



UNIVERSIDADE DO PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

IDOSOS:

A Enfermagem e os Cuidados de Proximidade

Rui Fernando Amaral Ávila

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

PORTO
2009

Rui Fernando Amaral Ávila

“IDOSOS: A Enfermagem e os Cuidados de Proximidade”

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientadora - Prof. Doutora Maria Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa.

Professora Coordenadora com Agregação do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por todo o apoio

À Professora Arminda Costa, orientadora desta tese, pelos saberes que partilhou, pela sua disponibilidade e pela forma calorosa com que nos ajudou a trilhar um caminho, fazendo-nos questionar sobre um fenómeno bem recente nos nossos dias: o envelhecimento.

À Professora Amélia Meireles, Advogada Marta Ávila, Cecília e à amiga Mónica Botelho, que nos assistiram neste percurso, por vezes difícil, mostrando-se sempre disponíveis para ajudar, mas acima de tudo pelas suas palavras reconfortantes e de estímulo.

Aos colegas que se disponibilizaram para partilharem connosco as suas experiências e vivências em relação aos cuidados de proximidade com idosos.

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenómeno universal e um desafio nas sociedades modernas, de modo que lançar um olhar abrangente sobre o desenvolvimento do processo de cuidados aos idosos passa por perspectivá-lo com um processo articulado, sistémico e de proximidade.

Em enfermagem, os cuidados de proximidade assumem especial relevância. A actual complexidade e dinâmica dos cuidados, causada, entre outros aspectos, pelos constantes avanços científicos e tecnológicos no campo da saúde e medicina e, por conseguinte, o aumento da esperança de vida, veio pôr em evidência alguns problemas relacionados com a velhice. Viver mais não significa necessariamente viver melhor.

Com efeito, um elevado número de idosos sofre de doenças crónicas e de fragilidade, que requerem cuidados complexos e continuados no domicílio. Neste sentido entendemos que os cuidados de proximidade permitem a sua maior humanização, já que se traduzem em cuidados especiais, que permitem, designadamente, dar respostas mais adequadas à complexidade dos problemas e necessidades da pessoa idosa.

O nosso estudo, intitulado **“Idosos: A Enfermagem e os Cuidados de Proximidade”**, surgiu no âmbito do mestrado em ciências de enfermagem, na sequência da constatação da importância e necessidade de conhecer as vivências dos enfermeiros, com o objectivo de melhorar os cuidados prestados.

O estudo que realizamos pretende dar resposta à seguinte questão: **“quais as vivências dos enfermeiros que prestam cuidados de proximidade aos idosos?”**. Trata-se de um estudo exploratório, constituído por dez participantes do Centro de Saúde de Angra do Heroísmo, a quem foram realizadas as entrevistas. Insere-se no paradigma qualitativo, com uma abordagem fenomenológica, tendo sido utilizada no tratamento dos dados a análise de conteúdo.

Deste estudo emergiram conclusões que, pela sua pertinência, salientamos. Desde logo, os cuidados no domicílio emergem das necessidades das pessoas, verificando-se uma evolução destes cuidados, do ponto de vista da sua visão pelos enfermeiros, que valorizam a informação e o ensino ao utente e à família. É também por estes reconhecida a importância dos cuidados de proximidade, na medida em que permitem uma maior aproximação do enfermeiro ao idoso/família e comunidade, que

facilita a identificação de necessidades, bem como o conhecimento do meio e da população, a interacção e a planificação dos cuidados. Resulta ainda que, em situações de fase terminal e de morte, os cuidados consistem essencialmente no acompanhamento e no conforto, além de que as necessidades de cuidados em contexto domiciliário se centram no tratamento. Assim, quando surge a prevenção esta está associada à existência de complicações inerentes à patologia. Revela-se ainda a preocupação da adequação dos cuidados às necessidades das pessoas, que passa pelo seu encaminhamento.

No que se refere à organização dos cuidados, destaca-se que estes não são realizados da mesma forma, e nem sempre são valorizados os mesmos aspectos, tendo em conta alguns condicionalismos como o tempo e o transporte. De notar que a procura dos cuidados no domicílio está relacionada com os recursos económicos dos idosos, com as suas dificuldades de mobilidade e isolamento, ao que acresce a ocupação profissional das famílias e a própria disponibilidade por parte da enfermagem. Já no que respeita às dificuldades sentidas pelos enfermeiros na realização da visita domiciliária, estas prendem-se com os recursos da instituição e familiares, do mesmo modo que os recursos e apoios ao domicílio são provenientes da Santa Casa da Misericórdia.

Releva ainda desta análise alguns estereótipos por parte dos enfermeiros em relação aos utilizadores dos cuidados domiciliários, sendo que, por exemplo, nem sempre recorrem ao serviço por apresentar efectivas necessidades de saúde.

ABSTRACT

Population aging is a universal phenomenon and a challenge in modern societies. As such, a comprehensive view of elderly care development must be seen from the perspective of an articulated and systematic process, including proximity.

In nursing, proximity care is particularly important. The current complexity and dynamics of care due to scientific and technological advances in health and medicine, resulting in the increase in life expectancy, has highlighted some problems related to old age. Living longer does not necessarily mean living better.

In fact, a high number of elderly people suffer from chronic diseases and debility which require complex and continuing care at home. It is with this understanding that we believe proximity care permits a higher degree of humaneness which translates into special care and more appropriate responses to the problems and needs of the elderly.

The present study, "**The Elderly: Nursing and Proximity Care** ", was conducted within the scope of a master of science in Nursing. It addresses the need for an awareness of the nursing experience to improve the care provided.

The study intends to provide an answer to the following question: "**What is the nurse's experience when providing proximity care to the elderly?**" The study is exploratory, involving ten participants from the Angra do Heroísmo Health Center who were interviewed. It is based on a qualitative paradigm, following a phenomenological approach. Content analysis was used for data processing.

We believe the conclusions reached as result of this study are relevant and merit consideration. First of all, home care is not a static process and must be adapted according to the needs of the person. From the standpoint of the nurse, the information and training provided to the patient and his family are valuable. They, too, recognize the importance of proximity care inasmuch as it allows a closer relationship between the nurse and the elderly patient/family and community. This, in turn, facilitates the identification of needs as well as the acquaintance with the environment and the population, the interaction and planning of care. In case of terminal illness and death, care consists essentially of presence and comfort. Home care needs concentrate on treatment. Thus, when prevention occurs, it is associated with the complications inherent in the pathology. Another concern is the appropriate and adequate response when providing

care. An important issue has to do with the manner in which care is arranged.

Patient care is not always carried out in the same way. At times, certain aspects assume greater significance when we take into consideration weather and transportation conditions. It should be noted that the demand for homecare is related to the economic resources of the elderly with their difficulties in mobility and isolation in addition to the family's professional occupation and the availability of nursing care itself. The difficulties experienced by nurses with respect to home visits have to do with institutional and family resources inasmuch as the Santa Casa da Misericórdia responsible for home care resources and support services.

RÉSUMÉ

Le vieillissement de la population est un phénomène universel et un défi à relever dans les sociétés modernes, de sorte que le lancement d'un regard sur le développement de la prise en charge, des processus, des systèmes et services.

Le métier d'infirmier, les soins de proximité sont particulièrement importants. L'actuelle complexité et la dynamique de soins, entre autres, causée par une des avancées scientifiques et technologiques en matière de santé et de la médecine, et donc l'augmentation de l'espérance de vie, était de mettre en évidence certains problèmes liés à la vieillesse. Vivre plus ne signifie pas nécessairement vivre mieux.

En effet, un grand nombre de personnes âgées souffrant de maladies chroniques et de la fragilité, qui nécessitent des soins continus complexes et à la maison. En ce sens, nous croyons que les soins de proximité permettent une meilleure humanisation, car il est traduit dans les soins, qui, entre autres, de fournir plus approprié à la complexité des problèmes et des besoins des personnes âgées.

Notre étude, intitulée **“Personnes Âgées: Un Infirmier de Soins et de Proximité”**, a été le maître de la science en soins infirmiers, à la suite de la constatation de l'importance et la nécessité de connaître les expériences des infirmiers, pour améliorer les soins fournis.

L'étude que nous voulons aborder prétend donner réponse à la question suivante: **“quelles sont les expériences des infirmiers qui fournissent des soins aux personnes âgées ?”**. Il s'agit d'une étude exploratoire, composée de dix participants de la santé du Centro de Saúde de Angra do Heroísmo, qui ont été les interviewés. C'est le paradigme qualitatif, avec une approche phénoménologique et a été utilisé dans le traitement de l'analyse des données de contenu.

Les conclusions qui ressortent de cette étude que, pour sa pertinence, nous détachons. Tout d'abord, les besoins de soins à domicile des personnes apparaissent, il s'agit d'une évolution des soins, en termes de sa vision pour les infirmiers, qui ont valeur d'information et d'éducation pour les utilisateurs et de la famille. Il a également reconnu l'importance de ces soins de proximité, car ils se rapprochent de la connaissance de l'environnement et de la population, d'interaction et la planification des soins. Il s'ensuit que, dans les cas de phase terminale et de décès, essentiellement dans les soins de

conforte et suivi, et que les besoins de soins à domicile se concentrent sur le traitement. Alors, quand il s'agit de la prévention, celle-ci est liée à des complications inhérentes à l'existence de la pathologie. Il est également le souci de l'adéquation des soins aux besoins des personnes qui passe par le parrainage.

En ce qui concerne l'organisation des soins, il est souligné que ces faits ne sont pas de la même manière, et ne sont pas toujours appréciés les mêmes aspects, en ayant compte de certaines contraintes telles que le temps et les transports. De détacher que la demande de soins à domicile est liée à des ressources économiques des personnes âgées à mobilité réduite dans leur isolement et, en plus de l'occupation de la famille et de la volonté de la part des soins infirmiers. Maintenant, en ce qui concerne les difficultés rencontrées par les infirmiers dans la mise en oeuvre de la visite à domicile, elles se rapportent à l'institution des ressources et de la famille de la même manière que les ressources et le soutien à la maison sont de la Santa Casa da Misericórdia.

Cette analyse révèle, aussi, certains stéréotypes de la part du personnel infirmier par rapport à des utilisateurs de soins à domicile, qui, par exemple, n'utilisent pas toujours le service de santé en présentant des besoins émotionnels.

ABREVIATURAS, SIGLAS E SINAIS CONVENCIONAIS

A.C. - Antes de Cristo.

Apud – Palavra latina usada para citações indirectas (citar documentos que não foram obtidos directamente, mas através de outras obras)

Cfr - Conforme, confrontar com.

CMAH – Câmara Municipal de Angra do Heroísmo.

DR - Diário da República.

E - Enfermeiro.

ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados.

ECSCO – Equipas Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos.

Ed. – Edição.

Edit. – Editore(s).

Et al. – E outros (abreviatura da expressão latina “et alii”).

ISCED – Internacional Standard Classification of Education.

INE - Instituto Nacional de Estatística.

Km² - Quilómetro quadrado.

Nº - Número.

OMS - Organização Mundial de Saúde.

ONU - Organização das Nações Unidas.

P. - Página.

RAA - Região Autónoma dos Açores.

SREA - Serviço Regional de Estatística dos Açores.

S l. – Sem local de edição (abreviatura da expressão latina “sine loco”).

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade.

USF – Unidades de Saúde familiar.

Vol. – Volume.

≥ - Maior ou igual.

% - Percentagem.

SUMÁRIO

	p.
INTRODUÇÃO	17

PARTE I – QUADRO CONCEPTUAL

CAPÍTULO I – <u>SOCIEDADE E ENVELHECIMENTO</u>	21
1.1 - INDICADORES DEMOGRÁFICOS DO ENVELHECIMENTO	21
1.1.1 – Portugal	23
1.1.2 – Açores.....	28
1.1.3 - Ilha Terceira	31
1.2 - O CONCEITO DO IDOSO	33
1.2.1 - Evolução do conceito de idoso	33
1.2.2 - Idoso na actualidade.....	38
1.2.3 - A imagem social do idoso	41
1.2.3.1 - O perfil social do idoso português	44
CAPÍTULO II – <u>CUIDAR IDOSOS</u>	46
2.1 – A ENFERMAGEM E OS CUIDADOS À PESSOA IDOSA.....	46
2.1.1 – Cuidados continuados.....	50
2.1.2 – Organização dos cuidados continuados.....	55
2.2 – CONTEXTO DE CUIDADOS DOMICILIÁRIO	58
2.2.1 – Os cuidados de proximidade.....	63
CAPÍTULO III – <u>ASSISTÊNCIA NO DOMICÍLIO</u>	68
3.1 – FAMÍLIA E OS CUIDADOS AOS IDOSOS	68
3.2 – CUIDADORES INFORMAIS.....	69
3.3 – SITUAÇÕES COMPLEXAS DE CUIDADOS (MORTE)	71
CAPÍTULO IV – <u>PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO</u>	74

PARTE II – PARADIGMAS DE INVESTIGAÇÃO

CAPÍTULO I – <u>OPÇÃO METODOLÓGICA E TIPO DE ESTUDO</u>	79
1.1 – PARTICIPANTES DO ESTUDO E AMOSTRAGEM	82
1.2 – PREVISÃO DA COLHEITA DE DADOS	83

1.2.1 – Instrumento de colheita de dados	83
1.2.2 – Procedimento na colheita de dados	84
1.3 – PROCEDIMENTOS NO TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	86
1.4 – ASPECTOS ÉTICOS	88
1.5 – LIMITAÇÕES E DIFICULDADES DO ESTUDO	89
 CAPÍTULO II – <u>ANÁLISE, APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS</u>	91
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	91
2.2 – PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIÁRIOS.....	92
2.3 – VISÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS	96
2.4 – ATENDIMENTO DO IDOSO NO DOMICÍLIO PELOS ENFERMEIROS	101
2.5 – SIGNIFICADO ATRIBUÍDO PELOS ENFERMEIROS À PROXIMIDADE NOS CUIDADOS.....	103
2.6 – CARACTERÍSTICAS PESSOAIS DOS ENFERMEIROS	108
2.7 – SITUAÇÕES COMPLEXAS EM CUIDADOS DOMICILIÁRIOS: VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS	111
2.8 – NECESSIDADES DE CUIDADOS NO DOMICÍLIO: OLHAR DOS ENFERMEIROS	114
2.9 – PLANEAMENTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM E RECURSOS EXISTENTES	120
2.10 – SITUAÇÕES QUE JUSTIFICAM A PROCURA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO DOMICÍLIO.....	123
2.11 – DIFICULDADES IDENTIFICADAS PELOS ENFERMEIROS NA VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA	127
2.12 – VISÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS.....	131
2.13 – RECURSOS E APOIOS AO DOMICÍLIO: VISÃO DOS ENFERMEIROS	133
2.14 – ESTEREÓTIPOS DOS PROFISSIONAIS EM CUIDADOS DOMICILIÁRIOS.....	134
 CAPÍTULO III – <u>CONCLUSÃO E SUGESTÕES</u>	139
 <u>BIBLIOGRAFIA</u>	144
 ANEXOS.....	153
 ANEXOS I – Guião da entrevista	154

ANEXOS II – Pedido de autorização para efectuar as entrevistas aos enfermeiros do Centro de Saúde de Angra do Heroísmo	160
ANEXOS III – Autorização cedida para efectuar as entrevistas aos enfermeiros do Centro de Angra do Heroísmo	162
ANEXOS IV – Consentimento informado	164
ANEXOS V – Transcrição de uma entrevista	166
ANEXOS VI – Matriz de codificação global	172
ANEXOS VII – Matriz de codificação por unidade de análise.....	178

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

p.

Diagrama nº 1 - Percepção dos enfermeiros sobre os cuidados domiciliários.....	92
Diagrama nº 2 - Visão dos enfermeiros sobre a evolução dos cuidados	96
Diagrama nº 3 - Atendimento do idoso no domicílio pelos enfermeiros	102
Diagrama nº 4 - Significado atribuído pelos enfermeiros à proximidade nos cuidados...	104
Diagrama nº 5 - Características pessoais dos enfermeiros	109
Diagrama nº 6 - Situações complexas em cuidados domiciliários: Vivências dos enfermeiros.....	111
Diagrama nº 7 - Necessidades de cuidados no domicílio: olhar dos enfermeiros.....	115
Diagrama nº 8 - Planeamento dos cuidados de enfermagem e recursos existentes	121
Diagrama nº 9 - Situações que justificam a procura de cuidados de enfermagem no domicílio.....	124
Diagrama nº 10 - Dificuldades identificadas pelos enfermeiros na visitação domiciliária	128
Diagrama nº 11 - Visão enfermeiros sobre a participação da família nos cuidados	131
Diagrama nº 12 - Recursos e apoios ao domicílio: Visão dos enfermeiros.....	133
Diagrama nº 13 - Estereótipos dos profissionais em cuidados domiciliários.....	135

ÍNDICE DE FIGURAS

	p.
Figura nº 1 – Proporção da população idosa (65 + anos), 1960-2050.....	25
Figura nº 2 – Pirâmide etário 1991-2001.....	26
Figura nº 3 – Indicadores relativos ao envelhecimento demográfico, Portugal,1991 e. 2001	27
Figura nº 4 – Arquipélago dos Açores	29
Figura nº 5 – Ilha Terceira	32
Figura nº 6 – Conceito major do domínio de enfermagem e suas intera-relações.....	48
Figura nº 7 – Número de percentagens de altas Hospitalares de ≥ 65 anos por região	52

ÍNDICE DE QUADROS

	p.
Quadro nº 1 – Evolução da População Residente Açores.....	30
Quadro nº 2 - Caracterização dos Participantes.....	91

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento das sociedades humanas nos últimos anos contribuiu para um aumento das condições de vida e dos cuidados de saúde, levando a um aumento da esperança de vida, e permitindo assim alterações demográficas de entre as quais se destacam o envelhecimento que, por sua vez, provoca alterações profundas a vários níveis, entre os quais económicos, sociais, familiares e de saúde.

Assim, como refere Pimentel (2001:54), o período da velhice é cada vez mais prolongado, pondo em causa o papel passivo que a sociedade tem atribuído a estes indivíduos. É seguro, então, que o papel do idoso na sociedade tem de ser repensado, precisamente por não ser concebível que as pessoas encarem cerca de um quarto da sua vida como um vazio de perspectivas.

Segundo se constata, o aumento do número de idosos conduz a um aumento da incidência de doenças crónicas e de fragilidade e, por conseguinte, a um aumento da procura dos cuidados de saúde, o que implica a necessidade de articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde diferenciados.

Para Cunha (1999), citada por Augusto et al (2005:56), a ligação entre cuidados de saúde diferenciados e cuidados de saúde primários está num novo caminho, na medida em que cada vez mais apela a uma intervenção holística e global que privilegia a prevenção da doença e a promoção da saúde, a par de um rápido diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Considera-se que os enfermeiros têm um papel fulcral, ao ajudar os clientes a mobilizar as suas potencialidades de acordo com o seu estado de saúde/doença. Para Collière (1999:285) *“acção de enfermagem situa-se, para um lado, em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, com vista a prevenir, a limitar a doença, por outro, em relação a tudo o que revitaliza alguém que esteja doente”*. Assim, pretende compreender-se a complexidade da proximidade dos cuidados de enfermagem, tendo em conta o fenómeno envelhecimento, bem como estudar as relações entre o processo de cuidados na comunidade, e em particular no domicílio. Em nosso entender os cuidados de proximidade permitem uma maior humanização dos cuidados em geral, traduzindo-se em cuidados especiais e permitindo dar respostas mais adequadas à complexidade dos problemas e necessidades da pessoa idosa.

Iniciamos este trabalho com uma pesquisa sobre o tema, pois apesar de constituir uma inquietação nossa, conhecíamos pouco sobre o estado de conhecimentos no domínio dos citados cuidados de proximidade, assim como sobre as investigações já realizadas. Verificamos, então, que existe pouca investigação nesta área, sendo que a pesquisa efectuada foi determinante para a delimitação do problema e a definição da questão de investigação.

O nosso estudo, intitulado **“Idosos: A Enfermagem e os Cuidados de Proximidade”**, surgiu no âmbito do mestrado em ciências de enfermagem, a partir da necessidade de conhecer as vivências dos enfermeiros, de forma a melhorar os cuidados prestados.

Sabendo que os enfermeiros são os profissionais que possuem uma maior interacção com a pessoa idosa e, conseqüentemente, possuem um maior manancial de conhecimento e de experiências que importa partilhar, torna-se imperioso compreender as suas vivências ao cuidar do idoso e analisá-las. Assim, considerou-se pertinente centrar a questão de investigação na pergunta **“quais as vivências dos enfermeiros que prestam cuidados de proximidade aos idosos?”**

As linhas orientadoras do estudo são:

- Compreender o significado das experiências vivenciadas pelos enfermeiros que prestam cuidados de proximidade aos idosos, em contexto de trabalho;
- Identificar o papel do enfermeiro no processo de cuidados aos idosos na comunidade;
- Compreender como se sentem os enfermeiros que cuidam de pessoas idosas.

O presente trabalho está estruturado em duas partes fundamentais. A primeira parte, é constituída por quatro capítulos e algumas secções e subsecções. O primeiro capítulo, designado por *Sociedade e Envelhecimento*, é constituído por várias secções e subsecções, sendo que na primeira secção, se incidiu sobre os indicadores demográficos do envelhecimento, nas subsecções Portugal, Açores e Ilha Terceira, enquanto na segunda secção se aborda o Conceito do idoso, tratando-se a evolução do conceito, assim como o idoso na actualidade e a sua imagem social (o perfil do idoso português).

No segundo capítulo, intitulado *Cuidar de Idosos*, analisa-se, na primeira secção, a enfermagem e os cuidados à pessoa idosa, onde se integram como subsecções os cuidados continuados e a sua organização, ao passo que a segunda secção foca o

contexto dos cuidados domiciliários, designadamente os cuidados de proximidade, tratados enquanto subsecção.

O terceiro capítulo, versando sobre a Assistência no Domicílio, é constituído por três secções, onde se tratam os temas Família e os Cuidados aos Idosos, Cuidadores Informais e Situações Complexas *de* Cuidados (morte).

No quarto capítulo é apresentada a problematização do estudo.

A segunda parte do trabalho é constituída por três capítulos. O primeiro capítulo diz respeito às questões relativas ao percurso metodológico, que serviram de orientação, com o objectivo de dar resposta à nossa questão de investigação. A opção metodológica envergou por uma abordagem qualitativa, uma vez que se pretende compreender e interpretar a realidade, e bem como o significado atribuído pelos actores aos cuidados de proximidade.

No segundo capítulo, analisamos e discutimos os dados empíricos produzidos, onde culmina as categorias e subcategorias.

No último capítulo, exporemos as conclusões parcelares gerais do estudo, bem como as principais sugestões emergentes desta investigação.

PARTE I – QUADRO CONCEPTUAL

CAPÍTULO I – SOCIEDADE E ENVELHECIMENTO

1.1 – INDICADORES DEMOGRAFICOS DO ENVELHECIMENTO

É frequente falar-se hoje de indicadores demográficos do envelhecimento, pretendendo reflectir-se sobre as profundas alterações ocorridas nas sociedades em função desse fenómeno. *“A identificação de indicadores com maior ou menor capacidade de discriminação, e aplicáveis de maneira universal a todo o grupo populacional, é necessária, assim como o esforço permanente de redefinição conceptual e de incorporação de metodologias mais adequadas para captar a dinâmica das mudanças”*, Vermelho et al (2006:33).

O envelhecimento demográfico, apreendido enquanto fenómeno resultante do aumento da proporção de pessoas com mais de 60 ou 65 anos de idade (...), é um processo irreversível ao longo dos próximos anos nos países industrializados, Fernandes (1997:5). Ainda para a mesma autora, o declínio da mortalidade, a partir do final do século passado, começou por promover um rejuvenescimento (...), favorecendo, indirectamente a natalidade. Por outro lado, a baixa mortalidade (especialmente a infantil), contribuiu para a descida da fecundidade, promovendo a redução do número de mais jovens e o aumento das pessoas idosas.

Em Portugal, a população idosa parece tender a aumentar, essencialmente, em consequência da baixa de natalidade e do previsível aumento da esperança de vida. Segundo Moniz (2003:39), durante muito tempo pensou-se que o envelhecimento demográfico era uma característica das sociedades desenvolvidas, devido à diminuição da natalidade e à melhoria dos cuidados de saúde prestados às populações (...). De acordo com Nazareth (1994), citada por Costa (2002:28), Portugal, tal como outros estados da Europa, está incluído num conjunto de países que, sob o ponto de vista demográfico, são caracterizados por uma baixa fecundidade, uma baixa mortalidade e um movimento migratório que, no passado, foi acentuado. Estes factores têm contribuído para uma alteração da estrutura etária da população, determinando um envelhecimento acentuado da população (...).

Citando Vermelho et al (2006:91), *“o factor decisivo para o envelhecimento da população e a queda da fecundidade, isto é, a diminuição relativa de contingentes populacionais nas faixas etárias mais jovens e a ampliação da população nas faixas etárias mais idosas”*. Assim, e tendo em consideração as progressivas alterações na

estrutura demográfica da população, parecem tornar-se evidentes as mudanças ocorridas na estrutura etária, levando a um aumento da população idosa em detrimento dos segmentos mais jovens.

O processo de transição demográfica é descrito pela primeira vez em 1940, reportando-se aos efeitos que as mudanças nos níveis de fecundidade, natalidade e mortalidade provocam sobre o ritmo de crescimento populacional e sobre a estrutura por idade e sexo, Vermelho et al (2006:91).

Para os mesmos autores (2006), são identificados três estágios na transição demográfica:

- 1) *“Fase pré-industrial ou primitiva, na qual há um equilíbrio populacional, onde a taxa de natalidade e mortalidade, principalmente infantil, são elevadas;*
- 2) *Fase intermediária, de “divergência de coeficientes”, na qual as taxas de natalidade permanecem altas enquanto decrescem as taxas de mortalidade. Nesta fase, o ritmo de crescimento populacional aumenta, caracterizando o que se chama uma “explosão populacional”;*
- 3) *Fase intermediária de “convergência de coeficientes”, quando a natalidade passa a diminuir em ritmo mais acelerado que a mortalidade, cujo efeito mais notável é um rápido “envelhecimento” população;*
- 4) *No fim deste processo, há um retorno ao equilíbrio populacional, dominado fase moderna ou de pós-transição, com aproximação dos coeficientes só que em níveis mais baixos¹. A população torna-se estável, isto é, os valores de fecundidade se aproximam do nível de reposição. Como consequência, a esperança de vida aumenta, a população envelhece e em geral, observa-se uma ampliação da proporção de mulheres” (p91).*

Segundo Fontaine (2000:19), durante milénios a mortalidade e a fecundidade quase se equilibraram, com um ligeiro ganho para a vida, tendo havido uma ruptura deste equilíbrio essencialmente por duas razões, que são consequência da industrialização. Por um lado, a queda vertiginosa da mortalidade infantil, devido à quase erradicação das doenças infecciosas e, por outro lado, o aumento, quase impressionante, da longevidade.

¹ A taxa de fecundidade geral relaciona o número de nascidos vivos, ocorridos em um dado período de tempo, com o número de mulheres em idade fértil (15 a 49 anos).
O coeficiente geral ou taxa bruta de natalidade relaciona o número de nascidos vivos com a população total.

Com efeito, a esperança de vida não deixou de aumentar desde o século XVIII, nos países que vão conhecer a revolução industrial. Até ao século XVIII, a esperança de vida não excedia 30 anos. Em 1956 ela era de 66 anos nos países desenvolvidos, e de 41 anos nos países em vias de desenvolvimento. Na actualidade, ela é da ordem dos 74 anos nos países industrializados e de cerca de 50 anos nos países em vias de desenvolvimento (ibid.p.19).

Paralelamente ao declínio da mortalidade, verifica-se igualmente o declínio da fecundidade, que pensamos ter contribuído para o acentuar do envelhecimento populacional. Em nosso entender, o envelhecimento da população ocorre por um lado devido aos avanços da medicina e por outro devido à melhoria das condições de vida. No entanto, apesar do envelhecimento ser um processo normal e irreversível, implica algumas alterações não só a nível individual, como também a nível familiar e comunitário.

Com o decorrer dos anos, as transformações que ocorreram nas sociedades industrializadas e o gradual envelhecimento das populações proporcionaram as condições imprescindíveis para que, socialmente, se comesasse a ter em conta a velhice como situação problemática a necessitar apoio social, Fernandes, (1997:10). Não obstante a sociedade ter consciência que a população se encontra envelhecida, e que é indispensável a mobilização de meios e de encontrar soluções para dar respostas específicas às necessidades dos idosos, ainda persistem dificuldades, decorrentes das transformações ocorridas na sociedade e nas famílias, fruto da industrialização. Estas não são facilitadoras face às exigências do mundo laboral, antes exigindo mais esforços, mais atenção e, por conseguinte, a intervenção directa dos agentes sociais.

1.1.1 – Portugal

Portugal, à semelhança dos restantes países da Europa, apresenta um aumento progressivo da população idosa em detrimento da população jovem. No dizer de Costa (1999), as alterações demográficas, de entre as quais se destaca o envelhecimento da população, têm provocado alterações profundas na sociedade actual, quer a nível económico como social, caracterizando a segunda metade do século XX e representando aquilo que os epidemiologistas designam como “transição demográfica”.

Para Rosa (1993), citado por Almeida (1999: 65), o crescente relevo da parcela da população com 65 ou mais anos, conseqüente do envelhecimento demográfico, apresenta-se como uma característica deste final de século e uma herança para o século

XXI. Verifica-se que, entre 1960 e 1991, a população portuguesa sofreu uma alteração no seu perfil, pois de acordo com a mesma autora citada por Imaginário (2004:33), *“no espaço de trinta anos a configuração da pirâmide em forma triangular, 1960, dá lugar a uma configuração tipo “urna”, em 1991”*.

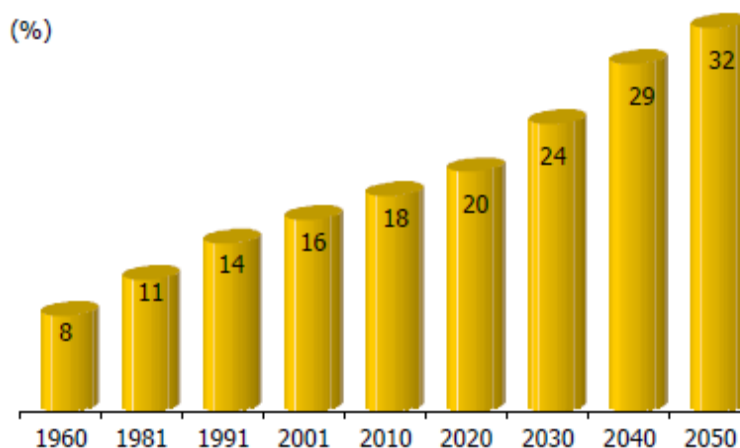
Santos sustenta que (2002:44), em termos demográficos, existem dois tipos de envelhecimento (base e topo). O envelhecimento na base ocorre quando a percentagem de jovens começa a diminuir de tal forma que a base da pirâmide de dados fica reduzida. Em contrapartida, o envelhecimento no topo ocorre quando a percentagem de idosos aumenta, fazendo com que a parte superior da pirâmide de idades aumente.

A população residente no nosso país tem vindo efectivamente a envelhecer ao longo dos anos, o número de jovens baixou, enquanto que o número de pessoas idosas sofreu um acréscimo considerável. Entre 1960 e 1998 a população jovem (0-14) decresceu na ordem dos 35,1%, tendo-se assistido, por outro lado, a um aumento de 114,4% na população idosa (com 65 anos ou mais). Os idosos em Portugal representavam, em 1998, 15,2% do total da população, o que representa um acréscimo de 1,6 pontos percentuais em relação a 1990, INE (1999).

Nazareth, citado por Fernandes (1997), esclarece que Portugal, em 1970, era um dos países mais jovens da Europa, ainda que com profundas assimetrias regionais. Assim, só a partir de 1940 se observaram diferenças ao nível das estruturas, nomeadamente ao nível das proporções de jovens e idosos, diferenças essas que se acentuaram até aos dias de hoje.

De acordo com Carrilho e Gonçalves (2004), em Portugal a proporção de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nos últimos quarenta anos, passando de 8% em 1960, para 11% em 1981, 14% em 1991 e 16% em 2001. Como podemos verificar no gráfico da figura 1, de acordo com as projecções demográficas mais recentes, elaboradas pelo Instituto Nacional de Estatística, estima-se que esta proporção torne a duplicar nos próximos 50 anos, representando, em 2050, 32% do total da população.

