterno feminino*”, estando associada ao tradicional papel da mulher na sociedade tradicional. Na sua tese de dissertação em estudos sobre as mulheres, Simões (1999), refere que:

*”a divisão sexual do trabalho, sobre a qual assentou a industrialização contribuiu certamente para a criação das esferas doméstica e pública e com ela terá demarcado os espaços e os terrenos lícitos ao exercício de trabalho tipicamente considerado como feminino ou como masculino, respectivamente”.*

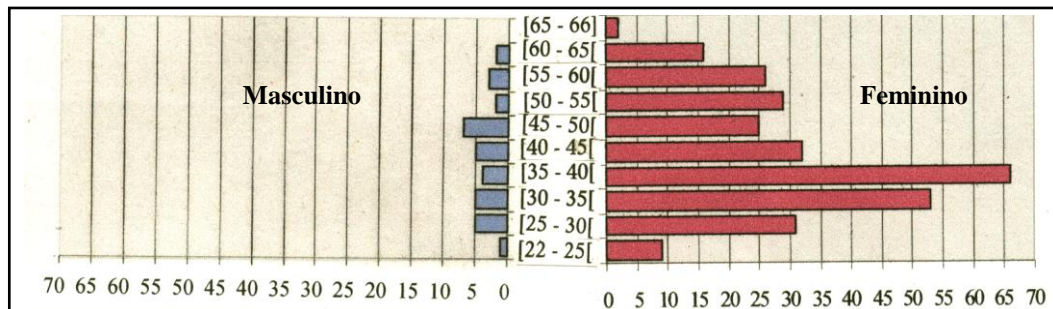
A enfermagem continua intimamente associada ao conceito de profissão feminina, fenómeno que corresponde a naturalizações de uma ligação causal linear que habitualmente se estabelece entre o matrimónio, a criação dos filhos e a mulher profissional, como se lhe estivessem inerentes extensões dos atributos que supostamente ela mantém na esfera privada (Casey, K; Apple, M, 1990).

---

<sup>1</sup> Os dados obtidos, de natureza quantitativa, foram alvo de um processo de redução estatística. Tal redução estatística foi efectuada por meio de suporte informático, com recurso ao SPSS Windows ©, versão 11.5.

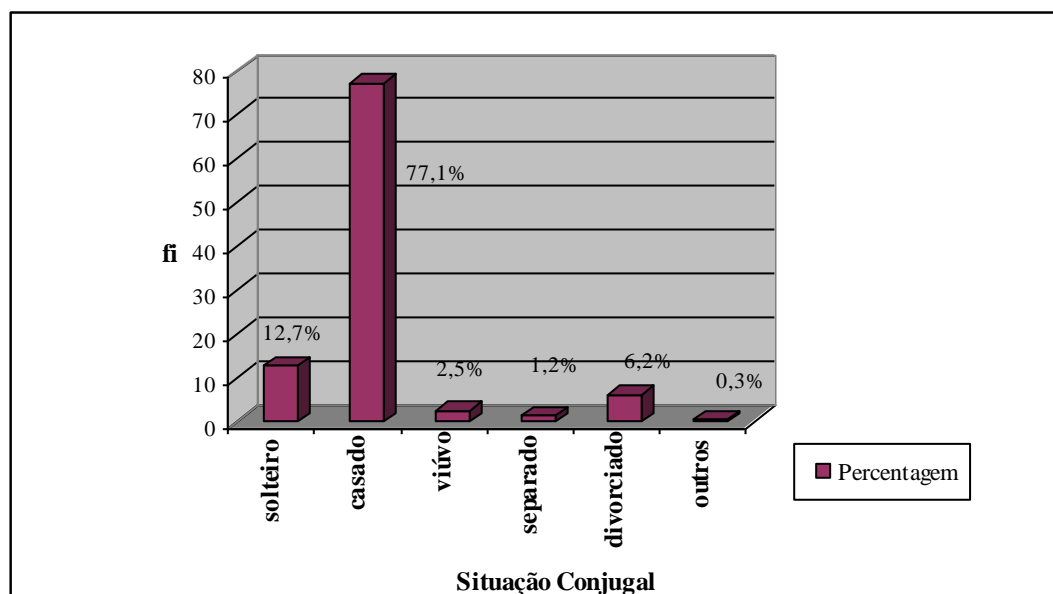
Verifica-se também, pela observação do gráfico n.º 1, que os enfermeiros apresentam idades entre os 22 e os 66 anos de idade, sendo a média das idades de 41 anos. 21,7% de indivíduos têm idades compreendidas entre os 35 e os 39 anos de idade, sendo esta a classe modal.

**Gráfico n.º 1 - Distribuição dos enfermeiros segundo o sexo e idade**



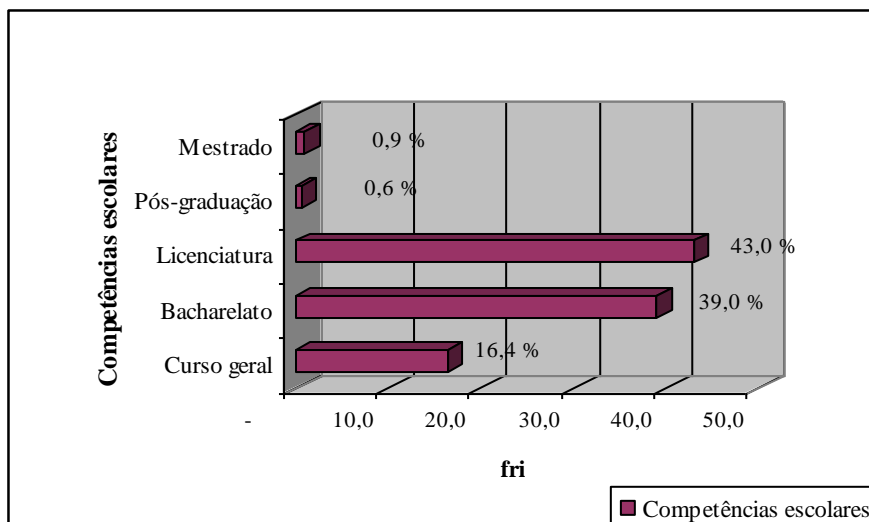
No que diz respeito à situação conjugal, pelo gráfico n.º 2, podemos observar que 77,1% (fi = 249) dos enfermeiros são casados. Apresentando frequências relativas muito inferiores as restantes situações conjugais: 12,7% (fi = 41) são solteiros, 6,2% (fi = 20) são divorciados, 2,5% (fi = 8) são viúvos, 1,2% (fi = 4) estão separados e 0,3% (fi = 1) vivem em outra situação conjugal.

**Gráfico n.º 2 - Distribuição dos enfermeiros segundo a sua situação conjugal**



No que se refere às competências escolares, podemos observar pelo gráfico n.º 3, que 43% (fi = 139) do total de enfermeiros, possuem licenciatura, seguindo-se, por ordem decrescente, os enfermeiros com bacharelato (fri = 39% e (fi = 126), os enfermeiros com o Curso Geral de Enfermagem (fri = 16,4% e (fi = 53), os com Pós-Graduações (fri = 0,6% e fi = 2) e os enfermeiros com Mestrados (fri = 39% e (fi = 3).

**Gráfico n.º 3 -Distribuição dos enfermeiros segundo as suas competências escolares**



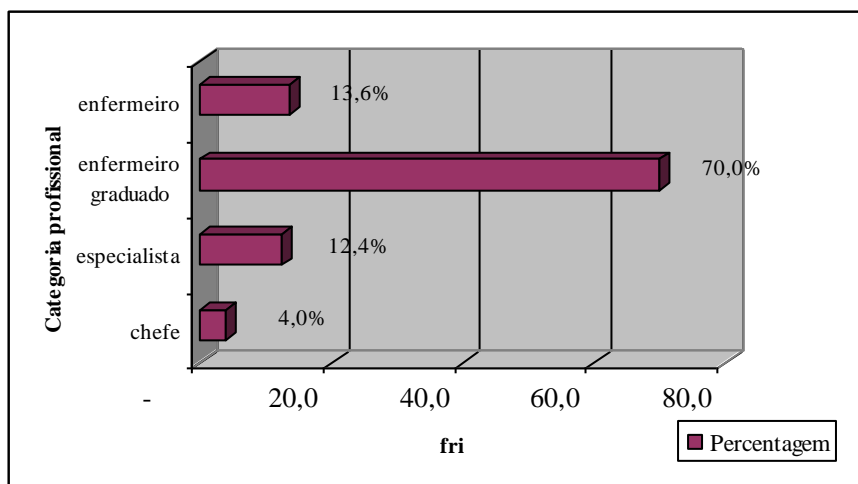
Em relação às categorias profissionais dos enfermeiros da Sub-Região de Saúde de Santarém, poder-se-à dizer que constituem uma distribuição bastante assimétrica, como se pode observar pelo gráfico n.º 4.

Assim, a maior parte dos enfermeiros (fri = 70% e fi = 226) são enfermeiros graduados, por ordem decrescente seguem-se os enfermeiros (fri = 13,6% e fi = 44), os enfermeiros especialistas (fri = 12,4% e fi = 40) e por último os enfermeiros chefes (fri = 4% e fi = 13). É de salientar, que apesar de nem todos os Centros de Saúde possuírem um enfermeiro chefe, têm um enfermeiro responsável pela organização do serviço de enfermagem.

Referindo-se à investigação de Hardy (1983) e apoiados na sua própria investigação, Skevingtn, S. e Dawkes, D.(1988) referem que as mulheres na profissão,

comparativamente aos homens, tendem a evoluir mais lateralmente na carreira, permanecendo vários anos num mesmo nível.

#### Gráfico n.º 4 - Distribuição dos enfermeiros segundo as suas categorias profissionais



Este facto confirma-se também na Sub-Região de Saúde de Santarém em relação aos profissionais de enfermagem. Existem 72% de profissionais de enfermagem do sexo feminino e apenas 53% de profissionais do sexo masculino na categoria de enfermeiro graduado, categoria que se obtém por progressão automática ao completar 3 anos de serviço em Cuidados de Saúde Diferenciados ou 2,5 anos em Cuidados de Saúde Primários.

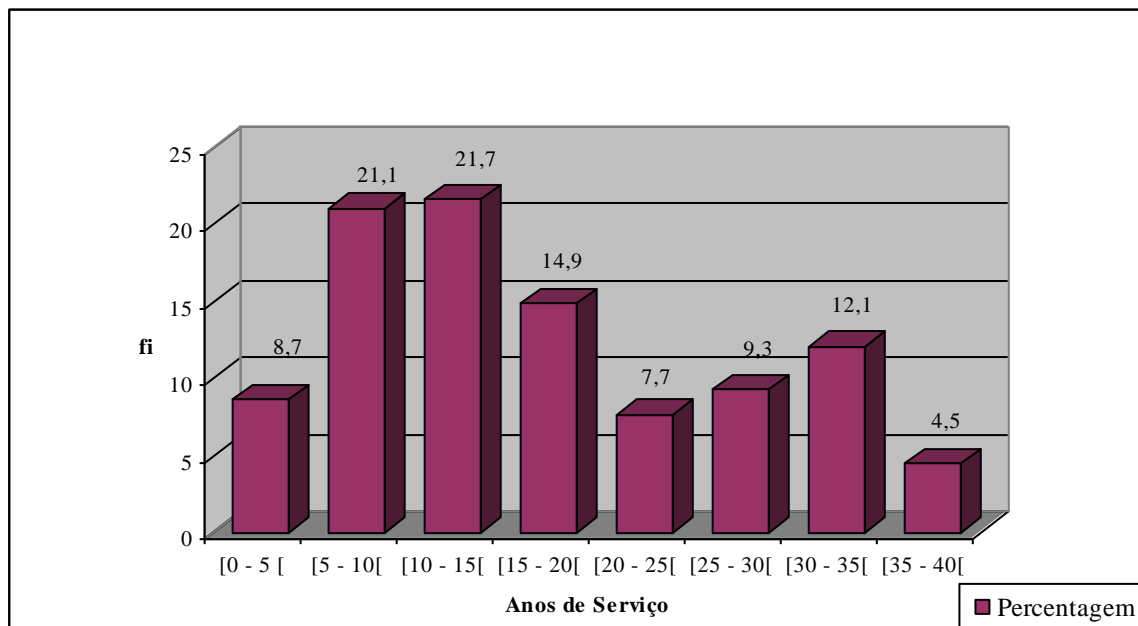
Os profissionais de enfermagem do sexo masculino apresentam também uma percentagem mais elevada de Cursos de Especialidades (24%), em relação aos profissionais do sexo oposto (11%). Neste contexto é também referido por Skevington e Dawkes (1988), que os homens apresentam uma mobilidade muito maior no que respeita à sua valorização em termos promocionais. As razões de ordem assistencial à família são apontadas como determinantes desta situação pelos profissionais de ambos os sexos, pelo que parece transparecer uma maior motivação por parte dos homens em planearem e construírem as suas carreiras na enfermagem, evidenciando-se assim um sentido de afirmação da sua presença na profissão.

Neste mesmo contexto Araújo (1995), refere que:

“ Quanto ao prosseguimento de estudos de enfermagem, constatamos que 71% das raparigas afirma pretender aprofundar a formação de enfermagem e 24% indicam que talvez o venham a fazer. Também os rapazes respondem na ordem dos 90% que pretendem continuar a sua formação de enfermagem”.

Em relação aos anos de serviço na profissão, como se pode observar pelo gráfico n.º 5, as classes que apresentam maior percentagem de anos de serviço são as classes [ 5 - 10[ e [10 - 15[, com percentagens muito semelhantes, 21,1% e 21,7% respectivamente, seguindo-se a classe dos [15 - 20[, com 14,9% e a classe dos [30 - 35[, com 12,1%, apresentando as restantes valores percentuais muito inferiores. A classe modal é a que corresponde aos [10 - 15[ anos de serviço sendo a média de anos de serviço de 16,5 anos.

**Gráfico n.º 5 - Distribuição dos enfermeiros segundo os anos de serviço**

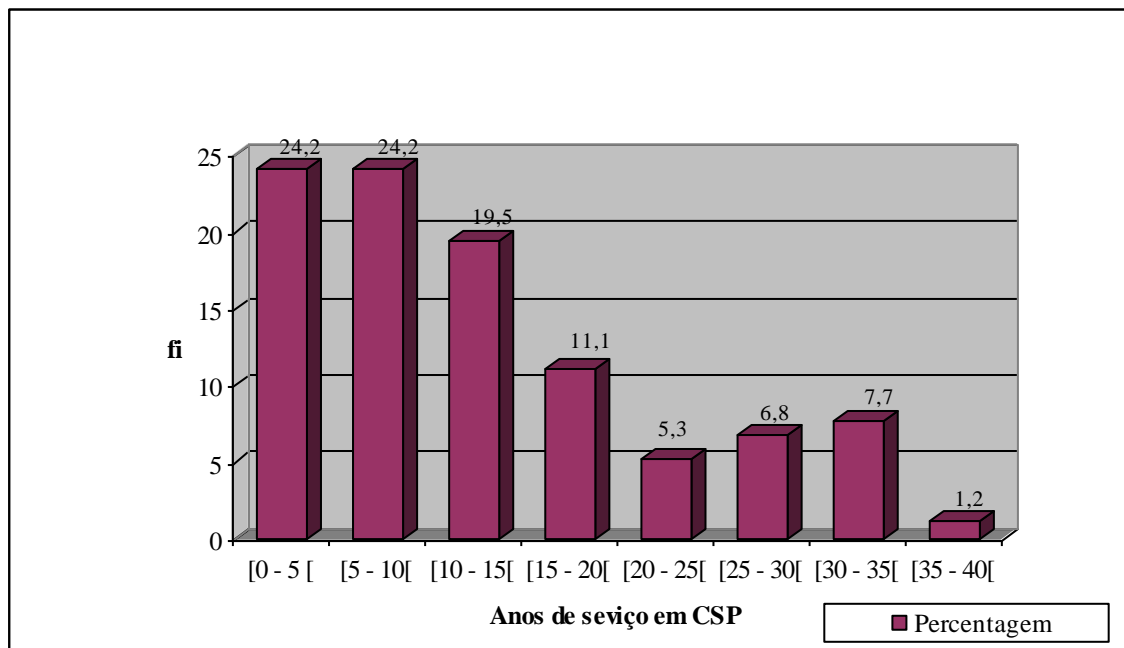


Os anos de serviço em CSP foi também analisado. Assim, pela observação do gráfico n.º 6, verifica-se que as classes que apresentam maiores percentagens são [0 - 5[, [5 - 10[, com valores percentuais iguais, 24,2%, correspondendo às classes modais.

Por ordem decrescente de valores segue-se a classe [10 - 15[, com 19,5% respectivamente. As restantes classes apresentam percentagens muito inferiores. Existe

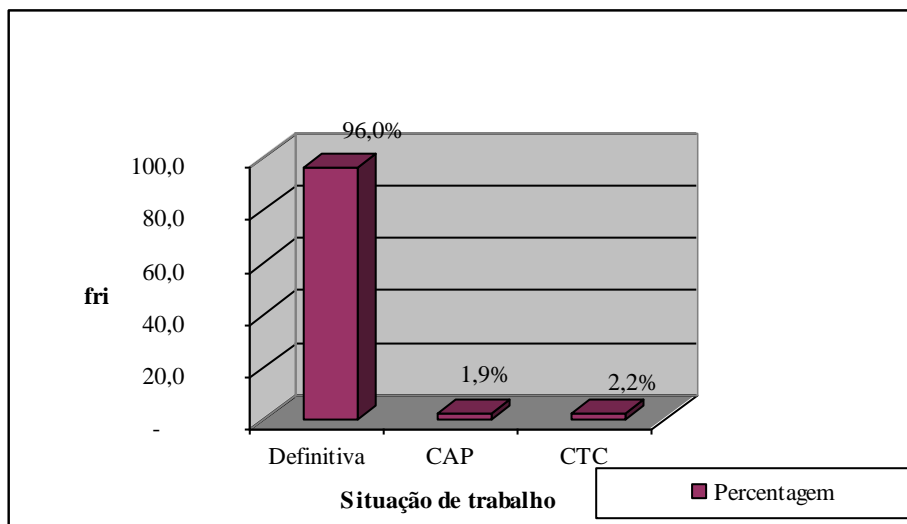
grande número de entradas para os CSP, pois correspondem aos enfermeiros com menos anos de serviço. A média de anos de serviço em CSP (12,19) é inferior à média de anos de serviço de enfermagem (16,5), podendo concluir-se que existem enfermeiros que exerceram a sua actividade noutros sítios antes de ingressar em CSP.

**Gráfico n.º 6 - Distribuição dos enfermeiros segundo os anos de serviço em CSP**



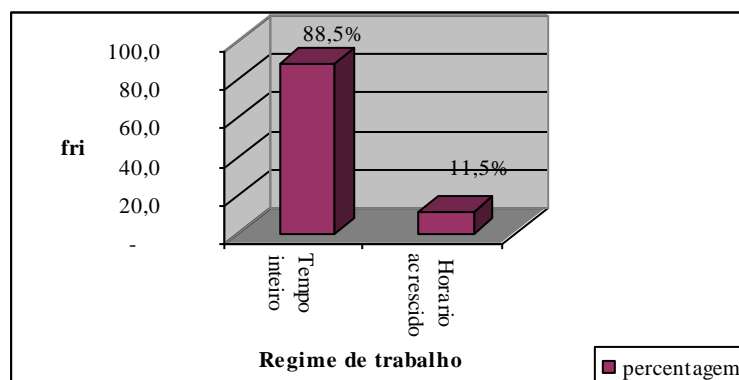
Em relação à situação de trabalho dos enfermeiros, esta é relativamente estável, pois apenas 4,1% dos enfermeiros estão em situação de contrato: 1,9% ( $fi = 6$ ) CAP e 2,2% ( $fi = 7$ ) CTC. Os restantes 96% ( $fi = 310$ ), encontram-se numa situação de trabalho definitiva, pertencendo aos quadros das instituições (gráfico n.º 7).

**Gráfico n.º 7- Distribuição dos enfermeiros segundo a sua situação de trabalho**



Os enfermeiros da Sub- Região de Saúde de Santarém trabalham maioritariamente em regime de trabalho a tempo inteiro (fri = 88,5% e fi = 287) e apenas 36 enfermeiros (fri = 11,1%), trabalham em regime de horário acrescido (Gráfico n.º 8). Existem no entanto outros enfermeiros, em regime de trabalho parcial, a assegurar Serviços de Atendimento Permanentes e Atendimentos Complementares, que não foram contabilizados, pelo facto de não fazerem parte do quadro das instituições e não se integrarem no âmbito do trabalho a desenvolver.

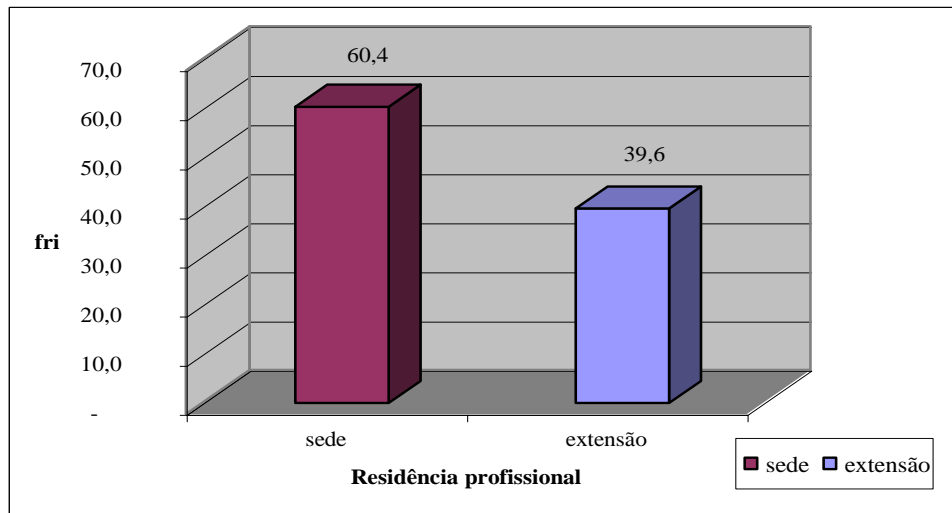
**Gráfico n.º 8 - Distribuição dos enfermeiros segundo o seu regime de trabalho**



Os Centros de Saúde, são compostos por um núcleo central de prestação de cuidados, geralmente localizado na região mais densamente populacional da região, que normalmente corresponde à sede de concelho e por extensões de saúde, que se localizam, geralmente pelas freguesias com maior número de habitantes e mais afastadas desse centro. Pela observação do gráfico n.º 9, constata-se que a maioria dos

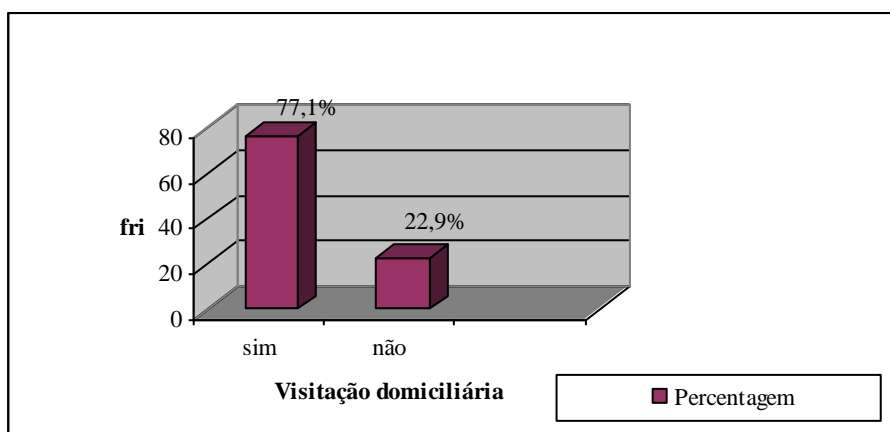
enfermeiros, tem como residência profissional as sedes dos Centros de Saúde ( $fi = 195$ ;  $fri = 60,4\%$ ) e apenas  $39,6\%$  ( $fi = 128$ ) têm como residência profissional, extensões de saúde, apesar de o distrito de Santarém ser o maior detentor de extensões de saúde a nível nacional (Ferreira, 1998).