Figura nº 1 – Proporção da População Idosa (65+anos), 1960-2050

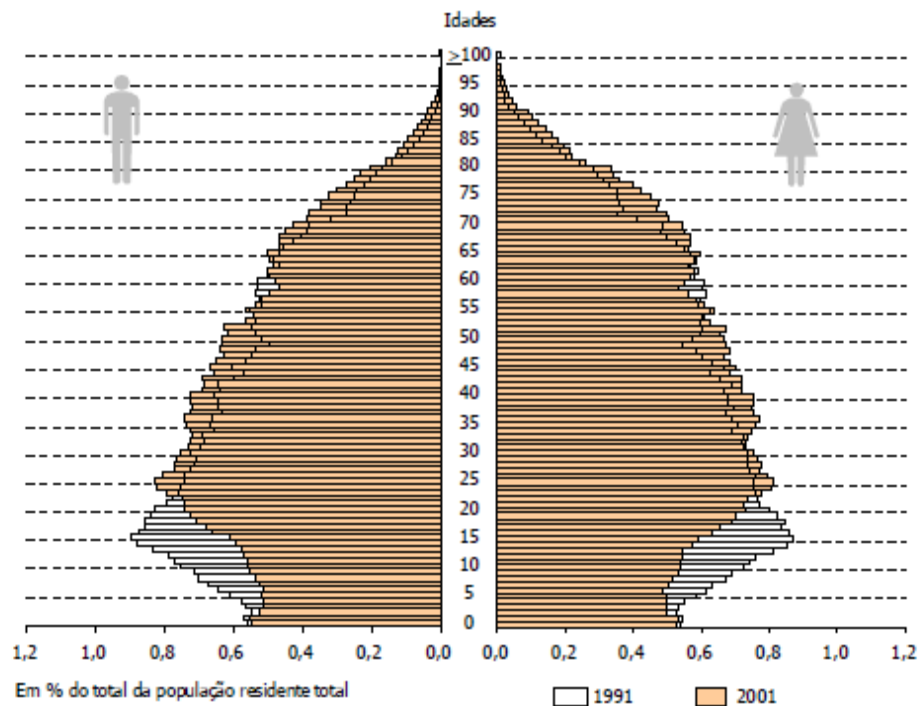


Fonte: INE, Recenseamento Gerais da População, 1960 a 2001 e projecções de População Residente, 2000-2050 in Carrilho e Gonçalves (2004)

Importa referir que o ritmo de envelhecimento não é igual em todas as regiões do país. Na perspectiva de Barreto (1999:407), *“Mais de duzentos concelhos do interior estão em declínio demográfico há vinte anos. A população rural está envelhecida, incapaz de encontrar forças para se renovar”*, indo de encontro ao que afirma Carrilho e Gonçalves (2004), quando diz Desde há muito que as regiões do interior do continente se pautam por elevados níveis de envelhecimento da sua população, devido sobretudo aos surtos emigratórios, internos e externos, especialmente de população em idade activa, com efeitos directos na diminuição da natalidade e conduzindo à desertificação daqueles espaços.

Portugal, de acordo com os dados disponíveis depara-se com um duplo envelhecimento demográfico. Como podemos constatar na figura 2 (pirâmides etárias da população residente segundo os Recenseamentos da População de 1991 e 2001), a pirâmide etária evidencia um estreitamento na base, apesar de uma ligeira recuperação nos níveis de fecundidade entre 1999 e 2000, visível nas idades mais baixas, e um aumento no topo, reflectindo especialmente a partir dos 65 anos e mais forte nas mulheres, Carrilho e Gonçalves (2004).

Figura nº 2 – Pirâmide etário 1991-2001

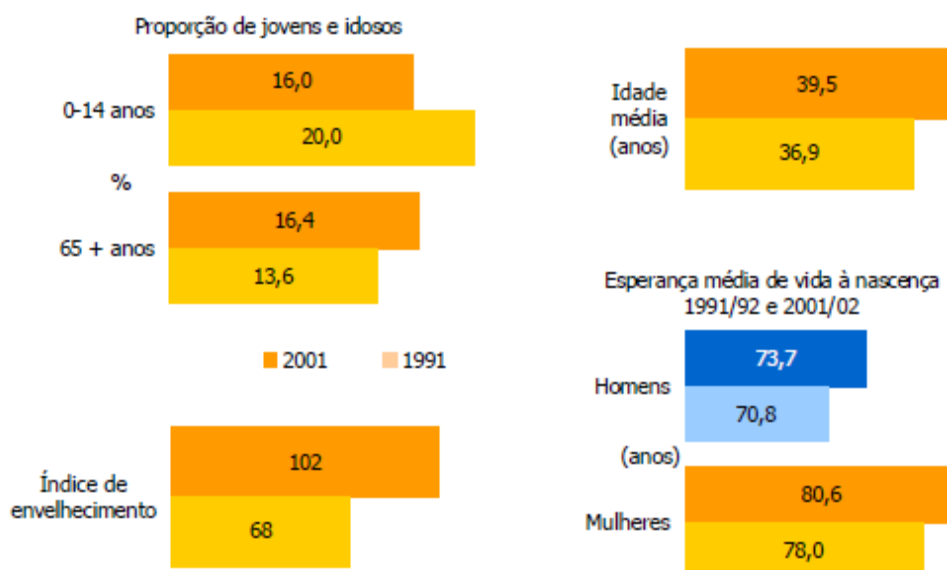


Fonte: INE, Recenseamento Gerais da População, 1991 a 2001 in Carrilho e Gonçalves (2004)

O índice de envelhecimento² passou de 68 idosos por cada 100 jovens em 1991, para 102 em 2001, ou seja, quase mais 40 idosos. Por outro lado, em consequência do fenómeno sobremortalidade masculina, a idade média dos homens é inferior à das mulheres: em 1991 o sexo masculino registava uma idade média de 35,5 anos, passando para 38,1 em 2001 e nas mulheres aumentou de 38,2 para 40,9 anos, Carrilho e Gonçalves (2004). Na opinião dos mesmos autores a esperança média de vida entre os sexos é bem evidente. Em 2001/02, as mulheres poderiam esperar viver mais do que 80 anos enquanto que os homens não mais do que 74 anos.

² Índice de envelhecimento: quociente entre a população idosa (65 e mais anos) e a população jovem (dos 0 aos 14 anos).

Figura nº 3 – Indicadores relativos ao envelhecimento demográfico, Portugal, 1991 e 2001



Fonte: INE, Recenseamento Gerais da População, 1991 a 2001 e Estimativas de População Residente in Carrilho e Gonçalves (2004)

Relativamente ao futuro, e tendo em conta os recenseamentos gerais da população e as estatísticas demográficas, tudo aponta para uma diminuição da população residente em Portugal. Os resultados das actuais projecções demonstram que a população residente em Portugal em 2050 (10.3 milhões de indivíduos, em 2000) diminuirá, podendo oscilar entre 7,5 milhões, no cenário mais pessimista, e os 10,0 milhões no cenário mais optimista, situando-se nos 9,3 milhões de indivíduos no cenário mais provável INE (2004).

Paralelamente, e segundo a mesma fonte, (...) ao esperado decréscimo populacional até 2050, a população residente em Portugal sofrerá um agravamento do envelhecimento, com a redução dos efectivos mais jovens, como resultado de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações, e o aumento da população idosa, consequência do esperado aumento da esperança de vida.

Importa referir que, segundo o INE, citado por Gesaworld (2005), a população residente em Portugal em 2010, atingirá a sua cifra máxima de 10,626.099 habitantes (...), este ano marcará o final da expansão demográfica e segundo a mesma fonte, prevê-se uma redução de 2,3% em 2025 e de 11,6% no horizonte de 2050.

O envelhecimento prosseguirá, prevendo-se que a proporção da população jovem diminua para cerca de 13% em meados do século XXI, enquanto que a população idosa representará cerca de 32% no mesmo período. Os indivíduos com 65 ou mais anos registam, durante o período de projecção, uma tendência sempre crescente, cfr. Carrilho e Gonçalves (2004). Para o INE (2005), a conjugação de baixos níveis de fecundidade, durante um período alargado, e os ganhos na esperança de vida, em particular nas idades mais elevadas, levam a um aumento da população idosa (com 65 ou mais anos), em particular na mais idosa (com 80 ou mais anos), residente em Portugal.

1.1.2 – Açores

Nos Açores, à semelhança do restante território nacional, o envelhecimento da população começa a ser uma realidade que merece reflexão. Moniz (2003:40), citando o INE, refere que na região autónoma dos açores, apesar de apresentar em 1998 uma população ainda predominantemente jovem – 55 790 indivíduos com menos de 15 anos para 29 240 com mais de 65 anos – o problema começa a ser já preocupante, principalmente nas ilhas com menor peso demográfico, as quais têm vindo a perder população.

O arquipélago dos Açores é constituído por nove ilhas, distribuídos por três grupos denominados: Oriental, do qual fazem parte as ilhas de Santa Maria e S. Miguel; Ocidental, formado pelas Flores e corvo e, por fim, o grupo Central que é composto por cinco ilhas: S. Jorge, Pico; Faial, Graciosa e Terceira.

Figura nº 4 - Arquipélago dos Açores.³

A população residente deste arquipélago ronda os 241. 763 habitantes, sendo 119 486 homens e 122 277 mulheres. Estes dados demonstram um acréscimo de 3 968 indivíduos em relação aos censos de 1991, cuja população residente era de 237 795 indivíduos, aumentando 1,7% entre 1991 e 2001, isto de acordo com os censos de 2001, segundo o INE (2002). De salientar que, não obstante a forte queda da natalidade, com efeitos na perda de importância relativa de população jovem, esta região regista uma elevada proporção de jovens comparativamente à de idosos. Em 2001 os Açores detinham 21,4% de jovens e 13,0% de idosos (ibid). O acréscimo da população não está distribuído de forma equitativa pelas diversas ilhas, havendo variações negativas expressivas nas ilhas Graciosa, Flores e Santa Maria, como pode verificar-se no respectivo quadro da Evolução da população residente.

³ Dados consultados a 2 de Janeiro de 2009, em:
<http://casadosacores.vilabol.uol.com.br/arquipelago.htm>

Quadro nº 1: Evolução da População Residente Açores

ILHA	1991	2001	Var: %
SANTA MARIA	5 922	5 578	-5,8
SÃO MIGUEL	125 915	131 609	4,5
TERCEIRA	55 706	55 833	0,2
GRACIOSA	5 189	4 780	-7,9
SÃO JORGE	10 219	9 674	-5,3
PICO	15 202	14 806	-2,6
FAIAL	14 920	15 063	1,0
FLORES	4 329	3 995	-7,7
CORVO	393	425	8,1
AÇORES	237 795	241 763	1.7

Fonte INE⁴.

É facilmente compreensível que a insularidade introduz uma particularidade nestas ilhas, devido às suas características físicas, tais como descontinuidade física e distanciamento em relação ao continente, dificultando a mobilização da população. Em termos demográficos, as ilhas que possuem maior densidade populacional, são S. Miguel, seguido da Terceira, pelo que a distribuição geográfica da população não é, portanto, uniforme em toda a região.

De realçar que, embora se tenha assistido nos Açores a um crescimento positivo nas ilhas de maior peso populacional, não devemos descurar as ilhas nas quais se tem verificado uma perda da população, essencialmente as de pequena dimensão e de menor densidade populacional. Pensamos que é nas ilhas mais pequenas que se verifica um maior envelhecimento populacional, devido à saída dos mais jovens para outras ilhas, para prosseguirem estudos, ou à procura de novas oportunidades de trabalho. O crescimento demográfico poderá ser explicado, em grande medida, pelos fluxos migratórios, que têm registado valores positivos, por via do decréscimo acentuado da migração e do aumento da imigração, dado que o saldo natural tem vindo a declinar⁵.

⁴ Dados consultados, a 27 de Maio de 2008, em: edt-gra.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/EB444DFA-C5B0-47F4-9F0D-BDD158AE6EC9/127229/SitSoc20092.pdf

⁵ Dados consultados, a 27 de Maio de 2008, em

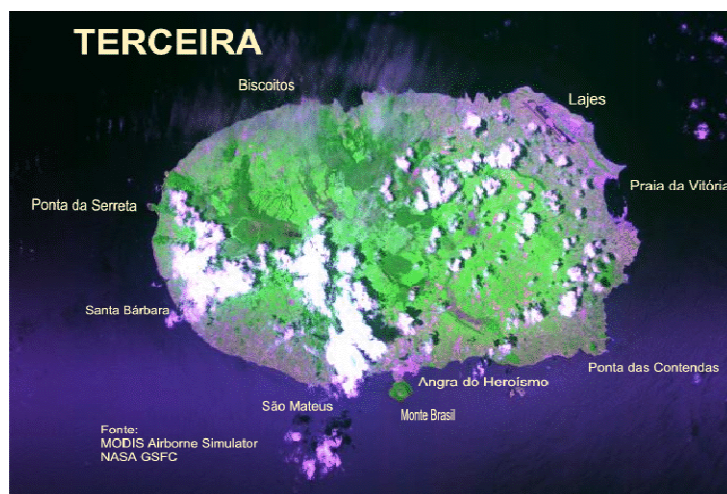
De acordo, com a fonte supra mencionada, com base nos últimos recenseamentos e nas projecções disponíveis, constata-se que o crescimento demográfico tende a concentra-se no grupo correspondente à população activa (15-64 anos), por contrapartida do grupo etário relativo aos jovens, mantendo-se praticamente inalterado o peso relativo dos idosos no contexto da população residente nos Açores. Porém, a tendência na próxima década é para acentuar o envelhecimento da população residente, em virtude, sobretudo, da diminuição do peso relativo dos jovens resultante do efeito conjugado da diminuição das taxas de natalidade/fecundidade e do aumento da esperança de vida. De salientar que esta tendência tem sido atenuada pela inversão do comportamento migratório, que, desde meados dos anos noventa, tem registado valores positivos associados, sobretudo, a um aumento da imigração (ibd).

As regiões Norte e Centro, bem como as duas Regiões Autónomas, observam os maiores decréscimos de população jovem entre 2001 e até ao final do período de projecção. Em 2050, os Açores deixarão de ser uma das regiões detentoras do título de região mais jovem, passando a observar proporções muito próximas das definidas para o restante do país, Carrilho e Gonçalves (2004).

1.1.3 – Terceira

Como indica o seu nome, foi a terceira ilha do Arquipélago dos Açores a ser descoberta. A ilha Terceira tem 29 km de comprimento e 18 km de largura, medindo o seu perímetro 90 km e apresentando uma área de 396,75 Km²⁶. A sua população é de 55 883 habitantes de acordo com os censos de 2001.

⁶ <http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=A%C3%A7ores&action=edit§ion=7>
Dados consultados a 5 de Fevereiro de 2008 em http://pt.wikipedia.org/wiki/Ilha_Terceira

Figura nº5 – Ilha Terceira⁷

Segundo os censos de 2001, do SREA, a população residente na Ilha terceira com idades $\geq$ a 65 anos ronda 7.704 (13,8%) indivíduos. Assume pertinência dar a conhecer o maior concelho da Ilha, Angra do Heroísmo, com 237,52 km² de área, subdividido em 19 freguesias. O município é limitado a nordeste pelo município da Praia da Vitória, sendo banhado pelo Oceano Atlântico em todas as restantes direcções⁸. Este concelho, de acordo com o SREA (2003), tinha, no ano de 2001, uma população residente 35. 581 habitantes, sendo a estimativas da população com idades $\geq$ 65 anos de 4.918 habitantes em.2002.

De acordo com as estimativas da CMAH (2007), a população residente tende a diminuir, sendo a população total estimada em 31 de Dezembro de 2006 de 35.115 habitantes. A faixa etária que integra os indivíduos entre os 25 e os 64 anos representa 50% do total da população. Quanto à terceira idade, ou seja, a franja da população que está entre os 65 anos e os 75 anos e a partir da mesma idade, têm um peso de 13 e 6% respectivamente. Relativamente aos mais jovens, os indivíduos que se situam entre os 0 e os 14 anos e os 15 e os 24 anos, representam respectivamente, 17% e 14% da população.

⁷ Dados consultados a 2 de Janeiro de 2009, em http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/3/3f/Terceira_Azores_MODIS_Pict.gif

⁸ Idem

1.2 – O CONCEITO DE IDOSO

Este item visa apresentar e compreender a complexidade da evolução do conceito de idoso ao longo do tempo, assim como o conhecimento produzido sobre a temática, de forma a descortinar a própria noção. Para Costa (2002:38), *“as definições de envelhecimento e de idoso continuarão a evoluir com o conhecimento; mas o que será sempre verdade é que a sua utilização implica relações com o tempo”*. De facto, parece-nos que no decurso da história criaram-se concepções diferentes e até mesmo antagónicas de idoso. De acordo com Netto (1996:492) *“se os conceitos sobre velhice não são unânimes, menos ainda é a conceituação de velhice nas diferentes camadas sociais e geográficas, tanto nacionais como planetárias”*. Todos sabemos que a terceira idade é parte integrante do ciclo de vida, mas os significados atribuídos à velhice são vários, sendo por vezes difícil obter unanimidade de opiniões dos vários intervenientes.

1.2.1 – Evolução do Conceito de Idoso

O envelhecimento não é exclusividade dos tempos modernos, embora só nos últimos anos se tenha tornado algo comum. Calcula-se que nos tempos pré históricos a velhice fosse extremamente rara, e mesmo no século XVII, provavelmente apenas 1% da população vivia mais de 65 anos. No século XIX essa proporção subiu para aproximadamente 4%, cfr. Cogill, citado por Halmilton (2000:15).

Para Morato (1986:176) *apud* Imaginário (2004:41) *“os conceitos ligados às palavras velho, envelhecer, velhice e envelhecimento são muito complexos. O adjetivo velho, no grau positivo, significa deteriorado e aplica-se a coisas, pessoas ou animais; como substantivo refere exclusivamente a pessoa de idade avançada; já como adjetivo no grau comparativo tem apenas um significado cronológico”*. A velhice é igualmente definida como estado ou condição de velho, sinónimo de idoso, de idade avançada, período do ciclo de vida humana que sucede à idade madura, venerável, digno de respeito, Morais (1994) citado por Silva (2006:4).

Já Cícero na sua obra De Senectute (44 a.C.) mencionava a velhice como um fenómeno que variava de indivíduo para indivíduo, considerando esta fase como um período que podia oferecer muitas oportunidades de crescimento pessoal, Fontaine (2000).

A este propósito, George Minois citado por Agreda (1999:26), referia que o idoso entra na história precisamente com um texto Egípcio do ano 2.450 a.C. Este texto é a narração de um idoso escriba, Ptah-Hotep, que descreve a sua própria velhice como uma etapa triste da vida, (...) *“Que triste é o fim de um velho! Cada dia fica mais débil; sua vista diminui, seus ouvidos ficam surdos; sua força diminui; seu coração já não descansa; sua boca volta-se silenciosa e já não fala. Suas faculdades intelectuais diminuem e é-lhe impossível lembrar hoje o que aconteceu ontem. Todos os seus ossos têm dores. As ocupações que realizavam não há muito tempo com prazer, só as realiza com dificuldade, e o sentido do gosto desaparece. A velhice é a pior desgraça que pode atingir um homem”*.

No período que antecede a Platão, o tratamento filosófico dado à velhice *“apresentava a propensão para ser predominantemente pessimista, na medida em que a observação dos seus efeitos negativos não era acompanhada pela exortação em viver esse período de melhor forma possível”*, tal como afirmam Gomes e Viegas (2007:27).

O envelhecimento é frequentemente referenciado no Antigo Testamento, tendo sido tratado pelos filósofos enquanto tema de reflexão e de vivência pessoal. Platão (427-347 a.C.) *considerava o resultado do envelhecimento uma continuidade da vida de jovem e adulto, numa lógica bem actual de que se envelhece como se viveu. Os prazeres do espírito vão progressivamente substituindo os prazeres físicos. Aristóteles (384-322 a.C.) tem uma visão antagónica à de Platão. Ao apontar as fases da vida do homem, refere-se à quarta e ultima como sendo a da senilidade, com deterioração generalizada das capacidades. A deterioração do corpo vai necessariamente a par com a do espírito, tal como nos recorda Paul (2005:22)*.

Apesar das dificuldades em definir com precisão “velhice”, pode asseverar-se que a mesma não é doença, mas sim a comprovação de que houve suficiente saúde para a atingir. Se é bem verdade que o idoso, tal como todo o indivíduo saudável, permanece em equilíbrio com o meio, também é verdade que os dois extremos da vida são caracterizados por serem mais sensíveis a este e terem uma diminuição da capacidade de resistência à agressão, Santos (2002:25). Neste conceito, para além de outros, torna-se evidente que velhice não é sinónimo de doença, mas sim um processo natural, no qual pode, ou não, haver equilíbrio em termos de saúde, de acordo com o grau de fragilidade e de vulnerabilidade que, como se sabe, não é igual entre os indivíduos. Daí que, como adianta Costa (2002:41), *“a velhice, como um processo inevitável e irreversível, é também individualizada, já que as pessoas não envelhecem da mesma forma nem no*

mesmo espaço de tempo; a idade não se revela uma medida adequada para determinar o estado de saúde das pessoas”.

Paillat (1986), citado por Costa (2002:37), *“refere que não se pode continuar a considerar a velhice como um grupo homogéneo, dado que tal afirmação não tem qualquer significado, nem científico, nem sociológico. Envelhecer é um processo dinâmico, habitualmente lento e progressivo, mas individual e variável, o que poderá justificar a tendência para denominar os idosos como “grupo heterogéneo”.*

Ao falar da velhice e das pessoas idosas subentende-se com frequência que o significado da palavra idoso ou velho é claro para todos, o que, contudo, não corresponde à verdade. Ainda que muitos considerem a “passagem à reforma” como porta de entrada para a velhice, é sabido que a idade da reforma é variável de acordo com o tipo de ocupação, os países, os sistemas sociais e as épocas históricas. Do mesmo modo, os 65 anos também deixaram de ser um indicador rigoroso para sinalizar o início da velhice, considerando-se actualmente a existência de múltiplas idades possíveis de transição idade adulta – velhice – ou, de forma mais correcta ainda, a existência de processos de envelhecimento individuais e diferenciados de pessoa para pessoa, em linha de trajectórias desenvolvimentais a que cada um esteve sujeito ao longo da sua vida, Paul e Fonseca (2005:16).

Hoje, o envelhecimento da população não tem paralelo na história da humanidade, constituindo um fenómeno global com efeitos em cada pessoa, homem ou mulher, jovem ou adulto no mundo, com consequências e implicações em todas as áreas do quotidiano da vida humana, afectando o crescimento económico, o investimento e o consumo, o mercado de trabalho, as pensões, os custos com a saúde, os cuidados de saúde, a composição da família e dos alojamentos, WHO, citado por Silva (2006:7).

A prevalência do envelhecimento, portanto, difere dentro da mesma sociedade ao longo do tempo histórico, tal como difere hoje entre os países industrializados e aqueles em desenvolvimento. Difere igualmente entre indivíduos e grupos de uma mesma sociedade, como escreve Halmilton (2000:17). De acordo com Agreda (1999:25) cada sociedade no seu contexto e momento histórico tem dado um papel à velhice, positiva ou negativamente, o qual depende do modelo de homem ideal que impera em cada momento, de forma que os idosos às vezes têm sido rejeitados e outras vezes valorizados.

Parece-me que o envelhecimento teve, pois, ao longo da história, diversas conotações, que variaram em função dos próprios valores atribuídos à pessoa e ao indivíduo pela sociedade, e ainda consoante o papel atribuído ao idoso inserido num contexto cultural, e ainda no meio onde está inserido.

Segundo Costa (1999:9) ... há 40/50 anos atrás envelhecer não era um problema, sendo antes encarado como um fenómeno natural, na medida em que não só as pessoas que envelheciam não eram muitas, como o aproveitamento e imagem que a sociedade tinha da população que envelhece era diferente daquela que tem hoje. Retomando a opinião da autora *“Ser-se velho era ser-se sábio; era ter-se a mais-valia do tempo que fazia do velho o conselheiro, o amigo...a memória das gerações”*.

Paul (2005) defende que através dos tempos o conceito de envelhecimento, bem como as atitudes perante os idosos têm vindo a mudar, reflectindo, por um lado, o nível de conhecimentos fisiológicos e anatomias humanas e, por outro lado, a cultura e as relações sociais das várias épocas. Por seu turno, e segundo Augusto et al (2002:62), um dos grandiosos desafios das sociedades modernas é a problemática do envelhecimento da população. Este envelhecimento não é, por si só, sinónimo de doença. Contudo, as alterações bio fisiológicas daí decorrentes conduzem a uma maior vulnerabilidade do indivíduo e consequentemente a uma maior probabilidade de adoecer.

Ermida (1999:43), define o envelhecimento *“como um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidentes ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo. Significa que o envelhecimento não é em si uma doença embora possa ser agravada ou acelerada pela doença”*. Enquanto que Robert, citado por Santos (2002:21), o define como *“a perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente”*. Ainda para Birren e Renner (1997), citado por Paul (1997:10), *“o envelhecimento refere-se às mudanças regulares que ocorrem em organismos maduros, geneticamente representativos, vivendo em condições ambientais representativas, na medida em que avançam na idade cronológica”*.

O envelhecimento é, pois, marcado por alterações não só a nível biológico, mas também a nível psicológico, social e ao nível das relações interpessoais entre indivíduos. De acordo com Schroots e Birren (1980), citado pelo autor anteriormente referido, *“o envelhecimento tem três componentes: 1) O processo de envelhecimento biológico que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se*

chama senescência, 2) um envelhecimento social, relativo aos papéis sociais apropriado às expectativas da sociedade para este nível etário e 3) o envelhecimento psicológico, definido pela auto-regulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento”(p.11).

A idade cronológica torna-se muitas vezes a forma de determinar a idade da reforma, não sendo, no entanto, satisfatória por si só para conceptualizar o conceito de idoso, na medida em que nem todos envelhecem da mesma forma. A OMS, numa tentativa de uniformizar critérios, convencionou que idoso é todo o indivíduo com 65 anos, independentemente do sexo e estado de saúde, como se lê em Costa (1998:50). Acrescenta a mesma autora que os estudiosos da demografia (incluindo as nações unidas) utilizam os 60 ou 65 anos como fronteira, para facilidade de análise estandardizada e por esta ser uma idade legalmente convencionada para reformas, pensões de segurança social (...). Alguns gerontólogos dividem a velhice em categorias cronológicas, idoso jovem (65-74), idoso médio (75-84) e idoso idoso (85 e mais). Porém, a maioria prefere classificar as pessoas de acordo com a sua idade funcional (...), Staab e Hodges (1997), *apud* Imaginário (2004:43).

Já Birren Cugningham (1985), referido por Fontaine (2000:23), sustenta: *“Consideram que cada indivíduo não tem uma, mas sim três idades diferentes: a sua idade biológica, a sua idade social e a sua idade psicológica”*. Ainda para o mesmo autor, a *idade biológica* está ligada ao envelhecimento humano. Cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida, e a capacidade de auto-regulação torna-se também menos eficaz. Quanto à *idade social*, esta refere-se ao papel, aos estatutos e aos hábitos da pessoa, relativamente aos outros membros da sociedade. É fortemente determinada pela cultura e pela história de um país. A *idade psicológica* respeita às competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente. Inclui as capacidades mnésicas (a memória), as capacidades intelectuais (a inteligência) e as motivações para o empreendimento.

Por outro lado, e Segundo o INE (2002), o envelhecimento pode ser analisado sob duas grandes perspectivas: Individualmente, o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, o aumento da esperança média de vida. O envelhecimento demográfico, por seu lado, define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Note-se que o aumento é conseguido em detrimento da população jovem, e/ou em detrimento da população em idade activa.

1.2.2 – Idoso na actualidade

Olhar o idoso na actualidade, enquanto agente de uma sociedade em mudança, torna-se, em nosso entender, um desafio.

Importa reflectir sobre o fenómeno envelhecimento, sendo de referir que, tanto em Portugal, como noutros países da Europa, tem-se assistido, nos últimos anos, a uma preocupação crescente, relativamente a este fenómeno, por parte das instituições governamentais e de saúde. Com efeito, o envelhecimento acarreta alterações profundas na sociedade, destacando-se Fernandes (2001), ao frisar que *“O problema social que representa a velhice nas sociedades modernas é um exemplo paradigmático da forma como certas perspectivas, científicas e não científicas, podem contribuir para deformar através da difusão de ideias e representações já construídas do que é a velhice”*.

Todavia, sendo o envelhecimento um problema social, a velhice passou a mobilizar pessoas, meios, esforços e atenções por parte dos vários agentes, sendo esta preocupação demonstrada através de investigações e de políticas próprias, relativas, e dirigidas, à pessoa idosa.

De facto, assiste-se por todo o lado a uma mudança profunda da estrutura da população, o que conduz ao delinear de projectos de sociedade, e a debater de novo, não só a estrutura económica, mas também a visão de ciclo de vital e das relações entre as gerações. Pode dizer-se que uma sociedade se mostra justa na medida em que responde às necessidades assistenciais de todos os seus membros e que o seu nível de civilização se mede pela protecção prestada aos membros mais débeis da sociedade, João Paulo II (2002)⁹.

Ser idoso é, assim, uma condição plural dos indivíduos que têm o privilégio de experimentar vidas longas. A condição de ser idoso compreende-se na sequência da história de vida e corresponde a padrões diversificados de comportamentos e contextos, Paul et al (2005:75).

Actualmente, e na nossa sociedade, não é particularmente fácil estabelecer os limites em que tem início e termina a terceira idade, pois se a idade da reforma (65 anos)

⁹ Carta do Santo Padre João Paulo II aos participantes na Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/letters/2002/documents/hf_jp-ii_let_20020410_assembly-ageing_po.html

era um marco – artificial, embora seguro – do início da velhice, certo é que hoje as pessoas se reformam cada vez mais cedo, por razões que não se prendem com a idade (desemprego, incapacidades, reformas antecipadas), tornando-se difícil definir quem é e quem não é idoso, explica Pimentel (2001:54).

De acordo com valente (1993), citado por Santos (2002), em certas sociedades actuais, nas quais se inclui a portuguesa, a velhice assume uma identidade própria, onde os idosos se encontram colectivamente identificados como um grupo etário com direito a prestações financeiras, de certo modo como contrapartida à perda do estatuto de membro activo, dependentes financeiramente e representando um sub capital humano.

Considera Anne-Marie Guillemard (1989), citada por Fernandes (1997:25), que há como que uma alteração no significado de velhice provocada, em primeiro lugar por mecanismos económicos de resolução do problema do desemprego e que lançam precocemente para a reforma activos com o estatuto de velho. Em segundo lugar, por uma desestabilização no consenso em torno das idades e dos tempos sociais, base da noção de reforma e que têm sofrido grandes alterações, quer com os avanços demográficos (que põem em dúvida a pertinência da divisão das idades e que fazem de um sexagenário de hoje diferente do de há umas décadas atrás), quer com a maior difusão das pré-reformas. No dizer de Figueiredo (2007), a reforma ainda implica o decréscimo dos rendimentos económicos, a perda de azo de contactos sociais (que deverão ser substituídos), e uma maior quantidade de tempo livre.

Em nosso ver, o idoso tem progressivamente vindo a ocupar um espaço de menor relevância nas sociedades industrializadas, nas quais emergem valores como a produtividade e a eficiência. É, assim, considerado como um encargo, o que decorre também do aumento de custos financeiros com a reforma e assistência com a saúde. De igual modo, as transformações verificadas no seio da família, em resposta, até, às exigências da sociedade, em particular do mundo laboral, também vieram contribuir para esta alteração do estado de coisas, das mentalidades e dos próprios conceitos.

No entanto, concordamos com Pimentel (2001:59), quando expressa que *“a actividade profissional é mais do que uma fonte de rendimento, é uma forma de integração social e o indivíduo que entra na reforma vê o seu lugar na sociedade alterar, sente-se deslocado e em muitos casos não sabe onde ocupar o seu tempo e energia, e muitas vezes os seus ganhos são reduzidos”*. Szinovacz (2001), porém, citado por Fonseca (2005:47), sustenta que *“apesar de ser um fenómeno recente, reformar-se*

constitui hoje um aspecto estrutural do curso de vida humana nas sociedades industrializadas, consistindo num acontecimento que se traduz essencialmente pelo abandono da actividade profissional, pelo direito a receber uma pensão e, acima de tudo, pela identificação de um novo papel, o de reformado".

Em nossa opinião, partindo do pressuposto que o momento da passagem à reforma, é uma (re) adaptação a uma nova realidade, esta pode ser encarada sob duas perspectivas, uma positiva e outra negativa. Transcrevendo Fonseca (2005:47) dir-se-á que, *"Para a maioria das pessoas, a «passagem à reforma» não assinala apenas o fim da actividade profissional, é também o fim de um período longo que marcou a vida, moldou os hábitos, definiu prioridades e condicionou desejos, podendo ser ao mesmo tempo um momento de libertação e de renovação (viver com outro ritmo, estabelecer novas metas, investir no lazer e na formação pessoal, relacionar-se mais com os outros, etc.), ou um momento de sofrimento e perda (de objectivos, de prestígio, de amigos, de capacidade financeira...) "*

Encarando a reforma numa perspectiva positiva, Taylor-Carter e Cook, citados por Fonseca (2005), consideram tratar-se de um período propício para o estabelecimento de relações mais próximas com os outros, assim como à realização de actividades que propiciem bem estar, pelo que se trata de um tempo em que o futuro é encarado com optimismo e entusiasmo (...). Nesta linha de raciocínio, consideramos que as pessoas tentem adaptar-se à sua nova realidade, a de aposentado, procurando atingir novos objectivos que sejam gratificantes, e dando lugar a um tempo que pode ser aproveitado em proveito próprio, no descanso, no convívio e auxílio aos outros, aos netos, etc.