**Gráfico n.º 9 - Distribuição dos enfermeiros segundo a sua residência profissional**



Observando o gráfico n.º 10, constata-se que a maioria dos enfermeiros da Sub-Região de Saúde de Santarém, efectuam visitas domiciliárias ( $77,7\%$ ;  $fi = 249$ ) e que apenas  $22,9\%$  ( $fi = 74$ ) dos enfermeiros não efectuam visitas domiciliárias.

**Gráfico n.º 10 - Distribuição dos enfermeiros segundo a realização de visitação domiciliária**





## 5.3 – OS ENFERMEIROS PRESTADORES DE CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

### 5.3.1 – Considerações metodológicas

Tendo toda a população em estudo (enfermeiros da Sub-Região de Saúde de Santarém), identificados e caracterizados pessoal e profissionalmente, consultamos alguns estudos no âmbito dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa e outros no âmbito dos cuidados de enfermagem em casa, uns utilizando a abordagem qualitativa e outros a quantitativa. Destacando-se entre estes “*Cuidados domiciliários de enfermagem – Que práticas?*” com abordagem qualitativa de Vieira *et al* (1998) e “*Percepção dos idosos face aos cuidados de enfermagem*” de Silva (1995) de abordagem qualitativa.

Pretendíamos assim ter a perspectiva dos dois tipos de abordagens utilizadas na prática, complementando com a parte teórica referente a cada uma delas. As leituras efectuadas dos diferentes autores que estudam estas duas abordagens, nomeadamente Polit (1995) e Fortin (1999) permitiram-nos uma decisão mais consciente e consistente. Verificamos que, se por um lado temos a abordagem quantitativa, hipotética – dedutiva, associada ao positivismo lógico que considera a “*verdadeira*” ciência aquela que utiliza medidas quantitativas, por outro lado, cada vez mais as ciências sociais e humanas recorrem a abordagens de natureza qualitativa, holística – indutiva, orientada para o estudo de fenómenos mais subjectivos e narrativos.

Entender os fenómenos humanos de forma holística, significa ter presente que o ser humano está em relação continua com o conjunto da natureza. Cada elemento do universo interage com os outros, sendo impossível isolar a causa, do efeito. Estes pressupostos encontram-se explicitados no paradigma da transformação de Kerouac (1996), em que cada fenómeno é único, não havendo um fim, já que ele está em contínuo movimento. Neste paradigma a pessoa é vista como um ser único, com percepções e experiências individuais face ao ambiente que a rodeia. Na dinâmica pessoa – ambiente estabelecem-se relações de harmonia / desarmonia que cada um experiencia como um acontecimento único na sua vida. Coexistindo o enfermeiro em todo este envolvimento com a pessoa.

Deste modo se o objecto do nosso estudo é a pessoa que cuida – o enfermeiro, o investigador tem forçosamente de se envolver nas diferentes dimensões, bio-psico-social da pessoa.

Para Hesbeen *“cuidar é complexo, por mais evidente que isso possa parecer, não estamos habituados a pensar e agir em complexidade”* (2000, p.31), no entanto é necessário ter disso consciência. A natureza humana permite-nos reconhecer e identificar os melhores caminhos a percorrer. Seguindo este pressuposto, devemos adoptar o princípio do pensamento complexo em que a pessoa deve, ao mesmo tempo, ser abordada de forma global sem ignorar os elementos que a compõem não esquecendo as várias interacções que se constataam entre esses vários elementos (Hesbeen, 2000).

Considerando a natureza – *a experiência humana* – da problemática em estudo decidimo-nos por uma abordagem qualitativa, dado que esta nos permitiria abordar de forma holística os fenómenos humanos, e nos conduziria a pistas para uma melhor compreensão dos mesmos no seu contexto. Tal como nos refere Polit e Hungler:

*“ A pesquisa qualitativa costuma ser descrita como holística (preocupada com os indivíduos e seu ambiente, em todas as complexidades) e naturalista (sem qualquer limitação ou controle impostos ao investigador). Este tipo de pesquisa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida pelos próprios actores”* (1995,p.270).

Bogdan e Biklen (1994) referem que a expressão investigação qualitativa é usada como um termo genérico que integra diversas estratégias de investigação as quais têm por base determinadas características. Estes autores enumeram cinco características para este tipo de abordagem:

- a fonte directa de dados é o ambiente natural dos sujeitos;
- é descritiva;
- o seu interesse é maior pelo processo, do que simplesmente pelos resultados;
- os dados tendem a ser analisados de forma indutiva;
- os significados atribuídos pelos sujeitos têm importância vital.

- Os sujeitos expressam as suas ideias sem constrangimentos de acordo com as suas perspectivas pessoais, crenças e valores.

No sentido da recolha de informação, no âmbito da investigação, foi necessário a selecção das estratégias a adoptar. Bogdan e Biklen definem como *“estratégias mais representativas da investigação qualitativa,(...) a observação participante e a entrevista em profundidade”* (1994, p.16).

Assim este tipo de abordagem, encontra na entrevista um dos instrumentos primordiais, pois, *“(...) se quisermos saber o que as pessoas pensam ou sentem, ou aquilo em que acreditam, o meio mais directo de se obter essa informação é perguntar-lhe a respeito, do mesmo”* (Polit e Hungler 1995, p.170). Nos estudos de natureza qualitativa, os pesquisadores têm de ter uma atenção especial, relativamente à qualidade das técnicas de colheita de dados e desses mesmos dados (Polit e Hungler, 1995, p.210).

Por tudo o que já foi enunciado, enquadrámos o nosso estudo numa abordagem qualitativa, não se pretende que seja um estudo exaustivo de uma realidade social na sua globalidade, mas antes de um espaço social reduzido e integrado num determinado espaço de tempo. Conforme referem Bogdan e Biklen em relação a estudos qualitativos, a preocupação dos investigadores não é *“(...) se os resultados são susceptíveis de generalização, mas sim a de que outros contextos e sujeitos a eles podem ser generalizados”* (1994, p.66).

Num estudo de abordagem qualitativa e seguindo o que é defendido por Lakatos e Marconi (1992), que referem que a classificação dos tipos de investigação varia de acordo com o realce dado pelos seus autores, caracterizamos o nosso estudo de descritivo, exploratório e transversal.

Consideramo-lo **descritivo** por permitir descrever alguns fenómenos de interesse e obter a informação mais completa e precisa acerca dos mesmos. Polit e Hungler (1995, p.119) dizem-nos que o propósito da pesquisa descritiva *“é o de observar, descrever e explorar aspectos de uma situação”* e que *“é elaborada para resumir o estado de alguns fenómenos de interesse, conforme eles existem”* (Polit e Hungler, 1995, p.138).

É **exploratório** porque a problemática em estudo, ainda não foi aprofundada, embora existam alguns estudos no domínio dos cuidados domiciliários à pessoa idosa, pelo que nos parece ser um tema de interesse a explorar e aprofundar. Gil (1991), refere que,

*“(...)este tipo de pesquisa tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vista à formulação de problemas mais precisos (...)para estudos futuros (...)é realizada especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado”.*

Pretendemos assim, adquirir uma visão das diferentes vertentes da problemática no seu contexto próprio e identificar factores de influência sem a preocupação de estudar relações de causa / efeito, nem de generalização de resultados. Foi nesta base que optámos por desenvolver a nossa pesquisa com vista à obtenção de mais informações, que nos permitam desenvolver acções futuras, no âmbito desta problemática. Atendendo ainda ao que nos refere Gil, (1991, p.46) *”as pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores preocupados com a actuação prática”.*

Consideramos o nosso estudo **transversal** pois:

*“(...)permite-nos uma visão fotográfica da realidade em estudo, num determinado instante, ou seja, possibilita analisar um sujeito ou grupo de sujeitos num dado momento para dar resposta às variáveis de interesse” (Mendonça, et al, 2000, p.77).*

O nosso estudo apresenta requisitos que se enquadram num estudo de caso. Porquê?

Atendendo aos objectivos do estudo, como desenho de investigação, o estudo de caso é o mais adequado, tendo em conta que se trata de uma situação circunscrita, contextual e temporal, que permite captar a subjectividade das perspectivas dos enfermeiros, sujeitos do estudo. Merriam, citado por Mestrinho (1997), refere que esta metodologia permite *“uma descrição e uma análise de um fenómeno limitado, com vista a descobrir o que nele existe de essencial, único e característico”.* O estudo de caso justifica-se por se tratar de um método de pesquisa que pode levar a conhecer o como e o porquê de um fenómeno, recorrendo a uma variedade de fontes de informação. Gil (1991), refere que o estudo de caso *“é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objectos, de maneira a permitir conhecimento amplo e detalhado do mesmo”.* Segundo Goetz e Lecompte, citados por Mestrinho (1997), estes estudos têm *“um carácter*



*particularista, descritivo, holístico e indutivo, com ênfase no processo, na compreensão e interpretação dos fenómenos em estudo”.*

Pretende-se uma compreensão, através da análise e interpretação de realidades e expectativas tal como elas são “*vividas*”, “*sentidas*” e “*definidas*” pelos sujeitos, uma vez que o foco da investigação num estudo de caso é sobre uma unidade de análise – enfermeiro - que Merriam, citado por Mestrinho (1997), define como “*um método limitado de análise e não necessariamente sobre uma só pessoa ou sobre uma empresa, mas pode ser, sobre tudo o que está ligada a um sistema*”. Para o mesmo autor o estudo de caso “*não tem o objectivo da verificação de hipóteses*”, ou seja, propicia um exame completo duma faceta da realidade, de um resultado ou de acontecimentos, o que oferece, segundo o mesmo autor, “*uma perspectiva vicariante, onde várias espécies de inferências podem ser realizadas, não se pretendendo contudo, que as conclusões possam ser generalizáveis*”.

### **5.3.2 – O universo da pesquisa**

Em virtude da nossa pesquisa visar a perspectiva do enfermeiro que presta cuidados de enfermagem no domicílio a idosos em Centros de Saúde da Sub-Região de Santarém, existe agora necessidade de especificar, de entre este grupo de enfermeiros, os que farão parte do estudo.

Atendendo a que é um estudo de natureza qualitativa e tal como Fortin, citando outros autores nos alerta para a relação entre o pequeno tamanho da amostra e a não representatividade desta, neste tipo de estudos, também refere que “*uma amostra de grande tamanho é de evitar em investigação qualitativa, porque gera um enorme amontoado de dados, difícil de analisar*” (1999, p.156). A fase de decisão do número de sujeitos a considerar para a formação da amostra é fundamental. Não existindo uma fórmula para a sua definição, o investigador deve defini-la com base na avaliação dos factores relacionados, nomeadamente com os objectivos delineados e a homogeneidade da população alvo (Fortin, 1999). A exigência de representatividade da amostra em estudos de investigação não é absoluta. Não devendo confundir-se a representatividade com a cientificidade (Quivy e Campenhoudt, 1998). Ao



pretendermos desenvolver um estudo de natureza qualitativa, interessa-nos essencialmente seleccionar casos ricos em informação, isto é, “(...) *sujeitos tidos como característicos da população em questão, ou particularmente conhecedores das questões que estão sendo estudadas*”(Polit e Hungler, 1995, p.148). Assim se pode entender que em estudos de natureza qualitativa, o tamanho da amostra não se prende com a questão da representatividade em termos estatísticos, pois, não se pretende generalizar os dados obtidos, mas sim a sua adequação aos objectivos do estudo em curso.

*“Considerando a importância que os métodos qualitativos atribuem ao saber e à experiência das pessoas seleccionadas para o estudo,(...) é importante que as pessoas seleccionadas sejam capazes de testemunhar sobre a sua experiência ou de descrever o que interessa ao investigador, o que supõe uma motivação para participar e uma capacidade de se exprimir”.*(Fortin, 1999, p.156)

Como já foi referido anteriormente a Sub-Região de Saúde de Santarém está dividida, em termos administrativos, em duas Unidades Saúde: Lezíria e Ribatejo Norte, pelas especificidades e características comuns das mesmas, assim como proximidade geográfica. Assim, foram escolhidos de forma aleatória cinco Centro de Saúde de cada Unidade de Saúde: Alpiarça, Almeirim, Abrantes, Chamusca, Cartaxo, Rio Maior, Tomar, Vila Nova da Barquinha, Tomar e Santarém.

Após a selecção do Centro de Saúde, passou-se à selecção do enfermeiro. De acordo com o inquérito preenchido anteriormente, seleccionaram-se um de entre os enfermeiros que realizam visita domiciliária a utentes com mais de 65 anos, também de forma aleatória.

Foi contactado o enfermeiro chefe/ responsável de cada Centro de Saúde seleccionado, no sentido de descodificar qual seria o enfermeiro, já que o inquérito foi preenchido por ordem alfabética dos nomes dos enfermeiros, possuindo nós apenas a sua enumeração. Ao mesmo tempo que se pediu esta descodificação, auscultou-se o enfermeiro chefe/responsável acerca da disponibilidade do elemento da equipa de enfermagem para participar no estudo, contactando nós posteriormente com ele.



Foi também, tal como tinha sido pedido pela Sub-Região de Saúde de Santarém aquando da sua resposta acerca da viabilidade da realização do estudo, enviado a esta o nome dos enfermeiros seleccionados e os Centros de Saúde a que pertenciam.

### **Caracterização geral dos enfermeiros seleccionados**

- ◆ Os enfermeiros que foram seleccionados, são maioritariamente do sexo feminino (nove), apenas um é do sexo masculino.
  
- ◆ As idades variam dentro dos intervalos: [20-25[ - um enfermeiro; [25-30[ - um enfermeiro; [30-35[ - três enfermeiros; [35-40[ - três enfermeiros; [45-50[ - um enfermeiro e [60-65[ - um enfermeiro
  
- ◆ Na sua maioria são casados (sete), existindo um solteiro e dois divorciados
  
- ◆ Quatro dos enfermeiros têm como competência escolar a licenciatura e os restantes seis Bacharelato.
  
- ◆ Todos os enfermeiros têm como residência oficial a sede, à excepção de dois que trabalham em extensões de saúde do Centro de Saúde.
  
- ◆ No que se refere à categoria profissional, são todos graduados, à excepção de um que é especialista e de outro que ainda é enfermeiro.
  
- ◆ Só um enfermeiro possui a situação de trabalho em contrato administrativo de provimento, os restantes, a sua situação de trabalho é definitiva.
  
- ◆ O regime de trabalho é maioritariamente a tempo inteiro, apenas dois enfermeiros possuem horário acrescido.
  
- ◆ Anos de serviço em Cuidados de Saúde Primários: [0-5[ - um enfermeiro; [5-10[ - quatro enfermeiros; [15-20[ - quatro enfermeiros; [30-35[ - um enfermeiro.



- ◆ Anos que realizam visitação domiciliária a idosos: [0-5[ - um enfermeiro; [5-10[ - cinco enfermeiros; [15-20[ - tr s enfermeiros; [20-25[ - um enfermeiro.

### 5.3.3 - Entrevista como técnica de colheita de dados - procedimentos de aplica o e análise

Os instrumentos de colheita de dados e a forma como são aplicados em investiga o, permitem uma comunica o muito particular, entre o investigador e os sujeitos. Têm como objectivo, recolher o máximo de informa o possível relacionada com as questões de investiga o formuladas. *“A colheita de dados tende a ser rica e intensa, focalizando a totalidade do fenómeno”* (Polit e Hungler, 1995, p.286). Os dados que pretendemos, podem ser colhidos de várias formas (através de um ou mais instrumentos de colheita de dados), junto dos sujeitos do estudo.   o investigador quem determina qual o instrumento que melhor se adapta   problemática e às questões de investiga o (Fortin, 1999, p.240).

Face a algumas op o es metodológicas já delineadas neste estudo, como sejam tratar-se de um estudo qualitativo, ser exploratório, bem como atendendo às questões de investiga o e aos objectivos, decidimos utilizar **a entrevista** como técnica de colheita de dados. A este respeito Bogdan e Biklen (1994, p.134) refere que, nos estudos de natureza qualitativa, as entrevistas podem constituir a estratégia dominante para a recolha de informa o, ou podem ser utilizadas em conjunto com a observa o participante. Também em Carmo, encontramos a fundamenta o para recorrer a este instrumento de colheita de dados: *“Os dados numa investiga o descritiva são normalmente recolhidos mediante (...)a realiza o de entrevistas”*. (1998, p.213). Bogdan e Biklen (1994, p.134) referem ainda que a entrevista permite *“recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente(...)”*, a forma como os sujeitos interpretam as suas vivências. Pelo que, o investigador deve estabelecer um clima de confiança, de modo a que o sujeito se sinta   vontade para expressar livremente aquilo que sente.

Das diferentes formas de conduzir uma entrevista optámos pela entrevista **semi-estruturada**. Consideramos ser esta a que melhor permite aos sujeitos expressarem



livremente as suas opiniões, falar das suas experiências, sentimentos e emoções, mesmo aqueles que não sabem ler, permitindo também ao investigador esclarecer o significado das perguntas e até introduzir novas questões, que no momento se lhe afigurem pertinentes, face ao assunto em questão. Quivy e Campenhout (1998, p.192) denominam-na de **semi-directiva** “*no sentido em que, não é inteiramente aberta nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas*”. O sujeito deve sentir que pode falar abertamente sobre o assunto. O investigador possui uma listagem de temas a abordar, com algumas perguntas referentes a cada um deles. As perguntas devem ser colocadas de forma natural, pelo investigador, segundo a ordem que melhor lhe convém, encaminhando a entrevista para os objectivos da mesma, sempre que o sujeito se afaste deles. Este procedimento permite que no final da entrevista os temas tenham sido abordados na globalidade (Quivy e Campenhout, 1998 e Fortin, 1999). Ghiglione e Matalon fundamentam estes pressupostos nos seus estudos acerca da entrevista semi-estruturada.

*“Existe um esquema de entrevista (...), porém, a ordem pela qual os temas podem ser abordados é livre; se o entrevistado não abordar espontaneamente um ou vários dos temas, o entrevistador deve-lhe propor o tema” . (2001, p.92)*

É importante referir um procedimento, que ao ser adoptado pode condicionar a liberdade da pessoa em responder e deixar que o seu sentir transpareça, que é o excesso de perguntas, que segundo Quivy e Campenhout “*conduz sempre ao mesmo resultado: o entrevistado (...) dispensar-se-á de comunicar o mais fundo do seu pensamento e da sua experiência*” (1998, p.74).

Com base em todos estes pressupostos, e na bibliografia já referenciada sobre a entrevista, foi elaborado um *guião de entrevista* (Anexo IV). Para tal teve-se por base a problemática, os objectivos, as questões de investigação e o enquadramento teórico já construído. O guião da entrevista é um sumário, a que se recorre sem alterar, tanto quanto possível, a ordem de exposição dos assuntos por parte do entrevistado. Esta atitude corresponde aos pressupostos da entrevista semi-directiva, em que se explora o pensamento do sujeito, tendo sempre presente a problemática em estudo (Albarello, 1997, p.111).



No sentido de testar a clareza das questões, a duração da entrevista, a habilidade para a condução da mesma e ainda para treino de gravação em áudio, realizámos uma entrevista preliminar a um sujeito com características idênticas às dos sujeitos efectivos do estudo. Este procedimento é de crucial importância permitindo corrigir, verificar a redacção, a ordem das questões e resolver problemas imprevistos. Deve o entrevistador anotar as suas observações, críticas e sugestões (Fortin, 1999, p.253). Depois de se ouvir a gravação, a transcrever e analisar globalmente a entrevista, constatou-se não haver necessidade de introduzir alterações no guião da entrevista. No entanto verificou-se ser necessário que o entrevistador tomasse uma atitude mais directiva, de forma a conduzir a entrevista mais de acordo com o objectivo de cada questão. Porém esta atitude não deve prejudicar a liberdade da pessoa idosa em expor as suas ideias, que devido a alterações características desta etapa da vida, por vezes, se é interrompido o fluir do pensamento é difícil de retomar a ideia inicial.

A entrevista é composta por três blocos de assuntos, cada um com os seus objectivos e as respectivas perguntas/tópicos. A entrevista decorreu de acordo com as ideias do sujeito acerca dos cuidados de enfermagem que lhe prestam no domicílio.

*“A entrevista permite-nos o acesso às representações do sujeito (Albarello, 1997, p.88)”* em termos de opiniões, percepções ou aspirações, no entanto devemos permitir que o discurso decorra sem *“cortes no pensamento”*. A nossa atitude como entrevistador foi a de conduzir a entrevista, reintroduzindo temas menos explorados, clarificar ideias, mantendo o discurso, nos objectivos das questões. Carl Rogers (1986) citado pelo mesmo autor, refere ser importante a neutralidade benevolente do entrevistador, durante a entrevista, em que este *“ não dá a sua opinião, não avalia, não dá sugestões(...), evitando ao mesmo tempo parecer indiferente”*(1997, p.100). Assim se compreende que para conhecer a realidade é importante diferenciar o nível das representações do nível das relações objectivas, devendo-se ter em conta factores independentes da consciência, como por exemplo o estabelecimento de relações sociais (Albarello, 1997, p.88).

Após a realização de todas as entrevistas, todos os dados constituem o *corpus* para análise, tendo em conta o que nos refere Vala (1986, p.109) *“se o material a analisar foi produzido com vista à pesquisa que propõe realizar(...), então o corpus da análise é*



*constituído por todo esse material*”. Impõem-se então a análise dos dados obtidos, de forma que estes se tornem compreensíveis, na forma que virão a assumir. Assim, os dados serão descritos e analisados, segundo a nossa sensibilidade e capacidades, tendo sido agrupados segundo diferentes categorias.