Em contrapartida, e segundo Fonseca (2005:47), *"A verificação de um estado de espírito negativo associado à condição de reformada só se compreende, pois, na medida em que estamos perante uma situação que envolve diversas mudanças em simultâneo, nem sempre ou até mesmo dificilmente conciliáveis entre si. Mesmo quando as mudanças trazem benefícios, também implicam perdas (ligação a lugares familiares, a pessoas, a hábitos, a rotinas) pelo que o aparecimento de sentimentos ora de frustração, ora de tristeza, ora de neura, torna-se efectivamente uma possibilidade real".*

Importa também referir as transformações ocorridas no seio das famílias, o que, em nosso entender determina a criação de novos papéis e funções aos seus actores, verificando-se uma certa transferência da responsabilidade para com o idoso, para a sociedade e em particular para o Estado. Concordamos com Sequeira (2007:53), quando

afirma: *“Num mundo dito «civilizado» os idosos são muitas vezes descriminados, e o seu espaço no seio da família é cada vez menor, em consequência da competitividade laboral, da necessidade de manter um rendimento adequado, levando os elementos do agregado familiar a efectuar horários alargados, muitas vezes longe do local de residência”.*

Outro aspecto também relevante, em nossa opinião, para uma parte significativa das pessoas idosas, é a diminuição do poder de compra face às reformas, levando muitas vezes os idosos a depender da família, mais concretamente dos filhos. O que se agrava com as situações de doença, ou mesmo com os problemas inerentes ao seu processo natural de envelhecimento, tornando os idosos parcialmente ou totalmente dependentes dos cuidados de outrem. Seguimos a posição de Costa (2002:41) ao manter que *“os grandes problemas que afligem os idosos neste final de século, não se limitam à doença, sendo esta talvez a menor, dadas as perspectivas de evolução que o conhecimento científico tem apresentado, em manifesta consciência entre a esperança de vida e esperança de saúde. Situações como a solidão, o sentido de perda dos contactos familiares e sociais, a carência de recursos económicos ou de suporte social e a perda de autonomia (condicionante da sua incapacidade e dependência) (...)”.*

1.2.3 – A imagem social do idoso

Foi sobretudo referido, nos itens procedentes, o envelhecimento e o idoso como uma realidade presente nos nossos dias, assim como o facto de representarem uma parcela significativa da população, significando que a sociedade deverá acompanhar as mudanças ocorridas, e evitar “olhar” o envelhecimento e a velhice como um processo negativo.

As transformações verificadas na sociedade, fruto da industrialização e da globalização, terão contribuído para alterar a imagem do idoso, imagem esta que outrora era, fundamentalmente, de guardião da sabedoria ancestral. Segundo Meier-Ruge (1988), citada por Santos (2002:30), a imagem das pessoas idosas é a de que são pessoas gastas, solitárias e pobres. Esta imagem contrasta com a de muitos países do Terceiro Mundo, onde se considera que os idosos possuem sabedoria e “afinado” julgamento, pelo que são distinguidas e respeitadas, como aliás o eram nas sociedades antigas.

Defende Pimentel (2001:43) que *“uma das imagens mais vulgarizada nos nossos dias é a do idoso só, triste, abandonado e em alguns casos sem um mínimo de recursos para a sua subsistência”*. Associada a esta imagem está a concepção de velhice, “marcada” pela redução ou perda da autonomia, que pode agrava-se com o seu estado de saúde. De acordo com Viegas e Gomes (2007:30), *“A emergência de estereótipos negativos – o idoso como “inútil”, “ineficiente”, “senil” –, não deve ser, toda via, interpretada como a causa unívoca do declínio (...)”*.

Parece-nos que as mencionadas alterações na sociedade ocidental conduziram à “marginalização” dos idosos em detrimento da produtividade e da rentabilidade, face ao lucro. Por consequência, os idosos serão a faixa etária com maior diminuição da capacidade para fazer frente ao fenómeno “produtividade”, em função das alterações fisiológicas, psicológicas, entre outras, próprias do ciclo de vida. Para Pimentel (2001:61), *“Associado a esta imagem de perda de capacidades, surge o mito da improdutividade, através do qual se afirma que o idoso é incapaz de trabalhar, de ser criativo e de contribuir com algo positivo para o desenvolvimento da sociedade”*

Sequeira (2007:53) acrescenta ainda: *“os idosos, nesta fase do ciclo de vida, são alvo de alterações de forma substancial ao nível dos papéis a desempenhar, no seio familiar, laboral e ocupacional, verificando-se uma tendência para a diminuição de forma progressiva, de acordo com a idade”*.

“Mercê de progressivas alterações, mutações sociais e reformas, começaram a surgir não só os problemas relacionados com a “inactividade pensionada”, em que as pessoas com determinada idade são pagas para ficarem inactivas, o que lhes assegura algum bem estar económico, mas os custos reflectem-se na população activa, como também começaram a surgir problemas sociais, nomeadamente os de rejeição, afastamento, internamento, residencialismo, “gaiola dourada” ou hotelaria de luxo para idosos, com as consequências que daí advêm, tanto na imagem que a sociedade tem dos idosos, como na forma como vai sendo progressivamente construída a categoria social da velhice”, Costa (1999:9).

Outro aspecto presente, e que nos parece importante considerar, é que, numa sociedade dita “capitalista”, que visa a produção de bens e o consumo, torna-se óbvio o “culto” da juventude. Na perspectiva de Viegas e Gomes (2007:31), *“A polarização entre a «glorificação da juventude» e a «desvalorização dos velhos» é a dimensão mais visível*

destas inextricáveis transformações sociais, conducentes à afirmação de ethos¹⁰.

O estudo realizado por Ebersole (1985), *apud* Berger (1995:67), identifica alguns mitos e estereótipos relativamente à velhice, sendo estes, causa de muitas dificuldades à pessoa idosa:

1- *“A maioria dos idosos é senil ou doente. A senilidade, termo pejorativo, sem ligação específica ao envelhecimento, descreve os sintomas de uma doença degenerativa do sistema nervoso (...);*

2- *A maior parte dos idosos é infeliz. No entanto, estudos realizados demonstram que o nível de satisfação de vida dos idosos é relativamente elevado comparável facilmente ao dos adultos;*

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

4- *A maior parte dos idosos está doente e tem necessidades de ajuda para as suas necessidades quotidianas. Este mito sobre a dependência, é um dos mais persistentes. A dependência não é de forma alguma, sinónimo de terceira idade. Faz parte das diversas etapas da vida de cada um de nós;*

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

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

7- *A maioria dos idosos está isolada e sofre de solidão. Os estudos provam, pelo contrário, que um grande número de idosos mantém elos de amizade, permanece em contacto estreito com a família e participa regularmente em actividades sociais. No entanto, os estudos sobre solidão e o isolamento social não são concludentes e demonstram resultados contraditórios. (p.67)”*

¹⁰ De acordo com Viegas e Gomes, ethos – oriundo do grego, o vocábulo exprime, basicamente, a ideia de costume, carácter, moral.

1.2.3.1 O perfil social do idoso português

Para Machado (2003), o perfil sociológico do Idoso no Portugal contemporâneo é marcado por um desfavorecimento social agravado pela idade, onde emergem baixos níveis de rendimento, elevada iliteracia (sendo a maioria dos idosos analfabetos), precariedade das condições habitacionais, elevada taxa de incidência da deficiência e de prevalência de doenças crónicas, isolamento social, diminuta actividade profissional, reduzido consumo cultural e de actividade de lazer fora de casa.

Os dados do INE (2002) permitem-nos obter informações abrangentes e detalhadas sobre o idoso. Os dados do Inquérito ao Emprego de 2001, determinaram os níveis de instrução da população idosa com base nas categorias da Internacional Standard Classification of Education (ISCED) utilizada pelas Nações Unidas¹¹. Ora, a maioria dos idosos é do sexo feminino. A taxa de iliteracia (nível 0) entre os idosos com 65 anos ou mais anos é de 55,1%, sendo mais acentuada no sexo feminino 64,7% do que no sexo masculino 41,3%. Em segundo lugar, surge o nível 1 detido por 37,0% dos indivíduos idosos, com peso relativo superior no caso dos homens 48,0% contra 29,3% no caso das mulheres. Os níveis 2 a 6 do ISCED somam apenas 7,9% da população idosa, correspondendo a 3,4% os que detinham o nível 2 e a 2,4% os que detinham o nível 5 e 6. Assim, poder-se-á dizer que, a população idosa detêm um baixo nível de instrução, sendo as mulheres o grupo que regista níveis mais baixos.

De acordo com a mesma fonte, relativamente às famílias, as estimativas de acordo com os resultados provisórios dos censos de 2001, revelam que em 32,5% das famílias reside pelo menos um idoso e, dentro destas, 50,5% são constituídas por apenas um idoso a viver sozinho e 48,1% corresponde a casais idosos. A maioria dos idosos que não trabalha constitui 81% e os que se encontram no activo dedicam-se à agricultura.

No que concerne às relações sociais, a maior parte dos idosos estabelece-as com os vizinhos através de conversa diária, verificando-se uma diminuição desta relação com os amigos ou familiares devido ao afastamento físico. Quanto ao lazer, a maior parte dos idosos vê televisão diariamente (ibd).

¹¹ O nível 0 corresponde à educação pré-escolar (a não frequência escolar também se enquadra neste nível); o nível 1 aos 1º e 2º ciclos do ensino básico; o nível 2 ao 3º ciclo do ensino básico; o nível 3 ao ensino secundário; o nível 4 não encontra correspondência no sistema educativo nacional (corresponde a um ensino pós-secundário que não é ensino superior; o nível 5 corresponde ao ensino superior que engloba bacharelato, licenciatura, DESE, pós-licenciatura e mestrado; e o nível 6 o grau de doutoramento.

De acordo com os estudos efectuados em relação às condições de vida e indicadores de pobreza, os idosos são os grupos populacionais mais vulneráveis à pobreza e à exclusão social, não só por serem um grupo socialmente marginalizado, mas também pelo facto da sua maioria usufruir de rendimentos abaixo do limiar de pobreza.

Em suma, a população idosa apresenta baixos níveis de instrução, baixos rendimentos, isolamento e condições desfavoráveis relativamente ao conforto e habitação (ibd).

Parece-nos, porém, que o aumento da esperança de vida nem sempre é acompanhado de expectativa por parte das pessoas idosas, em particular no que respeita às suas condições sócio-económicas. Na opinião de Barreto (2003:180) “ (...) esse *ganho de tempo nem sempre representa um melhoramento da condição de vida. Nas últimas décadas, a marginalidade e a solidão dos idosos não pararam de crescer (...).*”

O idoso, de um modo geral, é encarado como pertencente a um grupo que tem uma especial propensão para conviver com problemas relacionados não só com a saúde, mas também com a sociabilidade, incluindo os vínculos de convivência e de afecto, assim como condicionalismos do foro físico.

Como é bem visível, e parafraseando Barreto (2003:180): *“olhem para eles, arrastando-se num jardim público, sozinhos ou aos pares. Por vezes, com o ar de estarem «a serem passeados», atrás dos filhos, nem sempre com afectos e vontades suficientes. (...) Sem poder de compra, sem força para subir escadas, demorando eternidades a contar os trocos, enganam-se nas compras, andam devagar. Quantos são os que ambicionariam ser independentes e não necessitarem dos outros para tudo.”*

Na verdade, vários foram os progressos ocorridos no cômputo geral na nossa sociedade: *“culturais, políticos, sanitários, tecnológicos e de bem estar. Mas, num caso, talvez num só, o dos idosos, conhecemos mais regressos e crueldades do que progressos”,* cfr. Barreto (2000:181). Do ponto de vista geracional, partilhamos a posição deste autor, ao referir que *“as gerações activas separam-se dos seus idosos de modo irreversível. A sociedade está organizada para quem produz, mais concretamente para quem virá a render futuramente, no entanto não se encontra organizada para quem cumpriu o seu tempo e os seus deveres, para quem rendeu e produziu, para quem espera acabar com algum calor e morrer em paz.”*

CAPÍTULO II – CUIDAR IDOSOS

2.1 – ENFERMAGEM E OS CUIDADOS À PESSOA IDOSA

À semelhança do que acontece nos restantes domínios da actividade social e profissional, o campo da saúde vive mutações importantes decorrentes da revolução tecnológica e informativa acelerada, que marca este século. Assim, numa sociedade onde os valores como a excelência, a rapidez e a competitividade assumem lugar de destaque, também os cuidados de enfermagem tendem a adaptar-se de forma a progredir no tempo, melhorando assim o desempenho dos enfermeiros e a consequente prestação de cuidados.

Os cuidados surgem com a existência da vida. Cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais, Collière (1999:235).

Ao reflectirmos na natureza dos cuidados de enfermagem, sentimos necessidade de analisar as áreas em que os mesmos podem ser prestados, tendo em conta o cuidar/curar. Como refere Collière, (1999:237) os cuidados quotidianos e habituais – care - ligados às funções de manutenção, de continuidade da vida, e os cuidados de reparação – cure – ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo a vida. Está patente a diferenciação que a autora faz entre o cuidar – que se centra no indivíduo como um todo/global, e o curar, que se centra na reparação e tratamento da doença.

Em enfermagem o cuidar reside na relação interpessoal do enfermeiro com a pessoa, ou do enfermeiro com um grupo de pessoas, famílias ou comunidade. Esta interacção leva à compreensão do outro na sua singularidade, permitindo estabelecer diferenças entre as pessoas e, assim, a prestarem-se cuidados de enfermagem de forma individualizada, Moniz (2003). Corroborando Kérouac et al, citado por Lopes (2006:22), *os cuidados de enfermagem, são entendidos como um processo interactivo entre uma pessoa que tem necessidade de ajuda e uma outra capaz de lha oferecer. Este último papel é assumido pelo enfermeiro que, como forma de se habilitar para ajudar a outra pessoa, precisa de clarificar os seus próprios valores. Isso permite-lhe usar a sua própria pessoa de modo terapêutico e comprometer-se nos cuidados que presta.*

Hesbeen (2000:67) também se refere aos cuidados de enfermagem como *“sendo uma atenção particular prestada por um (a) enfermeiro (a) a uma pessoa e aos seus familiares, ou a um grupo de pessoas, com vista a ajuda-los na sua situação, utilizando, para concretizar essa ajuda, as competências e as qualidades que fazem deles profissionais de saúde”*. O mesmo autor (2000:47) vai mais longe ao adiantar que *“quando se atingem os limites de intervenção dos outros prestadores de cuidados, as enfermeiras (os) terão sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo em situação mais desesperada”*.

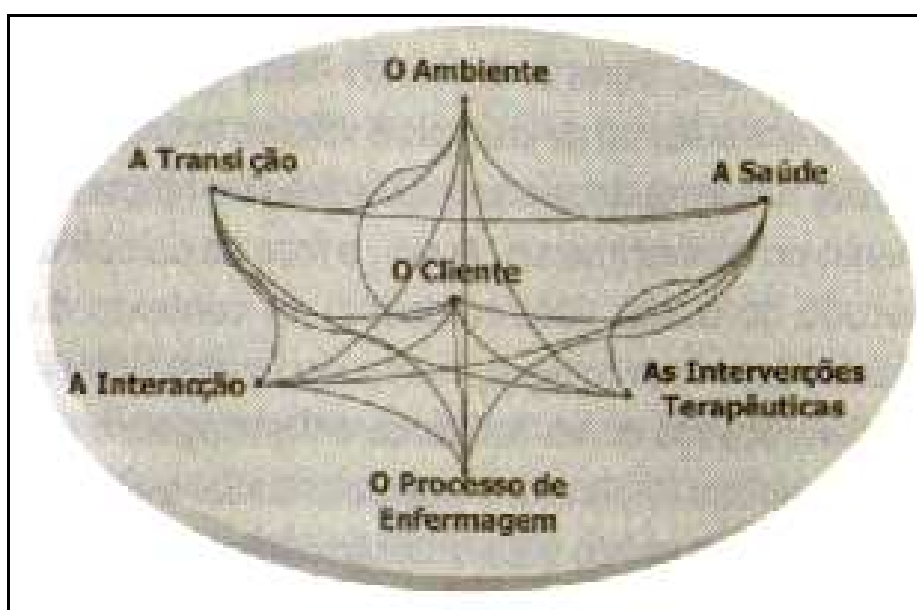
Tendo em conta as premissas anteriormente referidas, pode afirmar-se que o processo de cuidar é entendido como um conjunto de interacções com a finalidade de melhorar ou manter as potencialidades do indivíduo no seu processo saúde/doença. O processo de cuidados desenvolve-se por fases, variáveis em função de cada um dos autores, contudo sobreponíveis. Durante todo o processo é essencial a manutenção da integridade da pessoa e ter em consideração que esta é capaz de reconhecer as suas necessidades, e que tende para a actualização. A subjectividade e a intuição passaram a ser valorizadas em todo o processo de prestação de cuidados, Karouac (1994), citado por Lopes, (2006:23).

Por outro lado, Amendoeira (1999) considera o processo de cuidados como um processo de interacção, onde o centro de interesse é a pessoa e onde o profissional possui conhecimentos específicos que lhes permitem fazer o diagnóstico e planeamento do cuidado, que ele próprio executa. De facto, existe um aspecto consensual: é o que o ser humano (qualquer que seja a designação de cada autor) é central para a enfermagem.

Apostolo e Gameiro (2006:31) citando Meleis (2000) referem que *“no contexto da enfermagem, a pessoa é definida como ser activo que tem percepções decorrentes do processo saúde/doença e às quais atribui significados que estão relacionados com factores pessoais (sentido atribuído, aspectos culturais e atitudinais, estatuto económico, preparação e conhecimento, condições comunitárias e sociais) ”*. Julgamos que, quaisquer que sejam os fenómenos inerentes ao ser humano e ao ambiente, estes são de primordial importância para a enfermagem, na medida em que facilitam um maior conhecimento geral e específico sobre o utente, as suas capacidades, necessidades e potencialidades. Neste sentido seguimos Meleis (1991), citada por Lopes, 2006:91) quando refere que *“o enfermeiro interage (interacção) com um ser humano numa situação*

de saúde/doença (cliente de enfermagem), o qual é uma parte integrante do seu contexto sociocultural (ambiente) e o qual está em alguma espécie de transição ou antecipando essa mesma transição (transição); a interação enfermeiro-cliente está organizada à volta de algum propósito (processo de enfermagem, resolução de problemas, intervenção holística) e os enfermeiros usam algumas acções (intervenções terapêuticas) para aumentar ou facilitar a saúde e o bem-estar”.

Figura nº 6 – Conceitos major do domínio de enfermagem e suas inter-relações



Fonte: Meleis (1991) in Lopes (2006:91)

Reportar-nos-emos aos cuidados às pessoas idosas. *“Identificar os cuidados de enfermagem e questionarmo-nos sobre o que os caracteriza, sobre o que funda a sua identidade”, Collière (1999:234), ainda para a mesma autora, identificar os cuidados de enfermagem é “tornar reconhecível a sua natureza, os elementos que participam na sua elaboração: os conhecimentos e instrumentos que utilizam, bem como as crenças e valores em que se fundam. É também identificar o campo de competências da enfermagem, bem como identificar a natureza do seu poder, os seus limites, as suas dimensões social e económica”.*

Os cuidados aos idosos revestem-se de uma complexidade com características próprias e específicas, pelo que devem ser dirigidos ao idoso de forma holística. Para Berger (1995:14) *“ a filosofia de intervenção que suporta a assistência de enfermagem é o respeito pelo idoso em toda a unicidade, na totalidade do seu ser”.* Por seu turno,

Hesbeen (2001:42) considera que *“Cuidar da pessoa, constitui um todo coerente e indivisível no qual todos os componentes se interligam, se interrelacionem e no qual o que é importante e o que é secundário depende da percepção da própria pessoa que é cuidada e em função do sentido que este todo faz para a singularidade da sua vida”*.

Na perspectiva de Costa (1999:18), os cuidados às pessoas idosas têm sido pensados no sentido vertical. O profissional “dispensa” o pensamento do idoso relativamente aos cuidados de que necessita, baseando-se no princípio de que é o detentor de um saber que legitima as suas execuções. Presentemente cuidar do idoso exige respeito humanista, ou seja, um respeito pelo ser humano como ser único, cujo significado e finalidade da vida é a prioridade máxima, respeitando-se a liberdade do indivíduo para expor os seus pontos de vista, escolher os seus comportamentos, ou seja dirigir a sua vida. Enfatizar a relação interpessoal é um modo de compreender o outro na sua singularidade, Moraes (2001:71).

Conquanto a noção de cuidados em geriatria tem vindo a evoluir lentamente, o acentuado envelhecimento da população veio introduzir maior celeridade neste processo e, hoje, cuidados geriátricos comungam a filosofia dos cuidados de longa duração: a continuidade, a abordagem integrada, a participação do cliente e sua família, Poirier (1995) citado por Costa (2002:43). O cuidar em enfermagem está, pois, relacionado com a resposta humana intersubjectiva às condições de saúde-doença e das interacções pessoa-ambiente; um conhecimento processo de cuidados de enfermagem: um auto conhecimento, um conhecimento do poder pessoal e limitações para negociar, Watson (2002:55).

De acordo com Mayerhoff, citado por Watson (2002:55): *“Nós algumas vezes falamos como se cuidar de alguém não exigisse conhecimentos, como se cuidar de alguém, por exemplo, fosse uma questão de boas intenções ou de um olhar afectuoso... para cuidar de alguém eu preciso de saber muitas coisas. Eu preciso de saber, por exemplo quem é o outro, quais são as suas capacidades e quais são as suas necessidades e quais são as minhas próprias capacidades e limitações. Este conhecimento é simultaneamente geral e específico.”*

Pensamos que a interacção que decorre entre o enfermeiro e cliente é fundamental no processo de cuidados, só assim é possível, será possível equacionar os saberes dos intervenientes reflectindo sobre: aquilo que se faz?, o que se pretende?, o que se poderia ter feito?, e o que se poderá fazer?.

2.1.1 – Cuidados continuados

As alterações sociodemográficas associadas às alterações do padrão epidemiológico, determinam novas necessidades por parte da população em termos de cuidados, em especial nos indivíduos portadores de doenças crónicas e de algum grau de dependência (do qual destacamos os idosos), o que leva à criação da rede de cuidados continuados. Augusto et al (2002:47), diz-nos sempre que uma pessoa se encontra numa situação de doença ou incapacidade os seus direitos tomam mais acuidade, dada a vulnerabilidade bio-psico-social a que está sujeito (...). Por outro lado, Berger (1995:3) refere que os cuidados de longa duração, na profissão de enfermagem, representam uma dimensão importante. Visam a utilização máxima dos recursos individuais, necessitando de apoio dos profissionais para manter a sua autonomia, o interesse social, a auto estima, a individualidade, a valorização e integridade dos clientes.

Objectivos traçados por Berger (1995) para os cuidados de enfermagem de longa duração:

- Proteger e promover a saúde;*
- Prevenir as complicações do estado patológico;*
- Responder às necessidades de saúde identificadas, percebidas e expressas;*
- Facilitar a manutenção da identidade e da autonomia da pessoa;*
- Prevenir a desinserção social;*
- Prevenir a deterioração da personalidade;*
- Assistir o cliente para que ele possa funcionar ao mais alto nível tanto do ponto de vista físico como psicológico e social;*
- Reduzir a inactividade intelectual, física e social;*
- Dar ao cliente a possibilidade de se responsabilizar por si próprio na medida das suas possibilidades;*
- Ajudar o cliente a desenvolver novas capacidades;*
- Estimular o cliente a participar nas actividades do seu meio;*
- Criar um meio que facilite a participação na vida da colectividade;*
- Desenvolver a investigação em cuidados de enfermagem de longa duração a fim de promover a evolução de programas. (3p)*

Explica Costa (1998:56) que “O objectivo dos cuidados de saúde, já não é o prolongamento da esperança de vida, mas o prolongamento da vida. Sem incapacidades”. Em nossa opinião, o idoso pertence a um grupo em que a fragilidade aumenta com a idade assim como a vulnerabilidade, pelo que “esta sujeito a factores de

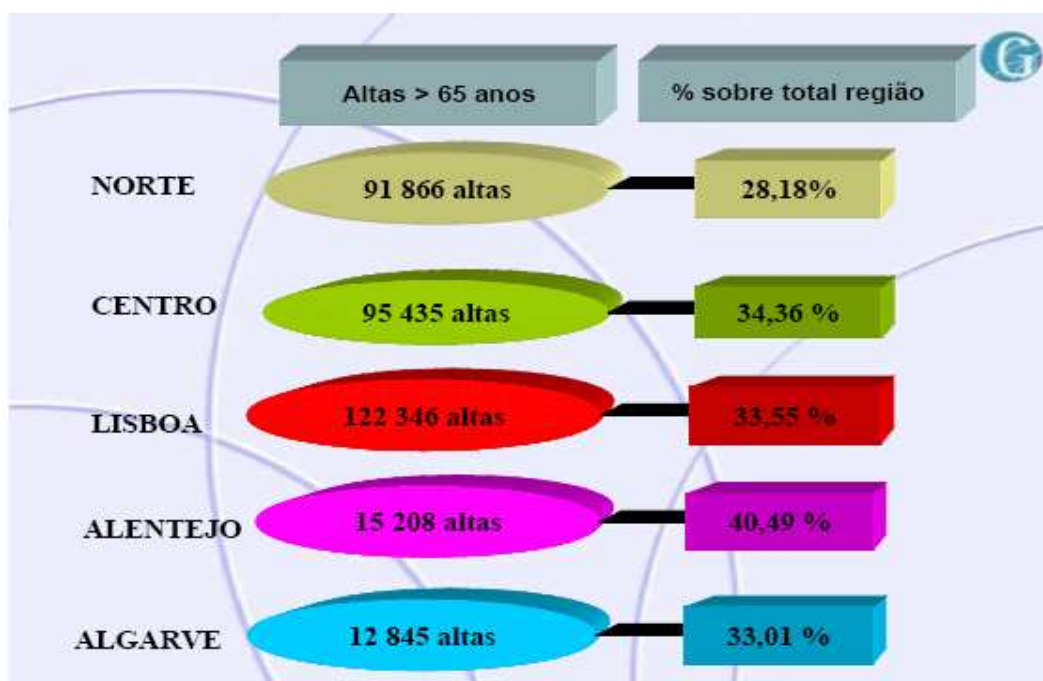
risco consideráveis:

- *Condições de vida e ambiente;*
- *Condições de saúde (doença, factores físicos, psicológicos e comportamentais, utilização de serviços);*
- *Estilos de vida;*
- *Condições socioeconómicas;*
- *Atitudes sociais para com a pessoa idosa (56p)”.*

Por todas estas razões os idosos apresentam novas necessidades em termos de saúde e, logo, conduzem a uma maior procura dos cuidados de saúde. O aumento do número de idosos está intimamente relacionado com o aumento da procura dos cuidados de saúde, uma vez que esta faixa etária da população é portadora de maior número de doenças crónicas, segundo Cabrita (2003:13). De acordo com Gesaworld (2005:236), através dos dados obtidos na análise de altas hospitalares, verifica-se que a grande maioria da actividade hospitalar se centra em cuidados às pessoas idosas com patologias crónicas ou subsidiárias de apresentar dependência.

Em 2003, o número de altas hospitalares de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos foi de 337.700, correspondendo 32% do número total de altas do corrente ano. Relativamente ao número de altas por região, como podemos verificar na figura 7, constatamos que apenas o Norte apresenta uma percentagem abaixo da média: 28,1% das altas verificadas nesta região são de pessoas com idade superior ou igual a 65 anos, correspondendo 91, 866 altas. Em contrapartida, a região com maior percentagem de altas nesta faixa etária é o Alentejo, dado que representa 40,5% do total das altas. Seguidamente, na região Centro este tipo de altas representa 34,4% (95, 435), na região de Lisboa representa 33,6% (122,346 altas) e por último a região do Algarve, 33,01% (12, 845 altas). Relativamente aos reinternamentos, constata-se em todas as regiões uma subida na percentagem protagonizada pela população com idade igual ou superior a 65 anos, Gesaworld (2005).

Figura nº 7 – Número e Percentagens de Altas Hospitalares de ≥ 65 anos por Região (2003)



Fonte: Direcção-Geral de Saúde in Gesaword (2005)

Segundo Moniz (2003:39), “A hospitalização representa para a pessoa idosa uma ameaça e um desafio que podem ser vivenciados de diferentes formas, de acordo com diferentes factores, como sejam a capacidade de adaptação, as experiências anteriores, as representações de saúde doença”. Por outro lado, Costa (2002:45) é do parecer que “o hospital tende a apresentar traços estruturais que caracterizam as instituições totalitárias: O isolamento dos doentes em relação ao universo que os rodeia, a promiscuidade na organização do agrupamento dos doentes, o cumprimento de regulamentos que programam o seu quotidiano, bem como a apreciação dos comportamentos dos doentes a partir da referência única a uma ideologia centrada na doença”.

No cenário actual, os cuidados de saúde tendem a ser transferidos do meio hospitalar para a comunidade e, por conseguinte, para o domicílio. Os cuidados de saúde primários terão um papel fundamental na manutenção da continuidade dos cuidados. O crescimento da população idosa em Portugal vem ocorrendo de forma progressiva, sendo que este aumento vem acompanhado de necessidades e implica a implementação de políticas públicas adequadas, e por mais evidente que seja o fenómeno implica mudanças significativas na sociedade.

Em 1982, a ONU promoveu a I Assembleia Mundial do Envelhecimento, tendo sido elaborado e aprovado o Plano de Acção Internacional de Viena (Áustria). Em 2002, vinte anos depois, realizou-se a II Assembleia Mundial do Envelhecimento, que teve lugar em Madrid, onde se reconheceu que o envelhecimento é um fenómeno global, defendendo-se a sua inclusão nas prioridades internacionais em matéria de desenvolvimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu como meta a ser atingida até 2020, “envelhecer com boa saúde”, ou seja, as pessoas com mais de 65 anos deveriam ter a possibilidade de utilizar todas as suas potencialidades de saúde e manter um papel activo na sociedade, Pereira e Costa (2007).

No nosso país verifica-se um esforço por parte dos Governos, em criar políticas de cuidados às pessoas idosas (criação de serviços e de políticas activas), com a articulação entre o serviço de saúde e o serviço social, estando estas sob a orientação do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e Segurança Social. Sendo claros os objectivos da Rede de Cuidados Continuados de Saúde e Apoio social: *“Passam pela criação de um inovador gradiente de cuidados que vai desde a alta do hospital até ao domicílio do cliente, garantindo a continuidade do seu tratamento, recuperação funcional e reinserção em unidades de internamento alternativas ao hospital, e em casa, através da criação de equipas de cuidados domiciliários nos centros de saúde, em articulação com as equipas de segurança social”¹²*.

Por outro lado, a ligação entre Cuidados de Saúde Diferenciados e os Cuidados de Saúde Primários encontra-se num novo caminho, na medida em que cada vez mais apela a uma intervenção holística e global, que privilegia a prevenção da doença e a promoção da saúde, a par de um rápido diagnóstico, tratamento e reabilitação, cfr. Cunha (1999). Neste sentido, entendemos que a acessibilidade aos cuidados de saúde será facilitada pela interligação ou articulação dos vários serviços, de forma a manter a continuidade dos cuidados.

De acordo com o Relatório da Organização Mundial de Saúde, citado por Quintela (2002), identificam-se três níveis de Cuidados Continuados:

“Num primeiro nível a continuidade significa uma relação contínua entre o prestador e o utilizador dos serviços”;

“Num segundo nível, constitui uma relação de continuidade entre o utilizador e

¹² Dados consultados a 22 Junho de 2008, em:
http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/action/2/cnt_id/1186/

uma determinada equipa de cuidados primários (...);

“Num terceiro nível, os cuidados suportam-se numa diversificada rede de serviços, através de uma referência que funciona bem e de um sistema de feed-beck, assenta naturalmente numa boa comunicação entre serviços”(p4).

De salientar que a Constituição da República Portuguesa define e consagra no artigo 64º:

“1) Todos os cidadãos tem direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.

2) O direito à protecção da saúde é realizado:

a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;

b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a protecção da infância, juventude e da velhice e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular e, ainda, pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudáveis.

3) Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:

a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação;

b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo país em recursos humanos e unidades de saúde;

c) Orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;

d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, de forma a assegurar, nas instituições de saúde publicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade;

e) Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico.

4) O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participativa.”

2.1.2 – Organização dos cuidados continuados

Perante o cenário actual, o sistema de saúde terá de se adaptar, a fim de conseguir dar respostas à população. Passando-se a uma breve análise das políticas relativas aos Cuidados Continuados, adianta-se que em 2003 foi aprovada a criação da Rede de Cuidados Continuados por Decreto-lei nº 281/2003, de 8 de Novembro, constituído para o efeito por: *“(...) Todas as entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas à prestação de cuidados de saúde destinados a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos necessitados dos mesmos em consequência de doença crónica ou degenerativa, ou por qualquer outra razão física ou psicológica susceptível de causar a sua limitação funcional ou dependência de outrem, incluindo o recurso a todos os meios técnicos e humanos adequados ao alívio da dor e do sofrimento, a minorar a angústia e a dignificar o período terminal da vida”* (Decreto-lei n.º 281/2003).

Sublinha-se que os respectivos cuidados funcionarão em regime de complementaridade e estreita articulação com as redes de cuidados de saúde nos sectores primários e hospitalares.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 defende o investimento a nível da saúde em todas as fases do ciclo de vida, desde o nascimento até a morte. Este plano dá ênfase ao grupo etário com mais de 65 anos, que se encontra em crescimento nos países mais desenvolvidos devido à melhoria do sistema de saúde e das condições de vida (Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade; 2005). De acordo com a mesma fonte, estima-se que, nas próximas décadas, as necessidades de saúde desta faixa etária aumentem substancialmente em Portugal, paralelamente, a um aumento acentuado do número de pessoas em situação de fragilidade e risco de perda de funcionalidade, com doenças de evolução prolongada e de elevado potencial incapacitante. Neste contexto deverá inserir-se o conceito e a prática de cuidados continuados ou de longa duração, onde deverá existir complementaridade entre as famílias e o apoio público.