#### **5.3.4 - Considerações éticas**

Tal como a maioria das profissões, também a enfermagem se preocupa com os aspectos éticos e deontológicos em todos os seus campos de actuação. Esta preocupação assume especial importância no campo da investigação qualitativa, visto que os temas abordados e os dados colhidos, são em regra de âmbito muito pessoal, envolvendo os sentimentos e as vivências de cada um. É assim necessário providenciar para que em nada, nem em nenhum momento da investigação, a dignidade e integridade do sujeito como pessoa holística, seja ignorada ou ameaçada. Assim, conscientes de que a ética se pode considerar o conjunto dos valores humanos, que orientam o comportamento do enfermeiro, enquanto investigador, os seus procedimentos devem obedecer a determinados aspectos éticos, de forma a garantir e assegurar aos sujeitos do estudo, os seus direitos.

Para Bogdan e Biklen (1994) existem dois pressupostos éticos no âmbito da investigação com sujeitos humanos, *o consentimento informado e a protecção da pessoa contra qualquer dano*. Estes autores referem nos seus estudos que:

*“(...) os sujeitos aderem voluntariamente aos projectos de investigação, cientes da natureza do estudo e dos perigos e obrigações nele envolvidos. Os sujeitos não são expostos a riscos superiores aos ganhos que daí possam advir”*.

Também para Fortin (1999), existem cinco direitos fundamentais aplicáveis às pessoas que foram determinados pelos códigos de ética:

- *direito à autodeterminação.*
- *direito à intimidade.*
- *direito ao anonimato e à confidencialidade.*
- *direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo.*
- *direito a um tratamento justo e leal.*

Atendendo a estes pressupostos no início de cada entrevista, informámos os sujeitos dos objectivos, garantindo-lhes a confidencialidade dos dados e o anonimato, clarificando o carácter voluntário da sua participação e informando-os de que poderiam interrompê-la se o desejassem sem qualquer constrangimento, sendo assegurado que todas as informações por eles fornecidas seriam utilizadas exclusivamente no âmbito deste estudo. Tais preocupações inserem-se, na perspectiva de Fox, citado por Wilde (1976), ao dizer que :

*“Os investigadores parecem ignorar o facto de que a participação activa dos sujeitos na investigação, ainda que de uma forma verbal, pode fazer emergir sentimentos, activar as memórias e forçar percepções que de outra forma não ocorreriam. Face a este risco o investigador deve estar disposto a encontrar soluções que possam colmatar o problema.”*

Foi também solicitada autorização para proceder à gravação da entrevista, explicitando o porquê da sua necessidade. Todos estes procedimentos foram planeados, na fase de preparação da entrevista como se pode constatar no guião da entrevista (Anexo IV), no primeiro bloco de assuntos: *legitimação da entrevista*. É no entanto importante referir que os sujeitos acederam com rapidez, prontidão e firmeza a colaborar no estudo.

### **5.3.5 – Limitações do estudo**

É fundamental a existência de um período para reflexão e análise acerca dos resultados obtidos, a sua criação e atribuição de significados, como resultado da sua redução e organização aquando da sua descrição e análise (Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 1990). Assim e segundo o que Alves-Mazzotti (2001), propõe é necessário analisar questões relacionadas com a credibilidade, transferibilidade, consistência e confirmabilidade dos dados.

Tivemos a preocupação em termos de credibilidade. Ao longo da aquisição de dados verificamos com os próprios entrevistados, no decurso das entrevistas, os significados atribuídos ao objectivo em estudo, porém, o facto de terem sido realizadas apenas dez entrevistas não sendo possível obter a saturação dos dados, fenómeno que segundo



Fortin (1999, p.306), “*é reconhecido pelo investigador quando as categorias de análise estão estabilizadas e as informações suplementares não acrescentam mais nada de novo à compreensão do fenómeno estudado*”, é considerado por nós como uma limitação. Poderá ainda ter existido algum enviesamento, pelo facto de ser enfermeira e desenvolver a minha actividade profissional, no mesmo contexto do estudo.

Após estas considerações, passamos à fase de apresentação e análise dos resultados.

## 6 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS EM CASA: PRÁTICAS E REPRESENTAÇÕES DOS ENFERMEIROS

O estudo desenvolve-se no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, especificamente cuidados de enfermagem prestados em casa. O enfermeiro enquanto prestador de cuidados e a pessoa idosa enquanto sujeito alvo de cuidados, são os elementos-chaves deste processo, com vista à promoção do auto-cuidado. Este pressuposto é o seguido pelo enfermeiro quando orienta os cuidados a prestar, por um modelo teórico. O modelo de Dorothea Orem, fornece um quadro de referência essencial na formação e intervenção com vista à promoção de auto-cuidado, tendo como grande finalidade a autonomia da pessoa. Assim, é através do planeamento dos sistemas de cuidados de enfermagem, que o enfermeiro dá resposta às necessidades da pessoa. O sistema que o enfermeiro aplica perante a pessoa a cuidar (totalmente compensatório, parcialmente compensatório e apoio e educação), depende de vários factores, nomeadamente a etapa do ciclo vital em que se encontra (Orem, 1980). Assim e devido às características da pessoa idosa, com alterações a nível físico, psíquico e social, poderá utilizar-se em simultâneo, um ou mais destes sistemas.

Para o desenvolvimento deste estudo e nomeadamente para a análise dos dados, propomos o modelo de análise que se segue (figura n.º 7).

Os dados serão agrupados segundo diferentes categorias que, foram surgindo da leitura exaustiva das entrevistas, efectuadas aos enfermeiros, cuja transcrição integral se encontra em anexo (Anexo V). Ao longo da descrição e análise das categorias, surgirão contextualmente excertos das entrevistas<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Para a apresentação destes excertos foram utilizados códigos/ signos linguísticos, cujo significado é o seguinte:

**Ex** - excerto que se refere à entrevista número x.

**(y-z)** – o excerto transcrito encontrar-se-á, na entrevista original, entre as linhas y e z.

**(...)** – excerto da transcrição original, não relevante para o contexto em análise.

**(palavra/ frase)** – palavra ou frase de ligação que confere significado ao texto.

## 6.1 – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM CASA: MODELO DE ANÁLISE

Este modelo de análise foi construído, essencialmente no sentido de que possamos situar e enquadrar de forma simples e visual, o contexto que se pretende na análise dos dados. Assim, é com base neste modelo, que os dados recolhidos serão descritos.

Uma das actividades inerentes à vertente dos Cuidados de Saúde Primários é o cuidar em casa. No centro de todo este processo encontra-se o enfermeiro e no nosso contexto específico, a pessoa idosa / família por ele cuidada. Estes actores devem manter uma relação tão próxima que o “universo” de um deverá envolver o “universo” do outro de forma que existam trocas fluidas em todo o processo de cuidar.

As questões que se poderão colocar neste âmbito de cuidar em casa, poderão assumir dois significados, o da pessoa idosa enquanto cuidada e o enfermeiro enquanto cuidador. Face ao tempo disponível para a realização deste trabalho de investigação, optamos por nos centrar apenas na perspectiva do enfermeiro no cuidar a pessoa idosa em casa, deixando a outra vertente, a da pessoa cuidada para um estudo subsequente. Assim, o enfermeiro na sua actividade terá que adoptar um modelo teórico. Este deverá basear-se em teorias de carácter humano, que vão ao encontro da filosofia de cada profissional, influenciando o seu conceito e forma de cuidar. O enfermeiro em Cuidados de Saúde Primários adopta, normalmente no desenvolvimento das suas actividades o modelo teórico de Orem, que desenvolve a teoria do auto cuidado, onde se entende o Homem com capacidade inata para cuidar de si próprio. Os cuidados de enfermagem surgem quando a qualidade ou quantidade dessa capacidade de auto-cuidado está diminuída ou ausente.

Nesta perspectiva de actuação que é entendida como a capacitação da pessoa que o enfermeiro cuida no sentido do alcance da sua autonomia, o enfermeiro terá que preencher requisitos de auto cuidado do indivíduo, desenvolvendo três sistemas específicos propostos por Orem: Totalmente compensatório; Parcialmente compensatório; Apoio e educação. Na sua actuação e no desenvolvimento das suas actividades e aplicação destes sistemas, o enfermeiro terá que possuir diversas competências, para que a sua actuação se torne eficaz no sentido daquilo que pretende.



Assim, o enfermeiro terá que mobilizar todos os seus saberes: saber; saber fazer; saber ser ou estar, adquiridos tanto na formação, como na experiência acumulada ao longo do tempo.

Neste contexto e face aos dados colhidos, organizamos a análise dos resultados, definindo duas grandes categorias, relativamente aos enfermeiros : o processo do cuidar em casa, categoria mais concreta e objectiva e o modo de pensar e cuidar, associada às maneiras de pensar e formas de cuidar dos enfermeiros, decorrendo de cada uma destas categorias, outras de carácter mais específico:

### **CUIDAR EM CASA: O PROCESSO**

- ◆ O desencadear do processo;
- ◆ Circuitos de informação;
- ◆ Continuidade de cuidados e registos;
- ◆ Planeamento de cuidados;

### **O MODO DE PENSAR E CUIDAR**

- ◆ As concepções de enfermagem;
- ◆ A concepção do auto cuidado e a sua promoção;
- ◆ A dimensão relacional na prestação de cuidados;
- ◆ Expectativas do enfermeiro face aos cuidados de enfermagem que são prestados em casa;
- ◆ Factores que influenciam a satisfação sobre o cuidar em enfermagem;
- ◆ Representações do enfermeiro face à prestação de cuidados de enfermagem em casa a pessoas idosas;



## Figura n.º 7 - Modelo de análise



## 6.2 – CUIDAR EM CASA: O PROCESSO

A enfermagem é uma ciência multidisciplinar dirigida ao Homem actual e considerado na sua globalidade. Para Carvalho (1996):

*“ A enfermagem, tal como ela é concebida actualmente baseia-se em conhecimentos científicos e técnicas, tendo como função específica assistir de forma humana e competente o indivíduo, a família ou a comunidade na satisfação das necessidades básicas”.*

Esta assistência, referida por Carvalho (1996), pode ser efectuada em diferentes contextos, entre eles a própria casa dos indivíduos/ famílias. Cuidar em enfermagem em casa, segundo a Sub-Região de Saúde Santarém (1993), citado por Vieira (1998, p.83):

*“(…) é assistência dada pela enfermagem (...) aos indivíduos e família no seu próprio ambiente de modo a observar os factores inerentes à manutenção da saúde, prevenção da doença, proporcionando se necessário os cuidados para tratamento da doença e recuperação da saúde”.*

O processo de cuidar em casa reveste-se de diferentes particularidades. É a estas que, com base nos depoimentos recolhidos através das entrevistas aos enfermeiros faremos referência nos sub-capítulos seguintes.

### 6.2.1 – O desencadear do processo

Segundo os depoimentos recolhidos, o início do processo, a forma como os cuidados domiciliários se iniciam, difere, de Centro de Saúde para Centro de Saúde e de situação para situação. A maior parte das vezes a iniciativa é do próprio enfermeiro que se preocupa e se desloca no sentido de averiguar se está tudo bem com aquela pessoa idosa/ família, sendo a família outro dos elementos referenciado como muito presente e com iniciativa no sentido do início do processo de cuidados no domicílio.

No decurso das entrevistas, os enfermeiros também referem o médico de família como elemento que referencia os utentes para que lhe sejam prestados cuidados de enfermagem em casa. Porém, apenas em situações concretas, onde a prescrição médica é fundamental, como a indicação para instituição de alguma terapêutica, mas esta forma de início não é referida como sendo muito frequente, normalmente o contacto inicial é com o enfermeiro. Este facto demonstra que as práticas de enfermagem têm vindo a ganhar cada vez maior autonomia: os enfermeiros passaram de meros executantes das prescrições médicas. Pela sua competência e nível de conhecimentos, têm a possibilidade de instituir cuidados planeados e programados, por forma a que os resultados obtidos sejam o mais satisfatórios possível para o receptor dos cuidados (indivíduo, família, grupos ou comunidade). Este pressuposto encontra fundamento normativo num decreto lei que regula o exercício profissional dos enfermeiros (REPE – Decreto Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro), já referido na fundamentação teórica, onde se clarificam, entre outros conceitos, os cuidados de enfermagem enquanto intervenções autónomas e interdependentes. Esta evolução é notória, a nível normativo/legal, da prestação de cuidados de enfermagem e a nível do contexto real da prática de enfermagem.

*E5 (44–46) – “(...) há utentes que nós deixamos de ter algum contacto deles e que sabíamos que estavam em determinada situação a precisar de cuidados e que acabamos por lá ir, por iniciativa própria para saber como é que está a situação(...)”.*

*E9 (30–32) – “ (...) o utente que está a precisar do domicílio é referenciado por nós mesmos, porque são utentes do serviço que nós conhecemos e entretanto há uma necessidade e podem ser referenciados por nós”.*

*E5 (40–43) - “Normalmente há situações em que são os familiares que vêm ao CS e contactam o enfermeiro, procuram pelo enfermeiro explicam o que é que se passa e nós normalmente fazemos sempre uma avaliação daquilo que a pessoa nos diz e entretanto combinamos uma visita domiciliária para depois avaliar o que é que se passa...”.*

*E2 (49-50) – “(...) passa primeiro por nós o domicílio do que pelo médico... nem sempre o médico está disponível para ir lá fazer a visita domiciliária...”.*

*E4 (49-48) – “Há diversas formas do doente chegar até nós, podem ser encaminhados pelo médico de família, que normalmente e penso que até é daquela que sucede menos vezes(...)”.*

Os cuidados domiciliários, segundo os enfermeiros entrevistados, também poderão ter início através de outros elementos da própria equipa, tais como terapeutas ocupacionais



e assistentes sociais, em Centros de Saúde onde intervêm estes profissionais. As ajudantes de lar, que estão também diariamente em contacto com a população mais idosa, são uma ajuda preciosa na referenciação, para que o processo de cuidados de enfermagem em casa se inicie.

É ainda referenciada, pelos enfermeiros outra forma possível para o início dos cuidados de enfermagem em casa: a referenciação do hospital onde o utente esteve internado, indiciando uma articulação entre Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Diferenciados. O utente sai do hospital com uma nota de enfermagem, onde são referenciados todos os cuidados de que este necessita, ou então pode ainda existir uma referenciação directa dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Diferenciados, por fax ou telefonicamente. Alves *et al* (1993) citando Becker refere que: *“os membros da mesma profissão têm que comunicar entre si de modo a clarificarem obrigações e responsabilidades; é preciso manter linhas abertas de comunicação entre os profissionais, em benefício dos utentes”*.

*E2 (4-5) – “(...) se as pessoas estão em domicílio do lar, são às vezes as funcionárias que nos alertam para isso (...)”.*

*E4 (53-55) – “(...) outras vezes são referenciados pela assistente social não só a que trabalha conosco mas também as assistentes que trabalham por exemplo nos lares (...) que fazem o apoio domiciliário da zona”.*

*E4 (91-92) - “Temos a terapeuta ocupacional que ajuda e que nós encaminhamos para ela e às vezes encaminha ela para nós...”.*

*E3 (19-21) – “(...) através de carta do hospital, o doente esteve internado trouxe uma carta de referência da enfermeira do hospital e vem com essa carta referenciada e nós iniciamos a visitação domiciliária.”*

*E4 (56-58) –“ (...) muitos doentes chegam até nós através de fax que vêm do hospital, doentes que têm alta e portanto chega o fax até nós com toda a informação do diagnóstico, que tipo de tratamento é que vão necessitar, qual o apoio que nós temos que dar. ”*

*E5 (46-49) – “(...) temos algumas situações de referenciação do hospital quando há internamentos e estão para ter alta e contactam-nos quer pelas notícias de internamento e depois nós telefonamos para lá ou situações mais prementes e que eles telefonam directamente.”*

Segundo o que se pode apurar através do depoimento dos enfermeiros, os cuidados de enfermagem que são prestados em casa, a nível da Sub-Região de Saúde de Santarém, inserem-se nos três níveis prevenção de saúde da história natural da doença. A história



natural da doença pode ser definida como a própria evolução que toda a doença ou processo têm quando abandonados ao seu próprio curso. Apresenta dois períodos: pré-patogénese e patogénese. Nestes períodos, três níveis de medidas de prevenção são aplicadas, correspondendo ao período de pré-patogénese o 1º nível de prevenção (componentes promoção de saúde e protecção específica) e ao período de patogénese o 2º (diagnóstico precoce e tratamento imediato) e 3ºs níveis de prevenção (reabilitação).

Porém tendo por base o depoimento dos enfermeiros entrevistados existem Centros de Saúde onde a vertente curativa, o tratamento é evidenciado, por algumas condicionantes tais como, falta de tempo por parte dos enfermeiros e a falta de pessoal de enfermagem.

*E4 (82-88) – “Prestamos cuidados a todos os níveis... desde aqueles que são os curativos a vigilâncias (...) avaliação da situação familiar (...), não só para prevenção como para a promoção (...) existem muitos utentes que nós continuamos a seguir (...) que neste momento da parte curativa já não têm nada, mas continuamos a passar por lá (...) para ver como está a situação(...)”.*

*E1 (39-43) – “Essencialmente é tratamentos... curativos (...) e depois isto também tem muito a ver com as fases que estamos a passar... Eu quando vim para cá trabalhar isto estava com muita falta de pessoal... agora à pouco tempo vieram outras duas colegas, nós temos o quadro mais ou menos completo... e eu por exemplo o mês passado fiz vacinação anti-tetânica aos idosos”.*

*E3 (82-85) – “É assim, o nosso tempo é um bocadinho pouco, de qualquer forma pretendemos, damos sempre muito mais prioridade, embora não seja o mais correcto mas devido à falta de tempo a prioridade é dada aos cuidados curativos, mas também prestamos cuidados nas outras áreas (...)”.*

Os cuidados de enfermagem prestados em casa, podem ocorrer, segundo os enfermeiros entrevistados, pelo déficite de auto-cuidado por parte da pessoa idosa, ou porque as pessoas idosas têm dificuldade em aceder aos cuidados de enfermagem no Centro de Saúde, por se encontrarem a grandes distâncias do mesmo, viverem em condições precárias e não terem acesso fácil a transportes.

Orem (1993), diz-nos que o auto-cuidado é “ *prática de actividades iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício para a manutenção da vida, da saúde e do bem estar*”. O auto-cuidado está assim associado ao desejo de facilitar e permitir que as pessoas tomem iniciativa de serem responsáveis pela sua saúde, quando isso é possível. Neste contexto, Orem (1993) ao referir-se à Pessoa como alvo dos cuidados, diz que:



*“(...) diferem de outras coisas vivas por sua capacidade de reflectir acerca de si mesmos e do seu ambiente, de simbolizar aquilo que vivenciam, e de usar criações simbólicas (...) no pensamento, na comunicação e no direccionamento de esforços para realizar e fazer coisas que trazem benefício a si e aos outros” (George, 1996, p.96).*

Esta ideia, vem fundamentar o referido pelos inquiridos, nas seguintes expressões:

*E5 (155-159) –“(...) se a pessoa está deslocada e tem problemas em ir ao CS e há alguém que ainda vai ali, nem que seja a cascos de rolha como se costuma dizer e uma pessoa estava ali sozinha, sem se poder cuidar e essa situação (...) às vezes contactando por telefone ou pessoalmente eu acho que é bastante importante porque acaba nalgumas situações por influenciar muitas vezes o tratamento e a evolução da situação da pessoa... para ela se começar cada vez mais a cuidar sozinha”.*

*E7 (24-25) – “As nossas visitas domiciliárias são praticamente só para acamados ou semi acamados. Pessoas que não se possam deslocar cá...”.*

*E2(177-181) – “(...) as pessoas vivem mesmo em condições precárias. Casas completamente degradadas, palheiros (...), às vezes é mesmo um casebre ou uma casita no meio dos pinheiros (...) a visitação é mesmo pela distância, por não terem meios de transporte”.*

*E6(56-59) – “(...) alguns não têm transporte e gastam muito dinheiro para vir aqui de taxi ou de autocarro e vêm não sei quantas horas antes e depois só têm autocarro não sei quantas horas depois e também porque o CS é lá em cima, com escadas a subir...”.*

Como se pode constatar pelas expressões anteriores, o acesso aos cuidados de enfermagem, também se relaciona com a realidade arquitectónica dos serviços de saúde. Verificamos, aquando da nossa deslocação para a realização das entrevistas, a diferentes Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Santarém, que os edifícios onde alguns funcionam, são muitas vezes, adaptados de estruturas já existentes para outras finalidades. Este facto condiciona de forma visível o acesso da população com dificuldades a nível motor. O Centro de Saúde referido, nas citações, apresenta escadas, tendo os utentes de se deslocar ao segundo andar para serem atendidos. O próprio enfermeiro reconhece que tal facto se apresenta como limitação e como condicionante da prestação de cuidados de enfermagem em casa.

Existe ainda outro facto a salientar. O acesso aos cuidados de enfermagem e nomeadamente aos cuidados de enfermagem em casa, é condicionado pela falta de informação da população acerca deste serviço. Verifica-se ainda pelas entrevistas, que

os enfermeiros consideram que os utentes e nomeadamente os idosos, desconhecem a dimensão dos serviços de que poderão usufruir. É notória a importância dada pelos idosos à gratuitidade dos cuidados. Os idosos desconhecem o facto deste serviço ser gratuito, preocupando-se com o facto de não poderem pagar a deslocação do enfermeiro e o próprio tratamento. Este é um dos pressupostos dos nossos serviços de saúde, desde 1990 que a lei de Bases da Saúde veio definir novas linhas de actuação, entre as quais se evidencia o facto de os cuidados de saúde passaram a ser “*tendencialmente gratuitos*”. Uma das explicações referida pelos enfermeiros, para este desconhecimento é a falta de divulgação deste tipo de serviços. Porém estes referem que a não divulgação se deve à posterior incapacidade por parte das equipas de enfermagem, em responder à procura de cuidados, por diversas condicionantes, tais como inexistência de uma equipa vocacionada apenas para esta área.

*E2 (209-213) – “(...) estão sempre preocupados inicialmente para pagar, quanto é que é... Dizemos: Não se paga nada, não é nada não é... E as pessoas hoje em dia...Eles às vezes sentem isso ... E continuam a perguntar quanto é que é, pois sabem que nós nos deslocamos, que vamos lá. E eles então ficam assim emocionados...”*

*E2 (307-309) – “Nem sabem que existe este serviço...(...) há pessoas que ainda não sabem... Aparecem ainda ambulâncias com pessoas para fazer pensos que não sabem...”*

*E9 (104-108) – “(...) não mostramos, não oferecemos, não divulgamos aquilo que podemos ter para oferecer. É verdade que também não divulgamos muito. Porquê? Porque depois não temos muita coisa por trás... depois não conseguimos responder às expectativas que eventualmente vamos criar nas pessoas...nós devíamos ter um carro, uma viatura própria, uma equipa sempre na rua, destinada para aquilo, disponível para aquilo, que são os cuidados (...)”*

## 6.2.2 – Circuitos de informação

Para que se considere uma verdadeira equipa de trabalho (médico/ enfermeiro), a informação deve circular no seu seio, no sentido de uma perfeita continuidade de cuidados. Por isso no decurso das entrevistas, os enfermeiros foram questionados acerca da comunicabilidade entre elementos da equipa. Por exemplo em relação à necessidade de apoio médico num tratamento que está a ser efectuado em visitação domiciliária, apenas um entrevistado referiu sem embaraços, a colaboração existente. Os restantes dados recolhidos apontam para um déficit de visitação domiciliária médica, quando o



enfermeiro solicita o apoio, apesar de ser referido pelos enfermeiros que, existe no horário médico tempo para tal actividade. Os enfermeiros verificam assim a prescrição médica apenas pela descrição que fazem do caso que os preocupa.