Posteriormente, a Resolução de Conselho de Ministros n.º84/2005, de 27 de Abril, veio adoptar as seguintes orientações para a estruturação dos cuidados de saúde às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência:

- a) Respeito pela dignidade da pessoa humana idosa ou em situação de dependência, designadamente pelo direito à privacidade, à identidade, à

informação e à não discriminação;

- b) Incentivo ao exercício da cidadania, traduzido na capacidade da pessoa idosa ou em situação de dependência para participar na vida de relação e na vida colectiva;
- c) Participação das pessoas idosas ou em situação de dependência, ou do seu representante legal, na elaboração do plano de cuidados e no encaminhamento para as respostas da rede;
- d) Respeito pela integridade física e moral da pessoa idosa ou em situação de dependência, assegurando o seu consentimento informado ou do respectivo representante legal nas intervenções ou prestação de cuidados;
- e) Envolvimento da família e ou cuidados principais na prestação dos cuidados, enquanto núcleo privilegiado para o equilíbrio e bem-estar das pessoas idosas ou em situação de dependência;
- f) Promoção, recuperação ou manutenção contínua da autonomia, que consiste na prestação de cuidados aptos a melhorar os níveis de autonomia e de bem-estar dos utilizadores;
- g) Proximidade dos cuidados, de modo a manter o contexto relacional social ou promover a inserção social da pessoa idosa ou em situação de dependência¹³.

A presente resolução criou uma comissão para o desenvolvimento dos cuidados de saúde às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência, com a finalidade de ser construído um modelo de intervenção em matéria de cuidados continuados integrados (Diário da Republica -I série – A n.º109 – 6 Junho de 2006), sendo criada a Rede de Cuidados Integrados.

Note-se que Cuidados Continuados Integrados são *“O conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrada na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e continuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar”* (Artigo 3º do Decreto – Lei n.º101/2006, de 6 de Junho).

Ora, a prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por:

- a) Unidades de internamento;

¹³ Dados consultados em: http://www.governo.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MS/Comunicacao/Outros_Documentos/20050427_MS_Doc_Idosos_Dependentes.htm

- b) Unidades ambulatoriais;
- c) Equipas hospitalares;
- d) Equipas Domiciliárias.

Sendo que constituem unidades de internamento as:

- a) Unidade de convalescença;
- b) Unidade de média duração e reabilitação;
- c) Unidade de longa duração e manutenção;
- d) Unidade de cuidados paliativos.

Por sua vez, constituem unidades de ambulatório a unidade de dia e de promoção da autonomia.

São equipas hospitalares as:

- a) Equipas de gestão de altas;
- b) Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos.

São equipas domiciliárias as:

- a) Equipas de cuidados integrados;
- b) Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos. (Artigo 12 do Decreto – Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

Os Cuidados de Saúde Primários têm, em nossa opinião, uma posição privilegiada e um papel fulcral na promoção da saúde, garantindo a continuidade da assistência no domicílio enquanto proporcionam uma diminuição do número de internamentos. Na Declaração de Alma-Ata assume-se a saúde como um direito humano fundamental, sendo os Cuidados de Saúde Primários definidos como cuidados essenciais de saúde, prestados mediante o uso de métodos e técnicas práticas, cientificamente fundamentadas e aceitáveis socialmente. Uma vez que constituem o primeiro nível de contacto com o sistema de saúde, garantem o acesso aos cuidados de saúde por todos os cidadãos, principalmente os mais necessitados, devendo pautar-se pela acessibilidade universal, equidade e justiça social¹⁴.

Segundo o Ministério da Saúde (2007), o Centro de Saúde enquanto estrutura de primeira linha de cuidados de saúde ao indivíduo/família e à comunidade, tem a responsabilidade de desenvolver grande parte da sua actividade no local onde o cidadão vive, trabalha e se relaciona. Estas intervenções incluem quer as dirigidas ao indivíduo dependente e família, no domicílio, e orientadas para a prevenção, resolução ou palição

¹⁴ Dados consultados em:

http://www.mp.ro.gov.br/c/document_library/get_file?p_l_id=42536&folderId=42469&name=DLFE-32330.pdf

de problemas concretos, quer ainda as dirigidas a grupos populacionais e/ou ambientes específicos, numa perspectiva de formação e protecção da saúde das populações.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada, e é assegurada por equipas domiciliárias, nomeadamente as equipas de saúde familiares, das unidades de saúde familiar (USF), de cuidados continuados integrados (ECCI) e a comunitária de suporte em cuidados paliativos (ECSCP), constituindo-se esta última como um núcleo especializado da primeira. Cada Centro de Saúde deverá, assim, incorporar na sua nova estrutura organizacional uma unidade de cuidados na comunidade (UCC), cujo âmbito de intervenção incidirá sobre grupos e comunidade, onde se integram as (ECCI) e (ECSCP) (ibd).

2.2 – CONTEXTO DOS CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

A prestação de cuidados no domicílio é uma actividade de longa data, indispensável, que tem sido aperfeiçoada nos últimos anos com o objectivo de assegurar respostas às necessidades dos indivíduos assim como da sua família.

De acordo com Rici (2001:3) *“Os cuidados de saúde domiciliários tiveram a sua origem nos finais do século XVII, nas visitas feitas a doentes indigentes por parte de membros de ordens religiosas”*. Para Collière (2001:232), as primeiras ofertas dos cuidados no domicílio viriam das ordens religiosas de mulheres (...) com a finalidade de prestar auxílio aos doentes das famílias pobres e deserdados, prepara-los para uma boa morte e também educar as meninas do povo. A segunda forma de oferta destes cuidados está ligada à classe burguesa privilegiada que procura, ao longo século XIX, fazer substituir as suas obrigações (...). Daqui se depreende que desde sempre, e até há pouco tempo atrás, o cuidar de outrem não pertenceu a uma profissão ou a um ofício, mas sim a qualquer pessoa que ajudava outra a garantir o que lhe era necessário para continuar a sua vida, Santos (2002) citado por Resende (2004).

Durante algum tempo os cuidados no domicílio foram habitualmente prestados por religiosas “irmãs de caridade”, às quais não era reconhecido um domínio específico do conhecimento, até porque, de acordo com Collière (1999), são elas de facto as grandes prestadoras de cuidados ao domicílio até ao aparecimento das primeiras enfermeiras liberais nos anos cinquenta (1950). As enfermeiras serão influenciadas pela Escola de

Florence Nightingale, prestando cuidados de enfermagem com competência e capacidades desenvolvidas. As descobertas do fim do século XIX, no domínio da física e da química, permitiram proceder à aplicação desses conhecimentos, modificando totalmente a concepção de cuidados, Collière (1999).

Os cuidados prestados no domicílio por enfermeiras têm, contudo, a sua origem no início da era cristã com as enfermeiras visitadoras. Segundo Martins (1995), citado por Morais em (2001), em Portugal a actividade de enfermagem no domicílio tem também alguma tradição, sobretudo nas parteiras que prestavam assistência ao parto no domicílio e seguiam as puérperas.

Efectivamente, os cuidados de saúde domiciliários na nossa sociedade não podem apenas ser definidos como cuidados em casa, cfr. Stanhope e Lancaster (1999). Para estes autores, este tipo de cuidados, são a componente de um continuado cuidado de saúde global em que os serviços de saúde são prestados aos indivíduos e famílias nos seus locais de residência com a finalidade de promover, manter ou recuperar a saúde, ou de maximizar os níveis de independência enquanto se minimiza os efeitos de deficiência e doença incluindo a doença terminal. Por outro lado, O Ministério da Saúde (2007), vem dizer que constituem *“Cuidados prestados de forma continuada, orientados para a resolução dos problemas de saúde das pessoas e cuja complexidade não requer a sua institucionalização mas que, pela sua situação de dependência global, transitória ou crónica as impede de se deslocarem ao centro de saúde”*.

A continuidade dos cuidados é fundamental ao doente, família/comunidade, tornando-se um desafio acrescido devido a vários factores. Zurro e Perez (1994:39) são de opinião que as alterações sociodemográficas, conjuntamente com outros factores, como a introdução de novas técnicas assistenciais, o crescimento de gastos com a hospitalização ou o critério de que a situação idónea da pessoa doente está, sempre que possível, no seu contexto habitual, familiar e social, e não no hospital, reforçaram progressivamente a assistência no domicílio como alternativa mais eficaz e eficiente de assistência do que a hospitalar em determinadas situações. Embora haja graves deficiências tanto na planificação, como na quantidade de recursos destinados à assistência domiciliária.

Para os mesmos autores (1994:39), ainda que o âmbito da assistência domiciliária se preste a qualquer tipo de doenças, independentemente do grupo etário, as prioridades dirigem-se aos grupos da população mais vulneráveis e necessitadas, que têm de

apresentar uma série de características comuns, como idade avançada, doenças crónicas evolutivas, dependência física ou psíquica ou situações terminais.

Os cuidados domiciliários realizam-se através das visitas domiciliárias e, em muitas situações, tornam-se uma alternativa ao internamento. São uma realidade nos nossos dias, que envolve vários protagonistas numa complexa rede de relações. Importa ter em consideração não só o utente é alvo dos cuidados, mas também a família e o meio envolvente, pelo que, em nosso entender, só assim será possível saber como planificar e programar os cuidados a desenvolver, com a finalidade de melhorar os cuidados de saúde. Isto, não esquecendo que cada pessoa tem as suas características biológicas, psicológicas, sócio-económicas, culturais e espirituais e está integrada num sistema maior, que é a família, tendo em conta as interações de cada indivíduo com a sua família e comunidade, para adequar a sua prática às necessidades dos utentes.

A prestação de cuidados no domicílio, nomeadamente através da visita domiciliária, poderá obter ganhos para os indivíduos, família e comunidades, verificando-se uma diminuição do número de internamentos (diminuição dos custos) o cliente (idosos) mantém-se em casa, permitindo partilhar o espaço com a própria família.

Bordas et al (1992) referem dois tipos de objectivos (gerais e específicos) em relação à visita domiciliária:

- Em relação aos objectivos gerais:

“Ajudar o indivíduo e a família a alcançar um maior nível de saúde e bem-estar, ou a controlar e aceitar a sua situação e conseguir maior independência, potenciando ao máximo as suas capacidades de auto-cuidado;

Aumentar o nível de educação sanitária do indivíduo, da família e da comunidade;

Conhecer o meio familiar, instruir na prevenção das doenças, realizar acções de protecção da saúde e colaborar na recuperação e na reabilitação dos utentes;

Coordenar com os outros níveis de assistência sanitária (nível hospitalar, hospitalização ou domicílio) ”(p.26)

- Relativamente aos objectivos específicos os autores:

“Abranger a máxima quantidade de utentes que precisam de controle de saúde e não podem deslocar-se ao centro de saúde;

Controlar e seguir os utentes identificados, tratando ou prevenindo as complicações por doença crónicas ou agudas;

Aquisição por parte dos membros da família de conhecimentos e habilidades sobre:

- *Laboração de uma dieta adequada;*
- *Melhoria do nível de higiene do utente acamado, incluindo massagens, mudanças de posição, mobilização adequada com a finalidade de manter uma boa tonicidade muscular e flexibilidade articular;*
- *Nos utentes que deambulam, promover a actividade física (passeios, Posturas adequadas)*

Técnicas de auto-cuidado, tanto o utente como sua família devem adquirir o máximo grau de independência e responsabilidade na manutenção e recuperação da saúde (...)"(p.26)

Quaresma (1998), citado por Martins num painel sobre "Idosos do Século XX", esclarece que *"o apoio domiciliário é uma forma de intervenção social que urge ser mais conhecida, de modo a torna-la um instrumento privilegiado de respostas a muitas situações e problemas pessoais e familiares, sobretudo face aos desafios do envelhecimento"*. Conquanto a prestação de cuidados no domicílio é variável dependendo do contexto destes, Garcia (1997) sugere dois tipos de visitas domiciliárias. Uma delas é denominada "trabalho de comunidade", que constitui uma actividade de carácter contínuo, onde a abordagem ao indivíduo engloba as vertentes física, psicológica e social, sendo o indivíduo considerado um ser biopsicosocial. A outra denomina-se "serviço domiciliário curativo ou domicílio", sendo dirigida para os aspectos curativos e para a resolução de problemas centrados quase exclusivamente em aspectos biológicos, terminando quando existe alta do tratamento.

Também Bordas (1992) enuncia dois tipos de visita domiciliária

A pedido:

- Ordinária – solicitada pelo utente, família ou pelo o membro da equipa multidisciplinar.
- De urgência – quando por emergência da situação seja necessário actuar, para a continuação da actividade dos cuidados de enfermagem.

Programada – quando faz parte de um programa ou sub-programa de saúde que esta em curso, incluindo-se:

- A primeira visita que se realiza no domicílio, onde se conhecem os vários factores (ambientais, familiares e sociais...) que incidem no estado de saúde da família.
- A visita de seguimento, que inclui as consecutivas visitas domiciliárias que se efectua ao indivíduo e sua família.

Para Garcia (1997:27), os cuidados domiciliários podem ser definidos como:

“Um conjunto de actividades que resultam de uma planificação prévia, desenvolvida pelos profissionais que integram a equipa multidisciplinar de cuidado de Saúde, incluindo a promoção, protecção, tratamento e reabilitação, com a responsabilidade 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 possam deslocar-se centro de saúde”.

Em nosso entender, o processo saúde-doença nas pessoas idosas é marcado pela prevalência de vários problemas de saúde, acompanhados de alguma dependência funcional, requerendo alguma atenção por parte dos profissionais de saúde. Podem ser colmatadas ou atenuadas algumas necessidades através da visita domiciliária.

Na perspectiva de Moraes (2001), através da assistência domiciliária pretende-se prestar ao utente impossibilitado, no domicílio, a mesma assistência que se oferece no centro de saúde, no entanto com a vantagem de aproximar o profissional do meio em que o utente se insere, oferecendo um maior leque de dados que permita uma melhor avaliação do seu estado de saúde assim como das suas necessidades.

Para a mesma autora (2001:103), citando Lopez, Pisa (1991), *“a assistência domiciliária é dirigida à cobertura das necessidades de saúde dos indivíduos idosos”*, tendo como objectivos:

*“Potenciar o auto-cuidado do doente;
Envolvimento da família;
Melhorar o controle da sua doença;
Prevenir complicações próprias da sua evolução;
Diminuir o período de estadia no hospital;
Reduzir os custos;
Permitir a integração precoce do idoso no seu meio;
Humanizar a assistência prestada”.*

Neste contexto somos levados a reflectir sobre a acção dos enfermeiros, assim como sobre a forma de cuidar e tratar os utentes na sua individualidade e na sua relação com os outros e com o meio envolvente. Só assim será possível detectar e avaliar com precisão as suas necessidades e as das suas famílias, e planejar os cuidados a realizar. De realçar que a frequência desta visitas é estabelecida de acordo com a necessidades

do utente, bem como da respectiva família.

2.2.1 – Os cuidados de proximidade

As mutações constantes verificadas no padrão epidemiológico e na estrutura social e familiar, determinam novas necessidades em saúde, relativamente às quais há que organizar respostas harmonizadas, visto que os últimos anos de vida são escoltados de situações de fragilidade e incapacidade.

As várias transformações operadas na sociedade, nomeadamente o envelhecimento da população e a alteração dos equilíbrios sociais, determinam necessidades para certos grupos de pessoas, dos quais salientamos os idosos, os indivíduos portadores de doença crónica e os deficientes, pois exigem uma crescente prestação de cuidados continuados, que são a forma mais humanizada de resposta, Augusto et al (2002:47).

Neste sentido, o programa do XVII Governo Constitucional define como meta a instauração de políticas de saúde, integradas no Plano Nacional de Saúde, e de políticas de segurança social que permitam: desenvolver acções mais próximas das pessoas em situação de dependência, investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial, qualificar e humanizar a prestação de cuidados, potenciar os recursos locais criando serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou criar soluções ou respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade.¹⁵

O artigo 3º do Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Julho define “Serviço Comunitário de Proximidade” como a estrutura funcional criada através de parceria formal entre instituições locais de saúde, de segurança social e outras comunitárias, para colaboração na prestação de cuidados continuados integrados, constituído pelas unidades de saúde familiar, ou, enquanto estas não existirem, pelo próprio Centro de Saúde, pelos serviços locais de segurança social, pelas autarquias locais e por outros serviços públicos, sociais e privados de apoio comunitário que a ele queiram aderir¹⁶.

¹⁵ Diploma que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuado Integrados - Decreto-Lei n.º101/2006

¹⁶ Dados consultados em: www.portugal.gov.pt

Proximidade é um termo derivado do latim *Proximitate*, que significa qualidade, condição, carácter, estado do que é ou está próximo (...), amor ao próximo (...)¹⁷.

A noção de proximidade, apesar da sua frequente utilização na linguagem corrente, torna-se complexa e com diferentes significações de acordo com o sentido atribuído ao acto ou acção. Dizemos, é importante saber a proximidade da localização vizinha como podemos dizer a importância da prestação de cuidados em proximidade aos clientes.

Conforme entende Lopes (2006:309), o conceito de proximidade parece ser de uso frequente, sendo vários os autores que o referem em estudos da mais diversa ordem (Morse e tal, 1992; Artinian 1995; Armstrong & Martin, 1996; Sourial, 1997; Bottorff, e tal 1997; Denny & McGuigan, 1999; Kathleen, 1999; Roberts & Snowball, 1999; Easter, 2000; Mcqueen, 2000; Wuest, 2000; Miller, 2001). Ainda segundo Lopes, estes autores consideram que a proximidade se constrói.

O conceito ganha uma importância considerável no âmbito dos cuidados de enfermagem, por um lado, por envolver uma dupla proximidade (física e afectiva) e por outro, porque, por essa razão, coloca problemas relativamente aos limites da relação, difíceis de resolver. Por sua vez, é o enfermeiro que está mais próximo do utente, sendo quem geralmente o conhece melhor e o compreende como pessoa na sua singularidade, Pacheco (2002:122).

Ao questionar o que são cuidados de proximidade e o que tem a ver com a intervenção da enfermagem, atrevemo-nos a adiantar que consubstanciam um conjunto de serviços ao dispor da população, com uma maior proximidade dos profissionais de saúde, não apenas em termos geográficos, mas sim disponibilizando respostas às necessidades, alicerçadas numa filosofia de maior proximidade dos cuidados a todos os níveis (primário, secundário e terciário) aos utentes, família e comunidade. No dizer de Jesus (2005), *“A expressão “cuidados de proximidade” quer significar isso mesmo; o conjunto articulado dos serviços e outros recursos de saúde que se encontram disponíveis para os cidadãos, o mais próximo possível (não apenas distância física), a que os mesmos podem ocorrer, quer se trate de cuidados inerentes à promoção da saúde e prevenção da doença, quer digam respeito ao tratamento ou recuperação do seu habitual estado de saúde, adaptação e bem-estar”*. Para o mesmo autor estes serviços

¹⁷ Grande Dicionário de Língua Portuguesa, 1991, V Vol.p264. Lisboa: Alfa, 1991.

deverão, assim, estar verdadeiramente centralizados no próprio cidadão e adoptar a melhor organização e interligação possíveis, de forma a garantir a qualidade, a eficácia e a segurança dos cuidados prestados.

Em nossa opinião, apesar da existência de um leque de serviços, exemplo os lares de terceira idade e algum apoio ao domicílio, estes não são o suficiente para superar a procura, face ao aumento do número de idosos. Neste sentido os cuidados de proximidade permitiriam colmatar algumas dessas necessidades, permitindo aos idosos permanecer nos seus lares com o apoio de outros agentes, nomeadamente as suas famílias ou pessoas significativas, em consonância com os serviços de saúde. Na óptica de Pimentel (2001:67), *“...os serviços de proximidade implicam um esforço de articulação e complementaridade entre diferentes serviços e agentes: articulação com os serviços de saúde que asseguram cuidados especializados e que permitem a permanência do idoso na sua casa por um período de tempo mais longo; articulação com os ajudantes naturais (em particular a família), uma vez que a abrangência e eficácia dos serviços domiciliários é limitada e se o idoso não usufruir de outras formas de apoio, permanece grande parte do seu tempo sozinho e sem os cuidados necessários”*.

Poder-se-á então afirmar que se torna difícil descobrir o pleno sentido dos cuidados, sem ter em conta uma abordagem antropológica. Como escreve Colliere (2001:148), *“Qualquer situação de cuidados é em si uma situação antropológica em que os homens e as mulheres são o epicentro, inserido na sua rede, hábitos de vida, de crenças, de recursos afectivos, financeiros, sociais, da forma como reagem”*. No entanto, para a mesma autora *“... a abordagem antropológica consiste em ficar próximo das pessoas, deixando vir a nós o que fomos capazes de agarrar, o que conseguimos aprender com elas a partir do que nos revelam por sua própria iniciativa*.

- *É um encontro com as pessoas;*
- *Obriga a distanciar-se do que se sabe a priori. Trata-se de compreender, na desordem, o que é a ordem no outro. Trata-se de captar aquilo a que a pessoa que requer cuidados dá importância;*
- *Vai para além do desconhecido da situação, para descobrir e compreender à volta do que ela se estrutura;*
- *Necessita ver... escutar activamente*
- *Para descobrir*
- *Para compreender*
- *Para apreender a utilizar o que se compreendeu (ibid.p.148)*

Nesta perspectiva, como havemos de encontrar o verdadeiro significado do termo proximidade nos cuidados? Talvez começando por nos tornar mais próximos daqueles que necessitam dos nossos cuidados, escutando as suas dificuldades, identificando-as, assim como às suas necessidades, e disponibilizando-nos a ajudar. Neste contexto, os cuidados de saúde primários tem um papel preponderante, uma vez que a sua actividade não se limita unicamente ao indivíduo, mas sim à sua família e comunidade. A propósito, Brum e Silva (2005), para o atendimento da população, os centros de saúde descentralizaram os seus serviços (são constituídos por diversas unidades de saúde distribuídas por diferentes localidades), garantindo, assim, quer uma maior proximidade da população, quer o estabelecimento do primeiro contacto desta com o sistema de saúde.

Para os mesmos autores (2005), os enfermeiros não prestam apenas cuidados nessas unidades, mas também nos locais onde a população reside, trabalha e estuda. Para além destas acções, desenvolvem actividades junto das escolas, pelo que trabalham na e com a comunidade, preocupando-se em proteger e promover a saúde das populações, daí que o seu principal sujeito não é o indivíduo, mas sim este inserido num contexto mais alargado, a comunidade.

Por tudo o que equacionamos neste item, parece-nos clara a importância da proximidade dos cuidados (através dos vários intervenientes, especificamente dos enfermeiros), junto da população, numa lógica de cooperação que permita uma melhor compreensão das necessidades dessa população, mais concretamente daqueles que apresentam maiores necessidades de cuidados, de modo que se sintam abrangidos por estes (cuidados) não apenas em termos geográficos, mas num sentido mais lato, de maior disponibilidade, por forma a dar solução concreta às solicitações dos utilizadores.

Sendo o foco de atenção dos enfermeiros os utilizadores dos cuidados, tal como a sua família, não esquecendo os contextos onde os vários intervenientes desenvolvem a sua actividade, tendo em conta as suas necessidades no processo saúde/doença, torna-se importante um eficaz modelo orgânico-funcional dos cuidados de proximidade.

A Ordem dos Enfermeiros considera ser aceitável que o modelo orgânico-funcional dos cuidados de proximidade garanta a potencialização dos recursos existentes, sugerindo para a sua configuração o seguinte:

► *Definição de zonas de saúde, com abrangência populacional semelhante e com recursos mínimos: um hospital com recursos de valências básicas, no máximo a*

uma distância que em tempo seja inferior a uma hora, e centro de saúde que cubram a dispersão geográfica;

► *Criação das comissões de coordenação e gestão dos recursos de saúde da respectiva zona:*

Levantamento dos recursos existentes em cada zona de saúde: localização e finalidade sócio-sanitária de cariz público, privado, social e cooperativo;

Caracterização e monitorização dos problemas de saúde e das necessidades de resposta para a população da respectiva zona;

Elaboração de um mapa previsional de respostas compatíveis com as capacidades instaladas dos serviços públicos;

Definição de cartas de compromisso onde se clarificam carteiras de serviços a prestar pelas entidades dos vários sectores.¹⁸

¹⁸ Dados consultados em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>

CAPITULO III – ASSISTENCIA NO DOMICILIO

3.1 – FAMILIA E OS CUIDADOS AOS IDOSOS

Segundo Figueiredo (2007:99), a tradição portuguesa atribui às famílias, especialmente aos membros do género feminino, a responsabilidade de cuidar dos elementos mais idosos e com laços mais chegados. Contudo, parece-nos que hoje – na sequência das transformações ocorridas na sociedade – a família desempenha funções diferentes, quer como sistema, quer do ponto de vista dos elementos que a compõem. Algumas destas alterações verificam-se a nível dos cuidados que eram da exclusiva responsabilidade da família, os quais passaram a ser partilhados ou até mesmo confiados a outros cuidadores, face às novas obrigações.

De acordo com Karsch (2003:864), as estruturas familiares estão a sofrer, no mundo inteiro, rápidas modificações causadas por diferentes motivos: separações, divórcios e novas uniões, instabilidade do mercado de trabalho e movimentos migratórios nacionais e internacionais a procura de oportunidades de trabalho, maior tempo de vida das gerações e um aumento do contingente de viúvas (...) (...) e a participação crescente da mulher no mercado de trabalho.

Imaginário (2004:78) sustenta que a prestação de cuidados aos membros mais idosos tem vindo a reduzir-se e a torna-se mais difícil, em resultado da evolução da sociedade (...) e da inserção da mulher no mercado de trabalho (...). Cabral (1994) citado pela autora referida anteriormente (200:63), afirma: *“as pessoas estão cada vez mais condicionadas pelos locais de trabalho, onde acabam por tomar (...) as refeições. As crianças e os idosos crescem e vivem nos espaços colectivos que lhes são impostos, com poucas ligações ao ambiente familiar”*. Torna-se, assim, evidente a dificuldade por parte das famílias para a prestação de cuidados aos idosos.

Importa referir, por outro lado, que muitos dos idosos, não sendo embora dependentes, com o avançar da idade tornam-se mais vulneráveis em relação à sua autonomia, dependendo de outrem para a satisfação determinadas necessidades Para Costa e Silva (2000), citado por Imaginário (...) *“muitos idosos em função dos seus próprios percursos de vida e de condição económica deficitária não dispõem de autonomia suficiente”*.

Por este conjunto de razões, concordamos com Alarcão (2006:198), quando expressa que *“em toda esta etapa do ciclo vital da família há uma importante tarefa a realizar: a da aprendizagem do envelhecimento e, conseqüentemente, a de nova regulação do processo de autonomia-dependência.”*

Com o desenvolvimento da ciência médica assistiu-se a um período em que os cuidados ficaram quase em exclusivo sob responsabilidade das instituições de saúde, Sequeira (2007:99). Por outro lado e segundo Lage (2005:204), a crise do sistema de saúde e de protecção social no decurso das duas últimas décadas, resultante em boa parte do envelhecimento, dá novamente às famílias a responsabilidade dos cuidados a prestar aos familiares e faz com que os estados descubram o papel ocupado pela família nos cuidados aos idosos.

Parece-nos que os pressupostos anteriores têm conduzido ao surgimento de um leque diversificado de medidas que permitem a permanência do idoso no domicílio. No sentido da *“crescente diversidade de medidas e de respostas concretas, de maior proximidade, que têm sido criadas, no sentido de facilitar o quotidiano dos idosos e seus familiares e de proporcionar um conjunto de serviços de âmbito comunitário e domiciliário que retardem ou evitem o recurso á institucionalização”*, Pimentel (2001:66). Todavia, o êxito da desinstitucionalização não está na disponibilidade da família, ainda que ela seja importante, mas sim nos serviços de apoio necessários para realizá-la sem criar novas discriminações, Roca (1994), citado por Lage (2005:2004).

3.2 – CUIDADORES INFORMAIS

Quando se refere o sentido de cuidados há, necessariamente, que falar do que é necessário para que os mesmos aconteçam. Waldow (1999:17), reportando-se a Roach, mencionava que o cuidado é uma característica humana, uma vez que todo o ser humano possui a capacidade do cuidar. Por conseguinte, a existência de pessoas torna-se fundamental para que o mesmo ocorra.

O cuidado informal é aquela prestação de cuidados a pessoas dependentes por parte da família, amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas, que não recebem retribuição económica pela ajuda que oferecem, Lage (2005:204). As redes de apoio informal ao idoso provêm de dois grupos, as constituídas pelos familiares do próprio idoso e as constituídas por vizinhos e amigos, Paul (1997:93).

Prestar cuidados, no dizer de Luders e Storani (2000) citado por Figueiredo (2007:101), *“trata-se de uma actividade complexa, com dimensões psicológicas, éticas, sociais, e demográficas, que também comporta os aspectos clínicos, técnicos e comunitários”*. Cuidar de um idoso doente e dependente de forma eficiente implica um reorganização entre o cuidador, idoso e família no sentido de encontrar alternativas capazes de potenciar as habilidades e os recursos pessoais, Sequeira (2007:114).

Conforme Roger e Bonet (2000) citado por Lage (2005:210), cuidar de um familiar idoso pode ser uma actividade desgastante, com efeitos na saúde e na qualidade de vida do cuidador, podendo agrava-se no caso de o cuidador não ter conhecimento, habilidade, ou apoio suficiente para a prestação dos mesmos (...). Nesta linha de raciocínio, Paul (1997) considera que o mesmo pode acontecer quando os prestadores de cuidados sentem que não tem escolha, quanto à aceitação de cuidar ou não cuidar, uma vez que o desempenho deste papel raramente corresponde a uma intervenção voluntária e espontânea, estando quase sempre relacionada com uma obrigação incontornável. Também Imaginário (2004:81) adianta que uma das alterações que os cuidadores informais manifestam, de uma forma mais exacerbada, é a nível das relações familiares, podendo surgir conflitos familiares resultantes de desacordos entre o cuidador e outros familiares face aos comportamentos e atitudes de uns e outros.

Por outro lado, podem emergir sentimentos negativos por parte dos cuidadores. Figueiredo (2007:122) refere que vários estudos (Anthony-Bergstone, Zarit e Gtz, 1998; Kinney e Stephens, 1989; Schulz e Williamson, 1991) revelaram a presença de sentimentos depressivos (tristeza, desespero, frustração, inquietação) em familiares cuidadores (...). Sentimentos de ansiedade e preocupação pela sua saúde e do familiar, pelos conflitos familiares associados, pela falta de tempo (...). Presença por vezes de sentimentos de culpa, por saturação em relação à pessoa de quem se cuida, por pensar que não se está a fazer tudo o que se pode e por desejar a morte do familiar (...).

Em nosso entender, a existência de cuidadores idosos é hoje um dado adquirido, sendo geralmente o cônjuge o cuidador. Este facto acarreta problemas, como por exemplo dificuldades na prestação de cuidados, inerentes ao seu processo de senescência, indo de encontro do que Figueiredo (2007:121) diz: *“nos mais velhos, é muito provável que comecem a surgir situações associadas às modificações inerentes ao processo de senescência, nomeadamente a diminuição da força muscular”*.

Será que hoje, os cuidadores idosos sentem-se apoiados?

Parece-nos haver ainda muito a fazer em relação aos apoios, essencialmente o apoio formal. Para Karsch (2003:864), o cuidador familiar de idosos incapacitados necessita de orientação de como proceder nas situações mais difíceis, assim como do acompanhamento periódico no domicílio dos profissionais de saúde (médico, enfermeiro fisioterapeuta ...). Menciona igualmente que este apoio é essencial quando se trata de um casal idoso, em que o cônjuge menos lesado assume os cuidados do outro (...).

Neste sentido, os cuidadores formais com a sua intervenção junto dos idosos, terão, salvo melhor opinião, um papel fundamental para evitar a institucionalização. Esta surge geralmente, para a família ou para os idosos sem família, como a última alternativa, quando todas as outras são inviáveis, Pimentel (2001:73). A ausência de uma rede de apoio familiar tem-se mostrado como um factor preditivo na institucionalização da pessoa idosa, já que os cuidados informais são assumidos pela família, Imaginário (2004: 76).

Em muitas situações as redes de apoio informal não conseguem dar respostas às necessidades dos idosos. Conforme Wolfsen citado por Paul (1997:116), *“para muitos idosos, as redes de apoio informal são incapazes de preencher as necessidades existentes, por um lado, devido à sua inadequação (rede), por outro, as suas necessidades ultrapassam a capacidade de apoio proveniente desse sistema”*. Para o mesmo autor, os serviços de apoio domiciliário formal são a possibilidade que têm para se manter na comunidade.

3.3 – SITUAÇÕES COMPLEXAS DE CUIDADOS (MORTE)

Vivemos num tempo de mudança, sendo actualmente os enfermeiros confrontados com situações complexas de cuidados no seu dia-a-dia, situações essas de cuidados (domicílio) que outrora eram prestados em contexto hospitalar. São desafios que se colocam a estes profissionais, concordando-se com Andrade (2007), quando sustenta que cuidar da pessoa em fim de vida, assim como da sua família, expõe sistematicamente o enfermeiro a uma dura realidade para a qual se deve preparar, objectivando quer os seus alvos de cuidados, quer sua estabilidade como pessoa.

Para Ferreira e Ramos (2007:4), os profissionais de saúde sentem-se “desarmados” em face da angústia dos doentes em fase terminal, com os quais

difficilmente estabelecem uma relação de ajuda, sentindo insegurança, impotência perante essa situação e até mesmo uma revolta interior. Fica o medo de investir efectivamente, o medo de sofrer e, por vezes, é bem mais fácil deixar morrer do que ajudar a morrer. De acordo com Pacheco (2002:64), *“os profissionais de saúde estão muito mais preparados e motivados para enfrentar a doença, tratar a sua causa e tentar evitar a morte do que prestar cuidados aos doentes em fim de vida”*.

Escreve esta autora referida anteriormente (2002:339), *“a presença de quem cuida não é apenas física e meramente profissional, mas sim a presença de uma pessoa humana, capaz de escutar, compreender e ajudar”*. No fim de vida e quando confrontado com a impossibilidade de cura da doença, o processo de cuidar assenta principalmente no acompanhamento e no conforto, Pacheco (2000) citado por Frias (2003:58).

Nesta sequência, entendemos que os enfermeiros têm um papel fulcral perante o doente em fase terminal, pois *“é o profissional da equipa de saúde que está mais próximo dele e da família e que mais os pode apoiar numa fase tão difícil como é o término da sua vida” (ibd)*.

Continuidade dos cuidados no domicílio é, portanto, fundamental ao doente em fase terminal, mas igualmente importante para a família, pelo que a intervenção por parte do enfermeiro junto desta é vantajosa. Os serviços de apoio domiciliário são vantajosos na medida em que proporcionem cuidados individuais em ambiente familiar (...), (...) permitem que os familiares estejam presentes e participem nos cuidados ao doente e favorecem a continuidade das actividades quotidianas do doente enquanto possível, Pacheco (2003:111). Refere ainda (2003:139) que o enfermeiro se encontra numa posição que lhe permite apoiar o doente, família e amigos mais próximos (...), (...) ajudando-os no que diz respeito à forma de comunicar e estar com o doente.

Berger (1995:29) vai mais longe, afirmando que todos os utentes têm necessidade de ser escutados, apresentando, no entanto, o idoso, uma maior necessidade devido a sua vulnerabilidade. Salaria ainda que o enfermeiro é a única pessoa que pode responder a essa necessidade (...).

Por outro lado, a experiência e o conhecimento do enfermeiro têm de ser vistas como determinantes, na medida em que podem facilitar o processo de cuidados. Concordamos com Costa (2002:73) quando diz *“é o contacto com o mundo do trabalho e seus problemas, bem como o recurso à reflexão dialogante sobre o que observa e se*

vive, que conduz à construção activa do conhecimento na acção". Os enfermeiros experientes podem recorda-se rapidamente das situações clínicas que modificaram as suas abordagens aos cuidados a proporcionar aos doentes, Benner (2005:36). Retomando a perspectiva de Costa (2002:81), *"aprender pela experiência significa o reconhecimento de que o processo de aprendizagem se prolonga na, com, sobre e pela acção"*.

CAPITULO IV – PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A propósito da temática em reflexão – Cuidados de Proximidade com Idosos – é imperioso consciencializarmo-nos que o envelhecimento não é um problema, mas, como supra se deixou já explanado, uma parte natural do ciclo de vida. Assim, torna-se desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica, desde logo, uma acção integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social. Isto, além de uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico, ao que deverá associar-se um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada¹⁹.

De acordo com esta linha de orientação, a prestação de cuidados aos idosos requer um reajuste, a efectuar de acordo com as características próprias desta faixa etária, no qual tem papel fulcral a equipa de enfermagem, por serem os seus membros os prestadores directos e os que possuem uma maior interacção dentro da equipa multidisciplinar.

Não obstante, torna-se fundamental que estes desenvolvam estratégias e mobilizem recursos, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados e a evitar que estes sejam prestados de acordo com as representações que os profissionais detêm do saber.

Na generalidade das situações, são os profissionais de saúde que assumem a orientação e a responsabilidade no processo de cuidados, não dando à pessoa oportunidade e espaço para intervir nas decisões tomadas. Esta posição de inferioridade hierárquica realça a perda real do poder do doente para participar e influenciar na gestão dos seus cuidados, Gomes (2004:24).

Mormente, as práticas não são separáveis dos seus protagonistas como não o são dos contextos reais onde são produzidas, por duas ordens de razões – as condições materiais e objectiváveis dos espaços de trabalho (...) e a posição que os autores ocupem neles, Rebelo (1997:3).

¹⁹ Direcção Geral de Saúde - Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

Como podemos constatar, o universo dos cuidados tem como protagonistas um conjunto de autores que interagem entre si, os quais ocupam posições distintas.

Segundo Costa (2002:67), *“os cuidados às pessoas idosas ocorrem em universos singulares, que são determinados, circunstancialmente, de acordo com um conjunto de princípios, que emanam da organização do sistema de saúde. O processo de cuidados inclui um conjunto de actividades desenvolvidas por múltiplos actores, tendo por base a interacção entre estes e os utentes (idoso, família e comunidade), no sentido da identificação das necessidades vitais dos últimos, a fim de planear e desencadear acções, que possam ser satisfeitas ou compensadas”*.

De facto, nos últimos anos temos vindo a assistir a uma crescente preocupação, por parte dos políticos e dos profissionais de saúde, relativamente ao fenómeno envelhecimento, talvez por este ter tendência a aumentar.

As motivações no domínio pessoal/profissional que despertaram interesse pelo fenómeno envelhecimento, estão relacionadas com múltiplos aspectos da sua vida.

Desde logo, e em primeiro lugar, ter tido o privilégio de ser cuidado pela avó materna (idosa) durante a infância e de ter convivido com pessoas idosas e mais velhas, visto ser o mais novo dos três filhos, com diferenças de idades significativas.

Em segundo lugar, durante e após o terminus do curso de enfermagem, foi despertado interesse pelos cuidados de saúde primários, uma vez que estes implicam uma maior aproximação dos utentes e conseqüente relação de empatia. É, portanto, uma forma de (tentar) mudar hábitos e mentalidades enraizadas – o que constitui tarefa difícil – razão pela qual actuar nesta área, constituindo um desafio, se tornou aliciante.

Perante a sociedade actual, na qual a tecnologia e a ciência estão em grande evolução, surgem novas enfermidades, que “batem” à nossa porta, dia após dia, ganhando cada vez mais ênfase no meio que nos rodeia, e fazendo despertar para a existência de uma sociedade envelhecida. Esta tem que ser conhecida, ou descoberta, para que possam ser obtidas informações sobre os modos de promover, prevenir, tratar e reabilitar esta faixa etária. Tudo isto, precisamente, dado que o ser humano é o centro da actividade de enfermagem.

O mais inquietante é saber que os cuidados aos idosos não se têm mostrado

atractivos para uma parte significativa dos enfermeiros, por ser considerado “desgastante”, e resultar em “cansaço” físico, psicológico e emocional.

Alguns questionam-se – o que fazer com este idoso? E agora?! Mais trabalho (...). Efectivamente, é facto, como diz Salgueiro citado por Moniz, 2003, o interesse manifestado pela população idosa diminui bastante quando esta começa a procurar de forma progressiva e continuada o mundo dos hospitais, dos cuidados de saúde e dos serviços domiciliários.

Os cuidados têm diferentes significações de acordo com a significação atribuída por cada individuo, *“conforme aquilo a que cada um presta atenção na situação em que esta, e também de acordo com a orientação que cada um quer dar à sua existência.”*, Honoré (2004,14).

No decorrer do II Congresso da Ordem dos Enfermeiros – “O Enfermeiro e o Cidadão: Compromisso (d) e Proximidade” – a Presidente da Comissão Organizadora e Vice Presidente da Ordem dos Enfermeiros deixou dito que “os cuidados de enfermagem centram-se na relação que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa cuidada. Portanto, não há cuidados de enfermagem sem uma proximidade com o outro. A aproximação ao outro passa por conhecer as suas necessidades, o seu modo de vida, os seus problemas, mas também passa pela promoção das capacidades daquela pessoa. A aproximação ao cidadão e à sua família implica igualmente que os enfermeiros actuem em articulação e proximidade entre si, bem como com os outros elementos da equipa de saúde²⁰”.

Não pode descurar-se a importância da significação de alguma terminologia para melhor compreensão do fenómeno a estudar, tal como:

Vivências;
Aprendizagens;
Experiências.

O termo vivência, segundo Fidalgo (1990) citado por Frias (2003:3) significa *“a consciência imediata do objecto (...) a vivência tem sempre um vivido, um resultado prenhe de significado que permanece”*.

²⁰ Marçal, Teresa (2006) – Proximidade é a palavra chave do encontro – Revista Ordem dos Enfermeiros, nº 21, Abril, p53.

Contudo, importa realçar a experiência nos processos de aprendizagem, sendo que esta dicotomia permite ao sujeito a sua auto-construção como pessoa e, corroborando Canário (1999:109), considera-se que é um *“processo interno ao sujeito e que corresponde, ao longo da vida, ao processo da sua auto-construção como pessoa”*.

Tendo como ponto de partida as reflexões entretanto explanadas, pretendemos aprofundar e contextualizar a problemática, que se alicerça no paradigma emergente.

As linhas orientadoras do estudo são:

- Compreender o significado das experiências vivenciadas pelos enfermeiros que prestam cuidados de proximidade aos idosos, em contexto de trabalho;
- Identificar o papel do enfermeiro no processo de cuidados aos idosos na comunidade;
- Compreender como se sentem os enfermeiros que cuidam de pessoas idosas.

O envelhecimento e as alterações a ele inerentes, levam os enfermeiros a questionar-se diariamente sobre as necessidades em saúde, de forma a colmatar algumas situações de fragilidade e de incapacidade. Deste modo, considerou-se pertinente centrar a questão de investigação condutora deste trabalho na seguinte pergunta:

“Quais as vivências dos enfermeiros que prestam cuidados de proximidade aos idosos?”.

Face a esta questão, surgiram outras interrogações que contribuem inequivocamente para clarificar a pergunta de investigação. São elas:

- Que experiências vivenciam os enfermeiros nos cuidados de proximidade aos idosos?;
- Que significado atribuem os enfermeiros aos cuidados à pessoa idosa?;
- Como se sentem os enfermeiros ao cuidar da pessoa idosa?

PARTE II – PARADIGMAS DE INVESTIGAÇÃO

CAPÍTULO I – OPÇÃO METODOLOGICA E TIPO DE ESTUDO

A metodologia diz respeito às etapas e estratégias que o grupo de estudo escolhe, para lhe permitir reunir e analisar os dados de uma forma objectiva, sistemática e fiável. Assim, encontrando-se definido o nosso problema, vamos utilizar o método que nos permitirá atingir os objectivos propostos para dar viabilidade à questão inicialmente determinada.

Como afirmam Fortin e Vissandjée (1999:40), *“o investigador determina os métodos que irá utilizar para obter respostas às questões de investigação colocadas [...] define a população e escolhe os instrumentos mais apropriados para efectuar a colheita dos dados. Assegura-se também de que os instrumentos são fiéis e válidos”*.

É nesta perspectiva que seguidamente apresentamos o tipo de estudo e amostragem a estudar, bem como o instrumento de colheita de dados e a forma de tratamento dos dados a analisar, os aspectos éticos a considerar e bem como as limitações.

Os cuidados de enfermagem, na lógica da resposta a situações de carência – que no caso dos enfermeiros se relacionam com as situações de saúde – constituem um campo imenso de investigação que lhes confere especificidade e originalidade, Costa (1995:284). Tem razão esta autora (1995:285) ao enunciar que *“os cuidados de enfermagem investigam-se nos seus contextos com doente e ou utente e com enfermeiros; as opiniões, as práticas e comportamentos não são dados concretos de percepção corrente, antes relacionam-se com construções, representações e abstracções que devem ser tomadas em conta”*.

Existem diversas formas de olharmos a realidade e, *“de acordo com a forma como se vê o mundo, assim se descobre uma das faces, ficando a outra por eliminar”*, Bastos (1998:23). Quando se investiga determinado fenómeno o objectivo não é mais do que “iluminar” apenas uma pequena parcela do nosso objecto de estudo. Assim, após a definição do fenómeno a estudar, importa tomar decisões metodológicas, tornando-se necessário identificar o paradigma no qual se insere o problema de investigação, além do método mais ajustado à problemática em estudo.

Durante muito tempo, e por tradição, a ciência era apenas quantitativa, cfr. Streuber e Carpenter (2002:1). No entanto, a impossibilidade deste paradigma explicar alguns fenómenos, levou à utilização de outra abordagem que estudasse os fenómenos humanos. De facto, como nos salienta Thorne (1997), citado por Streuber e Carpenter (2002:1), actualmente, a prática da investigação qualitativa desenvolveu-se porque as *“abordagens empíricas têm provado ser limitadas na resposta a questões clínicas desafiadoras, especialmente onde a subjectividade e a interpretação humana estão envolvidas”*

Em enfermagem são habitualmente utilizados dois paradigmas como meio para conhecer a realidade: o paradigma positivista (quantitativo) e o construtivista, também conhecido por naturalista (qualitativo). Em nosso entender o paradigma construtivista caracteriza-se por uma tentativa de compreender o procedimento humano, os comportamentos, as experiências, e ainda quais os verdadeiros significados destes para as pessoas, sem esquecer o contexto sócio-cultural onde estão inseridos. A pesquisa qualitativa tem como preocupação a compreensão dos seres humanos e dos seus comportamentos, partindo do pressuposto que o conhecimento é possível através da descrição das experiências humanas vivenciadas pelos próprios indivíduos. Segundo Polit e Hungler (2004:30) “os pesquisadores naturalistas tendem a concentrar-se nos aspectos dinâmicos, holísticos e individuais dos fenómenos, tentando apreender na sua totalidade, dentro do contexto dos que os experimentam”. Acrescentam ainda (1995:270) que a pesquisa qualitativa costuma ser descrita como holística (preocupada com os indivíduos e seu ambiente, em toda a sua complexidade) e naturalista (sem qualquer limitação ou controle impostos ao pesquisador. Apoiamos Benjumea (1998:168), quando refere que *“a investigação qualitativa produz um conhecimento cujo relevância é geral e que não seria possível por outros meios”*.

Tendo em conta as considerações anteriormente tecidas, o nosso estudo enquadra-se no paradigma construtivista, tendo-se optado por um estudo qualitativo, já que a prestação de cuidados é uma experiência pessoal, que importa compreender, tal como os intervenientes a percebem, permitindo assim compreender a problemática em estudo e desvendar os significados atribuídos pelos intervenientes.

Sendo efectivamente a investigação qualitativa uma fonte que proporciona conhecimento sobre as perspectivas das pessoas, permite uma melhor compreensão destas e, por conseguinte, a revelação de pontos estratégicos para a intervenção Benjumea, (1998).

Para autora supracitada *“a investigação qualitativa converte-se assim num instrumento poderoso para tentar compreender temas complexos”*. É o caso dos **cuidados de proximidade** com idosos, visto que se trata de uma terminologia recente e pouco estudada.

De acordo com o exposto, neste nosso estudo (qualitativo) procedeu-se a uma abordagem fenomenológica. O método fenomenológico consiste, pois, numa investigação rigorosa, crítica e sistemática de um fenómeno. *“O propósito da pesquisa fenomenológica é explicar a estrutura ou essência das experiências vividas de um fenómeno, na procura da unidade de significado o qual é a identificação da essência de um fenómeno e a sua descrição rigorosa, através da experiência vivida quotidiana”*, Rose, Buby, & Parker, citado por Streubert e Carpenter (2002:55).

Deste modo, e de acordo com a problemática em causa, afigurou-se-nos ser adequado o método fenomenológico, na medida em que se pretende atingir as experiências vivenciadas pelos enfermeiros no seu quotidiano, quando prestam cuidados de proximidade às pessoas idosas, assim como a sua significação.

Segue-se, portanto, Polit, Beck e Hungler (2004:2007), *“quando refere que o enfoque da investigação fenomenológica é o que a pessoa experimenta em relação a um fenómeno (fenomenologia descritiva) e como interpreta essa experiência (hermenêutica)”*.

Pretende-se, por conseguinte, que este estudo de carácter qualitativo tenha um propósito exploratório, ou seja, que não se limite simplesmente a observar e registar a incidência de um fenómeno, mas seja adequado a explorar as dimensões desse, o modo como se manifesta e os outros factores com os quais se relaciona, como sugerem Polit, Beck e Hungler (2004). Com efeito, sobre a investigação exploratória, Hesbeen (2000:156) afirma *“são as que devem permitir analisar, com vista a uma maior compreensão, as situações de cuidados caracterizadas pela interacção dos profissionais de cuidados”*.

1.1 – PARTICIPANTES DO ESTUDO E AMOSTRAGEM

A escolha do termo participantes ou informantes, em detrimento de sujeito de estudo foi propositada, e teve em conta o que Morse (1991), citado por Carpenter e Streubert (2002), afirma: as pessoas fazem parte da investigação, participam nela (são activos no estudo), permitindo assim uma melhor compreensão das suas vidas e das suas interacções sociais.

A selecção dos participantes foi feita de acordo com a sua experiência em relação ao fenómeno a estudar. Deste modo, considerou-se que os melhores informantes seriam os enfermeiros prestadores de cuidados directos a utentes idosos, visto que todos teriam experiências de situações de cuidados, de onde “emergem” as suas vivências.

Os participantes do estudo foram, então, todos os enfermeiros que prestam cuidados de proximidade (domicílio) no Centro de Saúde de Angra do Heroísmo. Tendo por base o número de enfermeiros desta instituição, foi necessário definir uma amostragem de estudo, tendo sido utilizados alguns critérios de elegibilidade, em nosso entender pertinentes relativamente à problemática. Tais critérios foram: todos os enfermeiros que prestam cuidados de proximidade no domicílio à pessoa idosa, com cinco ou mais anos de serviço, que tenham uma visão multidimensional sobre o fenómeno, que gostam de pessoas idosas, que sejam reconhecidos pelos seus pares e autorizam a gravação áudio da entrevista.

Considerando os termos anteriormente mencionados, esta amostragem será do tipo intencional ou teórica, uma vez que o investigador selecciona os participantes que reúnem experiências em relação ao fenómeno a estudar. No dizer de Patton (1990), citado por Streubert e Capenter (2002:66), *“a lógica e o poder da amostra intencional está na selecção de casos ricos de informação para estudar em profundidade. Os casos ricos de informação são aqueles a partir de quem se pode aprender muitos assuntos de importância central para a finalidade da investigação, daí o termo amostra intencional”*. Para Polit, Beck e Hungler (2004:236), na amostragem intencional (...) o pesquisador geralmente procura escolher membros da amostra, propositadamente, com base nas necessidades de informação que emergem dos resultados preliminares. Foi, com efeito, o que se verificou

Quanto ao acesso ao campo de pesquisa, este foi feito numa primeira fase, através de um pedido formal escrito à Direcção do Centro de Saúde de Angra do

Heroísmo. Após o correspondente parecer positivo, foi contactada a enfermeira chefe para que, de acordo com os critérios de selecção dos participantes, procedesse à indicação dos enfermeiros que reuniam as condições para participar no estudo. E isto pois cabe à sua função a distribuição dos enfermeiros de acordo com as preferências destes.

A enfermeira chefe indicou dezassete enfermeiros que, na sua opinião, reuniam as condições de elegibilidade. Seguidamente estes foram contactados, alguns telefónica e outros pessoalmente, tendo-lhes sido pedida a participação no estudo – que lhes foi descrito, através da enunciação dos objectivos, assim como o método de recolha de dados. Importa referir que dos dezassete Enfermeiros, três não autorizaram a gravação áudio, duas Enfermeiras encontravam-se de licença de maternidade, uma Enfermeira de férias e uma Enfermeira de atestado médico.

1.2 – PREVISÃO DA COLHEITA DE DADOS

Determinado o tipo de estudo e a natureza do fenómeno a estudar, torna-se necessário seleccionar o método de colheita de dados. Segundo Rousseau et Vaillant in Fortin (1999:149), *“a colheita dos dados não pode ser encetada senão quando o investigador aguçou fortemente a sua sensibilidade para o fenómeno a estudar”*.

1.2.1 – Instrumento de colheita de dados

A pesquisa em enfermagem tem vários métodos de colheita de dados, que se encontram à disposição dos investigadores. De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004:250), *“têm sido utilizado com maior frequência três tipos de métodos, (...) o auto-relato, observação e as medidas biofísicas”*. Acrescentando que *“(...) pode ser reunida uma boa quantidade de informação através de interrogação directa de pessoas; isto é solicitando a elas o relato de experiencias pessoais”*.

Nesta perspectiva, considerou-se que o método de auto-relato é o que mais se enquadra na presente pesquisa. Dentro deste tipo de método escolheu-se a entrevista, uma vez que para Polit e Hungler (1995:170) *“(...) os instrumentos de relato verbal têm o facto de serem directos como um dos pontos fortes, se quisermos saber o que as pessoas pensam ou sentem, ou aquilo que acreditam, o meio mais directo de obter tal*

informação é perguntar-lhes a respeito.

Por seu turno, no método de auto-relato optou-se pela entrevista semi-estruturada, sobre a qual escrevem Polit e Hungler (1995:167):

“ (...) O pesquisador possui um conjunto de perguntas bem abrangentes que precisam ser feitas. Trata-se do tipo de pergunta que estimula a conversa, mais do que resposta do tipo “sim ou não”. O entrevistador faz uso de um guião de tópicos - uma lista de perguntas abrangentes – que garantam a cobertura de todas as áreas de indagação.”

1.2.2 – Procedimentos de recolha de dados

Após a obtenção da autorização formal do Conselho de Administração do Centro de Saúde de Angra do Heroísmo, foi feito o contacto com os enfermeiros. Este foi individual, tendo sido feito pessoalmente, na sede, e via telefónica, nos Postos de Saúde, a fim de se procederá marcação do dia, local e hora da entrevista. Na maioria dos casos foram previamente agendadas, para garantir total disponibilidade.

As entrevistas foram realizadas no Centro de Saúde (sala de reuniões) e nos Posto de Saúde de cada Freguesia, onde os participantes prestam cuidados, e a partir de onde planeiam e organizam as respectivas visitas domiciliárias. Falou-se do trabalho, assim como dos objectivos, tendo sido solicitada autorização para gravar as entrevistas. Esta, como justificam Fortin e Nadeau (1999:245), *“ (...) é um modo particular de comunicação verbal que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos as questões de investigação formuladas.”*

Foi realizada, neste estudo, uma entrevista formal, semi-estruturada e individual. Para Quivy (1998:78) Este tipo de entrevista possibilita-nos o acesso às vivências ou percepções de determinados acontecimentos relatado pela pessoa entrevistada. É também dada a pessoa liberdade de opinar determinada temática e manifestar os seus sentimentos com elevado grau de profundidade e criatividade sem por isso o investigador necessite de um grande número de perguntas exactas.

Explica ainda este autor, em (1998), que o entrevistador pode recorrer ao guião como referência, sendo que normalmente o entrevistador tem uma série de perguntas guia mais ou menos abertas, devendo deixar, tanto quanto possível, o entrevistado falar abertamente, e reencaminhando para os objectivos sempre que ele se afaste do assunto

em questão, não chegando a haver necessidade de colocar as questões pela ordem do guião.

Ora, o guião de entrevista foi elaborado, sendo validado pela Senhora Orientadora. Por aconselhamento da mesma, foram efectuadas duas entrevistas, com a finalidade de familiarização, e validação do respectivo guião da entrevista, e bem assim de explorar a eventual existência de dúvidas relativamente às questões colocadas. Conforme previsto, constatou-se que a duração das entrevistas foi de aproximadamente 25 minutos, ainda que uma ou outra tenha tido duração inferior ou superior. Será apresentado um exemplar de uma entrevista em anexo.

Antes de iniciar a entrevista – e após a explanação dos objectivos e a permissão para a mesma – foi entregue a cada enfermeiro participante o consentimento informado, que foi lido e assinado. Foi ainda garantida a confidencialidade das informações.

As entrevistas foram efectuadas nos meses Outubro e Novembro de 2007, e, conforme oportunamente referido, tiveram lugar na sala de reuniões do Centro de Saúde e nos Postos de Saúde, excepto uma enfermeira que surgiu a realização da sua entrevista em sua casa, referindo sentir-se mais a vontade, com a qual concordamos.

Uma das enfermeiras emocionou-se durante a entrevista, quando lhe foi colocada a questão ***A visitação domiciliária a doentes idosos em fase terminal ou em situação muito complexa como é vivida por ti?*** A entrevistada explicou o porquê da sua reacção e da sua emoção, embora tenhamos entendido não a explicar, atento o seu carácter pessoal. Ficamos, pois, em silêncio, aguardando que esta reiniciasse o diálogo.

A nosso ver foi respeitada, em todos os momentos, a vontade dos entrevistados, que foram deixados falar livremente, evitando interrupções ou colocando as questões ou reformulando as mesmas em momento oportuno.

O passo seguinte foi a audição e a respectiva transcrição das entrevistas – que foi sendo efectuada à medida que iam tendo lugar. A sua leitura, por razões profissionais e de ordem pessoal só foi efectuada no mês de Junho. Esta leitura teve como objectivo clarificar algumas questões que possam ter sido abordadas de uma forma mais superficial, servindo igualmente como forma de validar as respostas dos entrevistados. Destes, apenas dois referiram não se lembrarem de algumas respostas, tendo-lhes sido fornecida a gravação. A posteriori mantiveram o seu relato, tal como havia sido transcrito.

No canto superior direito, foi colocada uma letra e um número, de forma a codificar as mesmas, exemplo E1, E2 (...). A cada enfermeiro foi atribuída a letra (E) e um número de (1 a 10), pela ordem de realização das entrevistas, exemplo E1, significa primeiro enfermeiro a ser entrevistado.

1.3 – PROCEDIMENTOS NO TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados iniciou-se com a transcrição das entrevistas, e tem por objectivo, segundo Polt e Hungler (1995:273), “(...) *impor alguma ordem sobre um corpo grande de informação, de modo que possam ser tiradas algumas conclusões gerais e comunicadas através de um relatório*”. Por seu turno, Streubert e Carpenter (2002) vêm dizer que a análise de dados em investigação qualitativa tem o seu início quando a colheita de dados começa, pois à medida que os dados são recolhidos vão sendo revistos, com o intuito de se identificar a necessidade de novas entrevistas.

Efectuámos 10 entrevistas que constituem o *corpus* da análise. Como afirma Vala (1986:109), “*se o material a analisar foi produzido com vista à pesquisa que o analista propõe realizar, assim o corpus da análise é constituído por todo esse material*”. Na análise qualitativa o investigador deve, “ (...) *organizar, sintetizar e fornecer estrutura aos dados de pesquisa*”, Polit e Hungler (1995:273).

Nesta perspectiva, e tendo em conta os objectivos e a natureza do nosso trabalho, entendeu-se que o meio mais adequado para tratar os dados recolhidos seria a análise de conteúdo. Bardin (2008:44) frisa que a análise de conteúdo *aparece como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens*”, permitindo organizar, sintetizar e fornecer estrutura aos dados, tentando compreender a importância dada pelos participantes aos temas abordados. Vala (1986:104) sustenta que a finalidade da análise de conteúdo “*será pois efectuar interferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas*”, acrescentando que se trata “*da desmontagem de um discurso e da produção de um novo discurso através de um processo de localização-atribuição de traços de significação, resultado de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção da análise*”.

Assim, após a leitura e transcrição das entrevistas, procurou encontrar-se temas, assim como acontecimentos de relevância a partir das experiências narradas, com a finalidade de construção de um *corpus* de análise temática e categorial.

Na análise de conteúdo é possível fazer uso de várias técnicas de análise que, como destaca Bardin (2008), são: análise categorial, análise de expressão, análise de enunciação, análise proposicional do discurso, análise de avaliação e análise de relações. Por se entender que se adequa mais à nossa pesquisa, será feita uma análise categorial, a qual, na opinião de Bardin (2008:145), é uma operação de classificação de elementos, constituídos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente por reagrupamento segundo o género (analogia) com critérios previamente definido.

As categorias são classes que reúnem unidades de registo com carácter comum sobre o mesmo título genérico. Os critérios de categorização podem ser: semântico, sintáctico, léxico e expressivo, Bardin (2008).

De acordo com Bardin (2008) o critério de categorização semântica agrupa os temas cujo significado seja idêntico. A categorização pode empregar dois processos inversos:

É fornecido o sistema de categorias e repartam-se da melhor maneira possível, os elementos, à medida de que vão sendo encontrados (...).

O sistema de categorias não é fornecido, antes do resultado de classificação analógica e progressiva dos elementos (...) o título conceptual de cada categoria, somente é definido no final da operação".

No tratamento e análise dos dados foi então efectuada uma análise categorial de origem semântica, com categorias criadas à posteriori. Assim, após análise de todos os dados colhidos, estes foram esquematicamente reagrupados até atingir uma categoria de maior abrangência. Designámos de categoria, o grupo de maior abrangência temática, de subcategoria, o de abrangência inferior. Elaboradas as categorias, que nos permitem descrever o fenómeno em estudo, foi-lhes atribuído um código, em atenção o seu número. Destas categorias emergiram outras – as subcategorias – às quais foi igualmente atribuído um código. Adianta-se que as subcategorias correspondem às ideias que foi possível identificar em cada categoria.

1.4 – ASPECTOS ÉTICOS

Em qualquer tipo de investigação, os aspectos éticos deverão ser salvaguardados e os direitos dos inqueridos respeitados.

“Qualquer investigação efectuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. A própria escolha do tipo de investigação determina directamente a natureza dos problemas que se podem colocar. Na descrição dos fenómenos naturais, que podem ser a causa de defeitos favoráveis ou desfavoráveis, a responsabilidade do investigador no que concerne ao bem estar dos sujeitos é mais reduzida (...) a ética coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação”, Fortin, Brisson e Wakulezy (1999:113).

A pesquisa em enfermagem obedece, também ela, a princípios éticos, que devem ser respeitados na sua totalidade. Estando em causa uma investigação científica, assegurámo-nos não só de que os indivíduos, enquanto pessoas humanas, pessoas, eram respeitados, e os seus direitos protegidos, mas ainda que estes o eram enquanto profissionais. Na base desses seus direitos, e de acordo com o relatório de Belmonte (reconhecido internacionalmente), a que se junta a posição de Polit, Beck e Hungler (2004), temos três princípios éticos fundamentais que se acentuam em padrões de conduta ética em investigação: princípio de beneficência, princípio do respeito à dignidade humana e princípio da justiça.

Para Polit, Beck e Hungler (2004), o princípio de beneficência tem como finalidade a isenção de danos e a isenção de exploração. Na primeira os pesquisadores devem ter em conta o risco/benefício que os participantes correm, e se essa relação risco/benefício é ou não vantajosa à sociedade e à enfermagem.

Na isenção de exploração, o objectivo é proteger os indivíduos investigados de situações para os quais não estão preparados, as quais não devem ser exploradas. Deverá assegurar que as informações fornecidas não sejam utilizadas contra si.

Neste estudo salvaguardamos o anonimato de cada entrevista e a confidencialidade dos dados.

O segundo princípio ético a ter em consideração é o respeito pela dignidade

humana. Este princípio engloba o direito à autodeterminação, o direito a revelação completa e ainda ao consentimento autorizado. A autodeterminação significa que os participantes têm o direito de decidir, voluntariamente, se querem ou não participar no estudo, sem o risco de sujeitar-se a penalidades ou sanções. Os participantes têm o direito de, a qualquer momento, recusar-se a prosseguir participar no estudo, a prestar informações ou solicitar esclarecimentos acerca do propósito do estudo ou das perguntas específicas, Polit, Hungler e Hungler (2004).

No caso em apreço foram explicados aos participantes os objectivos do estudo, tendo sido fornecido o consentimento informado por escrito, antes do início da entrevista e da sua gravação.

O princípio de justiça determina que o indivíduo tem direito ao tratamento justo e o direito à privacidade. Polit, Beck e Hungler (2004:90) elucidam: *“os participantes têm o direito ao tratamento justo e equitativo antes, durante e após a sua participação no estudo”*.

Tendo por base este princípio, esteve sempre presente a preocupação de respeitar estes princípios e, consequentemente, os direitos, que os integram, dos participantes do estudo. Desde logo por se tratarem de seres humanos com características únicas que os individualizam. Toda a informação obtida foi mantida em sigilo.

Importa aqui referir que neste estudo de investigação, e no que concerne as considerações éticas, foram seguidas as orientações dos princípios de Belmont. Por conseguinte, foi pedido consentimento à Administração do Centro de Saúde de Angra do Heroísmo para a realização do estudo, assim como, no início de cada entrevista, foram expostos de forma clara os objectivos e, sempre que se afigurou necessário, foram esclarecidas dúvidas. O consentimento informado para a realização da entrevista e a sua gravação áudio foi fornecido, por escrito, a cada participante, tendo sido respeitada a decisão de participação e garantida, de forma inequívoca, a confidencialidade de todos os dados colhidos.

1.5 – LIMITAÇÕES E DIFICULDADES DO ESTUDO

Deparámo-nos com limitações a vários níveis, quer de ordem temática quer de ordem pessoal.

Em primeiro lugar, as limitações de ordem temática consistem na existência de poucos estudos e de bibliografia disponível relativamente aos cuidados de proximidade, o que veio dificultar o processo de pesquisa bibliográfica.

Em segundo lugar, nas limitações de ordem pessoal salienta-se a nossa inexperiência em elaboração de trabalhos desta natureza e envergadura, agravada pela nossa condição de insular, com a incontornável realidade de que vivemos, limitados, em ilhas com grande dispersão geográfica. Este contexto limita seriamente os potenciais campos de estudo, implicando a necessidade de deslocações aéreas, dispensas de serviço e gastos avultados.

CAPÍTULO II – ANÁLISE, APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

2.1 – CATERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Terminada a análise de dados, apresentamos os dados e as respectivas interpretações. Esta análise será intercalada com extractos das entrevistas.