Verificam-se assim, através das respostas dos enfermeiros, diferenças na prestação de cuidados domiciliários, nos vários Centros de Saúde da Sub-Região e até dentro de cada um deles, dependendo dessa prestação dos profissionais de saúde. É referido pelos enfermeiros que, quando o médico não realiza visitas domiciliárias, os utentes resolvem os seus problemas, recorrendo a serviços de urgência, médicos particulares e essencialmente confiam e valem-se da boa vontade do profissional de enfermagem que lá vai a casa. Este facto é entendido por alguns profissionais de enfermagem entrevistados, como rotineiro e até o entendem como um voto de confiança neles, por parte do médico, referindo-o *como boa ligação*. Porém, desta forma existe uma substituição de papéis, neste caso substituição do papel do médico, como que valorizando o do enfermeiro. A contrariar estas opiniões estão outros depoimentos, que consideram a presença do médico indispensável em cuidados domiciliários e que consideram que não é através de uma descrição, por melhor que ela seja que o médico deverá prescrever algo. Alves *et al* (1998) refere que :“ *não há necessidade de tentar convencer ninguém acerca do importante papel do enfermeiro como elemento fundamental da equipa de saúde.... não devemos convencer os outros do nosso lugar na equipa, devemos antes demonstrá-lo*”.

**E3 (39-41) – “(...) quando é nestes casos, nestas situações o médico desloca-se com a enfermeira para avaliar... o médico vai posteriormente connosco fazer nova avaliação do doente”.**

**E9 (236-240) – “O médico também tem que estar presente nas VD... é essa outra deficiência, é a falta do apoio médico nos domicílios, há feed-back bonzinho e tal, mas não deixa de ser feed-backe não deixa de ser através da descrição...por muito bem que eu descreva qualquer situação, não é sentida nem vista pelos olhos do médico portanto nunca pode ser avaliada na sua... realidade pronto”.**

**E1 (12) – “O médico normalmente não vai...(referindo-se às visitas domiciliárias), tem tempo no horário, mas não vai...”.**

**E5 (73-74) – “Pela descrição da situação eles aconselham isto ou aquilo ou pedem alguns exames de diagnóstico, vamos lá e depois traz-se o feed-back ao médico”.**

*E7(16-18) – “Pela descrição ele (o médico) prescreve... se nós não nos entendermos no assunto canalizamos mesmo para eles e depois eles vão lá, mas só há um ou dois médicos que vão, todos os outros não...”.*

*E10 (28–31) – “(...) vão muito mal, muito poucas vezes...ou então fazem a prescrição... (...)uma receita de antibiótico ou isso, conforme a situação e o que nós lhe dizemos”.*

*E1 (120-122) – “(...) sentem o apoio do enfermeiro, que não sentem se calhar de outras pessoas e...pronto já não digo da família, mas por exemplo, uma vez que não têm tanto contacto com o médico, nós somos como que uma pontezinha...”.*

*E9 (150–156) – “Depende do médico em quem o utente está inscrito... se for um médico que até faz domicílios, ele vai lá... o médico que não faz domicílios, ou o doente pede uma ambulância e vem ao hospital e no hospital é visto e é-lhe prescrito, ou...pede a um médico que vá lá particularmente e paga o domicílio.... ou então pedem à enfermeira para dizer ao médico e a enfermeira diz o que é que se passa e o médico prescreve aquilo que entende...consoante aquilo que a enfermeira diz”.*

*E6 (81-84) – “Sim exactamente nós dizemos, olhe há este doente com uma infecção urinária, o doutor não passa um antibiótico, olhe está com a ferida infectada.... fazemos isso constantemente... ou tem que fazer umas análises. Há ali um elo de ligação, muito boa ligação entre nós...”.*

*E8 (26-31) – “Nesse caso ou comunicamos oralmente ao médico ou o médico às vezes vai. Nós temos uma doutora que vai muitas vezes aos domicílios, quando há um AVC recente quando há uma coisa que seja necessária ela vai e pronto há depois uma evolução... e os doutores também não têm tempo para... e normalmente nós vamos falando com eles... muitas vezes até a nível de medicamentos nós vimos que há um edema e que se devia passar de ½ furosemida para um, nós comunicamos, há sempre interacção...”.*

### 6.2.3 – Continuidade de cuidados e registos

Como sublinhamos ao longo de todo o trabalho, o cuidar em enfermagem implica diversos pressupostos, entre os quais as actividades que se desenvolvem, no sentido de assegurar a continuidade de cuidados. Esta continuidade de cuidados tem fundamentação estratégica, no plano de acção 1999 de ARSLVT, onde se refere a necessidade da disponibilidade de recursos e tecnologias que sustenta a articulação entre os profissionais de saúde. Também, através do Despacho Conjunto n.º 407/98 (Diário da República II série n.º 138 de 18 de Junho), o Governo português criou as orientações reguladoras dos cuidados de saúde continuados que asseguram, sobretudo, a prestação de cuidados de enfermagem e médicos, de natureza preventiva e curativa.



Os enfermeiros entrevistados, referem que, perante a necessidade da prestação de cuidados enfermagem a utentes durante o fim de semana e feriados, procedem aos encaminhamentos que consideram necessários e mais adequados, dependendo da organização das suas instituições, no sentido de que a continuidade de cuidados seja assegurada. Em Centros de Saúde onde existe apoio de enfermagem em casa, aos fins de semana e feriados, existe uma centralização da informação acerca dos utentes aos quais é necessário assegurar os cuidados efectuados durante a semana, em geral na sede. Vai, normalmente um enfermeiro, segundo uma escala desenvolver esses cuidados, tendo como base a informação veiculada pelo colega e o registo escrito da evolução dos tratamentos - guia de tratamento. Nos Centros de Saúde, onde não se verifica este apoio de enfermagem, em casa aos fins de semana e feriados, os enfermeiros referem que tentam efectuar tratamentos de forma a que não seja necessário efectuá-los nesse período de tempo, ou então quando tal não é possível e o tratamento é imprescindível, referem que encaminham o utente para o AC, que se encontra em funcionamento, em geral nas sedes dos Centros de Saúde. Referem ainda que estes utentes geralmente têm que se deslocar de ambulância, por dificuldades inerentes à sua situação clínica. É ainda referido pelos enfermeiros, a existência de Centros de Saúde que possuem protocolos com entidades, tais como os bombeiros, que deslocam ao Centro de Saúde, de ambulância os utentes, que necessitam que a continuidade de cuidados seja assegurada, durante fins de semana e feriados. Porém alguns enfermeiros referem que não consideram esta solução como muito viável ou até correcta, pois apesar das ambulâncias estarem ao serviço da população, assim como os seus tripulantes e de existirem vários tipos de ambulância – *socorro e transporte*, essas não deverão ser ocupadas com este tipo de serviços, que seriam evitáveis, com a reformulação da organização interna de serviço de enfermagem.

*E2 (16-17) – “O enfermeiro está na sede, depois, porque já tem referência dos vários colegas das extensões se é preciso ir fazer domicílios ao fim de semana, da área do Centro de Saúde... e vai fazê-los”.*

*E4 (28-32) – “Ao fim de semana ficamos dois, fica um enfermeiro do Centro de Saúde e um enfermeiro do Hospital, portanto a colega que está responsável pelos seus doentes, pela sua freguesia, faz a avaliação e verifica se aquele doente necessita ou não de cuidados durante o fim de semana, se ele necessitar ela referencia-o , portanto fica a guia de tratamento numa pasta... depois nós temos acesso a essa informação”.*

*E9 (19-24) – “Temos a referenciação dos colegas, acerca dos utentes que é necessário cuidar no fim de semana, que é feita para a sede até às 6<sup>as</sup> feiras às 14h, para a colega, que geralmente é o enfermeiro chefe que vê as referências e depois passa aos enfermeiros que estão escalados para o fim de semana”.*

*E3 (161-166) – “Para a visitação domiciliária nós só trabalhamos de segunda a sexta, tentamos fazer tratamentos de forma a que não seja necessário ao fim de semana. Quando   imprescindível ao fim de semana o utente tem que se deslocar de ambulância (...) que quando   ao fim de semana e principalmente quando   de Inverno, os utentes terem de se deslocar de ambulância ao Centro de Saúde para fazer tratamentos...   muito inc modo”.*

*E7 (65-70) – “Ao fim de semana se houver a necessidade de .... fazer a continuidade temos o Ac, o doente vem ao Ac... Vêm de ambulância... só temos cuidados aqui no CS aos fins de semana...Há protocolo com a câmara, que paga aos bombeiros e os bombeiros trazem-nos c , sempre que   necessário... mas   só aos fins de semana”.*

*E8 (280-282) – “Acho que não se deveria vir fazer tratamentos de ambulância... a ambulância deve servir mais para as urgências e não para isto, os serviços   que se têm de organizar...”.*

Os enfermeiros referem ainda que, quando não existe formalmente a presta o de cuidados de enfermagem em casa aos fins de semana ou feriados, esta pode também passar pelo bom senso e consciência dos elementos da equipa de enfermagem. Este acto pode ser considerado de louvar, no entanto referem não se poderem vangloriar com ele, pois demonstra assim a falta de continuidade assídua dos cuidados de enfermagem que são prestados em casa.

*E8 (271-277) – “Não... não temos cuidados no domicílio aos fins de semana ou feriados... por exemplo agora houve um feriado e calhou a uma 6<sup>a</sup> feira e porque normalmente aos fins de semanas e feriados   só uma e não nos podemos ausentar do serviço, do Ac, naquele dia  ramos duas e como era uma 6<sup>a</sup> feira há mais tratamentos e assim, estava uma no atendimento e outra colega não se importou de ir no carro dela com autoriza o da direc o do CS e fazer a visita... porque achamos mesmo necessário...mas não está certo... não há sempre esta continuidade...”.*

Para que a continuidade de cuidados, seja realmente eficaz, e sendo a visita o domiciliária de enfermagem, uma actividade diária do enfermeiro, tal como todas as outras, implica a existência de um suporte de registo – *as guias de tratamento* – onde se registar  a evolu o da situa o do utente, dia a dia.



Segundo os enfermeiros entrevistados, existem no entanto condicionantes a estes registos. Por mais importantes que os enfermeiros os considerem, referem que os registos ficam sempre para segundo plano, pois tentam desempenhar a sua função, desenvolvendo as actividades destinadas àquele dia, deixando os registos para o final das actividades, ou para o dia seguinte, podendo deixar muitas informações importantes esquecidas.

Normalmente o médico é o mentor da guia de tratamento, ou seja ele é que prescreve o tratamento ou outro e assina, tomando a responsabilidade daquele acto. Porém, de acordo com os dados recolhidos, ao nível da Sub-Região de Saúde de Santarém, isso nem sempre acontece. A guia de tratamento pode nunca chegar a ser formalizada ou poderá haver outro tipo de suporte para registos, tal como a nota de internamento, que acompanha o utente quando tem alta do Hospital, contendo a informação da sua situação clínica, e cuidados a efectuar. Segundo o depoimento dos enfermeiros, o médico muitas vezes passa a guia de tratamento, a pedido da família sem saber do que se trata, se de uma úlcera de decúbito, de uma queda ou outro, indo o enfermeiro depois a casa da pessoa confrontando-se com a realidade avaliando a necessidade de novas visitas, ou encaminha a situação da forma que acha mais adequada.

*E8 (8-12) – “(...) a maior parte das vezes passa uma guia de tratamento. Se for um medicamento, um injectável, passa a guia de tratamento, se é uma ferida, muitas vezes comunica que há necessidade de ir ao domicílio mas ele próprio muitas vezes também não sabe propriamente o que é que se passa, se são úlceras de pressão se foi por queda...(...) nós levamos a guia a dizer que é uma ferida mas depois nós é que vemos a situação...”.*

*E1 (65-67) – “Preenchemos o cabeçalho inicial, com a avaliação inicial e depois com o registo dos tratamentos efectuados ou dos cuidados que se prestam... eu tento fazer sempre que vou lá visitar...”.*

*E10 (19-20) – “É na folha da guia de tratamento que fazemos o registo da evolução do tratamento. Temos sempre, registos actualizados...”.*

*E7 (190-198) – “(...) falta-me tempo... e eu tenho uma certa dificuldade é nos registos. O que é que acontece? Como não há tempo, faz-se tudo encadeado e quando é hora de registar... muitas vezes chego já depois da hora cá e pronto, amanhã de manhã já vou registar, mas há muita coisa que se perde... Nos registos aparece muito menos do que aquilo que... se faz...Penso que havia de ser contabilizado o tempo dos registos numa visitação domiciliária... mas não há tempo para isso... ainda nesta segunda feira eu fiz 14 visitas domiciliárias de âmbito curativo... nós temos tratamentos muito demorados...”.*

*E1 (9–10) – “Teoricamente o médico devia também se calhar fazer a primeira visita e para a guia de tratamento ser confirmada por ele... mas eles não vão...”.*

*E1 (25–26) – “A guia de tratamento muitas vezes nem é formalizada, somos nós que fazemos... a maioria das nossas guias nem está assinada (pelo médico)”.*

*E7 (11-13) – “Pode não ser mesmo... pode ser a nota do hospital... É difícil muitas vezes é fazer ligação com os médicos porque eles não têm disponibilidade para ir a visitas domiciliárias, portanto... as guias de tratamento... às vezes não existem”.*

No entanto, é referido pelos enfermeiros que, se a ida da enfermeira a casa, não implicar qualquer actividade relacionada com a administração de terapêutica, a guia de tratamento formalizada pelo médico, já não é necessária, ficando a enfermeira autonomamente responsável pelos cuidados de enfermagem necessários.

Porém existem enfermeiros que referem que, mesmo depois de efectuar a visita a casa do utente, pedem posteriormente a guia ao médico, no sentido da formalização da actividade que efectuaram, mas isso não seria necessário, pois a actividade pode enquadrar-se nas actividades autónomas da carreira de enfermagem. Neste contexto outros enfermeiros referem que efectuam os registos destas actividades nas folhas de registo de enfermagem referentes a : Situação inicial; Observação; Avaliação e Planeamento dos cuidados ( SOAP).

*E5 (63-67) – “Quando há situações que o enfermeiro tem capacidade de avaliar e resolver sozinho ... nós normalmente damos conhecimento ao médico que vamos lá mas que não há nada mais formal escrito por parte do médico, mas as nossas guias ficam sempre com o nome do utente, as moradas os registo naquele dia, normalmente os registos não se formalizam com o médico(...)”.*

*E9 (144-147) – “Quando é uma prescrição do médico no domicílio temos a guia do médico assinada por ele e temos a guia de tratamento. Quando nós vamos, quando o domicílio é de nossa iniciativa vamos sem guia de tratamento e depois, pedimos uma guia de tratamento ao médico e fazemos à mesma os nosso registos”.*

*E1 (63) – “Muitas vezes registamos nas nossas SOAPS ( referindo-se à evolução de situações de utentes em visita domiciliária)”.*

Para além das guias de tratamento, segundo os enfermeiros entrevistados, existem Centros de Saúde que utilizam outros tipos de suporte de registo: folhas para avaliação dos níveis de dependência dos utentes e folhas de comunicação entre os elementos da equipa. Como forma de contabilizar as visitas domiciliárias, os actos efectuados e a



caracterização dos utentes, um dos Centros de Saúde do qual foram colhidos dados tem ainda um suporte estatístico informático, contando assim com a colaboração de um elemento administrativo, para o efectuar. Existe ainda a necessidade de inovar, de querer fazer ainda mais, para que os cuidados domiciliários de enfermagem sejam cada vez mais valorizados e se consigam adequar à realidade, ao contexto e às vivências de cada um a quem se prestam cuidados, existindo um Centro de Saúde do qual se colheu dados onde a equipa de enfermagem pensa abrir um processo de enfermagem referente a cada doente que está a ser cuidado em casa.

*E2 (64-68) – “(...) vai lá (a casa do utente), normalmente um enfermeiro para avaliar... e depois dá-se seguimento... preenche-se estas folhas com os níveis de dependência, agora é esta que se usa, é da Sub-Região e depois...”.*

*E3 (34-35) – “Avalia-se a dependência e a partir daí o médico passará uma guia de tratamento para começar a fazer a visitação domiciliária com o respectivo tratamento que é necessário...”.*

*E4 (34-37) – “Além de termos as guias de tratamento.... temos umas folhas que são umas folhas de contacto. Como nós não estamos sempre presentes no Centro de Saúde, para deixarmos recados uns aos outros da equipa”.*

*E6 (88-94) – “Temos um processo, mesmo as folhas próprias que foram criadas para a visitação domiciliária onde temos o diagnóstico de situação... faz-se a avaliação toda situação económica da família... fazemos a avaliação da ferida, medimos para aí de 15 em 15 dias,(...) os tratamentos que estavam instituídos e o que se está a fazer agora, todos os dias fazemos sempre os registos da evolução. Temos ...tudo registado e tudo guardado”.*

*E4 (37-40) – “Temos também uma base de dados portanto.... no computador... quem trabalha essa base de dados é um administrativo que trabalha connosco... todo o tipo de registos estatísticos é trabalhado... o número de vezes que vamos, o tipo de cuidados, tudo isso fica registado nessa base de dados”.*

*E4 (41-46) – “Começamos a falar em abrir um processo de enfermagem referente a cada doente e fazemos coisas como avaliar o Apgar Familiar, o genograma, tudo isso é importante para termos no processo porque às vezes, já sucedeu chegarmos a casa de um utente que não conhecemos e dizermos que lindo dia está hoje e o senhor é invisual e nós não sabemos porque não o conhecíamos, são tudo coisas importantes que têm que estar referenciadas”.*

#### **6.2.4 – Planeamento de cuidados**

Planear, pressupõe que se parta do presente e se perspetive o futuro, e se prevejam as acções coordenadas com os meios necessários. É assim fundamental o planeamento de



cuidados para que se alcance o desejado em termos de ganhos em saúde. Sendo que o planeamento, constitui a segunda etapa do processo de enfermagem, torna-se a forma mais adequada para iniciar a abordagem do problema em causa. Muito embora o desenvolvimento de acções, possam apresentar alterações, no sentido de replanejar o anteriormente formulado, não deixa de ser também um processo que envolve uma certa flexibilidade e retroacção na acção e para a acção. É assim que o planeamento de cuidados, se enquadra em termos de visita domiciliária. Segundo Stanhope *et al* (1999), a fase de pré-visita, é aquela onde se planeiam as actividades, onde se prepara o material e se seleccionam estratégias de intervenção, ainda no Centro de Saúde.

O planeamento de cuidados relacionado com os métodos de distribuição do trabalho de enfermagem efectuado em casa, não são idênticos em todos os Centros de Saúde, segundo os depoimentos recolhidos através das entrevistas. Existe um Centro de Saúde que se rege pela modalidade de enfermeiro de família, quer na sede quer nas extensões de saúde. O enfermeiro de família é aquele que habitualmente presta cuidados ao indivíduo e sua família, estando responsável pelos cuidados a estes prestados, no seu contexto habitual – Centro de Saúde da área de residência, ou própria casa. Na Declaração de Munique (2000), este conceito está subjacente, quando se referem ao de enfermeiro de saúde familiar, referindo que este contribui:

*“(...) de maneira muito útil nas actividades de promoção da saúde e prevenção da doença, além das funções de tratamento (...), podendo contribuir para o encurtamento das hospitalizações, ao prestar cuidados de enfermagem às pessoas nos seus domicílios(...).(OE, 2000, p.5)”*

É referido pelos enfermeiros entrevistados que esta modalidade de prestação de cuidados, implica uma grande capacidade de organização dentro de uma mesma equipa de enfermagem, dependendo também de outros factores, tais como o meio de transporte utilizado.

*E1(8) – “Trabalhamos por equipa e cada um faz os seus, os do seu médico”.*

*E1 (34-35) – “Temos carro do serviço com motorista e organizamo-nos pelos tempos... sai uma primeiro sai outra a seguir consoante o nosso horários aqui também no Centro de Saúde”.*

Nas extensões de saúde, todos enfermeiros entrevistados referiram, que funcionam segundo o método de distribuição de trabalho por *enfermeiro de família*, em todas as extensões existe um enfermeiro que presta cuidados aos utentes daquela área geográfica. Foi ainda referido que, nas extensões de saúde, os enfermeiros deslocam-se para a visita domiciliária, de táxi, esperam pela disponibilidade do carro do serviço, ou vão no seu próprio carro, sendo-lhes pago pela Sub-Região de Saúde uma percentagem por cada quilómetro efectuado. Porém, é ainda referido que, levar o carro próprio para efectuar a visitação domiciliária, exige correr riscos. Pode ocorrer um acidente e não existem seguros no serviço que cubram isso e o enfermeiro terá que arcar com todas as despesas. Nas sedes dos Centros de Saúde, é referido que, o enfermeiro que presta cuidados em casa, normalmente se desloca no carro do serviço, com ou sem motorista. Apenas pontualmente utiliza o seu próprio veículo.

*E3 (14-15) – “Nas extensões, cada enfermeira , faz as visitas domiciliárias das respectivas extensões de saúde que coincide com a sua equipe de saúde”.*

*E5 (8-9) – “(...) quem está nas extensões é responsável por todas as actividades incluindo visitação domiciliária(...)”.*

*E7 (28-30) – “Nas extensões também há uma enfermeira em cada uma das extensões e que faz os da área de lá. Mesmo que os utentes sejam de médicos da sede mas que residam nas áreas que as extensões abranjam, são elas que fazem”.*

*E3 (278-281) – “Nesta extensão temos a sorte de ter carro do serviço, mas há colegas que isso não acontece, que fazem de táxi, neste momento não há enfermeiras a fazer no seu próprio carro, isto porque houve experiência de acidentes durante as visitas e portanto as enfermeiras acharam que não tinham que estar a pagar por....”.*

*E9 (12-13) – “Sim utilizamos sempre o nosso carro. No fim de semana também fazemos domicílios, trabalhamos ao sábado e ao domingo de manhã e levamos os nossos carros”.*

Quando foi questionado acerca do método de distribuição de trabalho, se trabalhavam por equipa em visitação domiciliária, houve uma resposta muito interessante, que demonstra o desejo de trabalhar em equipa, como enfermeiro de família:

*E8 (34) – “Eu nem sequer sou enfermeira de família, de equipa (...)”*

Alguns enfermeiros entrevistados, referem que esta metodologia de distribuição de trabalho – *enfermeiro de família*, foi em tempos implementada porém não se tornou



rentável, pela sua má gestão ou falta de organização entre os elementos da equipa de enfermagem.

Existe um Centro de Saúde, onde é referida a distribuição da actividade da visitação domiciliária, pelo enfermeiro, diariamente, sendo considerada pouco adequada, pois demonstra a falta de organização na equipa de enfermagem e indica que esta actividade é deixada para segundo plano, pois não é agendada como todas as outras actividades de enfermagem.