O quadro seguinte apresenta alguns dados de caracterização dos dez participantes, identificados através da atribuição da letra (**E**) e um número (**1 a 10**), pela ordem de realização das entrevistas. Os participantes foram caracterizados de acordo com o sexo, idade e tempo de exercício profissional.

Verifica-se, em relação ao género, que a maioria dos participantes são do sexo feminino, seguindo uma tendência geral das instituições de saúde, onde existe uma predominância de enfermeiros do género feminino. No que respeita à idade, esta varia entre os vinte e oito anos e os cinquenta e seis anos, o que perfaz uma média de 38,3, apresentando a maioria dos participantes idade superior a trinta anos.

Quadro nº 2: Caracterização dos Participantes

NOME	SERVIÇO	ENTREVISTA	SEXO		IDADE	TEMPO DE EXERCÍCIO
			M	F		
1	DOMICILIÁRIO	E1		X	47	23
2	DOMICILIÁRIO	E2		X	42	19
3	DOMICILIÁRIO	E3		X	36	13
4	DOMICILIÁRIO	E4		X	35	11
5	DOMICILIÁRIO	E5		X	28	6.5
6	DOMICILIÁRIO	E6		X	34	9
7	DOMICILIÁRIO	E7	X		29	9
8	DOMICILIÁRIO	E8		X	42	17
9	DOMICILIÁRIO	E9		X	56	35
10	DOMICILIÁRIO	E10	X		34	9
TOTAL			2	8		

De facto, constatou-se que todos os participantes possuem uma maturidade cognitiva, não só devido à sua idade cronológica, mas também devido ao tempo de exercício profissional. Durante a transcrição das entrevistas apurou-se os participantes que apresentavam uma maior idade cronológica, assim como de exercício profissional haviam vivenciado inúmeras e variadas experiências, contribuindo com um maior

manancial de informação, extremamente rico em relação à prática profissional.

2.2 – PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

A consciencialização da importância dos cuidados no domicílio, por parte dos enfermeiros, é notória. O discurso dos respondentes aponta-nos para a seguinte categoria: **“Percepção dos enfermeiros sobre os cuidados domiciliários”**. Nesta pretendeu-se conhecer a importância atribuída pelos enfermeiros aos cuidados nos domicílios, tendo emergido seis subcategorias.

Diagrama nº 1 – Percepção dos enfermeiros sobre os cuidados domiciliários.



Receptividade enfermeiro e família

Relativamente à receptividade do enfermeiro e da família, há uma tendência para valorizar os cuidados no domicílio, quer por parte do enfermeiro, quer por parte da família, como podemos constatar na frase proferida:

E1 (...) hoje estão muito mais abertos, a própria família está mais receptiva a isto (...)

Analisando a frase, é notório o sentido amplo e abrangente atribuído aos cuidados no domicílio, na vertente dos vários agentes, aqui visto e considerado não apenas como um acto no domicílio meramente curativo. Naturalmente que apoiamos esta perspectiva, que vai de encontro ao que Stanhope e Lancaster (1999) entendem por cuidados de saúde no domicílio na nossa sociedade, e que não podem ser definidos nem considerados como sinónimo de cuidados em casa.

Visão dos utilizadores sobre os cuidados domiciliários

De certo modo, todos nós possuímos uma noção do que são os cuidados no domicílio, que advém da nossa própria observação e experiências, através do contacto com os vários agentes que envolvem os cuidados. De acordo com Quaresma (1998), citado por Martins num painel sobre “Idosos do Século XX”, o apoio domiciliário é uma intervenção social que urge ser conhecida (...), sendo que, do ponto de vista de um entrevistado, e como podemos verificar no extracto que se segue, os utilizadores dos cuidados possuem um conhecimento sobre estes cuidados.

E2 (...) a nível do conhecimento (...) (...) estão mais elucidados, fazem mais perguntas (...).

Os cuidados domiciliários, na óptica deste respondente, são reconhecidos pelos utilizadores dos cuidados, ou seja, estes reconhecem os cuidados e questionam sobre os mesmos. Pela nossa experiência profissional, verificamos que, aquando da realização dos cuidados, se assiste a uma preocupação por parte de alguns utentes, em saber o porquê daquele tratamento e quais as alternativas ao mesmo. Pensamos que as respostas que damos, não só em termos de tratamento mas essencialmente ao ajudar a lidar ou a ultrapassar algumas dificuldades, contribuíram para a valorização dos cuidados no domicílio e bem assim da própria enfermagem.

O idoso no seu ambiente familiar

Ninguém tem dúvidas que o melhor ambiente para o idoso coabitar, será junto dos seus familiares. Relativamente à assistência domiciliária e de acordo com Moraes (2001), (...) pretende-se prestar no domicílio a mesma assistência ao utente impossibilitado da que se prestaria no Centro de Saúde (...) com a vantagem de aproximar o profissional do meio em que o utente se insere (...).

Ora, um dos entrevistados deu ênfase ao ambiente, demonstrando no seu discurso a importância do idoso permanecer no domicílio.

E3 (...) está no seu ambiente (...) (...), com a sua família, e todo o seu processo saúde/doença se desenrola no domicílio (...)

Parece-nos, portanto, que a intervenção dos enfermeiros junto das pessoas idosas no seu ambiente é vantajoso, desde logo porque envolve a família, tornando-se benéfico tanto para quem é cuidado como para quem cuida.

O enfermeiro um recurso nos cuidados

Os enfermeiros continuam a ser os profissionais de saúde que têm uma maior proximidade com os idosos no seu habitat, sendo na maior parte das vezes o único meio de levar os cuidados junto deles, no seu domicílio. Pode observar-se este facto através do discurso de quatro dos respondentes.

E3 (...) somos o único meio de levar os cuidados até eles, o mais próximo, no seu ambiente junto da sua família (...)

E4 (...) não sendo a nossa presença às vezes até muitos deles, estão sozinhos (...)

E5 (...) aqui as pessoas são seguidas quase sempre só pelos enfermeiros, as pessoas ficaram sem médico de família, quando muito alguns tem (...)

E7 (...) se não fossemos nós lá, não havia prestação destes mesmos cuidados (...)

Esta aproximação do enfermeiro com os utilizadores dos cuidados, deve-se, em nosso entender, à necessidade de cuidados, assim como à sensibilidade por parte destes

profissionais em relação à situação e dificuldades da pessoa.

Centralidade dos cuidados no tratamento

Não é de **estrANHAR** que alguns dos enfermeiros apontem a centralidade dos cuidados no tratamento, ou seja a cura, pois de acordo com Collière (1999) uma das áreas dos cuidados é a reparação-cure, ligada à necessidade de reparar o que constitui obstáculo à vida. Ressalta-nos das narrativas a ideia que, embora, os enfermeiros apontem, a centralidade dos cuidados no tratamento, incluem também a vigilância de saúde, pela avaliação da glicemia e da tensão arterial.

Assim, torna-se claro no relato de dois respondentes a ênfase dada ao tratamento.

E5 (...) não abrange tudo o que seria necessário (...) (...) centram-se mais na parte do tratamento (...)

E6 (...) estão virados para os cuidados secundários, em que a gente trata só as feridas, fazemos algum controlo de diabetes e hipertensão (...)

Importância dos cuidados domiciliários

No entender de alguns respondentes, os cuidados domiciliários são de extrema importância para satisfação das necessidades daqueles que, por algum motivo, não podem deslocar-se ao Centro de Saúde. Stanhope e Lancaster dizem, a propósito, que os cuidados de saúde domiciliários são a componente de um continuado cuidado de saúde (...) (...), são prestados aos indivíduos e famílias nos seus locais de residência com a finalidade de promover, manter ou recuperar a saúde, ou de maximizar os níveis de interdependência (...).

Os respondentes, referem-se aos cuidados domiciliários da seguinte forma:

E2 (...) penso que são primordiais (...)

E4 (...) julgo eu que são essenciais para os idosos (...)

E5 (...) penso que são extremamente úteis a quem beneficie deles (...)

E7 (...) são importantes para dar respostas às necessidades dos idosos (...)

E8 (...) é muito importante, quer para os utentes (...) (...) quer para a família (...)

2.3 – VISÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS

Existem muitas opiniões em relação à evolução dos cuidados. Dos dados analisados emergiu a seguinte categoria: **Visão dos enfermeiros sobre a evolução dos cuidados**, e várias subcategorias. Julgamos que as subcategorias aqui explanadas conseguem transmitir uma ideia aproximada da evolução dos cuidados. Foram identificadas nove subcategorias, tal como pode ver-se no diagrama que se segue:

Diagrama nº 2 – Visão dos enfermeiros sobre a evolução dos cuidados.



Recursos materiais

No que tange aos recursos materiais, é mencionado por quatro respondentes que, embora não constituíssem problema, existe actualmente um leque mais diversificado de material à disposição dos enfermeiros, permitindo obter melhores resultados em termos de tratamento, para além do método de trabalho:

E1 (...) não há grandes diferenças, nós tínhamos talvez mais falta daquele material específico inadines (...)

E8 (...) temos talvez mais diversidade em termos de tratamentos (...)

E9 (...) se calhar nós temos outros métodos de trabalhar (...) (...) há produtos melhores do que havia, sinto mais resultados nas feridas e nos tratamentos (...)

E10 (...) há mais meios, não só materiais (...)

Recursos humanos

Na verdade, apesar das dificuldades, hoje alguns enfermeiros reconhecem uma maior disponibilidade para a prestação de cuidados, bem como a garantia da sua efectiva continuidade. Pensamos ser imperioso tomar consciência acerca da complexidade e especificidades inerentes aos cuidados de enfermagem, sendo inevitável a necessidade de adequadas medidas à especificidade da pessoa (em particular do idoso), determinando respostas que vão de encontro às necessidades destes, tendo em conta os recursos existentes. Corroboramos da opinião de Costa (1998:56) quando afirma “O *objectivo dos cuidados de saúde, já não é o prolongamento da esperança de vida, mas o prolongamento da vida. Sem incapacidades*”

Os respondentes reconhecem que existem hoje mais enfermeiros, como se verifica dos extractos que se seguem:

E1 (...) 16,17 anos para cá não vejo grande evolução, mas para trás disso sim (...) (...) havia um enfermeiro que ia quase pela ilha toda fazer os domicílios (...)

E9 (...) agora temos é mais pessoas e temos mais enfermeiros (...)

E10 (...) Hoje em dia há a possibilidade dos profissionais recorrerem ao domicílio (...) (...) há mais técnicos de saúde (...)

Mudanças nos cuidados de saúde primários em visitação domiciliária

Com o decorrer dos anos, as transformações que ocorreram nas sociedades industrializadas e o gradual envelhecimento das populações proporcionaram as condições para que, socialmente, se comesçasse a ter em conta a velhice como situação problemática a necessitar de apoio social, Fernandes, (1997:10).

No cenário actual, assistem-se a algumas mudanças, em nosso entender “fruto” das modificações operadas na sociedade, tais como o aumento do número de idosos, o aumento das necessidades de saúde, alterações na própria estrutura familiar e também em função dos cuidados de saúde que tendem a ser transferidos do meio hospitalar para a comunidade e, por conseguinte, para o domicílio.

Na opinião dos respondentes, os cuidados em contexto domiciliário apresentam melhorias significativas a vários níveis, como por exemplo o surgimento de redes de apoio, novos medicamentos, cuidados de saúde, havendo, em contrapartida, um respondente que refere que estes não mudaram muito:

E1 (...) este serviço já trabalhava bem naquela altura. Já individualizávamos (...) acho que em relação à uns 20/30 anos que sim ..., faz um diferença grande (...)

E2 (...) eu penso que está melhor, eu sinto que nestes 19 anos tem havido uma melhoria a todos os níveis (...)

E4 (...) hoje tenta-se colmatar algumas necessidades que, há uns anos atrás não se conseguia, existe redes de apoio que antigamente também não existiam (...).

E8 (...) penso que não mudou muito (...) (...) íamos já ver uma tensão, íamos fazer tratamentos (...)

E9 (...) a ciência mudou, os medicamentos também não são muito caros, as pessoas investem na medicação, têm mais cuidados de saúde (...)

Continuidade dos cuidados no domicílio

Como já foi referido no enquadramento teórico, verifica-se por parte dos Governos, preocupação em criar políticas de cuidados às pessoas idosas, em articulação com o serviço de saúde e serviço social. Sendo que os objectivos da Rede de Cuidados Continuados de Saúde e Apoio social “*Passam pela criação de um inovador gradiente de cuidados que vai desde a alta do hospital até ao domicílio do cliente, garantindo a*

continuidade do seu tratamento, recuperação funcional e reinserção em unidades de internamento alternativas ao hospital, e em casa, através da criação de equipas de cuidados domiciliários nos centros de saúde, em articulação com as equipas de segurança social."

Nos discursos de dois respondentes verifica-se a consciencialização que os cuidados tendem a ser realizados no domicílio:

E3 (...) a tendência é para cuidar do idoso mais em meio domiciliário do que propriamente no hospital, vamos ter que virar para uma área que tenha de ser tudo feito domicílio, no próprio ambiente da pessoa (...)

E8 (...) temos muito mais utilidade se podermos ir a casa deles em vez de terem de ser internados (...)

Dificuldades organizacionais

O factor tempo foi referido como um obstáculo aos cuidados, assim como a necessidade de ajuda para mobilizar o utente, e a disponibilidade de transporte. Relativamente à viatura, está condicionada a outra freguesia, pelo que, neste sentido, pensamos que o serviço não está organizado de forma a dar resposta às situações actuais:

E3 (...) já chegamos a pedir ao motorista para nos ajudar a levantar um doente (...) (...) não tínhamos mais ninguém (...)

E8 (...) o tempo e a disponibilidade, lá está o carro e o enfermeiro, não existe para ir fazer visitação domiciliária a tipo preventivo (...)

Abrangência dos cuidados no domicílio

A intervenção do enfermeiro no domicílio engloba, como já se deixou dito por várias vezes, para além do utente, a sua família e pessoas significativas. Face a isso, a enfermeira terá de organizar as suas intervenções de acordo com os elementos que intervêm no cuidado. Neste contexto concordamos com os objectivos gerais traçados por Bordas (1992) em relação à visitação domiciliária:

"Ajudar o indivíduo e a família a alcançar um maior nível de saúde e bem-estar, ou

a controlar e aceitar a sua situação e conseguir maior independência, potenciando ao máximo as suas capacidades de auto-cuidado;

Conhecer o meio familiar, instruir na prevenção das doenças, realizar acções de protecção da saúde e colaborar na recuperação e na reabilitação dos utentes;

Coordenar com os outros níveis de assistência sanitária (nível hospitalar, hospitalização ou domicílio (...))”

Relativamente a esta subcategoria **abrangência dos cuidados no domicílio**, há, em nossa opinião, duas reflexões a fazer. Por um lado, um dos respondentes foca a sua abrangência nos cuidados curativos, poder-se-á dizer no modelo biomédico, ao passo que outro respondente a centra num modelo humanista onde o indivíduo é encarado como um todo:

E3 (...) Não sei se mais tarde vai evoluir para por soros em curso (...)

E9 (...) são mais abrangentes, a gente hoje não vê só a ferida como via antigamente (...)

Relembre-se que, para Berger (1995:14), “a filosofia de intervenção que suporta a assistência de enfermagem é o respeito pelo idoso em toda a unicidade, na totalidade do seu ser”.

Qualidade dos cuidados

Berger (1995:3) adianta que os cuidados de longa duração (...) (...) visam a utilização máxima dos recursos individuais, necessitando de apoio dos profissionais para manter a sua autonomia, o interesse social, a auto estima, a individualidade, a valorização e integridade dos clientes.

Na perspectiva de dois respondentes existem melhorias em relação à qualidade dos cuidados:

E2 (...) a qualidade que eles têm é bastante melhor e cada vez está a melhorar (...)

E10 (...) tratamentos adequados (...)

Suporte informático

A concessão dos registos, como fio condutor na informação, nem sempre foi possível, devido à carência de recursos humanos. Porém, e de acordo com um respondente, os registos das intervenções de enfermagem iniciaram-se mais tarde, primeiro em papel, por processo, e actualmente por computador:

E1 (...) antes havia um enfermeiro (...) não tinha tempo para registar (...) eu uns anos depois já apanhei registos em papel, por processos e agora (...) (...) computador (...)

Colaboração com as escolas de enfermagem em estágio

A colaboração com as escolas de enfermagem em estágio é a última subcategoria deste grupo, com um significado de igual importância. Aqui o respondente refere-se aos alunos como pessoas que já possuem algum conhecimento e que os ajudam:

E3 (...) temos muitos alunos em estágio, que nos ajudam muito (...)

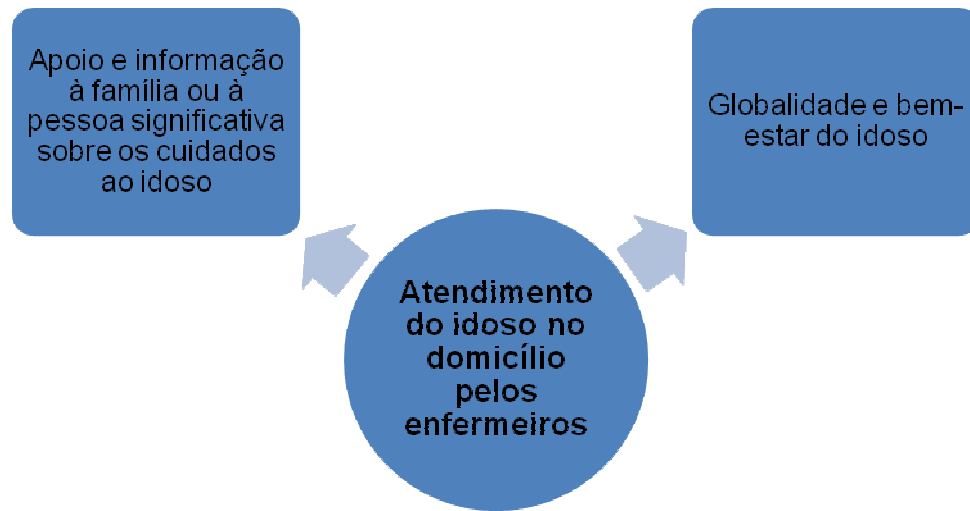
2.4 – ATENDIMENTO DO IDOSO NO DOMICÍLIO PELOS ENFERMEIROS

Cuidar dos idosos no domicílio implica uma polivalência de intervenções, entre as quais deverão ter-se em atenção a globalização da pessoa, da família e da comunidade, devendo o enfermeiro incidir nas necessidades do “doente” idoso e da sua família.

Collière (1989:285) diz que a “*acção de enfermagem situa-se, por um lado, em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, com vista a prevenir, a limitar a doença, por outro, em relação a tudo o que revitaliza alguém que esteja doente*”.

A partir das entrevistas efectuadas às enfermeiras, os elementos analisados conduziram à seguinte categoria: **Atendimento do idoso no domicílio pelos enfermeiros**

Diagrama nº 3 – Atendimento do idoso no domicílio pelos enfermeiros.

**Apoio e informação à família ou à pessoa significativa sobre os cuidados ao idoso**

Verificou-se que, no âmbito do processo de cuidados, em termos de assistência domiciliária, um respondente atribuiu importância à informação/ensino. Somos de parecer que a enfermeira procura ter uma visão global daquilo que é o processo de cuidados, não só em relação ao doente que é o alvo dos cuidados, mas também em relação à família. Isto, através de informação/ensino de alguns cuidados de retaguarda, por assim dizer, que possam contribuir para o bem-estar da pessoa doente Costa (2002:67) perspectiva que “(...) *O processo de cuidados inclui um conjunto de actividades desenvolvidas por múltiplos actores, tendo por base a interacção entre estes e os utentes (idoso, família e comunidade), no sentido da identificação das necessidades vitais dos últimos, a fim de planear e desencadear acções, que possam ser satisfeitas ou compensadas*”

E1 (...) Apoiar, ensinar, vira daqui, vira atrás dali, de criar alternativas na casa das pessoas (...) (...) não têm o mínimo de noção como é que podem dar a volta com um doente em casa (...)

Globalidade e bem-estar do idoso

O cuidar em enfermagem está relacionado com a resposta humana intersubjectiva às condições de saúde-doença e às interacções pessoa-ambiente; um conhecimento do processo de cuidados de enfermagem: um auto conhecimento, um conhecimento do poder pessoal e limitações para negociar, Watson (2002:55).

Conforme já vimos supra, o campo de intervenção de enfermagem focaliza-se no indivíduo de forma holística, daí que os enfermeiros tenham consciência que, para prestarem cuidados de qualidade, devem avaliar a situação, a fim responder às necessidades da pessoa idosa.

E1 (...) o ensinar a dar o banho, o ensinar a virar, a por a almofada, a poder dar um simples copo com uma palhinha que se pode virar a cabeça, levantar a cabeça e isso é muito importante (...)

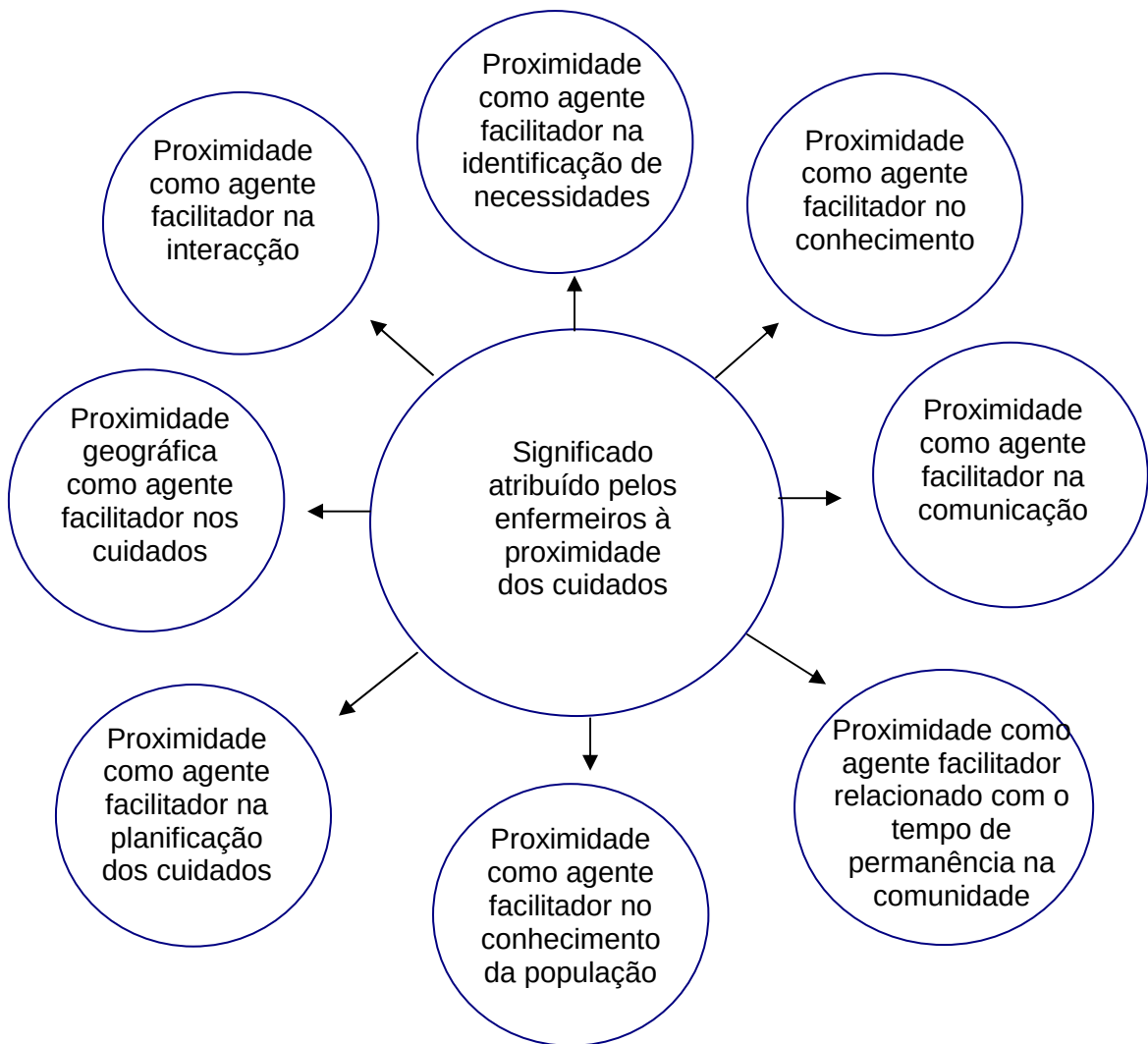
E9 (...) tem que ver o doente no seu todo, e a gente tem que ver que medicação que ele tá a fazer, que orientações médicas é que ele tem (...)

E10 (...) além da sua doença pode ver crescer as outras, nomeadamente a ansiedade e tudo se não houver alguém que recorra ao domicílio (...)

2.5 – SIGNIFICADO ATRIBUÍDO PELOS ENFERMEIROS À PROXIMIDADE DOS CUIDADOS

É notório, após apreciação dos discursos, o significado atribuído pelos enfermeiros à proximidade dos cuidados, emergindo assim a seguinte categoria: **“Significado atribuído pelos enfermeiros à proximidade dos cuidados”** e, por conseguinte, várias subcategorias. Através dos discursos em causa subentende-se, claramente, que a proximidade é um agente facilitador a vários níveis, como podemos constatar:

Diagrama nº 4 – Significado atribuído pelos enfermeiros à proximidade nos cuidados.



Proximidade como agente facilitador na identificação de necessidades

Do discurso dos dez entrevistados, nove deles referem a proximidade como agente facilitador na identificação de necessidades.

Collière (2001:148) explica que qualquer situação de cuidado é, em si, uma situação antropológica (...) (...), sendo que a abordagem antropológica consiste em ficar próximo das pessoas, deixando vir a nós o que fomos capazes de agarrar (...).

No entender dos respondentes a proximidade permite uma visão mais ampla, logo, uma maior aptidão na identificação das necessidades, por vários motivos, conforme resulta dos extractos que se seguem:

E2 (...) vais estar mais desperto para a identificação dos problemas, estás mais sensível (...)

E3 (...) orientamos e aquilo que vemos que precisam de alguma ajuda ou de algum intercâmbio com a equipa multidisciplinar (...)

E4 (...) como já os conheço, detecto às vezes muitas necessidades que, eles próprios às vezes não as conseguem expressar (...)

E5 (...) a gente vê (...) (...) exactamente como é que as coisas são (...)

E6 (...) a gente vai ao encontro deles, vai ao encontro das necessidades, quanto mais próximos nós estivermos, mais fácil é detectar essas necessidades (...)

E7 (...) no seu ambiente tudo se torna mais fácil, ganha-se confiança, relação de ajuda, facilitando a conversa e identificando os problemas (...)

E8 (...) lá estamos a ver (...) (...) o tipo de alimentação qua a pessoa faz, o tipo de luz (...)

E9 (...) a gente quanto mais contacta a pessoa e a família, e essa relação fica mais estreita, os problemas que surgem são mais facilmente resolvidos (...)

E10 (...) o facto de a gente entrar no meio do próprio utente permite que o utente se abra um pouco mais e esteja mais a vontade (...)

Proximidade como agente facilitador no conhecimento

Para Marçal (2006:53) A aproximação ao outro passa por conhecer as suas necessidades, o seu modo de vida, os seus problemas, mas também passa pela promoção das capacidades daquela pessoa.

Na opinião de três dos respondentes a proximidade é um agente facilitador no conhecimento, adiantando nos seus discursos:

E1 (...) vais conhecer a casa, vais conhecer a maneira da família viver e vais conseguir entrar melhor na conversa, na separação das coisas para poderes falar, para poderes orientar (...) (...) quanto mais próximos nós estivermos da família e do doente, muito melhor conhecemos a situação (...)

E5 (...) uma parte dá para ver logo, relativamente aos seus estilos de vida aos seus hábitos, consegue-se observar directamente (...) (...) lá a gente vê, é diferente (...)

E10 (...) a pessoa quando vai a casa do utente, não observa só o utente, mas também as condições em que ele se insere (...)

Daqui se depreende que o espaço onde coabita a pessoa só ou com a sua família permite ao enfermeiro e ao utente, para além da privacidade, conhecer alguns aspectos que complementam a interpretação e a identificação de necessidades.

Proximidade como agente facilitador na comunicação

Também há respondentes a mencionar a proximidade como agente *facilitador* na comunicação:

E3 (...) os familiares todos os dias necessitam de nos perguntar mais alguma coisa, que complementam aquilo que eles estão a fazer, que já colaboram bastante connosco e muitas vezes dizem “ai parece que foi nosso senhor que chegou a esta casa, estava mesmo a precisar que chegasse para me ajudar nisto ou para me tirar esta dúvida, que eu tenho com ele”

E5 (...) a pessoa quando está no seu meio, mais facilmente se sente a vontade e fala daquilo que precisa (...)

Proximidade como agente facilitador relacionado com o tempo de permanência na comunidade

A proximidade prende-se aqui com o facto de os profissionais permanecerem já há algum tempo na comunidade, facultando o relacionamento e a vontade entre os vários agentes.

Brum e Silva (2005) referem que (...) os enfermeiros trabalham na e com a comunidade, preocupando-se, por proteger e promover a saúde das populações (...).

Neste contexto parece-nos, que esta aproximação permite estabelecer um elo de confiança. Esta permanência é visível pelas narrativas:

E1 (...) a família como está habituada a mim (...) (...) porque vou lá muita vez, têm mais abertura, já me conhece (...)

E7 (...) tinham mais facilidade em desabafar comigo e, e pedir coisas, pedir se podia ir lá a casa deles (...) (...) do que às minhas colegas (...)

E9 quando eu entro às vezes com um aluno, ele sente-se constrangido com o

aluno, tá tão habituado comigo que têm vergonha do aluno (...)

Está aqui patente que a presença do enfermeiro já há algum tempo na comunidade é uma forma de estabelecer uma relação de confiança, além de que esta proximidade permite uma maior facilidade na interacção.

Proximidade como agente facilitador no conhecimento da população

Um dos respondentes aponta igualmente a proximidade como agente facilitador no conhecimento da população, ao afirmar:

E4 (...) conheço já muitos idosos, já sei como é que eles são, a maneira de ser das pessoas (...)

Proximidade como agente facilitador na planificação de cuidados

Pacheco (2002:122) diz que é o enfermeiro quem está mais próximo do utente, é geralmente quem o conhece melhor e o compreende como pessoa na sua singularidade. Compreendendo na sua singularidade a pessoa, maior será a facilidade em planear os cuidados.

Um respondente indica a proximidade como agente facilitador na planificação de cuidados pois, além dos cuidados, adapta-se às situações:

E1 (...) a gente consegue ir adaptando às situações. Vai-se orientando a família, uma vez que estamos próximos (...)

Proximidade geográfica como agente facilitador nos cuidados

Pimentel (2001:67) reforça que “...os serviços de proximidade implicam um esforço de articulação e complementaridade entre diferentes serviços e agentes: articulação com os serviços de saúde que asseguram cuidados especializados e que permitem a permanência do idoso na sua casa por um período de tempo mais longo; articulação com os ajudantes naturais (em particular a família) (...).

Neste sentido a proximidade é, sem dúvida, fundamental, não apenas para manter o idoso no seu habitat, mas também para garantir a aproximação e a partilha dos conhecimentos correntes das pessoas dessa mesma área geográfica.

É mencionada por outro respondente a importância da proximidade geográfica entre os profissionais e a comunidade, atribuindo-lhe um papel importante enquanto elemento de ajuda a partir da disponibilidade:

E4 (...) Geograficamente, também acho que é muito importante (...) (...) qualquer coisa, eles sabem que a gente está ali, ou mesmo por telefone (...)

Proximidade como agente facilitador na interacção

Concordamos com Lopes quando refere que vários autores, entre eles Easter, 2000; Mcqueen, 2000; Wuest, 2000; Miller, 2001, consideram que a proximidade se constrói (...).

Duas enfermeiras realçam a especificidade dos cuidados aos idosos no seu domicílio, dando relevo a uma maior facilidade na relação e, conseqüentemente, a uma maior abertura e vontade por parte dos utentes e familiares na colocação de possíveis dúvidas. Neste sentido:

E6 (...) eles vão-se abrir mais, se tivermos, se conhecermos o meio (...)

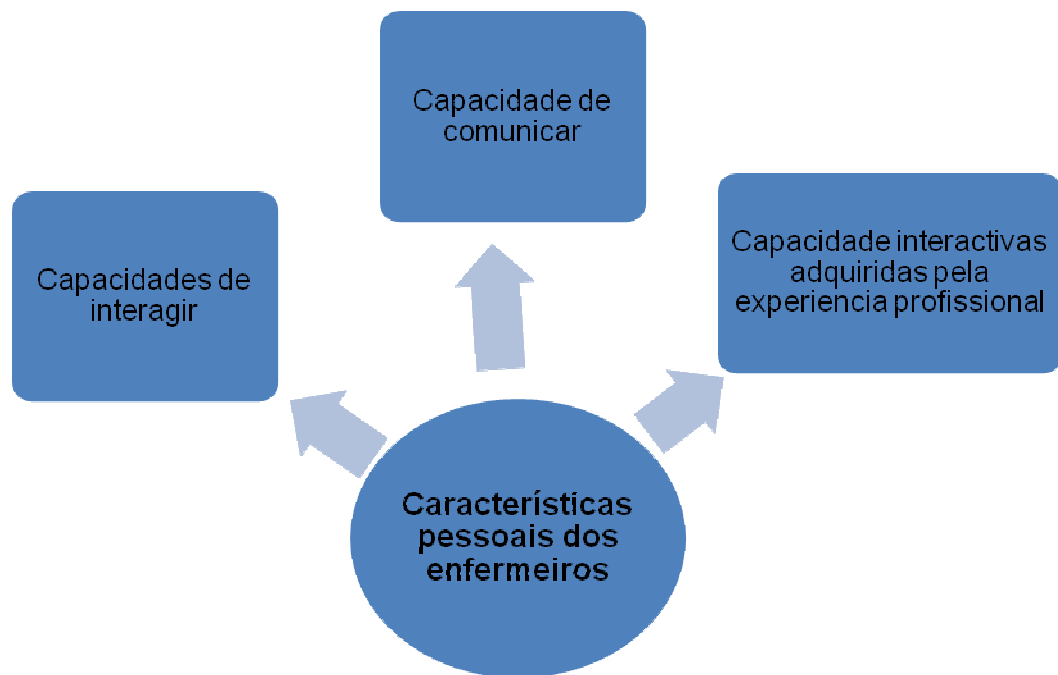
E8 (...) os familiares (...) sentem um proximidade muito maior connosco porque é muito diferente estarmos em nossa casa e pômos dúvidas do que irmos a casa dos outros (...)