*E2 (34-36) – “Inicialmente, sabia-se quem é que era o médico de família e referenciava-se para a enfermeira de família, mas isto está um bocado perdido entre médicos e enfermeiros... não trabalhamos bem por equipas...”.*

*E3 (9-12) – “Já funcionou cada enfermeiro, por sua equipa, mas não era muito....rentável (...) porque estavam por exemplo duas enfermeiras na mesma rua, uma a dar um injectável outra a fazer um penso, portanto isso não é rentável...”.*

*E2 (41-42) – “No dia nós decidimos, vai uma fazer, não temos um enfermeiro só para isso...não é muito bom... às vezes é difícil organizarmo-nos”.*

Os enfermeiros referem que na maior parte das sedes dos Centros de Saúde, a actividade de visitação domiciliária, é desenvolvida, por um ou dois enfermeiros, que estão responsáveis por essa área, durante um periodo de tempo, que pode ser organizado, passando por todos os enfermeiros, segundo uma escala mensal. Pode ser ainda apenas um elemento de enfermagem durante quinze dias, seis meses ou um ano, depende da organização do próprio serviço e da disponibilidade e sensibilidade dos elementos da equipa de enfermagem. São ainda referidos pelos enfermeiros dois casos particulares de organização do serviço de enfermagem que é prestado em casa. Num Centro de Saúde, apoiados no Projecto dos Cuidados Continuados, os enfermeiros formam uma equipa, integrados nesse projecto (com outros elementos como médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas), e ficam responsáveis pelos cuidados a utentes de uma determinada freguesia, dividem-se segunda a área geográfica de residência dos utentes, tendo toda a disponibilidade para tal actividade, pois estão a tempo inteiro integrados no projecto. É ainda referido, um aspecto importante, o hospital de referência desta zona, funciona como parceiro neste projecto. Existem assim, enfermeiros do hospital que ficam responsáveis pela prestação de cuidados de enfermagem em casa, numa das freguesias da área de abrangência desse Centro de Saúde.

Noutro Centro de Saúde, referido como caso particular, apesar de não terem o projecto de Cuidados Continuados, os enfermeiros, organizam-se em equipas, por turnos, de forma a que fiquem responsáveis por esta área no Centro de Saúde, dedicando-se de forma integral a esta actividade. Têm ainda o apoio de uma auxiliar de acção médica, que é a motorista do veículo onde se deslocam.

*E3 (8-9) – “Estão dois enfermeiros cada 6 meses responsáveis pela visitação domiciliária de todas as equipas (...) saem duas enfermeiras para a visitação domiciliária e vão fazer as visitas domiciliárias que existem”.*

*E5 (9-15) – “Há uma colega que está na sede que é responsável pelas visitas domiciliárias,... apenas faz visitação domiciliária. O objectivo é fazer durante um ano(...), portanto durante aquele ano todas as visitas domiciliárias, sejam de promoção de saúde ou de cuidados continuados ou seja o que for é aquela enfermeira...”*

*E8 (34-39) - “(...) normalmente fazemos uma escala (...) e estão planeadas já as visitas domiciliárias (...) há um horário feito, uma escala”.*

*E9 (3-8) – “(...) estamos escalas de 15 dias em 15 dias e é uma escala rotativa (...) entre nós e fazemos os domicílios correspondentes aos utentes inscritos na sede”.*

*E4 (3-19) – “ O Centro de Saúde tem o projecto dos Cuidados Continuados (...) o projecto funciona com enfermeiros do Centro de Saúde e com enfermeiros do Hospital. Temos alguns colegas que vêm prestar cuidados e que têm uma das freguesias atribuída... Estamos divididos por freguesias, eles têm as freguesia de S.S. e eu por exemplo tenho a freguesia de S.N. e outro tem a freguesia de M. (...) eles saem do hospital fazem uma horas no Centro de Saúde, e fazem parte do projecto dos cuidados continuados”.*

Os enfermeiros entrevistados referem que, quando se deslocam a casa de um utente devem levar todo o material necessário, de forma a conseguirem prestar cuidados com a mesma qualidade/recursos do que os que prestam no Centro de Saúde. Referem que este planeamento é muito importante, pois permite a não existência de perdas de tempo nem põe em causa os objectivos da visita domiciliária, assim, o planeamento efectuado antes de se sair do Centro de Saúde, é considerado como fundamental para que a progressão das restantes etapas da visitação corram exactamente como o desejado. Quando esse planeamento não é feito, ou é feito de forma mais superficial, os enfermeiros entrevistados referem que, os imprevistos acontecem e os tempos de demora na realização desta actividade de visitação domiciliária vai-se prolongando.



Também o contacto efectivo com a pessoa no sentido da marcação da visita, constitui uma acção essencial no planeamento de cuidados, segundo os enfermeiros entrevistados, referindo estes que pode desenvolver-se de diversas formas: se é a primeira visita, fazem-no telefonicamente ou directamente com o utente/ familiar; nas visitas seguintes, referem agendar durante a visita, no caso de haver alteração da data e/ou hora, implicando sempre negociação com a família.

*E9 (109-113) – “Porque quantas vezes chego a um domicílio e como não posso levar tudo sozinha não posso levar tudo atrás de mim e se calhar chego a um domicílio e aquele senhor está entubado e de manhã tirou a sonda, mas eu não fui lá para reentubar porque a família não me tinha dito nada, ia lá fazer os pensos e lá venho eu ao Cs buscar a sonda e voltar outra vez...”*

*E5 (168-175) – “Quando vamos para fazer uma visita(...) desde o arranjar material que é preciso ao ver se aquela pessoa é diabética, levar a máquina de pesquisa de glicémia, levar um estetoscópio e um esfignomanómetro (...) quando é preciso fazer um penso geralmente nós tentamos por um bocadinho de cada apósito e de cada coisa que nós temos para fazer tratamentos dentro da mala, várias ligaduras, às vezes vamos com muitos sacos atrás porque não sabemos o que nos espera... quer dizer são várias as situações...”*

*E10 (129-131) – “Irmos para casa de alguém fazer tratamentos, implica um trabalho prévio... fazer a mala e ir consultar as guias para ver o que se tem que levar, que material é que tem que levar, etc etc...”*

*E9 (85-90) – “Nós tentamos também coordenar com as pessoas a hora, por exemplo umas vezes vamos de manhã, outras vezes vamos à tarde, isso tem que ser tudo esforço entre nós, da nossa parte em tentar conjugar os horários e a família mas também tentamos ir ao encontro das necessidades das pessoas. Nós sabemos que um doente até às 8 e 9 horas está a dormir ainda e o doente Y não está a dormir, então nós vamos primeiro ao doente Y. Coordenamos assim as coisas.”*

### 6.3 – MODOS DE PENSAR E CUIDAR DOS ENFERMEIROS

Dentro da área dos cuidados de enfermagem prestados em casa à pessoa idosa, observamos e reconstituímos os modos de pensar dos enfermeiros da seguinte forma: As concepções de enfermagem; A concepção do auto cuidado e a sua promoção; A dimensão relacional na prestação de cuidados; Expectativas do enfermeiro face aos cuidados de enfermagem que são prestados em casa; Factores que influenciam a satisfação sobre o cuidar em enfermagem; Representações do enfermeiro face à prestação de cuidados de enfermagem em casa a pessoas idosas.



### 6.3.1 – As concepções de enfermagem

Ao longo das entrevistas efectuadas aos enfermeiros, foram encontrados dois tipos de concepções, em relação à forma sobre o cuidar em enfermagem: cuidativas e curativas.

As concepções cuidativas, representam para os enfermeiros entrevistados, os cuidados que para além da satisfação das necessidades fisiológicas, promovem também a satisfação das necessidades do foro afectivo, psicológico e social, decorrendo no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, nas quais são desenvolvidas as capacidades de auto-cuidado. Estas concepções dos enfermeiros, vão ao encontro do que Lazúre (1994) refere acerca do cuidar. Esta autora refere que cuidar é o modo de desenvolver, no outro a capacidade de poder responder por si próprio, aos cuidados quotidianos. Orem (1980) refere que as atitudes cuidativas consistem no desenvolvimento de actividades, pela pessoa, em seu próprio benefício, que visam manter a vida, a saúde e o bem-estar. Ainda neste contexto, Collière (1999), diz-nos que *“o doente é o ponto de partida e o ponto de chegada dos cuidados”*, entendendo-se assim, a pessoa enquanto centro dos cuidados. Ao nível estratégico, a centralidade da pessoa nos cuidados também se revela uma preocupação, como se verifica no estabelecimento de estratégias pela ARSLVT – Plano de Acção 1999 (p.7):

*“Conseguir ganhos em saúde para a população da região, proporcionando uma resposta precisa, concentrada, centrada no cidadão e nos valores da solidariedade e da equidade para os problemas prioritários da saúde, em articulação com a melhoria dos mecanismos de gestão do sistema de saúde.”*

Os enfermeiros entrevistados, tal como se poderá observar pelos excertos das entrevistas apresentados, também entendem que o facto de se preocuparem em considerar a pessoa como centro dos cuidados, alarga o campo de competências da enfermagem, ultrapassando a simples execução da prescrição médica, sendo os cuidados prestados centrados na ajuda à satisfação das necessidades das pessoas, para manter ou recuperar a sua saúde.



É ainda referido pelos enfermeiros que, ser enfermeiro exige o desenvolvimento de competências a vários níveis, revelando-se aqui o saber ser, como fulcral no desenvolvimento de actividades, no cuidar do idoso. Os enfermeiros referem ainda que ao desenvolverem o seu saber ser, promovem o seu crescimento pessoal e o daquele a quem prestam cuidados, verificando desta forma muitas vezes a necessidade de substituir ou promover o seu auto cuidado, promovendo sempre a sua qualidade de vida. O reconhecimento pela pessoa idosa, na manifestação deste saber ser, evidencia-se pela referência à relação enquanto suporte de apoio, conforme deixam transparecer as asserções dos nossos entrevistados, que afirmam também o quanto é importante, na prestação de cuidados, a demonstração de *carinho* e *confiança* àquele a quem se prestam os cuidados.

Em consonância com o já referido na fundamentação teórica, os enfermeiros entrevistados consideram que em ambiente domiciliário a comunicação/relação estabelece-se de forma mais natural e que a pessoa idosa valoriza este tipo de atitude, por parte dos enfermeiros, pois estes são vistos como elementos de suporte e apoio. É ainda referido que o processo de cuidar em casa está intimamente ligado com a forma como comunicamos e nos relacionamos, sendo a relação estabelecida entre enfermeiro e pessoa idosa, favorecedor da interiorização dos ensinamentos e recomendações, efectuadas pelos enfermeiros.

*E2 (168-170) – “Se nós não fossemos lá... neste momento onde é que ele já estaria...Ele estava lá na cama, não se levantava, não tinha condições nenhuma. É engraçado porque agora o senhor já anda sozinho...”.*

*E1 (197-198) – “(...) nem foi das situações mais demoradas em termos de se estender no tempo, mas é uma pessoa que eu continuo a ir visitar e perguntar como é que está e ela fica muito contente e muito receptiva....”.*

*E1 (79-93) – “(...) tirei as listagens, mas depois falta sempre o tempo para isso... que é visitar todos os idosos, acima dos 75 anos ou acima dos... 65 (...) Para ver como é que eles estão, para ver em que condições é que eles estão, se eles estão a precisar de apoio... até há pessoas que em termos sociais... se calhar estão um bocadinho abandonadas, se calhar até precisam de uma orientação... (...) para as várias actividades de vida (...)”.*

*E3 (90-93) – “Fazendo visita domiciliária... cada vez mais nestes casos (pessoas idosas), de forma a que eles sintam um maior bem estar e que tenham uma melhor qualidade de vida, é o que nós pretendemos, para essas visitas domiciliárias (...)”.*

*E7 (159-166) – “(...) há idosos que eu não conheço ou porque moraram noutros lados e vieram para cá depois... e esses... eu de vez em quando, quando tenho um bocadinho disponível ainda vou tentando de porta a porta: aqui mora um idoso que não conheço...Se houvesse mais tempo, desenvolvia mais actividades nesse campo, fazendo chegar o meu apoio a todos a todos...”.*

*E3 (132-136) – “(...) eles dizem sempre, que não têm ninguém com quem conversar, e quando nós ali chegamos eles fazem montes de queixas, mas as queixas é mais para nós estarmos ali um bocadinho sentados ao pé deles, (...) tento sempre sentar-me ali num banquinho ao pé dele e então depois começar a trabalhar, se eu me sentar ele acha que eu tenho tempo para estar com ele e portanto ficamos mais contentes”.*

*E5 (147-153) – “(...) eu acho que se se criar uma boa relação e ela (a pessoa idosa) souber que tem alguém com quem pode contar e que vai lá voltar e que (...) pelo menos os sentimentos consegue expressar e aquilo que ela sente... pelo menos as coisas aliviam ... É pelo menos ter alguém com quem estar e muitos dos idosos é isso, é o quererem falar, é o quererem dialogar é o quererem sentir que alguém os ouve que alguém ainda gosta deles, que ainda alguém lhes dá um carinho...”.*

*E5 (260-264) – “(...) eu consegui relacionar-me muito bem com a utente... e a utente comigo e acho que tiveram as expectativas certas em relação a mim, porque esperavam que eu cuidasse da senhora o tempo que ela tivesse e sabiam que a coisa não ia ser fácil e..., o choro da família os desabafos e tudo aquilo, mostrou que isso aconteceu ... que as coisas correram bem a nível relacional”.*

*E8 (128-132) – “Extremamente importante pois se eu não conseguir estabelecer um grau de comunicação e até de uma boa relação, de uma certa amizade digamos, eles também não vão ter tanta confiança em nós , não descrevem os seus problemas e não vão acreditar em nós e não vão fazer o que nós ensinamos...como é que eles vão acolher os ensinamentos de uma pessoa em quem não acreditam não é ?”.*

As concepções curativas, são entendidas pelos enfermeiros entrevistados, como os cuidados que asseguram a vida, quando existem obstáculos que a põem em causa, relacionando-se com o saber fazer, como componente importante do exercício do profissional de enfermagem. Esta vertente dos cuidados, é definida por Collière (1999, p.237), como sendo “*cuidados de reparação que têm a finalidade de limitar a doença, lutar contra ela*”. A aplicação de técnicas incide na perícia e correcto desempenho de tarefas, inserindo-se aqui tudo aquilo que se relaciona com procedimentos técnicos e terapêuticos, centrados, sobretudo na doença e visando a cura, tais como o planeamento do material (Gândara e Lopes, 1993).

É referido, pelos enfermeiros entrevistados que a execução das técnicas de enfermagem poderão diferir no seu modo de fazer, de enfermeiro para enfermeiro, porém desde que



sejam mantidos os princípios científicos, tudo estará correcto. É referido ainda que, os enfermeiros poderão actuar de forma diferente, utilizando técnicas diferentes no entanto os princípios científicos são mantido de forma que o efeito terapêutico não seja comprometido, para que os resultados obtidos sejam os mesmos. Porém, os enfermeiros entrevistados consideram que a prestação de cuidados em casa, requer uma adaptação e adequação, ao contexto ambiental e arquitectónico, no sentido de não prejudicar as normas básicas de actuação, no sentido de salvaguardar o respeito dos princípios da técnica asséptica cirúrgica.

No decurso das nossas entrevistas foi ainda referenciado que os utentes notam diferenças na execução técnica entre diferentes profissionais de enfermagem, não confiando tanto na execução técnica de enfermeiros que não conhecem, causando um certo desconforto e até frustração entre os elementos da equipa de enfermagem.

Tem sido preocupação e alvo do estabelecimento de protocolos e estratégias de intervenção, por parte dos responsáveis da Sub-Região de Saúde o encaminhamento e tratamento de lixos contaminados (resultantes de tratamentos), como resíduos hospitalares. Os enfermeiros referem que tais intervenções abrangem, de forma concreta, somente os lixos provenientes dos Centros de Saúde, não tendo sido contemplado concretamente a forma de tratamento dos lixos provenientes dos cuidados de enfermagem de âmbito curativo, prestados em casa, sendo efectuada de diferentes formas nos diversos Centros de Saúde.

*E3 (250-259) – “ (...) naquele dia tenho aquele utente, vejo o que lhe vou fazer, qual o tipo de material que vou levar, de forma a que quando lá chegue não preste só metade dos cuidados, mas sim os cuidados todos... se é alguém diabético levo e a máquina da glicémia, porque o utente pode não estar muito bem e pode haver necessidade de fazer uma glicémia... Se é alguém que está algaliado e eu vou fazer um tratamento, levo soro e uma seringa porque a algália pode estar obstruída, isto naqueles doentes que habitualmente têm as algalias obstruídas(...). Tento que a técnica asséptica esteja presente em todos os actos que pratico... isso é fundamental (...)”.*

*E2 (281-286) – “(...) às vezes chegamos a casa das pessoas...não temos condições, não temos sítio para por a mala, temos que estar de cócoras, dói-nos as costas, não há sítio para lavar as mãos... (...) A maior parte das vezes nem pergunto onde é que é a casa de banho....porque não há! Lavamos na casa do doente seguinte ou na fonte mais próxima! É assim...”.*

*E7(245-249) – “(...) temos que trazer ferros que vêm para esterilizar e onde é que se trazem os ferros? Numa caixa que está dentro do carro, mas vêm connosco até à caixa... e os lixos? Trazemo-los ou deixamos em casa das pessoas? É sempre uma dúvida, não há uma forma correcta das coisas se fazerem. Devíamos trazê-los, certo, mas lixos muitas vezes tão contaminados, comigo um dia inteiro dentro do carro? É muito complicado...”.*

*E6 (196-198) – “(...) também vamos a casas que não tem nada, aquilo é uma miséria autêntica, pulgas, tudo sujo, miséria, miséria, miséria, mas temos que nos adaptar ao espaço para fazer as coisas minimamente correctas, as técnicas...”.*

*E9 (242-252) – “Enquanto uma colega de uma extensão estava de férias, houve necessidade de ir algaliar um senhor dessa zona e a colega daqui da sede deslocou-se lá, fez a técnica com a técnica adequada, esperou que viesse líquido de retorno e veio embora enquanto tudo estava bem. Há noite o senhor (...) veio ao hospital (...) referindo um falso trajecto, imaginário, que a enfermeira não era a mesma e não o soube algaliar e... quer dizer... isto é muito desagradável... nós soubemos que isto aconteceu porque foi no dia dos incêndios e dois enfermeiros aqui do CS foram para a urgência para colaborar, ajudar no que fosse preciso e estavam lá duas colegas que ouviram isto, que se sentiram terrivelmente mal (...) pela desconfiança do senhor, pela execução da técnica (...)”.*

### **6.3.2 – A concepção do auto cuidado e a sua promoção**

No desenvolvimento da sua actividade, o enfermeiro, tem como suporte um modelo teórico de enfermagem. Sendo o auto-cuidado pressuposto em que se centra o Modelo Teórico de Dorothea Orem. Uma das finalidades do enfermeiro é a promoção do auto-cuidado à pessoa. Orem (1980), faz referência ao auto-cuidado, como sendo a principal estratégia de intervenção do enfermeiro, cujo alvo de intervenção se centra na pessoa/família/comunidade.

Os enfermeiros entrevistados referem que, todas as actividades de enfermagem, se devem basear na premissa, da promoção do auto-cuidado da pessoa, tendo em vista cada vez mais a sua autonomia, para uma vida com mais qualidade. Pode também constatar-se que os enfermeiros consideram que a pessoa idosa, valoriza e entende o envolvimento que o enfermeiro estabelece com esta, no sentido da promoção do seu auto-cuidado. É também considerado, pelos enfermeiros, relevante a importância que a continuidade de cuidados de promoção do auto cuidado assume em casa do utente.

*E2 (115-119) – “O que eu acho é que eles ficam....para eles nós somos uns anjos que ali aparecemos... é giro porque eles é ... pronto não estão sozinhos e depois sabem que precisam de nós e dos nossos cuidados e o tentamos que eles façam as suas coisas... os testes de glicémia por exemplo ponham a perna mais alta para não edemaciarem... nós irmos lá, para eles é muito importante....”.*

*E6 (124-125) – “Voltamos no outro dia e perguntamos: então fez como eu lhe disse? Perninha para cima?...”.*

*E10 (45-49) – “É importante ir perguntando como as coisas vão correndo, mesmo que não seja acerca do tratamento que vamos fazer... se a pessoa é diabética, perguntar se tem feitos os testes, se está a conseguir fazê-los...”.*

Os enfermeiros consideram o desempenho e envolvimento da família e rede de vizinhança em contexto domiciliário fundamental, no sentido da promoção do auto cuidado, promovendo durante a sua acção a cooperação dos prestadores informais de cuidados. Referem que esta cooperação tem como objectivo, assegurar a satisfação das necessidades dos utentes, pois dizem tentar ensinar e treinar a família ou vizinhos, como promotores do auto-cuidado, sendo referido como raro, os prestadores informais não quererem colaborar, encontrando-se normalmente muito interessados.

São referidas pelos enfermeiros, situações em que as pessoas idosas se encontram sós em casa ou com o seu conjugue que também já é idoso e sem capacidade para cuidar do outro, contando o enfermeiro muitas vezes, com a colaboração da rede de vizinhança. É dito pelos enfermeiros que, quando os prestadores informais existem, mas estão ausentes por algum motivo, são eles muitas vezes que ficam com a chave de casa do utente, a chave fica na porta, ou têm que bater à porta da casa do lado para lhe virem abrir a porta que pretendem. Como vão quase sempre sozinhos efectuar os cuidados, consideram este facto como um risco. São ainda referenciados casos em que a família e rede de vizinhança está por perto e pretende saber o horário que o enfermeiro irá a sua casa, para estar presente, para colaborar e aprender mais.

*E2 (95-112) – “As pessoas estão muito isoladas... pronto , não têm familiares...os idosos aqui estão muito sozinhos, a maioria da população é idosa, 37% da população aqui é idosa então, eles estão sozinhos...não têm família... ou estão a viver longe, ou estão nas cidades... e eles estão sozinhos em casa...ou com o outro cônjuge que também não tem condição de tratar dele (...) às vezes temos as vizinhas... os que têm filhos, às vezes pagam a pessoas para irem lá ajudar...”.*

*E3 (105-115) – “Existe de tudo, existem aqueles familiares que são extremamente cuidadosos e nos perguntam tudo e querem saber tudo, como é que é de forma a ter um melhor bem estar para aquele idoso ou utente que está acamado, ou para aquele utente que está dependente... e temos aqueles que nós explicamos, explicamos e que nem sempre cumprem com os nossos conselhos com as nossas ordens e pronto, mas na maior parte dos casos o que acontece é que as pessoas estão muito interessadas e acho que cada vez mais as pessoas têm noção de que os idosos têm um grande valor e que não devem ser deixados ali depositados, sozinhos todo o dia em casa e se não podem porque não têm tempo, porque estão a trabalhar, têm o cuidado de arranjar horários entre as senhoras do centro de dia que vão tratar... alguns vêm almoçar a casa e portanto cuidam... ou alguma vizinha que vá lá um pouco fazer companhia portanto tentam articular este tipo de cuidados”.*

*E1 (176-177) – “Pois, há situações... ainda agora temos uma situação que nós é que ficamos com a chave do portão para entrar porque a pessoa anda a trabalhar, agora no campo, é verão...”.*

*E2 (252-257) – “As chaves ficam na porta...Aqui fica a chave na porta, agente entra e pronto. As pessoas aqui, já por si têm a chave na porta ainda... Aqui no centro já não, já há aí uns assaltos, mas... Se acontece alguma coisa se desaparece alguma coisa de casa... Podemos ser acusados, mas...a pessoa está acamada, temos que abrir a porta e entrar, fazer...”*

*E2 (263-265) – “As pessoas que cuidam das outras pessoas estão por ali perto, ou estão nas hortas, estão por ali, as pessoas às vezes até querem saber a hora que a enfermeira lá vai, para estarem presentes, pra colaborar...aprender...”.*

*E7 (48-50) – “Os idosos estão nas suas casas, só com a presença de vizinhos ou...a rede de vizinhança está bem montada, por isso há sempre alguém... são eles às vezes que têm a chave muitas das vezes para nós podermos lá ir...”.*

### **6.3.3 – A dimensão relacional na prestação de cuidados**

A dimensão relacional dos cuidados, poderá associar-se à comunicação. A comunicação vai ao encontro de todas as necessidades do Homem, compreendendo-se assim que esta se enquadre, na dimensão dos cuidados que Hesbeen (2000), considera como essenciais. A comunicação é de facto mais do que uma troca de palavras. Trata-se de um processo dinâmico que permite que as pessoas se tornem acessíveis uma à outra, que consigam pôr em comum, sentimentos, opiniões, experiências e informações. A pessoa idosa,



pelas suas características, requer que reconheçam que continua a ser, um ser único. Tem necessidade de comunicar, mas essencialmente que a escutem e se interessem por ela. Se a pessoa sente necessidade de conversar – comunicar, cabe ao enfermeiro desenvolver a sua capacidade de escuta, o saber ser, em suma estar com a pessoa. Alguns autores consideram mesmo a comunicação como um sinónimo de estar com (Swanson, 1991, p.163), o que revela “*simplesmente envolver ou estar lá, comunicando uma disponibilidade contínua*”.

A perspectiva dos enfermeiros entrevistados em relação à dimensão relacional dos cuidados que são prestados em casa, é muito positiva e esta dimensão dos cuidados é entendida como fundamental para irem conhecendo cada vez mais os indivíduos e suas famílias. O envolvimento não só do próprio utente, mas da sua família, é considerado como positivo, referindo os enfermeiros sentirem-se orgulhosos com elogios que estes façam à sua capacidade relacional. Porém é entendido e referido pelos enfermeiros que o estabelecimento desta relação dependerá de profissional para profissional e da sua capacidade de se relacionar com o outro. Referem ainda que o estabelecimento desta relação poderá ficar condicionado com a vontade com que cada enfermeiro está a desenvolver esta actividade de visita domiciliária: quando o enfermeiro não gosta do que está a fazer, dificilmente desenvolverá a sua capacidade de se relacionar com o outro. Existem enfermeiros, que apesar de compreenderem que esta vertente é necessária à prestação de cuidados, revelam-nos que tudo isto ocupa tempo e não se mostram disponíveis. Porém quando o relacionamento entre utente e técnico é eficaz, os utentes envolvem-se mais e falam com o enfermeiro acerca dos seus problemas, sentindo nele um apoio, confiando-lhe aspectos da sua vida.

É ainda entendido pelos enfermeiros que os cuidados de nível relacional são tão importantes como outros cuidados prestados, tais como os curativos. Dizem existir ainda a preocupação de os desenvolver, numa perspectiva de saúde pública, de preocupação com os idosos, tendo consciência da realidade com que se deparam, de envelhecimento da população.

E1 (128-130) – *“Eu acho que sim, quer dizer, eu acho que isso vai se calhar de acordo com cada enfermeiro em si...O tipo de relação que estabelece com as pessoas. Eu pessoalmente sempre me dei bem assim com as pessoas idosas e pronto acho que me relaciono bem com elas”.*

E2 (196-197) – *“Nós enfermeiros gostamos, de fazer visitação porque   outra perspectiva e uma rela o completamente diferente com as pessoas, indo a casa delas, conhecendo-as no seu ambiente...”.*

E10 (104-106) – *“Também depende da pessoa e do doente... muitas vezes fazem o serviço, vêm-se embora e acabou-se porque se calhar já v o contrariados daqui...”.*

E3 (85-90) – *“Temos utentes que vivem sozinhos, portanto dois idosos que tem necessidade que nós l  vamos prestar cuidados na área relacional, isto tem muito a ver com o envelhecimento da nossa popula o. O envelhecimento da nossa popula o está cada vez maior o que cada vez mais implica um problema para a saúde pública, então há que.... e isso vai-se reflectir na nossa profissão, nós temos que dar a face de forma a que os nossos idosos tenham uma melhor qualidade de vida e como   que vamos fazer isso? Fazendo visita o domiciliária...”.*

E5 (264-265) – *“As coisas correram bem a nível relacional e a nível do tratamento na altura não correram tão bem ...”.*

E5 (139-150) – *“  muito importante, normalmente se as pessoas se envolverem e tiverem ao nível do ir prestar o cuidado e não pensar que   só l  ir e agarrar no campo de pensos e fazer o tratamento... limpo a ferida ponho o penso e venho-me embora ... tem muito a ver com o facto da pessoa ter alguém em quem confiar, alguém com quem pode falar (...) eu acho que se a pessoa criar uma boa rela o com ela e souber que tem alguém com quem pode contar e que eu vou lá voltar e aquela pessoa sabe ... pelo menos consegue expressar sentimentos”.*

E2 (124-125) – *“Sim, aqueles que têm condi es de falar, gostam de falar, de ter ali alguém.... apanham-nos ali, às vezes empatam-nos ali o tempo... a conversar”.*

E4 (96-100) – *“Por vezes existem situa es em que nós estamos condicionados pelo tempo, começamos a fazer contas ao nosso tempo, temos X de doentes e tanto tempo e são pessoas que requerem muito tempo de nós... precisam que estejamos l  para conversarmos com eles para os ouvir, para os escutar, mesmo que dali eles não lucrem muito, acabam até por lucrarem muito pela nossa companhia, pela nossa presença ...”.*

E5 (177-181) – *“(...) depende muito do envolvimento das famílias e daquilo que a gente lhes d , se agente lhes der eles também nos d o a nós e agente acaba por receber não   um troco monetário, mas acaba por ser um troco sentimental, relacional e   bom se calhar   bom agente chegar e ouvir dizer, eu gosto muito que aquela enfermeira venha c  porque ela consegue falar comigo consegue dar-me aten o”.*

A rela o que o enfermeiro estabelece entre o utente /família,   entendida pelos enfermeiros entrevistados, como processo facilitador da presta o de cuidados, sendo referido o desenvolvimento desta rela o com a continuidade.   referido que o estabelecimento desta rela o entre enfermeiro e utente/família facilita a presta o de



cuidados, pois se este não conseguir estabelecer um certo grau de confiança, nunca conseguirá que cumpram efectivamente os ensinamentos que lhes transmite: quando não se confia ou acredita numa pessoa, dificilmente seguiremos os seus conselhos. A disponibilidade do enfermeiro é novamente referenciada como condicionante ao estabelecimento desta relação, porém é referido que se a disponibilidade fosse maior, o facto de se prestarem cuidados nesta área, diminuiria em parte a necessidade de outro tipo de cuidados, como os curativos.

Os cuidados prestados em casa, são referidos como cuidados mais personalizados, do que os que são prestados no Centro de Saúde, pois a relação técnico/utente está mais esbatida em casa do utente. Este facto agrava-se mais, quando a organização de trabalho no Centro de Saúde deixa de ser por equipa. Os enfermeiros referem que assim não conhecem tanto os utentes, nem se conseguem relacionar tão bem com eles.

*E4 (110-113) – “Facilita-nos muito nós chegarmos a uma casa onde nos recebem bem, é muito gratificante para nós e é gratificante para o doente também, portanto aquela relação vai-se desenvolvendo cada vez mais conforme nós vamos indo lá, maior vão sendo as afinidades...”*

*E6 (133-134) – “Sim, facilita a prestação de cuidados e eles também estão mais à vontade para falar dos problemas deles...das suas queixas...”*

*E8 (128-132) - Extremamente importante pois se eu não conseguir estabelecer um grau de comunicação e até de uma boa relação, de uma certa amizade digamos, eles também não vão ter tanta confiança em nós , não descrevem os seus problemas e não vão acreditar em nós e não vão fazer o que nós ensinamos...como é que eles vão acolher os ensinamentos de uma pessoa em quem não acreditam não é ?*

*E2 (129-136) – “É facilitador, estabelece-se ali uma relação com eles e eles depois já nos conhecem (...)Temos que estar disponíveis para estar ali a ouvi-los...mas às vezes... mas há sempre palavras que se trocam, também não andamos a correr...é um facto que eles precisam disso e nós ficávamos mais um pouco...e....”*

*E3 (128-130) – “É uma parte que facilita os cuidados e que muitos utente se nós tivéssemos mais tempo para lhe prestar este tipo de cuidados na área relacional eles iriam necessitar menos dos nosso cuidados curativos”.*

*E9 (176-183) - Facilita porque acaba por ser um cuidado muito mais personalizado... e aqui no CS não... e da forma que estamos organizados menos... porque nós estávamos a funcionar por equipas. Os cuidados prestados em casa são muito mais personalizado do que na instituição, na instituição há sempre a relação técnico/utente, utente/técnico...*

*E10 (103-105) - É diferente é, a pessoa fica mais... é uma... como hei-de dizer... é uma relação mais íntima mais personalizada, em sua casa, a pessoa consegue expor os seus problemas de outra forma...*



#### **6.3.4 - Expectativas do enfermeiro face aos cuidados de enfermagem que são prestados em casa**

Habitualmente o termo *expectativa* surge associado a aspirações ou desejos, relativamente à forma como esperamos que se venha a desenvolver determinado processo e que não podem deixar de estar relacionadas com tudo aquilo que a pessoa já viveu, até então. Estas são considerações que Serra (1984, p.108) sublinha, referindo que as expectativas podem ser, individuais ou generalizadas, consoante se refiram a uma situação única, específica ou a várias situações, mas que são sempre subjectivas e relacionadas com as experiências vividas pelo indivíduo e o relato de histórias significativas que o indivíduo interiorizou.

Os enfermeiros que entrevistamos, consideram que os idosos têm como expectativa, uma maior disponibilidade da sua parte para os ouvirem, para conversarem ou simplesmente para lhes fazerem companhia, desejando que os visitassem diariamente. A par desta necessidade de conversar e de se sentirem acompanhados, os enfermeiros consideram que os idosos gostariam de que, quem os visitasse fosse sempre o mesmo profissional de enfermagem, pois a relação que vão estabelecendo fortalecesse a cada encontro.

Existe um Centro de Saúde, onde, segundo o enfermeiro entrevistado todas as expectativas dos idosos estão a ser preenchidas, pois têm disponibilidade total para prestar cuidados de enfermagem em casa. Desta forma, é considerado que os idosos se sentem mais apoiados pela equipa de enfermagem e o seu agradecimento e reconhecimento é notório e público, pois refere que estes surgem no jornal local.

As expectativas, que também podem ser da família, são muitas vezes descritas pelos enfermeiros entrevistados, como impossíveis de colmatar ou exageradas em relação aos cuidados que o enfermeiro presta no domicílio. Referem que o saber ser e fazer do enfermeiro tem que ir ao encontro dessas expectativas e conseguir que elas se vão esbatendo ou reformulando, segundo objectivos mais concretizáveis, não permitindo que a família se demitia dos cuidados ao seu idoso. Porém ainda existem enfermeiros que referem que alguns utentes e famílias possuem poucas ou nenhuma expectativas

face aos cuidados que podem prestar em casa, isto porque, desconhecem em parte esta realidade.

*E3 (139-143) - “Pretendem muito mais que nós lá vamos... só para conversar um pouquinho com eles, tanto que eles dizem: então agora quando é que cá vem fazer o tratamento? e quando é daqueles tratamentos que costumamos fazer semanalmente dizem: SÓ?! Daqui a uma semana. Eles gostariam muito mais e é essa a expectativa que eles têm é daquela enfermeira que vai, que está conversa e que lhes faz um pouco de companhia...”*

*E4 (104-107) - “O que eles esperam.... eles pretendem a nossa companhia a nossa presença... quando nós deixamos de lá ir e outra colega vai, porque nós fomos de férias, perguntam por nós, cria-se uma afinidade muito grande e um relacionamento muito grande com este tipo de utentes...”*

*E6 (115-122) – “Neste momento está a notar-se muito que os idosos e a própria família estão muito contentes com o trabalho que os enfermeiros estão a prestar no domicílio, à um ano para cá, não estavam habituados a isto, não estavam habituados, que se fosse preciso lá fosse alguém às 7 ou 8 da noite, porque a algália saiu ou a sonda entupiu, e se for preciso vai lá alguém ... As suas expectativas são colmatadas, ou até superadas”*

*E6 (125-127) – “Sentem que o enfermeiro tem mais disponibilidade e sentem-se muito apoiados e nota-se isso e tem-se visto os agradecimentos que têm feito à equipa até nos jornais e tudo... tem-se notado isso, portanto se há um falecimento e se foi uma pessoa que andou a ser acompanhada pela equipa de enfermagem aqui da visitação eles agradecem nos jornais...”*

*E8 (191-197) – “A primeira coisa que esperam é um milagre. Têm um familiar acamado e muitas vezes inconsciente e é mais a família do idoso, do que o próprio idoso, tem expectativas que se chegue lá e se faça o milagre de se pôr de pé a andar. A pessoa não tem noção de que se o pai ou a mãe teve um AVC, há provavelmente muita coisa que não vai recuperar, há funções que pode recuperar outras que não ...as pessoas com o andar da carruagem, com a nossa interacção e comunicação vão começando a perceber e vão fazendo acordos mais curtos, que não haja feridas , objectivos mais ... concretizáveis”*

*E7 (87-96) – “Eu sou muito pessimista nestas coisas... as pessoas quanto mais se lhe dá mais querem e as famílias demitem-se tem um bocado a ver com isso, pensam que somos nós que temos obrigação... é mesmo por obrigação, têm-se tentado desmitificar isso um bocadinho, mas sente-se que é assim... Desde a higiene dos doentes, tratamento até da casa e tudo, pensavam que era os enfermeiros, mas tentamos...agora neste momento temos...outras instituições com auxiliares que vão lá fazer esse tipo de trabalho, tinham a imagem do enfermeiro, de fazer o pensinho, dar a injeção, lavar os doentinhos e ... o enfermeiro é que fazia tudo...”*

*E 9 (93-98) – “Olhe, se quer que eu lhe seja sincera, as perspectivas das pessoas de fora não são muitas, porque não sabem ou porque sabem que os cuidados que nós prestamos são curativos e há muitas pessoas que até acham que nós não vamos a casa...as perspectivas não são muitas. Se calhar começam a ser com as nossas sucessivas visitas. Começam a perceber que têm recursos que até nem utilizam , isto porquê? Porque a oferta condiciona a procura e se calhar as pessoas até estão mal informadas...”*



Um dos entrevistados refere que no seu Centros de Saúde, todos os cuidados de enfermagem domiciliários que os enfermeiros pretendem efectuar, são desenvolvidos, pois existem recursos para tal: recursos humanos e materiais. A maioria dos enfermeiros no entanto, refere ainda desenvolver algumas expectativas em relação à prestação de cuidados de enfermagem em casa a idosos. Referem que se pudessem, desenvolveriam mais a área preventiva dos cuidados de enfermagem, pois consideram que promover a saúde das pessoas e prevenir a doença enquanto ainda se conseguem auto-cuidar, seria uma área a investir, porém, mais uma vez, é referida a falta de disponibilidade como um entrave ao desenvolvimento dessas actividades. Neste mesmo contexto, os ensinamentos, constituem também uma das vertentes apontadas pelos enfermeiros, como necessárias referindo esta área como área onde gostariam de apostar mais. É referido ainda pelos entrevistados que os enfermeiros que desenvolvem a sua actividade em extensões de saúde, conseguem mais facilmente actuar a estes níveis, pois estão mais próximos das pessoas e têm mais informações acerca dos seus problemas.

Outra das expectativas, referenciada pelos enfermeiros relaciona-se com a necessidade de conhecerem o “universo” dos idosos que os rodeiam, no sentido conseguirem, demonstrar a sua disponibilidade, mais no sentido da prestação de cuidados relacionais, para que quando haja mais necessidade de outro tipo de cuidados, os idosos saibam que existe alguém com quem podem contar.

Em todo este processo, é referido o envolvimento da família, de forma a que esta se torne cada vez mais activa em todo o processo de cuidados também como uma expectativa.

*E6 (111-113) – “É assim, neste momento, mais ou menos tudo aquilo que nós temos planeado temos efectuado tudo, porque temos material, temos profissionais e temos tempo, neste momento acho que fazemos tudo, porque temos ... tudo para o fazer...”*

*E8 (133-144) – “Gostava de poder fazer mais.... exactamente a nível da prevenção, o ensino da família em pessoas que são acamadas recentemente ou semi acamadas, às vezes ainda não estão acamadas e acho que se devia fazer a prevenção de escaras que é o problema mais comum nos idosos, ou uma pessoa que fique acamada.....falta esta prevenção porque há pessoas que não têm noção de como se forma uma úlcera, é mais que normal, e nós sabemos porque aprendemos.... porque não sabe, não pode fazer nada...acontece muitas vezes é a família vir cá e dizer, o meu pai tem os calcanhares todos pretos...ou a parte de trás ao pé do rabo já está preta, e eu gostava era de evitar isto...”*

*E9 (50-53) – “O tempo é sempre escasso mas se calhar uma visita domiciliária com a perspectiva preventiva, num indivíduo que sai do hospital mesmo sem estar ferido se calhar poupava-nos muitas outras visitas domiciliárias, mas de facto isso não acontece... e mais uma vez isso é mais fácil acontecer numa extensão do que aqui...”.*

*E7 (157-160) – “Não prestava nem melhores nem em maior quantidade, poderia era alargar mais o leque... há idosos que eu não conheço ou porque moraram noutros lados e vieram para cá depois... e esses... eu de vez em quando, quando tenho um bocadinho disponível ainda vou tentando de porta a porta: aqui mora um idosos que não conheço... gostava de poder estar mais com eles, falar com eles, relacionar-me para que quando tivessem um problema saberem que eu estou por ali disponível para os atender nas suas necessidades”.*

*E5 (115-124) – “Penso que às vezes o que está mais em falha se calhar era tentarmos envolver ainda mais a família e tentar contactar a família e abordar as coisas de forma mais global e não ser só com o idoso, ou com a pessoa que está directamente com ela, mas com os outros, porque surgem situações em que um não sabe o que se passou, porque o outro filho já não está muito a par da situação, depois o outro vem porque não sei quantos...e... depois começa a haver conflitos e depois também por falta de disponibilidade nossa e por falta de disponibilidade das próprias famílias, por causa do trabalho de outras condicionantes... em algumas situações às vezes acho que devíamos investir mais na promoção da saúde em pessoas que ainda estão capacitadas mas depois falta e aí é que nos falta algumas coisas, termos mais disponibilidade...”*

*E10 (63-66) – “Outros cuidados, só se for na parte de ensino, podíamos demorar-nos um bocadinho mais a fazer ensino mas como não há tempo e há sempre muitas VD a fazer... se houvesse outra forma de organização... talvez conseguíssemos fazer mais ensin...”.*

### **6.3.5 - Factores que influenciam a satisfação sobre o cuidar em enfermagem**

No cuidar a pessoa idosa existem determinados factores que influenciam a satisfação sobre o cuidar em casa. Compreendendo-se satisfação como: “(...) *contentamento, aprazimento e alegria*” Costa e Melo (1998, p.733).

A satisfação do enfermeiro acerca da prestação de cuidados de enfermagem em casa, é revelada ao longo das entrevistas. É referenciada pelos enfermeiros a importância que tem o facto de se gostar do que se está a fazer no sentido de que toda esta actividade se desenvolva da melhor forma. Os enfermeiros referem que se sentem recompensados e satisfeitos com o trabalho que desenvolvem, quando se apercebem que fizeram tudo o que estava ao seu alcance, para que determinada situação se desencadeasse da melhor



forma. Referem ainda que se sentem bem, quando verificam o envolvimento de toda uma equipa na prestação de cuidados de enfermagem em casa a idosos, pois consideram que só com o envolvimento de todos e a sua realização pessoal, conseguirão prestar cuidados de grande qualidade. O relacionamento estabelecido, é outra das influências positivas na prestação de cuidados em casa sendo o envolvimento dos enfermeiros notório durante as entrevistas. Nesta interacção, referem preocupar-se com o bem estar dos seus utentes, procurando que se sintam bem e integrando-os na sociedade, convivendo com eles, mesmo extra profissionalmente.

Outros dos factores referenciados no sentido de uma influencia positiva em relação à satisfação dos enfermeiros ao prestarem cuidados de enfermagem em casa, é o facto de as actividades estarem programadas e organizadas.

*E1 (238-241) – “Eu gosto de fazer e principalmente porque lá está, é a idosos e é uma área que eu gosto... Já quando fiz o curso, o meu trabalho final foi sobre os idosos, porque eu tenho uma boa relação com eles e gosto de lá ir e lá está... gosto de os ajudar e gosto de sentir que eles sentem que os estou a ajudar, acho que é gratificante nesse aspecto...”*

*E5 (286-288) – “É assim tu fazes aquilo não é só porque tu queres, mas porque tu gostas, porque se é alguém que só quer um canudo, acho que as coisas ficam assim um bocadinho mais... e depois falta o sentires-te bem contigo e...”*

*E8 (85-86) – “No meu caso não, porque tenho mais interesse na visita domiciliária porque acho que... gosto de fazer, gosto muito...”*

*E2(164-166) – “(...) íamos lá fazer a avaliação dele e agora é engraçado, porque ele... agora a última vez que lá fui, já andava lá com o andarilho, parecia outra pessoa, e agora já anda sozinho, não se esperava, nem que recuperasse...”*

*E3 (220-224) – ( na situação de morte de um familiar) “ (...) depois chegaram as filhas que entretanto o marido já tinha chamado, portanto foi muito gratificante para mim estar naquele momento e acho que para a família também, o eu estar presente, pronto ali... Depois ajudei a fazer a múmia... foi muito positivo...fiquei muito satisfeita com a minha prestação”*

*E4 (122-127) – “Todos gostamos daquilo que estamos a fazer ali... nota-se o brilho no olhar quando fazemos essa troca de ideias como se estava a dizer pronto sou feliz e isto gratifica-me imenso, acho que não é que eu não goste da outra parte da enfermagem, do estar no Centro de Saúde também gosto, mas era algo que já fazia há muitos anos e portanto aquilo que de momento estou a fazer gratifica-me imenso, sinto-me realizada”*

*E6 (150-154) – “(...) temos tudo programadinho. Temos aqueles doentes, fazemos um plano semanal... todos os dias vemos logo... à 2ª sei logo quantos tenho que visitar na 5ª e na sexta por exemplo, aparece sempre algum novo mas, ou alguém que é internado ou isso, mas temos as coisas organizadas, só assim as coisas correm da melhor forma, com organização...”.*

*E6(170-178) – “Há uma relação muito gira, ela já me conhece bem eu já a conheço a ela e então é a coisa de chegarmos lá, darmos um beijinho, ela dar um grande abraço, ela não fala mas... vê-se que há ali aquela relação gira e... se vir uma fotografia às vezes dos meus meninos, ela dá assim um sorriso, vê a fotografia deles, fica toda contente, uma vez fui lá com eles, ela fica super feliz, de outras vezes levo fotografias e ela fica super feliz e... é como se fosse da família... e isso faz-me sentir bem e influencia sem dúvida a minha satisfação no trabalho...”.*

Os factores que são mais vezes referidos, pelos enfermeiros ao longo das entrevistas como sendo negativos e que influenciam a sua satisfação ao cuidar em casa, são sem dúvida a falta de condições: o facto de andarem pelas ruas, sozinhos, sem apoios, carregando os materiais. A prestação de cuidados de enfermagem no domicílio, é referida pelos enfermeiros entrevistados, como sendo uma actividade que envolve muito esforço por parte dos enfermeiros e os que desenvolvem esta actividade, muitas vezes sentem que não são compreendidos pelos outros pares, ou mesmo chefias. Os enfermeiros entrevistados consideram que o seu trabalho não é valorizado como deveria e quem dirige, não se importa com eles e com o trabalho que desenvolvem, referindo que os dados estatísticos são mais importantes e que o que é pretendido é que demonstrem produção de trabalho, não existindo tanto a preocupação com o idoso, com o seu bem estar ou evolução da sua situação clínica.