2.6 – CARACTERÍSTICAS PESSOAIS DOS ENFERMEIROS

Antes de se intitular esta categoria foi feita uma reflexão cuidada de alguns excertos dos entrevistados, no que respeita a estas características. Todavia, optou-se por nomeá-la **características pessoais dos enfermeiros**, emergindo três subcategorias: Capacidade de interagir, Capacidade de comunicar e Capacidades adquiridas pela experiência profissional.

Considerou-se pertinente mencioná-las uma vez que nos ajudam a perceber a “facilidade” em que os agentes estabelecem a relação, além de considerarmos que estas advêm de um conhecimento relacionado com a própria experiência, facilitando a prestação de cuidados.

Diagrama nº 5 – Características pessoais dos enfermeiros.



Capacidades de interagir

A capacidade de interagir parece ter enquadramento na prática dos cuidados, pois como refere Kéroutac et al, citado por Lopes (2006:22), *os cuidados de enfermagem, são entendidos como um processo interactivo entre uma pessoa que tem necessidade de ajuda e uma outra capaz de lha oferecer. Este último papel é assumido pelo enfermeiro que, como forma de se habilitar para ajudar a outra pessoa, precisa de clarificar os seus próprios valores. Isso permite-lhe usar a sua própria pessoa de modo terapêutico e comprometer-se nos cuidados que presta.*

Está patente no discurso da enfermeira a capacidade de interagir:

E1 (...) eu não sou uma pessoa que tenha muita dificuldade em entrar em casa das pessoas (...)

Capacidade de comunicar

Comunicar é um acto social inerente a todo o ser humano. Em nosso entender, saber comunicar é uma característica pessoal, que nem sempre é patente ou ostensiva. Em enfermagem esta assume crucial importância, pois é um meio que os enfermeiros dispõem para estabelecer uma relação de confiança, tal como o é demonstrar preocupação, compreensão e disponibilidade. De acordo com o referido anteriormente, é essencial a comunicação para que possa estabelecer-se uma relação. No discurso de um respondente está patente esta característica:

E1 (...) tenho muita facilidade em falar, em conversar, individualizar as situações, eu dou a volta e num instante estou do lado deles (...)

Capacidade interactivas adquiridas pela experiencia profissional

As características que acabam de ser referidas são facilitadoras na, e da relação, estando igualmente explícito no discurso dos respondentes que a experiência facilitará a interacção e uma maior abertura, permitindo uma maior mediação nas relações entre o enfermeiro e o utilizador dos cuidados.

Costa (2002:81), neste sentido, refere que “*aprender pela experiência significa o reconhecimento de que o processo de aprendizagem se prolonga na, com, sobre e pela acção*”.

Os dados recolhidos das entrevistas, indicam, como se vê, que factores como a experiência permitem a interacção assim como a interpretação e integração dos conceitos “relação de amizade” e “relação profissional”:

E1 (...) a não ser uma família muito fechada, que não queira dar abertura, mas eu normalmente não tenho problema. Como já ando nisso há muito tempo tenho um feitio muito, sou uma pessoa muito aberta e consigo dar a volta (...)

E2 (...) eu noto em relação a mim, se nos estamos mais no início, ou mais a meio ou mais no fim (...) (...) a experiencia é outra (...)

E4 (...) tento que não seja uma relação de amizade por que acho que isto também compromete a relação profissional (...)

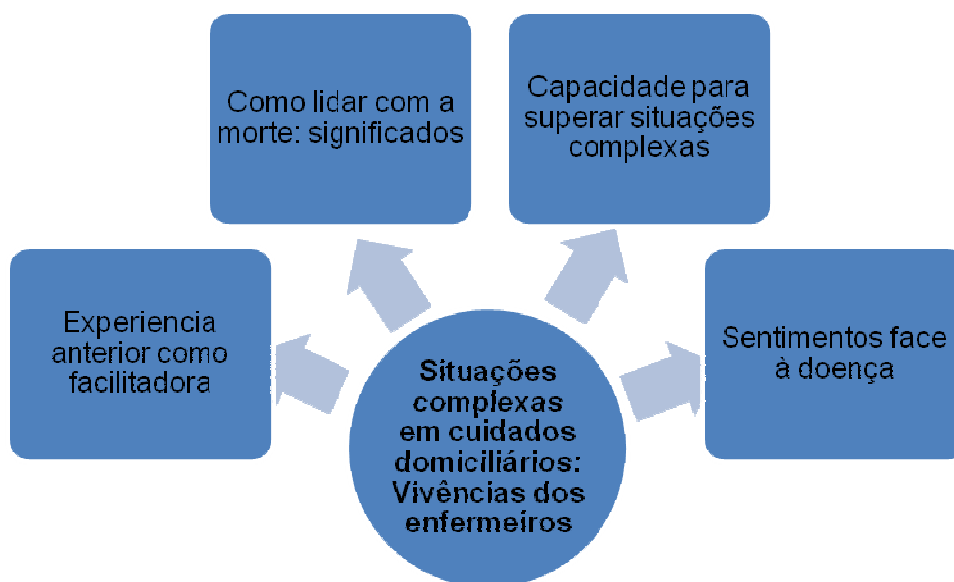
2.7 – SITUAÇÕES COMPLEXAS EM CUIDADOS DOMICILIÁRIOS: VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS

As questões relacionadas com o doente em fase terminal constituíram desde sempre uma preocupação para os enfermeiros e para a enfermagem, ressaltando questões inerentes à incerteza e complexidade de tais situações, que exigem uma ponderação muito cuidada.

Da análise das entrevistas constatou-se que a experiência, relacionada com o tempo de serviço que possuem, é um factor que ajuda a lidar com situações complexas e até de morte, posto que sentem menos dificuldade não só em avaliar a situação, mas também em estabelecer uma relação de ajuda.

Outra das categorias que emergiu dos dados foi **Situações complexas em cuidados domiciliários: Vivências dos enfermeiros**, dividindo-se em quatro subcategorias que podem apreciar-se no diagrama que se segue.

Diagrama nº 6 – Situações complexas em cuidados domiciliários:
Vivências dos enfermeiros.



Experiencia anterior como facilitadora

Pode depreender-se que os enfermeiros, através da sua experiência profissional, desenvolvem muitas formas de lidar com as pessoas, estando, contudo, sempre presente

uma dificuldade: a de lidar com a morte.

A este respeito, Pacheco (2002:64) deixa dito que *“os profissionais de saúde estão muito mais preparados e motivados para enfrentar a doença, tratar a sua causa e tentar evitar a morte do que prestar cuidados aos doentes em fim de vida”*.

Verifica-se que alguns dos participantes no estudo trabalharam em serviços onde “prevalecem” situações complexas de cuidados, enquanto que outros adquirem, com o tempo, mecanismos para superar estas situações:

E1 (...) e não é por ser insensível, mas eu já trabalhei em oncologia, e trabalhei em várias situações complicadas (...) (...) virou mesmo morte na altura do domicílio (...)

E2 (...) tenho a experiência dos cuidados intensivos (...) (...) era das coisas que mais me impressionava, as crianças em fase terminal, naquela altura, posso dizer que se fosse agora tinha outra atitude (...) ou (...) sinto também que consigo enfrentar melhor agora do que há uns anos atrás (...)

E9 (...) eu sei que todos um dia temos de morrer (...)

E10 (...) ao longo do tempo a pessoa fica um pouco frio, não quer dizer frio, mas um pouco mais distante relativamente à pessoa que está, que está em causa (...)

Como lidar com a morte: significados

No fim de vida e quando confrontados com a impossibilidade de cura da doença, o processo de cuidar assenta principalmente no acompanhamento e no conforto, Pacheco (2000) citado por Frias (2003:58).

Os respondentes, por um lado, demonstram ter consciência de que o cuidar nestas situações passa, sem dúvida, pelo dito acompanhamento e conforto, podendo ser transmitido através do toque, do estar próximo, do ouvir, fazendo passar a mensagem de disponibilidade. Por outro lado consideram o cessar do sofrimento o melhor para quem o vivência. Custa, no entanto, a todos, a separação:

E1 (...) consegui apoiar a família, não perder a calma, e acho que foi importante vivenciar esta situação (...)

E2 (...) Está em sofrimento eu tento pensar se calhar, o cessar do sofrimento físico vai ser o melhor para aquela pessoa (...)

E3 (...) tento dar apoio que posso naquele momento, o toque, estar próximo para

ouvi-los e tentar dar conforto, o meu melhor possível (...)

E6 (...) a morte é sempre em si, uma coisa que custa a todos, a separação, morte-separação (...)

E7 (...) limito-me grande parte das vezes (...) a ouvir o que eles dizem, aquilo que está..., sei lá, guardado dentro deles, aquilo que eles têm necessidade de desabafar, as vezes recorro ao toque, que dá um apoio (...)

Capacidade para superar situações complexas

O trabalhar muitos anos e terem algumas experiencias com situações complexas, ajuda os enfermeiros a lida com este tipo de situações, pois como refere Benner (2002:81) os enfermeiros experientes podem recordar-se rapidamente das situações clínicas que modificaram as suas abordagens aos cuidados a proporcionar aos doentes.

Pela nossa experiência profissional e pessoal, e durante a análise dos dados, fomo-nos apercebendo de uma certa facilidade, por parte de alguns respondentes, relativamente a lidar com situações complexas de doentes em fase terminal ou até de morte. Esta, segundo percebemos, advém da experiência e de situações anteriormente já vivenciadas pelos participantes no estudo. As múltiplas situações do quotidiano, permitem, em nosso ver, o desenvolvimento de competências, ao longo do tempo, que levando o enfermeiro a conseguir ajudar as pessoas em situação complexa, e bem assim a utilizar estratégias para melhor cuidar, além de estratégias de protecção pessoal.

E1 (...) a gente sente um desgaste muito grande mas, mas depois têm de dar a volta, portanto eu acho que consigo ultrapassar bem isso (...)

E2 (...) no inicio tinha sentido dificuldade (...) não posse dizer que é uma coisa que eu lido ânimo leve (...)

E3 (...) tento encarar aquilo com muito respeito, que é um ser humano, que faz falta aos seus familiares (...)

E4 (...) tento sempre desligar-me, não desligar-me do utente, mas desligar o botão e, e não levar este tipo de situação para casa (...).

Sentimentos face à doença

Para Ferreira e Ramos (2007:4), os profissionais de saúde sentem-se

“desarmados” em face da angústia dos doentes em fase terminal, com os quais dificilmente estabelecem uma relação de ajuda, sentindo insegurança (...). Fica o medo de investir efectivamente, o medo de sofrer (...).

Através do relato dos participantes, percebe-se que a existência de alguma dificuldade, principalmente quando o doente está em fase terminal, emergindo vários sentimentos por parte destes, sendo que alguns desenvolvem até mecanismos de defesa, de forma a facilitar a relação entre os vários agentes.

E2 (...) é impossível a pessoa não se envolver, não ficar emotivamente envolvida, porque além de sermos enfermeiros somos seres humanos (...)

E4 (...) o facto de ser idoso já é difícil, quanto mais numa situação terminal (...) (...) afecta-me sempre (...)

E3 (...) eu tento nunca muito sensibilizar com a situação, se for um idoso que já esteja no fim da sua vida, eu sei que é um processo normal (...)

E5 (...) temos os utentes que vão ficando escariados e acaba por ser também difícil ver o sofrimento que a pessoa vai vivendo (...)

E6 (...) é difícil, porque a gente começa se calhar a comparar um bocadinho, se fosse meu parente se fosse meu, pessoa conhecida estivesse agora ali (...)

E8 (...) Conhecíamos aquela pessoa antes de começar a ficar doente, e quando entram em fase terminal é sempre (...) desgastante (...)

2.8 – NECESSIDADES DE CUIDADOS NO DOMICÍLIO: OLHAR DOS ENFERMEIROS

Na verdade, as pessoas idosas vivem cada vez mais, embora uma parte significativa deste grupo etário não se encontre nem doente nem dependente de outrem. Contudo, irão provavelmente necessitar de cuidados.

Se é verdade que o idoso, tal como todo o indivíduo saudável, permanecem em equilíbrio com o meio, é igualmente verdadeiro que os dois extremos da vida são caracterizados por serem mais sensíveis ao idoso, que assiste a uma diminuição da capacidade de resistência à agressão, Santos (2002:25). O idoso encontra-se numa fase do desenvolvimento da vida que necessita de cuidados, sendo uma grande parte destes, e por diversos motivos, no domicílio.

Da análise do que foi dito pelos enfermeiros, emergiu a categoria “**Necessidades**

de cuidados no domicílio: olhar dos enfermeiros” e, em função desta, várias subcategorias, tal como são apresentadas no diagrama seguinte.

Diagrama nº 7 – Necessidades de cuidados no domicílio: olhar dos enfermeiros.



As necessidades de educação para a saúde

Os cuidados de longa duração, na profissão de enfermagem, representam uma dimensão importante. Visam a utilização máxima dos recursos individuais, necessitando de apoio dos profissionais para manter a sua autonomia, o interesse social, a auto estima, a individualidade, a valorização e integridade dos clientes, Berger (1995).

Ainda que se verifique que a maioria dos respondentes menciona a necessidade de cuidados centrada nos tratamentos, ou quando surge a prevenção, esta está associada, na maior parte das vezes, à existência de complicações inerentes à patologia,

como se pode confirmar com a transcrição de algumas unidades de registo:

E1 (...) a gente quando chega lá é que vai ensinar os cuidados que precisam, que eles precisam ter (...)

E2 (...) a gente tenta sempre ensinar os posicionamentos, e falar sobre o aporte nutricional, o levantar, o sentar-se, a mudança de posições (...)

E3 (...) a gente tenta sempre ensinar os posicionamentos, e falar sobre o aporte nutricional, o levantar, o sentar-se (...)

E8 (...) os idosos estão acompanhados por famílias e essas famílias precisavam de muita educação para a saúde, quer para tratar do idoso (...)

As necessidades de tratamento

A opinião de alguns enfermeiros denota a ênfase dada aos cuidados relacionados com o tratamento, assim como à cura. Neste sentido, Zurro e Perez (1994:39) comentam que, embora o âmbito da assistência domiciliária se preste a qualquer tipo de doenças, independentemente do grupo etário, as prioridades dirigem-se, contudo, aos grupos da população mais vulneráveis e necessitadas. Estes têm de apresentar uma série de características comuns, como idade avançada, doenças crónicas evolutivas, dependência física ou psíquica ou situações terminais. Tais pressupostos verificam-se, pois, nos seus relatos:

E1 (...) não trabalhamos ao fim de semana com estes doentes, nós deixamos coisas lá e eles normalmente ultrapassam essa situação, fazem os pensos a sua maneira e resolve (...)

E3 (...) os idosos a maioria deles acabam por apresentar úlceras de pressão ou úlceras crónicas e ou mesmo injectáveis ou alguns tratamentos que precisam (...)

E5 (...) as pessoas quando solicitam já é para o tratamento (...)

E6 (...) é mais a nível de tratamento, tratar feridas, ver glicemias (...)

E7 (...) geralmente é um caso de Saúde, ou foram operados, ou é as úlceras, ou é os injectáveis (...)

E8 (...) temos vigilância de tensões, vigilância de glicemia, injectável, tratamentos, pensos (...)

O sentido dos cuidados de enfermagem

A averiguação das entrevistas dos enfermeiros dá nota da existência de um envolvimento/empenhamento por parte destes, em relação aos cuidados. Ou seja, estes profissionais atribuem um significado implícito ao imperativo de adequação dos cuidados às necessidades do idoso e da família, tendo em conta o meio envolvente, de forma a contribuir para o bem-estar da pessoa. Neste sentido Hesbeen (2000:47) aponta que “(...) *as enfermeiras (os) terão sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo em situação mais desesperada*”.

Os entrevistados, nesta sequência, responderam:

E1 (...) é sempre possível a gente fazer qualquer coisa diferente, seja um ensino, uma coisa qualquer que a gente possa melhorar uma pessoa, até nem que fosse uma disponibilidade

E2 (...) eu não posso ver aquela pessoa só com aquela ferida, eu tenho que a ver no contexto integrado numa família, com problemas socio-familiares que podem estar a condicionar aquele problema (...)

E3 (...) o ambiente em que estão inseridos, a alimentação deles, as outras actividades que eles poderiam aproveitar para fazer, para passarem o seu tempo (...)

E4 (...) o idoso precisa de alguém para conversar, nem que seja um bocadinho (...)

E7 (...) tivemos uma pessoa..., que estava numa fase terminal, tinha cancro e já faleceu (...) (...) ela falava, falava, essa senhora falava, tinha uma necessidade de falar, de desabafar perante os outros familiares (...)

E8 (...) havíamos de fazer um trabalho maior na área da prevenção (...)

E9 (...) estou sempre a ver se ele tem a medicação, se ele faz a medicação, se ele comeu quando faz a medicação (...)

Encaminhamento para a equipa multidisciplinar

Identificar os cuidados de enfermagem, e de acordo com Collière, (1999:234), é *“tornar reconhecível a sua natureza, os elementos que participam na sua elaboração: os conhecimentos e instrumentos que utilizam, bem como as crenças e valores em que se fundam. É também identificar o campo de competências da enfermagem, bem como identificar a natureza do seu poder, os seus limites, as suas dimensões social e económica”*.

O encaminhamento para a equipa multidisciplinar surge como forma de dar continuidade aos cuidados já iniciados pela enfermeira. Face à necessidade da intervenção de outro profissional, esta encaminha o idoso. A identificação das competências, assim como o campo da enfermagem, está patente no discurso dos respondentes, conforme se constata dos excertos que se transcrevem:

E1 (...) encaminho, peço a colaboração às vezes dos próprios médicos, nem são médicos de família, mas eu vejo que a situação é tão complicada que eu às vezes ultrapasso tudo e vou bater à porta deles e peço ajuda, quer a nível médico, quer assistente social.

E2 (...) quando não é da minha área de actuação, reconheço que não é, e encaminho para a outra equipa, equipa multidisciplinar (...)

E7 (...) se é algo mais complexo ou direccionado o outro, a outra entidade, outro grupo profissional, tento seguir, digamos os trilhos habituais para se chegar a uma resposta (...)

E8 (...) quando não damos respostas a gente encaminha (...)

E10 (...) o que se faz é suficiente para as necessidades dos idosos, e quando não o é, há a possibilidade de o encaminhar (...)

Envelhecimento da população

A população tem vindo a envelhecer, em consequência de melhorias nas condições de vida e nos cuidados de saúde, de entre outros factores.

Augusto et al (2002) reforça: *“(...) este envelhecimento por si só não é doença, contudo as alterações bio fisiológicas daí decorrentes conduzem a uma maior vulnerabilidade do indivíduo (...) maior probabilidade de adoecer.”* Contudo irão

necessitar de mais apoios, verificando-se, em consequência, um aumento da procura dos serviços de saúde.

Alguns respondentes verbalizam isso mesmo:

E2 (...) as pessoas estão a viver claro, a viver mais, precisam mais também do nosso apoio (...) ou (...) vamos ter cada vez mais idosos a recorrer aos nossos serviços (...)

E3 (...) são freguesias com uma população muito envelhecida e cada vez aparece mais este número de utentes e que temos de dar apoio a eles (...)

E5 (...) as pessoas acabam por viver mais anos, aqui temos muitos utentes com mais de 80 anos e que claro com essa idade têm sempre algum problema de saúde (...)

E7 (...) mais necessidades das pessoas (...) um volume maior de visitas domiciliárias (...)

E9 (...) cada vez mais as pessoas duram mais, mesmo numa caminha, mesmo doentinhos, duram muito mais (...)

E10 (...) há menos jovens e mais pessoas idosas, e isso reflecte-se (...) no número de idosos que recorrem aos nossos serviços (...)

Deficits de auto-cuidado

Ainda relativamente à necessidade de cuidados, três dos dez enfermeiros entrevistados evocaram deficits de auto cuidado, tal como se confirma nas transcrições:

E4 (...) a alimentação do idoso nem sempre é a mais adequada (...) (...) higiene (...)

E5 (...) diabetes que tem deficit nos auto-cuidados, resta saber como avaliar a sua glicemia, doentes hipertensos que tem falhas na sua alimentação (...)

E7 (...) as necessidades que eu vejo é a parte da higiene, as condições habitacionais de alguns, de alguns idosos (...)

O papel dos registos nos cuidados de enfermagem

No domínio dos cuidados, os enfermeiros alegaram o papel dos registos, tanto quanto a sua importância em determinadas situações:

E3 (...) a gente procura fazer o registo de uma coisa importante, fazemos logo

nesse dia (...)

E4 (...) temos sempre o tempo ocupado porque tem registos a fazer e muita coisa a fazer (...)

2.9 – PLANEAMENTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM E RECURSOS EXISTENTES

Na sua maioria os enfermeiros mencionaram que apresentam muitos idosos na sua carteira de cuidados. Sucede, porém, que planeiam os cuidados tendo em conta o número de utentes, as suas necessidades e prioridades. Neste quadro, tudo indica que os enfermeiros planeiam os cuidados, tendo em conta o processo de enfermagem, apesar de, na maior parte das vezes, o fazerem mentalmente e de forma mecanizada, em resultado da sua experiência.

Amendoeira (1999) considera o processo de cuidados como um processo de interacção, onde o centro de interesse é a pessoa e onde o profissional possui conhecimentos específicos que lhes permitam fazer o diagnóstico e planeamento do cuidado, que ele próprio executa.

Emergiram, então, a seguinte categoria da análise das entrevistas: **Planeamento dos cuidados de enfermagem e recursos existentes**, e as seguintes subcategorias: Organização dos cuidados, Recursos e individualidade dos cuidados e Estabelecimento de prioridades.

Diagrama nº 8 – Planeamento dos cuidados de enfermagem e recursos existentes



Organização dos cuidados

Os cuidados não são sempre realizados da mesma forma, e nem sempre são valorizados os mesmos aspectos. Para planificar os cuidados as enfermeiras (os) consideram sempre a situação em si, tendo em conta a gestão do tempo, quantidade de domicílios e os recursos existentes.

Zurro e Perez (1994) referem a existência de graves deficiências, tanto na planificação como na quantidade de recursos destinados à assistência domiciliária.

Alguns enfermeiros evidenciaram algumas dificuldades na planificação e organização dos cuidados. Justificam tais dificuldades com razões de ordem institucional (transporte e tempo disponível), aliadas à existência de muitos idosos. Todavia, há um respondente que não aponta estas dificuldades, o que se explica pelo facto da Freguesia onde exerce funções ser pequena, o que lhe confere disponibilidade para satisfazer as necessidades e exigências dessa população.

Constata-se a preocupação constante dos participantes no estudo com a planificação dos cuidados:

E1 (...) há dias que a gente tem vinte e tal domicílios, e há dias que a gente tem oito domicílios, mas mesmo assim nesta situação (...) eu tenho tempo para fazer o penso, e para ter um bocadinho adequado a cada família (...)

E3 (...) temos muitos idosos, e essa situação faz com que tenhamos pouco tempo disponível, ou seja um utente geralmente leva 40 minutos, 45 minutos, às vezes são 8 a 10 domicílios (...)

E4 (...) têm de ser organizados de acordo com a quantidade de domicílios que temos e claro que o tempo disponível (...)

E5 (...) ocupa quase 50% do tempo que estamos aqui, porque geralmente de manhã, da parte da manhã é reservado aos cuidados domiciliários (...)

E6 (...) não faço só domicílios, eu também faço atendimento ao público, tenho saúde infantil (...)

E7 (...) a gente temos um carro de serviço, e este carro é dividido por duas freguesias (...) (...) a gente temos basicamente 2 horas com esse carro, e com um volume por exemplo de sete, oito, às vezes 10 domicílios (...)

E8 (...) só temos um carro para fazer domicílios durante duas horas da parte da tarde (...)

E9 (...) a semana (...) têm cinco dias de trabalho (...) é jogar naqueles cinco dias, quem é que tem de ser visitado (...)

E10 (...) não é uma freguesia grande, permite-me estar disponível (...) (...) para responder a essas necessidades (...)

Recursos e individualidade dos cuidados

O relato de três enfermeiras é demonstrativo da sua preocupação com a individualidade dos cuidados, tendo em conta os recursos existentes.

Calcula-se que a enfermeira, ao referir-se à individualidade dos cuidados, está a valorizar a vertente humana dos cuidados, centralizada na pessoa com necessidades específicas. Uma das enfermeiras utiliza o termo “facilidade” por referência ao modo como se encontra organizada a distribuição dos recursos:

E1 (...) Tenho sempre o cuidado de individualizar cada situação, portanto se tenho poucos domicílios, tenho mais tempo, estou mais disponível, consigo estar mais tempo (...) tenho sempre o cuidado de individualizar aquela consulta (...)

E2 (...) eu acho que da maneira que está distribuído os enfermeiros pelos postos

de saúde no dia inteiro, eu penso que temos o tempo suficiente para trabalhar com eles se quisermos (...)

E3 (...) falar com o familiar que precisa mais disto ou daquilo, que tenham duvidas, e com alunos em estágio, e com registos (...)

Estabelecimento de prioridades

Os enfermeiros têm consciência da importância de preceder a uma correcta avaliação das situações e do discernimento que se lhes exige, antes de tomarem qualquer decisão. O estabelecimento de prioridades, neste contexto, prende-se, em nosso entender, com a gestão de alguns factores, como o estado clínico do utente, o tipo de cuidados e o seu tratamento. Isto é, uma tal prioridade, assim como a sua gestão, prende-se com as situações mais urgentes que possam, de alguma forma, interferir com o bem estar da pessoa.

O estabelecimento de prioridades é mencionado por dois enfermeiros conforme se apura:

E5 (...) as situações mais urgentes, os tratamentos, vêm em primeiro lugar, depois tentamos passar à prevenção da doença, promoção da saúde (...)

E4 (...) eu nem sempre posso fazer limpeza, desbridamento cirúrgico (...) (...) nem todos os dias posso fazer a mesma coisa (...) ou a gente vai às necessidades que são mesmo urgentes, as outras não temos tempo para isso (...)

2.10 – SITUAÇÕES QUE JUSTIFICAM A PROCURA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO DOMICÍLIO

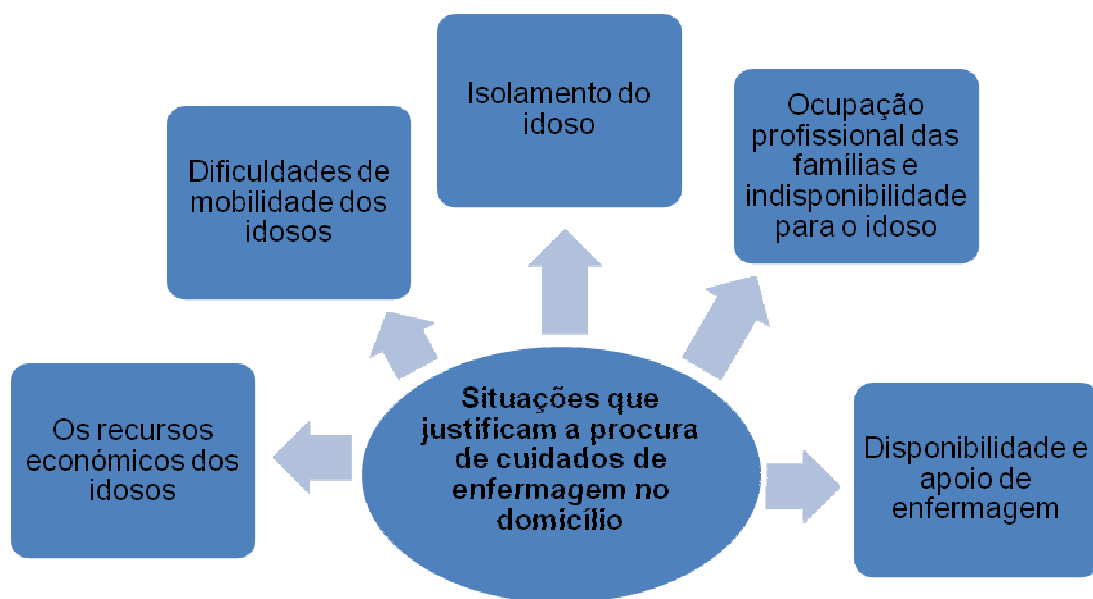
Conforme Gesaworld (2005:236), através dos dados obtidos na análise de altas hospitalares observa-se que a grande maioria da actividade hospitalar está focalizada em cuidados às pessoas idosas com patologias crónicas, ou subsidiárias de apresentar dependência.

Manifestando os idosos necessidades específicas, dada a sua fragilidade e vulnerabilidade, a assistência domiciliária possibilitará a continuidade dos cuidados, antes prestados nos hospitais e centros de saúde, àqueles que, por motivos de ordem diversa,

estejam impossibilitados de comparecer nestas instituições de saúde.

Após a análise das entrevistas, emergiu a seguinte categoria: **Situações que justificam a procura de cuidados de enfermagem no domicílio**, e as subcategorias identificadas no diagrama que se segue:

Diagrama nº 9 – Situações que justificam a procura de cuidados de enfermagem no domicílio.



Os recursos económicos dos idosos

De acordo com os estudos efectuados pelo INE (2002) quanto às condições de vida e indicadores de pobreza, os idosos são dos grupos populacionais mais vulneráveis à pobreza e à exclusão social, não só por serem um grupo socialmente marginalizado, mas também pelo facto da sua maioria usufruir de rendimentos abaixo do limiar de pobreza. Do ponto de vista dos progressos, partilhamos a posição de Barreto (2000) ao referir no caso dos idosos, conhecemos mais regressos e crueldades do que progressos.

Neste sentido, verifica-se que os recursos económicos dos idosos são apontados por dois respondentes como uma das causas da procura dos cuidados de saúde públicos.

E1 (...) o aumento da esperança de vida, depois não há dinheiro para os consultórios privados (...)

E7 (...) têm as suas limitações financeiras (...) (...) precisam da prestação dos cuidados de saúde (...)

Dificuldades de mobilidade dos idosos

O envelhecimento está, efectivamente, associado a alterações de vária ordem, definindo Ermida (1999:43) o envelhecimento “*como um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidentes ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo. Significa que o envelhecimento não é em si uma doença embora possa ser agravada ou acelerada pela doença*”.

Face ao envelhecimento, pode inferir-se que os enfermeiros estão conscientes das limitações dos idosos no que concerne à sua mobilidade e, por via disso, à necessidade de recorrer ao domicílio destes:

E3 (...) eles não se podem deslocar, e torna-se importantíssimo haver cuidados domiciliários (...)

E4 (...) alguns deles não conseguem deslocar-se (...)

E5 (...) quando eles não conseguem vir cá, então vamos a casa (...)

E7 (...) idosos que têm as suas dificuldades motoras (...) (...) precisam da prestação dos cuidados de saúde (...)

E10 (...) a pessoa vê-se impossibilitada de recorrer ao serviço, desta forma os profissionais deslocam-se ao domicílio (...)

Isolamento do idoso

Costa (2002:41) enuncia que “*os grandes problemas que afligem os idosos neste final de século, não se limitam à doença (...) (...) situações como a solidão, o sentido de perda dos contactos familiares e sociais, a carência de recursos económicos ou de suporte social e a perda de autonomia (condicionante da sua incapacidade e dependência) (...).*”

Entre os vários problemas de saúde, a solidão poderá agravar o seu estado geral de saúde. Pela nossa experiência extrai-se que, aquando da visita domiciliária aos

idosos, estes manifestam muitas vezes sentir-se sozinhos, tendo os participantes do presente estudo referido igualmente esta circunstância da solidão e da necessidade de conversar:

E4 (...) os nossos idosos encontram-se muito isolados (...) (...) não sendo a nossa presença às vezes até muitos deles, estão sozinhos (...)

E6 (...) querem um bocadinho de conversa, tá claro que isto também é importante, se eles se sentem sozinhos (...)

E8 (...) são pessoas (...) (...) precisam de conversar (...)

Ocupação profissional das famílias e indisponibilidade para o idoso

Karsch (2003:864) é de opinião que as estruturas familiares estão a sofrer, no mundo inteiro, rápidas modificações provocadas por diferentes motivos: separações, divórcios e novas uniões, instabilidade do mercado de trabalho e movimentos migratórios nacionais e internacionais à procura de oportunidades de trabalho, maior tempo de vida das gerações e um aumento do contingente de viúvas (...) (...) e a participação crescente da mulher no mercado de trabalho.

Como se depreende, várias transformações ocorreram no seio da família, entre as quais a participação da mulher no mundo do trabalho. Também alguns respondentes apontaram este facto:

E1 (...) as famílias não têm tempo, a maior parte deles trabalham (...)