Durante as entrevistas os enfermeiros referem que sentem que são alvo de uma discriminação, ou seja, sabem da existência de Centros de Saúde, de outras Sub-Regiões de Saúde, que possuem condições muito melhores para desenvolverem o seu trabalho, do que eles próprios. Os enfermeiros consideram este facto uma falta de igualdade de tratamento quer para consigo quer para com os utentes a quem prestam cuidados. Referem ainda que, mesmo dentro da Sub-Região de Saúde de Santarém, existem desigualdades. Por exemplo referem o Projecto dos Cuidados Continuados, como facilitador da organização da prestação de cuidados em casa a pessoas idosas, pois até evitaria que as pessoas que necessitam se deslocassem de ambulância, principalmente aos fins de semana a serviços de urgência para efectuar tratamentos. Existe no entanto a



noção, por parte dos enfermeiros entrevistados, de que estes tipo de cuidados tem que ser repensado, pois o envelhecimento da população é uma realidade.

A desmotivação de alguns enfermeiros é evidente, aquando das entrevistas quando, é referido, que devido à falta de condições, preferem ficar no Centro de Saúde ao invés de irem prestar cuidados de enfermagem em casa, actividade que gostam de desenvolver. É referido que se deslocam quase sempre sozinhos e que se confrontam com a realidade de estar, no meio das ruas a perguntar pela morada do utente a quem pretendem prestar cuidados, muitas vezes por caminhos que nem conhecem, sendo este facto considerado como desmotivador e gerador de insatisfação dos profissionais de enfermagem.

É referido pelos enfermeiros que o facto de faltar apoios à actividade de enfermagem desenvolvida em casa das pessoas, causa uma certa angústia, pois muitas vezes não têm o apoio de familiares ou de outros técnicos, e o facto de não poderem fazer nada, preocupa-os, pois sabem que a população idosa está a aumentar e se encontra cada vez mais só.

A falta de tempo é outro aspecto referido como influenciador da satisfação dos profissionais de enfermagem que prestam cuidados em casa a idosos. Têm a noção que deveriam desenvolver outras actividades, mesmo de índole técnico, mas referem que a pressão do tempo, não permite que as executem, tal como seria pretendido.

Os enfermeiros entrevistados referem ainda que, a saúde pública e comunitária, dentro de um Centro de Saúde não se encontram muito visíveis, existindo talvez muito trabalho de secretária e pouco de andar no terreno.

*E7 (256-265) – “É chato porque ficamos assim um bocadinho desmotivados, mais a nível dos nosso “patrões”(…) no Cs (…) são capazes de me chatear: você anda na rua, o utente onde vai já está vacinado? Por acaso temos uma boa cobertura a nível de velhotes, temos quase 87% o que já é óptimo, mas a pergunta é logo se ele está vacinado, não se pergunta se o indivíduo está pior... o que eu lá vou fazer, se está moribundo... pergunta-se é se está vacinado.. isso é que é importante...”*  
*E8 (260-263) – “Há muitas coisas que têm que ser limadas e melhorada, mas também há muito pouco apoio para domicílios, há... na saúde é uma coisa que é ainda muito descurada, na saúde ainda não tem a importância que devia a nível do Ministério da Saúde é uma coisa que não tem importância...”*

*E3(188-190) – “ (...) andar à chuva, as condições em casa do utente nem sempre são as melhores as camas são baixas, temos que estar todas dobradas fazer os pensos ou os injectáveis, tem esses inconvenientes...”.*

*E5 (205-208) – “Às vezes não é confortável andar ao calor, não é confortável andar à chuva, com as malas, com aos sacos, sozinha, às vezes demorar bem mais e às vezes chegar lá e ter que voltar porque falta qualquer coisa...”.*

*E9 (113-117) – “Porque não posso andar com o chapéu de chuva, com uma mala pesadíssima, com sacos cheios de compressas, com a minha carteira... na cidade estacionar num parque e andar com aquilo tudo pelo meio da cidade até chegar às casas das pessoas porque são pessoas que vivem no centro histórico da cidade e o carro nem vai lá, não é? Não é fácil... não é fácil...”*

*E8 (110-117) – “Andar à chuva, andar ao calor, carregadas comas malas e ainda agora como aconteceu andar quase 1Km antes de chegar à casa porque é ... a casa ficava longe da estrada... temos assim esses inconvenientes, mas para quem gosta de fazer é assim , não incomoda muito, mas é claro que ao fim de um mês a fazer visitação torna-se muito pesado... apesar de muitos colegas pensarem que andamos na boa vida... às vezes custa mais ouvir isto do que fazer os domicílios... e esses já são outros assuntos... Mas às vezes   frustrante ouvir esses bocas...”.*

*E7 (172-177) – “Temos os inconvenientes da gestão pensar que nós trabalhamos muito pouco... porque se nós atendermos 20 pessoas no Cs, num dia, lá fora se muito podemos atender umas 10 já   bom e isso   pouco para gestão! As próprias gestões pensam que não...  a distância que se percorre, o sítio para estacionar o carro   sair com os sacos todos... esquecer de alguma coisa e voltar ao carro...  tudo e as pessoas que c  estão sentadas... não falo só na gestão do Cs, acho que devia vir de cima...”.*

*E9 (228-234) – “As chefias não entendem a visitação como algo importante... o serviço comunitário está ligado   saúde pública e a saúde pública parece que não existe e a prova disso   que ainda   pouco entrou aqui a técnica e eu nem a conhecia... acho que saúde pública e serviço comunitário são duas coisas base num Cs e a Saúde pública pode existir, mas não se vê muito bem... e depois se calhar se fosse um enfermeiro que tivesse na mão dele a saúde comunitária e que pudesse tomar determinadas decisões avançasse de outra forma....porque   ele que está no terreno e o conhece...”.*

*E7 (251-256) – “Eu sei que há Cs que têm carros óptimos, montados com gavetas e tudo, com o material todo, tipo ambulância... se nós falarmos aqui para comprar Kit’s para termos tudo individual, fica tudo na mesma... As malas da visitação não d o jeito nenhum, são inc modas... se pedir outro tipo, não me d o, até para gastar um euro temos que fazer um projecto! Não se pode comprar mais malas... Temos que nos desenrascar com o que há, parece que não se vive no mesmo Mundo...”.*

E3 (287-303) – *“Quero dizer que é uma área que eu gosto, e que dou-lhe tanta importância como aquela que ...os cuidados que presto no Centro de Saúde e que é uma área que os Centros de Saúde têm que investir mais, porque se no meu Centro de Saúde houvesse o Projecto de Cuidados Continuados, que não há... como nos outros... e é uma coisa que se tem que pensar porque a nossa população, a pirâmide etária está cada vez a envelhecer mais portanto temos que investir no projecto dos cuidados continuados, porque assim ao fim de semana eles até evitavam de se deslocar de ambulância”.*

E2 (227-235) – *“Cada um, íamos e tínhamos que procurar onde é que era e andávamos muitas vezes aí perdidos e às vezes querer perguntar onde é que era o sítio e se conheciam a pessoa e não há ninguém para procurar nestas terras. São terras pequeninas... Temos que andar a bater às portas por aí, onde mora este e onde mora aquele...Sim, mas às vezes queríamos perguntar e não havia ninguém para procurar, onde é que mora a senhora tal. Havia situações que uma pessoa desesperava e dizia, eu vou-me embora e já não vou fazer mais o domicílio, não sei onde é que é...”.*

E9 (212-218) – *“Gosto, gosto de fazer visitação, mas é assim lá está, se me disserem assim, queres ir fazer visita domiciliária ou queres ficar aqui dentro? Eu vou dizer que quero ficar aqui dentro, porque efectivamente não temos condições para fazer visita domiciliária... E nós somos profissionais e como qualquer profissional precisa e gosta de ter condições para trabalhar, portanto não somos irmãs de caridade, temos que... prestamos e gosto do que faço, mas é obvio que gostava mais ainda se tivesse as condições adequadas porque beneficio eu e beneficia o utente, não sou só eu, é o utente também”.*

E5 (134-137) – *“Pois, as pessoas cada vez estão mais sós, estão a cair na solidão e está-se a arranjar grandes problemas de saúde a nível quer físico quer mental, exactamente por situações em que nós não temos mais apoio familiar e não temos mais ajudas de outros técnicos...”.*

E10 (65-67) – *“(...) fazemos tudo mais à pressão e muitas vezes acontece que as feridas precisam de ser desbridadas ou... fazer esse tipo de tratamentos e muitas vezes não fazemos porque não temos tempo... deixa-se sempre para a próxima vez...”.*

### **6.3.6 –Representações do enfermeiro face à prestação de cuidados de enfermagem em casa a pessoas idosas**

Os enfermeiros entrevistados referem que ficam *contentes*, sentindo *satisfação* quando percebem que os idosos gostam da sua presença, dos seus conselhos e cuidados. Descrevem situações, em que têm a consciência de que a sua presença e cuidados que prestam não serão suficientes para curar, mas apenas para aliviar o sofrimento daquela pessoa, referindo que se sentem muitas vezes frustrados, porém referem tentar,



compreender que, o aliviar ou apoiar, o idoso ou a sua família, são actos muito importantes na sua actividade de cuidar. Mas, como são pessoas, os enfermeiros referem, que sentem muitas vezes revolta e pensam, porque é que será necessário tanto sofrimento para aquela pessoa? Não seria melhor a morte mais rápida? Porém, consideram que têm que se esforçar por saber lidar com o sofrimento das pessoas, tentar estar presente a apoiar no que puderem.

Outra situação referida pelos enfermeiros como geradora de *impotência* e *tristeza*, é ver o abandono que muitas vezes as pessoas idosas passam, fazendo-os pensar na suas próprias vidas. Um dos enfermeiros entrevistado refere que, muitas vezes se compadece com a situação dos idosos a quem presta cuidados, indo prestar cuidados mesmo em dias de folga ou fins de semana, sem receber qualquer remuneração monetária.

*E2 (121-122) – “Sentimos que eles (os idosos) gostam que nós lá vamos, é engraçado isso também nos faz sentir bem e felizes com o trabalho que estamos a desenvolver...”.*

*E9 (188-197) – “É claro que é frustrante em determinadas situações... nós sabemos que não vamos curar nada, mas por outro lado temos que pensar e isto tendo eu uma visão positiva das coisas temos que pensar que não temos só o objectivo de curar também temos o objectivo de aliviar, de dar conforto à pessoa... porque se eu vou pensar que só vou fazer tratamento àquela pessoa porque tenho como objectivo que aquela ferida feche então aí é uma frustração muito grande, não posso pensar assim, tenho que pensar que um dos objectivos é curar independentemente da idade, mas o outro é proporcionar conforto e bem estar... que o doente se sinta apoiado e muitas das vezes a sua família também...”.*

*E8 (218-224) – “É assim, o que mais me marca é o olharmos para aquela pessoa e as situações mais extremas que é de úlceras já com osteo... com comprometimento do osso infectado... são daquelas situações que nós olhamos e perguntamos, porque é que esta pessoa ainda está viva? Temos que lutar sempre pela vida, mas há certas situações em que achamos que aquela pessoa só cá está a sofrer e isso são as situações que nos marcam, mais... é ver o sofrimento das pessoas e...”.*

*E10 (113-115) – “Claro que nós temos, já tivemos bastantes... bastante escariados e a pessoa fica assim um bocado...como é que hei-de dizer, fica assim a pensar para que é que é tanto sofrimento para a pessoa morrer, não é verdade?”*

*E4 (184-187) – “É algo que nos toca muito, porque é ver ali um ser humano abandonado, sozinho, nestes dias de calor, sempre toda transpirada, imaginares que não há ninguém que a possa refrescar naquelas horas que não estamos lá, que está ali só, que não houve sons... é algo que me marcou muito e que me faz pensar muito”.*

*E7 (143-146) – “Vou porque a minha consciência não me deixaria deixar de ir, eu conheço as pessoas, são pessoas que eu fui vendo chegarem a idosos e pronto... vou mesmo aos fins de semana, quando acho que é mesmo necessário.... não me pagam é certo, mas se tudo o que eu fizesse na vida fosse quando me pagam...”*

A impotência das famílias, o quererem fazer mais e não poderem, chegando elas próprios a situações limite, são referidas, pelos enfermeiros entrevistados, como situações marcantes. Referem que, muitas vezes os cuidadores informais, são pessoas também idosas, que não conseguem desenvolver todas as actividades desejáveis, demonstrando no entanto que não querem colocar o seu familiar num lar. Este facto é referido como sendo muito difícil aos enfermeiros compreenderem, pois constata-se que as pessoas querem prestar cuidados aos idosos, mesmo sem capacidades para o fazerem. É referido pelos enfermeiros que os cuidadores informais insistem, em cuidar sempre, possuindo muita força de vontade, apesar de conhecerem a existência de outras alternativas.

Os enfermeiros entrevistados referem que ao se confrontarem com situações em que todos os elementos da família nuclear, estão em situação de precisarem de serem cuidados e não de cuidar e não existir ninguém para prestar determinado tipo de cuidado necessário, fá-los ficar muito *tristes* e sentirem-se *impotentes* perante tal situação.

Os enfermeiros ao verem o sofrimento concreto das famílias, centrado naquela pessoa idosa que têm lá em casa, referem que não é tarefa fácil conseguir lidar com estas situações. É ainda referido o quão difícil é para o enfermeiro, não se envolver emocionalmente nos problemas da família que cuida, não deixando que esse envolvimento influencie a sua vida.

*E2 (146-149) – “Eu fui lá ver e o senhor estava lá sozinho, as irmãs, elas coitadas, também mal podiam para elas e então... o senhor cada vez que agente lá ia estava sempre todo molhado e não queria que agente lhe mexesse e não aceitava, não queria que agente lhe tocasse...”*

*E8 (225-231) – “Eu via que as filhas faziam tudo por tudo (...)quer dizer o que é difícil é também fazer entender aquelas filhas elas também já idosas, que se calhar era pôr a mãe num lar, (...) a cama era rasteira... porque como andava de mês a mês a mudar de casa, não mudavam a cama... falei da proposta de uma cama articulada só que elas diziam que era complicado de mês a mês mudar a cama também”.*



*E8 (235-238) – “Às vezes colocamo-nos um bocadinho no lugar das pessoas e eu acho que é um bocado difícil fazer entender as pessoas que se calhar o melhor para aquela senhora era ir para um lar, elas podiam ir lá, tratar dela e pronto, mas é complicado...”*

*E10 (131-134) – “E para a família, é o que dizemos, a pessoa está a sofrer, sofre... bastante acamada e a família anda ali à volta dela... nós fazemos o que pudemos e muitas vezes até mais... envolvemo-nos demais e isso às vezes até influencia a nossa vida”*

*E6 (199-203) – “Foi uma situação que nos chocou imenso, a mim e à auxiliar. As condições em que eles viviam lá... desde não comer, o marido todo babado ela coitada não conseguia fazer a comida, tinha tudo assim tudo desorganizado.... ficou-me aquilo ali na ideia não sei... como está aqui esta família...”*



## 7 – CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

No desenrolar de toda a investigação, fomos obtendo resultados que nos levam à construção de ideias chave. No contexto de envelhecimento que se vive actualmente, o aumento de pessoas idosas, com necessidade de prestação de cuidados de enfermagem em casa é crescente, estando os enfermeiros atentos a esta realidade. Porém e face aos dados recolhidos, os enfermeiros referem a existência de déficite em diversas áreas que condicionam o desenvolvimento de actividades de enfermagem em casa da forma que considerariam mais eficaz, referindo essencialmente a falta de tempo e disponibilidade para se relacionarem e apoiarem integralmente as pessoas idosas, como principal condicionante.

Verificamos que a referenciação para prestação de cuidados em casa pode ser por iniciativa do enfermeiro (a mais frequente), pelo médico de família ou por iniciativa de outros elementos da equipa, como terapeutas ocupacionais e assistentes sociais ou ajudantes de lar ou ainda por referenciação do hospital através das notas de internamento. Verifica-se no entanto ainda déficite de visitaçao domiciliária entre a classe médica, sendo que estes prescrevem muitas vezes apenas pela descriçao do enfermeiro e não se deslocam a casa do idoso para o observar, sendo este facto considerado pelos enfermeiros como condicionante à sua prestaçao de cuidados.

O planeamento dos cuidados de enfermagem prestados em casa é tido pelos enfermeiros como passo muito importante para a progressão das restantes etapas da visitaçao domiciliária, assim como a colaboraçao dos prestadores informais de cuidados no sentido da promoçao do auto-cuidado do idoso. Porém, a não existênciade de cuidados de enfermagem em casa aos fins de semana e feriados em todos os Centros de Saúde é considerado como factor que desfavorece a continuidade de cuidados. Nos Centros de Saúde onde esse apoio é inexistente os utentes deslocam-se aos AC de ambulância, paga por eles ou por entidades com quem o Centro de Saúde tenha



protocolos integrados no Projecto de Cuidados Continuados. O planeamento em relação ao método de trabalho utilizado pelos enfermeiros na prestação de cuidados em casa, difere de contexto para contexto, sendo o método de enfermeiro de família, o menos utilizado, devendo-se este facto a diversas condicionantes, assim como os transportes e a má organização dos serviços. O método de trabalho pode ser por equipas que estão responsáveis por essa prestação de cuidados, mediante uma escala que pode ser com a duração de 15 dias, 6 meses ou um ano. Existe ainda um Centro de Saúde, onde é decidido diariamente quem efectua este tipo de cuidados de enfermagem, demonstrando-se assim a pouca importância conferida a estes.

Os cuidados de enfermagem que são prestados em casa a nível da Sub-Região de Saúde de Santarém, inserem-se nos três níveis de prevenção de saúde. Evidenciam-se concepções cuidativas (satisfazendo as necessidades de foro afectivo e psicológico dos idosos, evidenciando-se a vertente do saber ser do enfermeiro) e curativas (quando é necessário aplicar técnicas específicas no sentido da irradicação da doença ou a sua limitação). A perspectiva do enfermeiro em relação à dimensão relacional dos cuidados é muito positiva. Este tipo de cuidado é entendido com igual nível de importância como os cuidados de outro âmbito, tais como os curativos. Dependem de vários aspectos tais como: o tempo e a disponibilidade do enfermeiro, assim como o seu gosto em realizar esta actividade. A maior parte dos enfermeiros referem que têm como expectativa poder desenvolver mais a área da promoção da saúde e prevenção da doença, porém falta-lhes tempo para poderem estar com as pessoas, prestando-lhes este tipo de cuidados. Sentem também necessidade de conhecer todos os idosos da sua área geográfica de actuação, no sentido de mostrarem a sua disponibilidade para com eles. Os enfermeiros entendem que as expectativas dos idosos vão no sentido de uma maior disponibilidade dos enfermeiros para estarem com eles e conversarem, porém é referido ainda pelos enfermeiros que existem idosos que, por falta de informação acerca deste tipo de cuidado de enfermagem, podem não ter qualquer expectativa, em relação a ele, pois desconhecem-no.

Verificamos que a satisfação do enfermeiro que presta cuidados em casa a idosos é influenciada positivamente pelo facto de gostarem da actividade que estão a desenvolver, sentindo-se *satisfeitos* quando despendem todos os esforços para a resolução de determinada situação, assim como quando sentem que toda uma equipa se



envolve e percebe a importância deste tipo de trabalho. A falta de condições para o desenvolvimento deste tipo de actividade, influencia negativamente a satisfação dos enfermeiros. A maior parte das vezes deslocam-se sozinhos, transportando muitos materiais, andando muitas vezes perdidos à procura das casas dos utentes a quem pretendem prestar cuidados. Sentem-se muitas vezes incompreendidos, quer pelos colegas, quer por parte das chefias, pois é-lhes exigida mais produção, maior quantidade de cuidados, porém prestar cuidados em casa implica outro tipo de condicionantes, assim como as deslocações, que o cuidar no Centro de Saúde não implica. Existem Centros de Saúde de outras Sub-Regiões de Saúde, onde o apoio existe, com material e transportes adequados. Os enfermeiros, sentem desconforto em relação a esta situação, sentem-se discriminados, sendo este um facto que influencia negativamente a sua satisfação ao prestar cuidados de enfermagem em casa.

Os enfermeiros ao prestarem cuidados em casa, referem que se sentem *contentes*, *satisfeitos* com o trabalho que realizam, quando percebem que o idoso gosta da sua presença e dos seus conselhos. Outras vezes referem sentir-se *frustrados* quando os cuidados que prestam não proporcionam a cura ou a limitação da doença, mas se inserem no âmbito do apoio, de alívio àquele idoso. É também difícil para os enfermeiros compreenderem o facto dos cuidadores informais, muitas vezes também idosos, sem capacidades para cuidar do outro, insistirem em manterem o idoso dependente em casa, quando existem outras alternativas. Este facto conduz os enfermeiros para uma certa *angústia*, envolvendo-se estes, de mais em termos emocionais. Referem sentir-se assim, muitas vezes *tristes* e *impotentes*, pois não conseguem fazer mais do que aquilo que já fazem.

Terminando este estudo e tendo por base a análise, as reflexões e alguns comentários dos sujeitos, permitimo-nos expressar algumas recomendações/ sugestões, que julgamos pertinentes. É nossa pretensão melhorar a qualidade dos cuidados a prestar à pessoa idosa em casa através do enfermeiro como agente dos mesmos. Se queremos alcançar esta melhoria, temos obrigatoriamente de compreender a realidade envolvente, para depois delinear estratégias de intervenção.



Muito embora, estas recomendações/ sugestões sejam direccionadas para o contexto do estudo, não permitindo generalizações, outras poderão ser enquadradas, desde que adaptadas ao seu contexto.

### PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO:

#### Ao nível da Sub – Região, que:

- ❖ Sendo uma estratégia tida como fundamental, a prestação de cuidados à pessoa no seu contexto familiar, deve a Sub-Região possibilitar o desenvolvimento dos cuidados domiciliários não apenas a pessoas dependentes (âmbito curativo), mas também às que necessitam de cuidados de suporte de apoio e educação (âmbito de promoção de saúde).
- ❖ Haja um maior investimento na cooperação dos prestadores informais de cuidados. Como se verifica é de crucial importância na qualidade de vida da pessoa idosa, criar e desenvolver redes de vizinhança, para apoio à pessoa idosa.
- ❖ Que se criem incentivos aos enfermeiros para desenvolverem formações nesta área, dos cuidados de enfermagem ao idoso e dos cuidados de enfermagem em casa.
- ❖ Que seja alargado o Programa de Cuidados Continuados a todos os Centros de Saúde da Sub-Região, pois melhoraria significativamente a qualidade dos cuidados prestados, ou que sejam incentivados todos os Centros de Saúde a organizarem a prestação de cuidados de enfermagem em casa todos os dias da semana.

### PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO (continuação):

#### Ao nível dos profissionais de enfermagem, que:

- ❖ Cada vez mais os enfermeiros que desenvolvem a sua actividade junto da pessoa idosa, tenham formação na área de Saúde do Idoso/Gerontologia/Geriátrica.
- ❖ Os enfermeiros se consciencializem que se o cuidar é a essência da enfermagem as suas atitudes e comportamentos sejam baseados em valores humanistas que representem a essência do cuidar.
- ❖ Os enfermeiros continuem a promover o enriquecimento profissional através da sua formação/auto-formação, no sentido de adquirir novas competências ao nível do Cuidar. Este facto revela-se influenciador na qualidade dos cuidados prestados.
- ❖ Realizem estudos no mesmo âmbito, com uma maior riqueza de colheita de dados para identificar e clarificar mais elementos do cuidar, valorizados pela pessoa que cuida e pela pessoa que é cuidada.

#### Ao nível da investigação, que:

- ❖ Se devam realizar mais estudos neste âmbito, dando continuidade às pistas fornecidas por este e por outros já desenvolvidos nesta área dos cuidados domiciliários.



## **BIBLIOGRAFIA E FONTES**



## A - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBARELLO, L. (1997) - Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva

ALMEIDA, Isabel (1999)- A continuidade dos cuidados de enfermagem e a sua articulação entre os cuidados de saúde diferenciados e os cuidados de saúde primários. Geriatria. XII: 122 (Fevereiro)

ALVES, A. ; TAVARES, C. ; FERREIRA, J.; SILVA, L.; MACHADO, P.; NASCIMENTO, R. (1998). O enfermeiro como advogado do doente: uma dimensão da relação de ajuda. Nursing, 127, p 17-22

ALVES, Isabel da Silva (1995) - Direitos Legais do Idoso em Saúde, Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas. Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre em Ciências de Enfermagem

ALVES, F. - O doente e a comunicação em unidade de cuidados intensivos, reflexões e perspectivas de enfermagem. *Enfermagem em foco*. 92:5 (Maio1993) 39-41

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith – O método nas ciências sociais. In ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, Fernando (2001) – O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2ª ed.. São Paulo: Pioneira

ANJOS, Francisco (2000) - Cuidar do idosos institucionalizado – Especialidade da enfermagem. Santarém: Escola Superior de Enfermagem de Santarém. Monografia elaborada no âmbito da licenciatura em Enfermagem, ministrada na Escola Superior de Enfermagem de Santarém



ARAÚJO, Maria Lucília (1995) - Identidade sócio-profissional e género: contributos para o estudo da enfermagem. Porto: Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação (Especialização em Educação, Desenvolvimento e Mudança Social)

BALTAR, C., GODINHO, C.- Articulação Hospital-Centro de Saúde no âmbito do projecto de cuidados continuados. *Geriatrics*. 12:124 (Abril2000)

BATISTA,A; SANTOS, A., RODRIGUES, C.,SOUZA, M., GOMES, P. (1998) - Enfermagem em Foco – SEP. VIII: 31 (Junho)

BENNER, Paul (1996). De principiante a perito. *Servir*, 44(3) (Julho/Agosto) 148-154.

BERGER, Louise – Aspectos biológicos do envelhecimento. In BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.

BERGER, Louise – Atitudes, mitos e esteriótipos. In BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora

BOTERF, G.(1995) - De la compétence. Essaiur un attracteur ètrande, 2<sup>a</sup> ed.. Paris: Les éditions d'organisation

CABETE, Dulce – Filosofia e valores de uma intervenção comunitária. *Geriatrics*. 12:133 (Março1999) 21-24

CAMPOS, António (1992) – Adequação da intensidade de cuidados aos níveis de dependência de idosos. Análise económica das ineficiências. Lisboa: Escola Nacional Saúde Pública, tese de doutoramento



CANOTILHO, J. (1993) - Constituição da República Portuguesa Anotada. 3ª ed..  
Revista, Coimbra, 413-434

CARDOSO, F.; MATOS E. - Comunidade Idosa em Cuidados de Saúde Primários.  
*Geriatrics*. 42 (Maio/Junho1992) 25-35

CARDOSO, José – Da interligação dos Cuidados Diferenciados com os Cuidados  
Primários de Saúde. In JORNADAS DE SAÚDE DE AVEIRO, 3, AVEIRO, 24-25 de  
Janeiro de 1984. Administração Regional De Saúde De Aveiro p.21-24

CARMO, H.; FERREIRA, M.(1998) - Metodologia da investigação. Lisboa:  
Universidade Aberta

CARVALHO, Maria (1996). A enfermagem e o Humanismo. Loures: Lusociência

CASEY, K.; APPLE, M. - El genero y las condiciones de trabajo del professorado: el  
desarrollo de su explicación en America. *Education Y Sociedad*. 10 (Abril 1990) 7-21

COLLIÈRE, Marie - Françoise(1999) - Promover a vida: da prática das mulheres de  
virtude aos cuidados de enfermagem. 2ª ed.. Lisboa: Lidel

COLLIÈRE, Marie-Françoise (1989) - Promover a vida: da prática das mulheres de  
virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses

COLLIÈRE, Marie -Françoise (1996) - Soigner... premier art de la vie. Paris:  
Intereditions

COSTA, J; MELO, A. (1998) – Dicionário Da Língua Portuguesa. 8ª ed.. Porto: Porto  
Editora

COSTA, Maria Arminda (1998) – Enfermeiros: dos percursos de formação à produção  
de cuidados. Lisboa: Edições Fim do Século

DINIZ, A. - A pessoa idosa. In Temas em Geriatria. Lisboa: Graficoisa , 1997



FARRAN, C. J. - Family Caregiver Intervention Research: Where Have We Been? Where are going? *Journal of Gerontological Nursing*. 27 : 7 (July2001) 12-22

FERREIRA, António Gonçalves (1989) – Sistemas de Saúde e seu funcionamento. Sistemas de Cuidados de Saúde no Mundo. O caso particular de Portugal. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

FERREIRA, C. - Administração de saúde em Portugal. Apontamentos para análise, Administração de Saúde, Lisboa. Vol. 4:1/2 (Janeiro/ Junho1998)

FERREIRA, Salete (2002) – O prestador informal de cuidados à pessoa idosa alvo de apoio domiciliário integrado. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública. Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre em Saúde Pública

FORTIN, Marie-Fabienne (1999) - O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência

FRIEDMAN, R., MAHONEY, D., ROZENBLYUM, L. – The virtual visit – Using telecommunications technology to take care patients. *American Medical Informatics Association*. 4: 6 (November1997)

GARCIA, E. - Visita Domiciliária. Tratar ou Cuidar. *Servir*. 45:1 (Agosto1997) 26-28

GEORGE, Julia.(1996). Teorias de Enfermagem, 4ªed.. Porto Alegre: Artes Gráficas

GIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin (2001). O inquirito: Teoria e Prática, 4ªed.. Oeiras: Celta Editora

GIL, António Carlos (1991). Métodos e técnicas de pesquisa social. 3ªed.. São Paulo: Atlas SA.



HASTINGS, John– The role of the hospital in the delivery of comprehensive health care: The relationship between the hospital and primary care. *World hospitals*. 10:1(1974January) 7-10

HESBEEN, Walter (2000) - Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência

KEROUAC, S. (1996) - La pensée in infirmière conceptions et stratégicas. Québec: Maloine

LAZURE, Helene (1994) – Viver a Relação de Ajuda. Lisboa : Lusodidacta

KOOGAN, Larouse (1979) - Dicionário Enciclopédico. 3ª ed. Editora Larousse do Brasil

LAKATOS, E.; MARCONI, M. (1992) - Metodologia científica, 2ª ed.. São Paulo: Atlas

LELLO, J.; LELLO, E. (1974) – Dicionário Enciclopédico Luso-Brasileiro, 2ª ed. Porto: Lello e Irmão Editores

LESSARD-HÉBERT, Michelle; GOYETTE, Gabriel; BOUTIN, Gérald (1990) – Investigação qualitativa: fundamentos e práticas. Lisboa: Instituto Piaget.

LINDBERG, Christopher – Implementation of in-home telemedicine in rural Kansas – Answering na elderly patient's needs. *American Medical Informatics Association*. 4: 1 (January1997)

LOPES – Formação em enfermagem e cidadania. *Enfermagem em foco*. (Especial Dezembro 1997)10-11

MARTÍN, L. (1994) - Atencion Domiciliaria. Diagnósticos de enfermeria. Barcelona: Interamericana McGraw-Hill



MARTINS, J. - Teorização em enfermagem – que utilidade?. *Nursing* 33 (Março 1990) 47-48

MELO, A - A competência do enfermeiro no cuidar do idoso. *Servir*. 46:5 (Setembro 1998) 242-247

MENDONÇA, A; FRANCO, M. J; COSTA, P.(2000) - Que competências no trabalho de parceria?. Santarém: Escola Superior de Enfermagem de Santarém. Trabalho realizado no âmbito da Licenciatura em Enfermagem na Comunidade.

MESTRINHO, Maria (1997) – O choque da realidade dos enfermeiros no início da carreira. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade de Lisboa. Dissertação apresentada no âmbito do mestrado em Ciências da Educação

MIRANDA, J. *et al* - Enfermagem e Terceira Idade. *Nursing*. 124 (Junho 1998) 34-36

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Conservar-se em forma na idade avançada. Direcção Geral da Saúde. 1, 1999

MONTEZUMA DE CARVALHO, M. - Enfermagem Geriátrica – Uma necessidade. *Geriatrics*. 100 (Fevereiro 1997) 13-18

NEGRÃO, T. - O enfermeiro e o sentir do Cuidar. *Geriatrics*. 51 (Abril 1999) 1-4

NETTO, M.P. (1999) - Gerontologia. São Paulo: Ed. Atheneu

OREM, Dorothea (1993) - Modelo de Orem: concepts de enfermeria en la practica. 4ª ed.. Barcelona: Masson-Salvat

OREM, Dorothea (1980) - Nursing: Concepts of practice, 2ª ed.. New York: Mc Graw – Hill



OREM, Dorothea (1987) - Soins infirmier: les concepts et la pratique. Montréal: Decorie

PEARSON, Alan; VAUGHAN, Barbara (1992) – Modelos para o exercício de enfermagem. Lisboa: Arte Gráfica

PIMENTEL, Maria (1992) – A articulação de cuidados de enfermagem. Lisboa: Escola Superior de enfermagem Maria Fernanda Resende. Dissertação apresentada no âmbito da Licenciatura em Enfermagem

PINTO, H. C.; MUGE, M. G.; LOPES, M. - Dimensão pessoal e interpessoal da relação educativa. *Servir*. 4. ( Novembro 1993) 203-205

PIRES, A. - As novas competências profissionais. *Formar - Revista dos formadores*. 10 (Setembro 1994) 4-19

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette (1995) - Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 3ªed.. Porto Alegre: Artes Médicas.

QUINTELA, M. - Investigação uma estratégia em enfermagem. *Enfermagem em Foco*. 1 (Março 1991) 45-48.

QUIVY, Raymond: ; CAMPENHOUDT, Luc (1998) - Manual de investigação em ciências sociais. 2ªed. .Lisboa: Gradiva.

RENAUD, M. - A pessoa humana. *Servir*. 38:4 (Julho/Agosto1990) 159-165

RIEHL, J.– Modelo de Interaction de Riehl, presta al dia. In: JOAN RIEHL - Modelos Conceptuales de Enfermeria. Sisca:Ediciones Royma, 1992 p.311-327

ROGERS, Carls (1986) - Tornar-se pessoa. Lisboa: Morais Editoras

SCRUTTON, S.(1989) - Counselling older people: a creative response to ageing. London: British Library Cataloguing



SERRA, A.– O sentido clínico da expectativa. *Psiquiatria Clínica*. 5:3 (Março1984) 107-117

SERRALHEIRO, M. - Espiritualidade nas pessoas idosas. *Servir* .41 (Abril 1993) 20-23

SILVA, Adelino (1995) - Percepção dos idosos face aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Universidade Católica de Lisboa. Dissertação apresentada no âmbito do 2º Curso de mestrado em Ciências de enfermagem

SILVA, Gabriela (2003) – Envelhecer em casa – a teleassistência como instrumento dinamizador dos cuidados domiciliários. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública. Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre em Saúde Pública

SIMÕES, J. (1999) - Género e enfermagem: da tradição no feminino ao presente no masculino. Lisboa: Instituto de estudos pós graduados. Tese de mestrado apresentada no âmbito do 3º curso de mestrado em estudos sobre as mulheres.

SKEET, M. - O papel dos enfermeiros no ano 2000 e para além. *Servir*. 39:4 (Abril 1991) 167-169

SKEVINGTON, S.; DAWKES, D. - Minorities at work: men. In CANTER, D. - *Environmental social psychology*: Kluwer Academic Publishers, 1988, p. 272-280

STANHOPE, Marcia – O enfermeiro comunitário nos cuidados domiciliários e nos lares/ albergues. In STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Janette (1999) - *Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa: Lusociência

STANHOPE, Marcia – Teorias e desenvolvimento familiar. In STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Janette (1999) - *Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa: Lusociência



SWANSON, K.– Empirical Development of a Middl Range Theory of Caring. *Nursing Reserch.* 40:3 (May/June1991) 161-166

TICHAVA, Utava (– Creating a continuum of care for elderley individuals. *Journal of Gerontological Nursing.* 38: 1 (January 2002) 34-42

TORRA I BOU, J. - Atención Domiciliaria y Atención Primaria de Salud. *Rol.* 125 (Dezembro 1990) 37-43

VALA, Jorge - A análise de Conteúdo. In SILVA, Augusto; PINTO, José (1986) - Metodologia das Ciências Sociais, 8ª ed.. Porto: Edições Afrontamento. 129-148

VICENTE, M., AMARAL, M. – Grau de dependência dos Idosos, inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco. *Geriatrics.* 14:137 (Outubro2001) 42-58

VIEIRA, M.; BACATUM, C.; COSTA, N.(1998) - Cuidados domiciliários – Que práticas?. Santarém: Escola Superior de Enfermagem de Santarém. Trabalho realizado no âmbito do 1º Curso de Estudos Especializados em Enfermagem na comunidade.

WILDE, Verina (1976) – Controversial hypothesis on the relationship between resercher and informant in qualitative reserch. *Environmental social psychology.* Kluwer Academic Publishers

WILLIAMS, D., DEWEY, M., HEWITT, M., BLAIR, M., ROBINSON, J., BRUMMELL, K., ELKAN, R. ()– Effectiveness of home based support for older people: systematic reviw and meta-analysis. *British Medical Journal.* 323:719 (September 2001) 78-98



## **B - FONTES DOCUMENTAIS**

ARSLVT - ADMINSTARÇÃO REGINAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO (1999) - Estratégia de Saúde Regional; Plano de acção para 1999. Lisboa

INE – Instituto Nacional de Estatística (1999) - As gerações mais idosas. Lisboa: Instituto Nacional de estatística

INE – Instituto Nacional de Estatística (1999) – Estatísticas demográficas. Lisboa: Instituto Nacional de estatística

INE – Instituto Nacional de Estatística (2002) – Censos 2001: resultados provisórios. Lisboa: Instituto Nacional de estatística

INSA (2001) – Inquérito Nacional de Saúde, Continente – 1998/1999. Ministério da Saúde, Observatório Nacional de Saúde. Lisboa

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE, (1997) - Estratégia de Saúde Regional – Plano de Acção 1997 - 1998. Lisboa: Europress

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE (1997) - Saúde em Portugal, uma estratégia para o virar do século 1998/2002. Lisboa: Grafem, Lda

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE (1997) – A Saúde dos portugueses. Direcção Geral da Saúde. Lisboa: Grafem, Lda

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE, (1999) - Estratégia de Saúde Regional – Plano de Acção 1999. Lisboa: Europress



MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE (1999) - Saúde: Um compromisso; A estratégia de saúde para o virar do século 1998/2002. Lisboa: Europress

MSSS - MINISTÉRIO DA SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL (1995): - Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade Direcção Geral da Família de 65 e mais anos, os números em Portugal. CNAPIDGF: Ed. Setembro

OMS - Organização Mundial de Saúde (1985) - As Metas de Saúde para Todos: metas da estratégia Regional Europeia da saúde para todos. Lisboa: DEPS

OMS - Organização Mundial de Saúde (1979) – Declaração de Alma-Ata. Lisboa: EESP

OMS - Organização Mundial de Saúde (1990) - L' éducation pour la santé. Genève, 111-117

OMS - Organização Mundial de Saúde (1987) – Les Tendences demographiques dans la région europeenne. Copenhague: n.º 17

OE - Ordem Dos Enfermeiros (2000)– Declaração de Munique; Desafios actuais para a Enfermagem; O enfermeiro de saúde familiar um conceito novo?. Lisboa

PORTUGAL, Assembleia da República. Lei n.º 127-A/97. Grandes Opções do Plano Nacional para 1998. “Diário da República”, Lisboa, I Série A, 20 de Dezembro, p. 59

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Lei n.º 56/79. Lei do Serviço Nacional de Saúde. “Diário da República”, Lisboa, I Série (15) Setembro, p. 2357

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 97/83. Regulamento dos Centros de Saúde. “Diário da República”, Lisboa, I Série (93) 24 de Abril, p. 1439

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Lei n.º 48/90. Lei de Bases da Saúde. “Diário da República”, Lisboa, I Série (195) 24 de Agosto 1990, p. 3452



PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 437/91. Aprova a Carreira de Enfermagem. “Diário da República”, Lisboa, I Série, 8 Novembro 1991, pp. 5723

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 11/93. Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. “Diário da República”, Lisboa, I Série A (12) 15 de Janeiro 1993, p. 122

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Despacho n.º 24/94. Normas de articulação provisória entre hospitais e centros de saúde. “Diário da República”, Lisboa, II Série (133) 9 de Junho, p. 5703

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 161/96. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. “Diário da República”, Lisboa, I Série (205) 4 de Setembro, p. 2959

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 104/98. Ordem dos Enfermeiros e Respectivo Estatuto. “Diário da República”, Lisboa, I Série A (93) 21 de Abril, p. 1739

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 412/98. Carreira de Enfermagem. “Diário da República”, Lisboa, I Série (300) 30 de Dezembro, p. 7257

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 156/99. Estabelece o regime dos Sistemas Locais de Saúde. “Diário da República”, Lisboa, I Série (108) 10 de Maio, p. 2421

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 157/99. Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde. “Diário da República”, Lisboa, I Série (271) 20 de Novembro, p. 2424

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 60/2003. Cria a Rede de cuidados de saúde primários. “Diário da República”, Lisboa, I Série A(77) 1 de Abril, p. 2118

PORTUGAL. Ministério do Emprego e Segurança Social e da Saúde. Despacho conjunto n.º 166/94. Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII) .“Diário da República”, Lisboa, II Série 166/98, 20 Julho 1994, p. 8328



PORTUGAL. Ministério da Saúde do Trabalho e da Solidariedade. Despacho conjunto n.º 407/98. Orientações Reguladoras da intervenção articulada de apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência. “Diário da República”, Lisboa, II Série 138/98, 18 Junho 1998, p. 8328

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998) - Health Promotion and Community Action for Health in Developing Countries, Report of a Who Study Group, Geneve, December



## C - FONTES DIGITAIS

ADMINISTRATION ON AGING –A Profile of older Americans: 2001 – Health, health care and – Disability. Disponível em <http://www.aoa.gov/aoa/stats/profile/2001/12.html>. (Acedido em 05/02/2001)

GESTÃO DO PROGRAMA DE APOIO INTEGRADO A IDOSOS. Disponível em <http://www.msst.gov.pt/index.php?corpo=org&org=paii>. (Acedido em 12/07/2003)

GRANDES PORTUGAL OPÇÕES DO PLANO (GOP) PARA 2002. Disponível em <http://www.dpp.pt/pdf/gop2002.pdf> . (Acedido em 12/07/2002)

OBSERVATÓRIO EUROPEU DOS SISTEMAS DE SAÚDE. Disponível em <http://www.observatory.dk> . (Acedido em 31/12/2002)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – CARTA DE OTTAWA para a Promoção da Saúde: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Canadá: OMS, 1986. Disponível em <http://www.who.int/hpr/background/ottawacharter.htm>. (Acedido em 30/02/2003)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – A DECLARAÇÃO DE JACARTA sobre Promoção da Saúde no Século XXI: 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Jacarta, República da Indonésia: OMS, 1997. Disponível em <http://www.who.int/hpr/backgroundhp/jakarta/portuguese2.pdf>. (Acedido em 12/04/2003)

PORTUGAL. Ministério da saúde - Contributos para um PLANO NACIONAL DE SAÚDE - Orientações estratégicas Lisboa: Ministério da Saúde, 2003 . Disponível em [http://www.dgsaude.pt/dgs/p\\_na\\_saude.pdf](http://www.dgsaude.pt/dgs/p_na_saude.pdf) . (Acedido em 24/06/2003)



U.S. CENSUS BUREAU – Population Pyramid Summary for Portugal. Disponível em <http://www.census.gov/cgi-bin/ipc/idbpyps.pl?cty=PO&out=s&Ymax=250> . (Acedido em 05/02/2002).

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – A Saúde dos Portugueses. Disponível em [www.dgsaude.pt/Gdd/San](http://www.dgsaude.pt/Gdd/San). (Acedido em 04/11/2002).



## **ANEXOS**



## **Anexo I – Autorização para a realização do estudo**



**Anexo II** – Inquérito preenchido pelos enfermeiros chefes/ responsáveis



**Anexo III** – Tabelas referentes aos gráficos que caracterizam os enfermeiros da Sub-  
Região de Saúde de Santarém



## **Anexo IV – Guião da entrevista**



## **Anexo V - Transcrição integral das entrevistas**