E4 (...) os filhos já trabalham, a maior parte deles (...)

E6 (...) as pessoas têm de trabalhar (...)

Disponibilidade e apoio de enfermagem

Em qualquer situação de cuidados, a disponibilidade está sempre presente, sendo uma constante, portanto, e podendo manifestar-se através da proximidade dos enfermeiros. Pacheco (2000) deixou expresso que “*é o profissional da equipa de saúde que está mais próximo (...).*”

A disponibilidade é igualmente referida – implícita ou explicitamente – por três

intervenientes:

E2 (...) reconhecem que têm necessidade daqueles serviços e sabem que eles estão ali para responder às suas necessidades (...)

E4 (...) eles têm a noção que pelo menos da parte da enfermagem eles têm apoio (...)

E7 (...) talvez a tal proximidade (...) (...) sentem-se com alguma facilidade em vir falar connosco e pedem-nos alguma opinião de alguma situação, ou de saúde, ou às vezes sem ser de saúde e a gente vai lá (...)

2.11 – DIFICULDADES IDENTIFICADAS PELOS ENFERMEIROS NA VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA

Prestar cuidados, no segmento de Luders e Storani (2000), citado por Figueiredo (2207:101), *“trata-se de uma actividade complexa, com dimensões psicológicas, éticas, sociais, e demográficas, que também comporta os aspectos clínicos, técnicos e comunitários”*.

No que respeita às dificuldades identificadas pelos enfermeiros na visitação domiciliária, esta foi expressa nos relatos dos enfermeiros, fazendo emergir várias subcategorias.

Diagrama nº 10 – Dificuldades identificadas pelos enfermeiros na visitação domiciliária.



Sentimento de impotência

A categoria Sentimento de impotência e a formulação do seu título tiveram origem na circunstância de ter sido implícita ou indirectamente identificada uma série de dificuldades inerentes ao estar só, aos idosos que vivem só e à família em aceitar o idoso. Andrade (2007) diz que cuidar da pessoa em fim de vida, assim como da sua família, expõe sistematicamente o enfermeiro a uma dura realidade para a qual se deve preparar, objectivando quer os seus alvos de cuidados, quer a sua estabilidade como pessoa.

Nas descrições dos enfermeiros entrevistados surgiram algumas dificuldades no domínio pessoal:

E3 (...) as dificuldades muitas vezes é se vou sozinha para poder virá-lo na, na, portanto na cama

E4 (...) se são idosos que vivem sozinhos, se necessitam de outro apoio que não o de enfermagem (...)

E9 (...) o que é difícil é a família aceitar aquele doente, e não ficar presa (...).

Dificuldades em gerir os recursos familiares

Dos discursos associados a esta subcategoria resulta que os respondentes indicam um dos problemas dos cuidados prestados como sendo relacionado com o facto de ter por objecto pessoas idosas, o que dificulta, inclusive, a ajuda ao prestador formal.

Figueiredo (2007:121) revela que *“nos mais velhos, é muito provável que comecem a surgir situações associadas às modificações inerentes ao processo de senescência, nomeadamente a diminuição da força muscular”*.

É possível comprovar o que se deixou dito mediante os relatos proferidos:

E3 (...) a pessoa que cuida dele, a esposa já é idosa e também tem dificuldade em fazer esforços (...)

E5 (...) as dificuldades que a famílias têm para prestar os cuidados devidos ao utente (...)

E8 (...) são pessoas que normalmente já estão a entrar também na terceira idade, e que se vêm às vezes com uma pessoa que não se movimenta e que não têm já estrutura óssea para fazer aqueles posicionamentos (...)

E9 (...) as famílias não estavam preparadas para ter o doente em casa (...)

Condicionalismos do meio

Zurro e Perez (1994) refere-se a (...) *“assistência no domicílio como alternativa mais eficaz e eficiente de assistência, do que a hospitalar em determinadas situações. Isto, embora haja graves deficiências tanto na planificação, como na quantidade de recursos destinados à assistência domiciliária”*.

Segundo parece, poder-se-á aqui incluir o habitat do utente como um condicionalismo à prestação dos cuidados, na medida em que os profissionais não

dispõem dos mesmos recursos técnicos e materiais como nas instituições, conforme destacam dois respondentes:

E7 (...) como estamos no meio deles a gente estamos reduzidos àquilo que ele nós..., têm no seu meio (...)

E10 (...) há uma falha na questão material, que nem sempre há acessibilidade como existe num posto ou numa instituição (...)

Condicionalismos económicos dos idosos

Costa e Silva (2000), citado por Imaginário (...) elucida que *“muitos idosos em função dos seus próprios percursos de vida e de condição económica deficitária não dispõem de autonomia suficiente.”*

Os condicionalismos económicos podem desencadear problemas, tais como as condições habitacionais e necessidades de saúde, como atestam as transcrições dos discursos dos respondentes:

E2 (...) falta de condições sócio económicas, situações de falta de condições físicas na casa, condicionem o bem-estar (...)

E6 (...) eles têm muitas necessidades económicas, e as necessidades económicas muitas vezes tornam-se em necessidades de saúde (...)

Interferência na comunicação

Outra das dificuldades apontadas por um dos respondentes prende-se com a interferência na comunicação. Como é bem sabido, a acuidade auditiva diminuída é frequente nesta fase da vida. Já Birren Cugningham (1985), *apud* Fontaine (2000:23) adiantou que *“(...) a idade biológica está ligada ao envelhecimento humano. Cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida, e a capacidade de auto-regulação torna-se também menos eficaz (...)”*.

Neste sentido é compreensível a dificuldade enunciada por uma das participantes:

E5 (...) o utente nem sempre consegue ouvir ou assimilar o que se diz e não há cuidadores presentes (...)

Disponibilidade de tempo

Quanto à disponibilidade de tempo, dois dos cuidadores formais referem que esta é uma das dificuldades efectivas encontradas na visitação domiciliária:

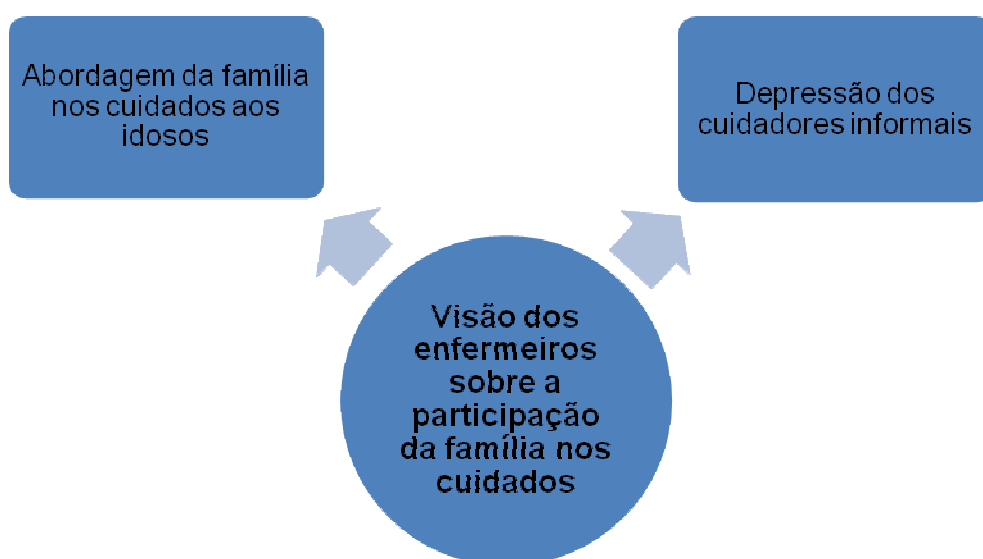
E 6 (...) a maior dificuldade é a falta de tempo (...)

E7 (...) nível da prestação também não temos muito tempo (...)

2.12 – VISÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS

Dos discursos dos enfermeiros emerge a seguinte categoria: **Visão dos enfermeiros sobre a participação da família nos cuidados**, e como subcategorias: Abordagem da família nos cuidados aos idosos e Depressão dos cuidadores informais.

Diagrama nº 11 – Visão enfermeiros sobre a participação da família nos cuidados.



Abordagem da família nos cuidados aos idosos

Pacheco (2002:139) vem dizer que o enfermeiro se encontra-se numa posição que lhe permite apoiar o doente, família e amigos mais próximos (...), (...) ajudando-os no que diz respeito à forma de comunicar e estar com o doente. Perspectivando o processo de cuidados, atrevo-me a dizer que este deve ter em conta a avaliação e reavaliação das necessidades dos utentes e família.

Alguns dos participantes evidenciaram a presença de algumas falhas por parte dos cuidadores informais, conforme pode identificar-se nas seguintes transcrições:

E5 (...) os cuidados prestados aos acamados pela família, também são uma áreas às vezes com falhas que é necessário mais acompanhamento (...)

E7 (...) não têm filhos, mas não têm também grande apoio do resto da família, vivem em condições precárias (...)

E9 (...) que abordagem que a família está a fazer no auxílio àquele paciente, na mudança de posição, na hidratação, na alimentação (...).

Depressão dos cuidadores informais

Figueiredo (2007:122) refere que vários estudos (Anthony-Bergstone, Zarit e Gtz, 1998; Kinney e Stephens, 1989; Schulz e Williamson, 1991) revelaram a presença de sentimentos depressivos (tristeza, desespero, frustração, inquietação) em familiares cuidadores (...). Sentimentos de ansiedade e preocupação pela sua saúde e do familiar, pelos conflitos familiares associados, pela falta de tempo (...).

Conforme se verificou, um dos participantes no estudo mencionou a depressão nos cuidadores informais:

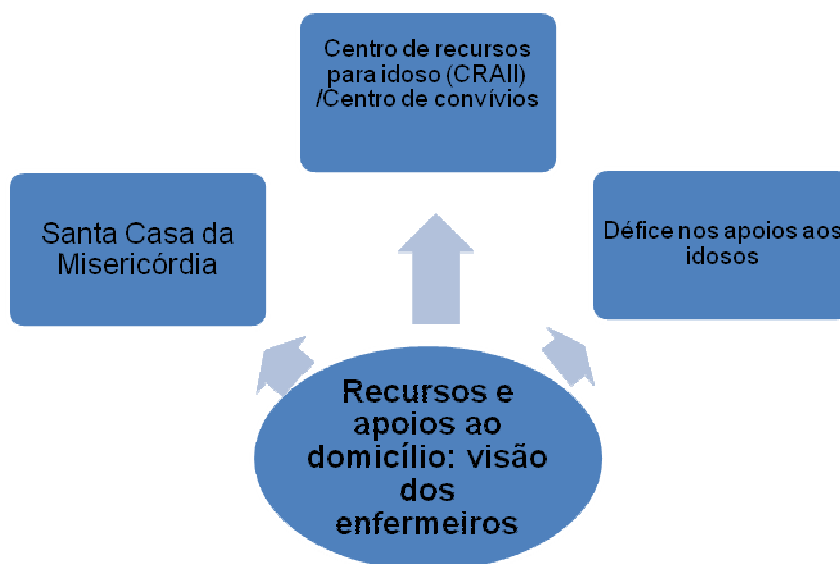
E8 (...) as pessoas ficam em depressão após e durante o tratamento (...)

2.13 – RECURSOS E APOIOS AO DOMICÍLIO: VISÃO DOS ENFERMEIROS

Ninguém põe em causa que os idosos e sua família necessitam de ajuda nos cuidados e de informações. Nesta perspectiva, começam a surgir alguns apoios por parte do sistema formal.

Os respondentes revelaram a existência de alguns recursos e apoios ao domicílio, emergindo assim a categoria **Recursos e apoios ao domicílio: visão dos enfermeiros**, e três subcategorias: Santa Casa da Misericórdia, Centro de recursos para idoso (CRAII) /Centro de convívios e Défice nos apoios aos idosos.

Diagrama nº 12 – Recursos e apoios ao domicílio: Visão dos enfermeiros.

**Santa Casa da Misericórdia**

Relativamente aos apoios formais, os cuidados são realizados por instituições “Santa Casa da Misericórdia” que realizam determinadas tarefas, para além dos cuidados de higiene. Os cuidadores informais ou até mesmo os idosos que vivem sós, têm o apoio, na alimentação, higiene da casa e nos cuidados de higiene pessoal:

E4 (...) dá algum apoio, nos cuidados de higiene, na alimentação, no lavar a roupa (...)

E8 (...) fazem a higiene e é que fazem a distribuição das refeições (...)

E9 (...) as moças vão lavar os doentes (...)

Centro de recursos para idoso (CRAII) /Centro de convívios

Relativamente aos recursos existentes, na opinião de dois participantes começam já a aparecer apoios com o surgimento Centro de recursos para idosos (CRAII)/ Centro de convívios:

E4 (...) algumas coisas melhoraram, por exemplo, estas redes que se criaram de apoio aos idoso

E6 (...) já começa haver centros de idosos, onde eles passam algum tempo (...)

Défi ce nos apoios aos idosos

Não é incomum que as redes de apoio informal existentes nem sempre colmatam as necessidades existentes. Wolfsen, citado por Paul (1997:116), chama a atenção: *“para muitos idosos, as redes de apoio informal são incapazes de preencher as necessidades existentes, por um lado, devido à sua inadequação (rede), por outro, as suas necessidades ultrapassam a capacidade de apoio proveniente desse sistema”*. Para o mesmo autor, os serviços de apoio domiciliário formal são a possibilidade que têm para se manter na comunidade.

No discurso de um respondente, este imagina-se na situação do outro, depreendendo-se que a assistência ao idoso pode tornar-se difícil devido ao trabalho e à inexistência de locais onde este possa permanecer durante o dia, como se apura do seguinte:

E6 (...) se a minha mãe fosse idosa (...) (...) teria de deixar de trabalhar (...) (...) podia existir instituições, como se fosse tipo uma criança que a gente deixa na creche (...).

2.14 – ESTEREÓTIPOS DOS PROFISSIONAIS EM CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

Nem sempre aquilo que o profissional de enfermagem considera ser o mais correcto é o idealizado pelos idosos. As transformações ocorridas na sociedade, a necessidade de valorização pessoal, profissional e também a valorização da juventude, terão contribuído para o despoletar ou acentuar de estereótipos. Segundo Viegas e

Gomes (2007:30) “A emergência de estereótipos negativos – o idoso como “inútil”, “ineficiente”, “senil” –, não deve ser, toda via, interpretada como a causa unívoca do declínio (...)”.

Neste circunstancialismo, a sociedade, e mesmo os profissionais de saúde em determinados contextos, não consideram prioritário determinadas necessidades expressas ou não pelos idosos.

Assim, e após reflexão ajuizada de trechos das entrevistas, considerou-se pertinente a elaboração da categoria **Estereótipos dos profissionais em cuidados domiciliários**, emergindo as subcategorias descritas no diagrama adiante:

Diagrama nº 13 – Estereótipos dos profissionais em cuidados domiciliários.



Falsas representações sobre os cuidados de saúde

Na perspectiva de alguns enfermeiros, uma parte significativa dos idosos que recorrem aos serviços de saúde não apresentam efectivas necessidades de saúde.

Somos de opinião que sempre que “alguém” procura os serviços fá-lo por necessidade, embora nem sempre esta seja uma necessidade física. Fá-lo, nesses casos, e neste contexto (de acordo com a interpretação das entrevistas), com um sentido: o de estar com alguém.

A especificidade dos cuidados aos idosos reside, em grande medida, na subjectividade e na capacidade de identificar esses mesmos cuidados.

Em contrapartida o estudo realizado Ebersole (1985), citado por Berger (1995:67), identificara alguns mitos e estereótipos no que concerne à velhice, sendo um deles que *“a maior parte dos idosos está doente e tem necessidades de ajuda para as suas necessidades quotidianas”*.

Está aqui patente uma diferença, já que, enquanto o citado autor verbaliza como mito ou estereotipo a dependência, alguns respondentes do nosso estudo referem que uma parte dos idosos não apresentam necessidades de saúde:

E3 (...) nem sempre recorrem por necessidades de saúde, mas sim por necessidades de convívio e ocupação do tempo em sala de espera, em conversa com os outros utentes (...)

E6 (...) alguns até nem sequer vão bem, propriamente pela saúde (...)

A incompreensão das decisões dos idosos

No discurso de um participante torna-se visível o estereótipo “teimoso”, “convicções e ideias” difíceis de mudar, e que nem sempre acarretam as nossas informações. Vai então de encontro ao estudo realizado por Ebersole (1985), e citado por Berger (1995:67): *“os idosos mantém obstinadamente os seus hábitos de vida, são conservadores e incapazes de mudar”*.

É possível averiguar a presença destes estereótipos através do seu discurso:

E7 (...) são teimosos na, na quiseram ajuda da Santa Casa para a alimentação, na quiseram ajuda da ..., Assistente Social para fazer alterações de ..., habitacionais (...) as suas convicções, as suas ideias, são, às vezes difíceis de mudar, nem sempre acarretam as nossas, as nossas informações, as nossas (...)

A incompreensão das decisões da família

Paul (1997) diz que (...) os prestadores de cuidados sentem que não tem escolha, quanto à aceitação de cuidar ou não cuidar, uma vez que o desempenho deste papel raramente corresponde a uma intervenção voluntária e espontânea, estando quase sempre relacionada com uma obrigação incontornável.

Cuidar de uma pessoa idosa pode ser desgastante, pois de acordo com um respondente a família não está preparada para ter o doente no seu domicílio:

E9 (...) a família pensa que se sair com o doente em casa fica feio (...) (...) as famílias não estavam preparadas para ter doentes em casa tantos anos (...)

Incompreensão dos utilizadores mais velhos

Ebersole (1985), *apud* Berger (1995:67), sustenta que “A maioria dos idosos é senil ou doente. A senilidade, termo pejorativo, sem ligação específica ao envelhecimento, descreve os sintomas de uma doença degenerativa do sistema nervoso (...)”.

Nos discursos associados a esta subcategoria, observa-se que dois respondentes justificam que a não realização de cuidados no domínio da prevenção tem ligação, por um lado, à existência de muitos doentes acamados – de modo que os cuidados se prendem com a execução de técnicas – e, por outro lado à desvalorização da prevenção nesta faixa etária:

E3 (...) havia uma série de coisas que se podia fazer em termos de prevenção, precisava era não ter acamados cheios de feridas que ocupam o nosso tempo (...)

E4 (...) agora já não é a altura certa, de fazer a prevenção (...) (...) se calhar, é uma coisa que tem de partir desde muito cedo, desde que começamos a desenvolver (...)

A dimensão tempo na perspectiva dos enfermeiros

O factor tempo é novamente indicado, por dois respondentes, como um obstáculo aos cuidados:

E4 (...) perde-se muito, muito tempo com papéis, então andamos quase sempre em..., numa correria, além dos domicílios (...)

E6 (...) a gente muitas vezes olha para o relógio e pá já estou atrasada (...)

CAPÍTULO III – CONCLUSÕES E SUGESTOES

Iniciamos a conclusão após rever os objectivos do estudo, as questões de investigação traçadas como linhas orientadoras, e bem assim o enquadramento teórico e a análise de dados.

A temática dos cuidados de proximidade ganhará novos contornos, numa sociedade inegavelmente em constante mudança, onde o desenvolvimento da ciência e da tecnologia contribuirão, ainda em maior medida, para o aumento da esperança de vida. Como a consequências inevitável será o aumento do número de idosos portadores de doenças crónicas, por vezes incapacitantes, esta terá, como não pode deixar de ser, reflexos na necessidade de cuidados no domicílio.

Relativamente à análise de dados e em jeito de síntese final destacam-se as seguintes conclusões.

O processo de cuidados no domicílio resulta das necessidades das pessoas, sendo uma actividade já valorizada pelos enfermeiros, como demonstram os testemunhos colhidos. Com efeito, estes profissionais referem haver uma maior receptividade e abertura em relação a este tipo concreto de cuidados, quer da sua parte, quer por parte da família, além de que se assiste a um maior conhecimento, por parte dos utilizadores, permitindo a permanência do idoso no seu lar, junto da família. Conforme salientam alguns, tratam-se de factores primordiais, embora continuem a colocar a tónica no tratamento.

Naturalmente o processo de cuidados aos utentes no domicílio, em função das características de vida e da própria conjuntura actual, tem percussão directa na evolução dos cuidados. É evidente o sentido atribuído pelos enfermeiros à evolução dos cuidados, tendo-se retirado as seguintes ilações:

- Os cuidados no domicílio apresentam melhorias com o surgimento de novos medicamentos e com mais cuidados de saúde, ainda que um respondente tenha opinado que estes não sofreram alterações significativas. Verifica-se igualmente a consciencialização de que os cuidados tendem a ser transferidos do meio hospitalar para o domicílio.
- Atendendo às dificuldades organizacionais, o factor tempo e os recursos disponíveis condicionam por vezes os cuidados.

- Constata-se uma tendência para valorizar o indivíduo de forma holística, assim como uma melhoria da qualidade dos cuidados.

Consideram a informação/ensino um aspecto importante na prestação de cuidados, não apenas ao próprio utente, alvo dos cuidados, mas ainda a sua família - persistam ainda algumas dificuldades

Sublinhamos, que a proximidade ganha uma importância considerável no âmbito dos cuidados de enfermagem, não só porque envolve uma dupla proximidade física e afectiva. Suscita, contudo, diversas questões tidas como de difícil resolução, no que respeita, precisamente aos limites da relação estabelecida. Tal coloca-se, como é bom de ver, relativamente ao enfermeiro, enquanto o “operador” ou profissional que se encontra mais próximo do utente e que, precisamente por essa razão, melhor o conhece e compreende, Pacheco (2002:122). Com efeito, essa sua posição ou ligação ao idoso/família e comunidade facilita a identificação de necessidades, bem como o conhecimento do meio e da população, além de proporcionar a interacção e planificação dos cuidados.

É manifesto que as características pessoais estão intimamente ligadas ao próprio indivíduo, sucedendo, no entanto, que a experiência e os próprios acontecimentos da vida pessoal e profissional de cada um podem contribuir, e contribuem mesmo para a “aquisição” de algumas características.

Estes factores são, por seu turno, influenciados ou até, em certas circunstâncias, despoletados pelas características pessoais deste profissional de saúde, tais como as capacidade de interagir e de comunicar, além das adquiridas pela sua experiência profissional, que são, inequivocamente, facilitadoras da imprescindível interacção.

Sucedem que, de entre a vasta panóplia de situações com que se depara diariamente o enfermeiro, nesta sua específica área de actividade ou intervenção, existe uma que se encontra sempre presente e, em muitas ocasiões, mesmo eminente: lidar com a morte, o acompanhamento e conforto são essenciais.

Relativamente à prática de cuidados de enfermagem ao idoso no seu domicílio, os enfermeiros identificaram várias necessidades de cuidados por parte dos idosos, denotando-se que, na opinião de alguns, estas têm como ponto fulcral os cuidados de natureza técnica (tratamento), sendo que quando surge a prevenção esta está associada

à existência de complicações inerentes à patologia.

De entre estas necessidades verifica-se a preocupação de alguns relativamente à adequação dos cuidados às necessidades da pessoa, o que passa pelo seu encaminhamento para a equipa multidisciplinar sempre que vão além da sua área de intervenção e competência. Relativamente ao envelhecimento, embora não seja doença implica que, devido à vulnerabilidade que acarreta, irão necessitar de apoios e dos serviços de saúde.

O enfermeiro constata ser determinante ter em conta a individualidade dos cuidados e a necessidade de avaliação de cada situação, com vista ao estabelecimento de prioridades, entre os vários utentes a cuidar pelo enfermeiro. Embora os enfermeiros mencionaram que apresentam muitos idosos na sua carteira de cuidados, não os impede de planear os cuidados, tendo em conta o número de domicílios, a gestão do tempo e os recursos disponíveis.

Na perspectiva dos enfermeiros a prestação de cuidados no domicílio e a sua procura estão intimamente relacionados com os recursos económicos dos idosos, dificuldades de mobilidade e isolamento dos mesmos, ao que acresce a ocupação profissional das famílias e até a disponibilidade por parte da enfermagem.

Os enfermeiros manifestaram certas dificuldades na realização da visita domiciliária relativamente ao estar só na prestação de cuidados, ao gerir os recursos familiares – sobretudo quando é um idoso que cuida de outro idoso – assim como relativamente aos condicionalismos do meio e recursos económicos do idoso e às interferências na comunicação devido à acuidade auditiva.

Por outro lado, os enfermeiros constataam algumas falhas relativamente à prestação de cuidados pelos cuidadores informais, verifica-se, na opinião de dois respondentes algumas falhas, sendo que alguns não têm, sequer, grande apoio por parte da família. Por conseguinte, torna-se necessário o acompanhamento dos enfermeiros.

Consideram a existência de alguns recursos e apoios na comunidade. Os idosos dependentes recebiam apoios que provinham da Santa Casa da Misericórdia. Constatou-se que tais apoios são, por vezes, escassos.

No que tange aos recursos existentes, começam a emergir Centros de Recursos

para Idosos e Centros de convívios.

Apesar de tudo, resistem ainda alguns estereótipos dos profissionais em relação aos cuidados domiciliários. Segundo alguns enfermeiros, uma parte dos idosos recorre ao serviço sem apresentar necessidades concretas de saúde, e são “teimosos”, surgindo por parte destes algumas incompreensões em relação às decisões da família e dos utilizadores mais velhos. Como é evidente, estes têm de ser evitados, assim como determinados juízos de valor e preconceitos relativos a pessoa idosa e sua família.

A ponderação, circunscrita às conclusões do presente estudo, da realidade transmitida pelos enfermeiros, conduz à apresentação algumas sugestões que visam tão-somente contribuir para uma reflexão sobre as práticas dos cuidados, a formação e investigação em enfermagem.

Frequentemente os Enfermeiros não conseguem responder eficazmente às necessidades identificadas. Impõe-se que as respostas existentes sejam repensadas, designadamente a nível da organização e planificação dos cuidados, de forma a envolver directamente, e ouvir, os seus intervenientes.

Foram registadas algumas dificuldades que condicionam os cuidados e que, assim, se transformam pontos a ter em consideração, e em sugestões. Desde logo, o tempo e o transporte foram mencionados pelos enfermeiros como um condicionalismo aos cuidados, pelo que terá sentido que a instituição equacione a situação, com vista a melhorar os cuidados de quem cuida e de quem é cuidado, e bem assim a evitar que esses se foquem, quase exclusivamente, no tratamento. Deverá assistir-se, ainda, a uma maior participação da equipa multidisciplinar na comunidade, a um maior envolvimento das redes de apoio, evitando-se certos juízos de valor e estereótipos em relação à pessoa idosa e sua família.

Os processos de formação dos enfermeiros, para além do tradicional percurso escolar, poderiam ocorrer ainda, segundo consideramos, através da partilha das experiências e acontecimentos de vida pessoal e profissional, na medida em que esta troca pode constituir um meio privilegiado de formação.

A formação em contexto de trabalho constitui, em nosso ver, um momento único e insubstituível de solidificação ou consolidação de conhecimentos e aquisição de saberes, permitindo o confronto com a realidade dos nossos idosos, quer sejam doentes ou não,

com a sua família e seus pares.

A realização deste trabalho, mais do que conclusões, levanta algumas questões sobre os cuidados de proximidade que, conforme oportunamente se deixou dito, constitui um assunto e, mais, uma área ainda pouco investigada. E, no entanto, trata-se de um campo de actuação, bem como de uma temática que, enquanto tal, merece, e necessita de investigação e tratamento científico, nomeadamente na perspectiva dos utilizadores dos cuidados.

Revestiria ainda interesse o estudar dos cuidados de proximidade em contexto de Cuidados Diferenciados, estabelecendo eventuais possíveis comparações com o contexto dos Cuidados de Saúde Primários.

Este “trabalho de bastidor”, preparando o “trabalho de campo” dos Enfermeiros, nesta área, urge que seja feito, em resposta à sociedade e em cumprimento de exigências que são, também constitucionais e políticas.

Cabe, efectivamente ao Estado, em termos de garantias dos cidadãos, nomeadamente de *Direitos e Deveres Sociais*, organizar e assegurar um sistema de segurança social que “*protege os cidadãos na doença, velhice...*”²¹, assim como, em termos de *Saúde*, assegurar que “*Todos têm direito à protecção da saúde, e o dever de a defender e promover*”²², com tudo o que tal implica, e está expressamente prescrito na lei fundamental do país. Não esquecer ainda a existência de uma norma específica sobre a *Terceira Idade*, consagrada na nossa Constituição, designadamente no seu art. 72º, que determina que “*1. As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social*”, além de que está devidamente estabelecido que “*2. A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural...*”.

²¹ Art. 63º, nº3 da Constituição da República Portuguesa.

²² Art. 64º, nº1 da Constituição da República Portuguesa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ❖ AGREDA, J. – Passado, presente e futuro da enfermagem gerontológica. In *O Idoso : problemas e realidades*. Coimbra: Formasau, 1999. ISBN 972-8485-70-7. p. 23-39.

- ❖ ALARCÃO, M. – *(Des) Equilíbrios familiares*. 3ª ed. Coimbra: Quarteto Ed., 2006. ISBN 989-558-067-3.

- ❖ ALMEIDA, M. – Cuidar o idoso: relações da Prática de enfermagem. In *O Idoso: problemas e realidades*. Coimbra: Formasau, 1999. ISBN 972-8485-70-7. p. 63-92.

- ❖ AMENDOEIRA, J. - *A Formação em enfermagem. Que conhecimentos? Que contextos?* Lisboa: [s.n.], 1999. Dissertação de Mestrado em Sociologia. apresentada à Faculdade de Ciências Humanas. Universidade Nova de Lisboa.

- ❖ ANDRADE, L. – *O Enfermeiro e a pessoa em fim de vida*. [on-line] 2007. [citado em 2009/01/17]. Disponível em: <http://ordemenfermeiros.pt/index.php?page=72&pag=2>

- ❖ APÓSTOLO, J.; GAMEIRO, M. – Referencias onto-epistemológicas e metodologias da investigação em enfermagem: uma análise crítica. *Referencia*. Coimbra. N.º1 (2005), p. 29-38.

- ❖ AUGUSTO, B., [et al.] – *Cuidados continuados: família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros no cuidar*. Coimbra: Formasau, 2002. ISBN 972-8485-29-8.

- ❖ BARDIN, L. – *Análise de conteúdo*. 5ª ed. Lisboa: Ed. 70, 2008. ISBN 978-972- 44-1506-2.

- ❖ BARRETO, A. – *Novos retratos do meu país, 1999-2003*. Lisboa: Relógio D`Água Ed., 2003.

- ❖ BARRETO, A. – *Uma Década – retrato da semana, 1991-1999*. Lisboa: Relógio D´Água Ed., 1999.

- ❖ BASTOS, M. – *Da Intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiros*. Lisboa: Rei dos livros, 1998. ISBN: 972-51-0768.

- ❖ BENJUMEA, C. – Contribución de la investigación a la práctica clínica de los cuidados de enfermería: la perspectiva de la investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*. Barcelona. Vol. 8: n.º 4 (1998) 160-170.
- ❖ BENNER, P. – *De iniciado a perito*. 2ª ed. Coimbra: Quarteto, 2005. ISBN: 989-558-052-5.
- ❖ BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. – *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta, 1995. ISBN: 972-95399-8-7.
- ❖ BORDAS, R. [et al.] – Intervención domiciliaria. *Revista Rol de Enfermería*. Barcelona. Nº 163 (1992), p. 25-38.
- ❖ BRUM, A; SILVA, T - *Enfermeiros próximos da população*. [on-line] 2005. [citado em 2007/12/15]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=72&pag=4>
- ❖ CABRITA, M. – O Envelhecimento e os cuidados continuados. *Servir*. Lisboa. ISSN 0871/2370. Vol.52: nº 1 (2003), p. 11-18.
- ❖ CANÁRIO, R. – *Educação de adultos: um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa, 1999. ISBN: 972-8036-21-3.
- ❖ CARRILHO, M.; GONÇALVES, C. - *Dinâmicas territoriais do envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos Censos 91 e 2001*. [on-line] Portugal. 2004. [citado em 2007/12/25]. *Revista de Estudos Demográficos*. 36. 175-191. Disponível em: <http://www.advita.pt/download.php?9f48570b4ace0350276de156556aa6a2>
- ❖ COLLIÈRE, M. – *Promover a vida*. 2ª ed. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. ISBN: 972-757-109-3.
- ❖ COLLIÈRE, M. – *Cuidar... a primeira arte da vida*. 2ª ed. Loures: Lusiciência, 2001. ISBN: 972-8383-53-3.
- ❖ COSTA, M. – *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século Ed., 1998. ISBN 972-754-125-9.

- ❖ COSTA, M.– Questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros. In *O Idoso: problemas e realidades*. Coimbra: Formasau, 1999. ISBN 972-8485-70-7. p .7-22.

- ❖ COSTA, M. – *Cuidar idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau, 2002. ISBN 972-8485-24-7.

- ❖ COSTA, M.– Investigação em enfermagem: da lógica dos cuidados aos cuidados com lógica. *Servir*. Lisboa. ISSN 0871/2370. Vol. 43: nº6 (2005), p. 284-287.

- ❖ CUNHA, L. – O Idoso e a interface Hospital/Comunidade. *Geriatrics*. Lisboa. ISSN: 0871-5386. Nº. 114 (1999), p. 24-29.

- ❖ DECRETO-LEI nº 101/2006. DR I Série – A. 109 (06/06/2006) 3856-3865

- ❖ DECRETO-LEI nº 281/2003. DR I Série – B. 259 (08/11/2003) 7492-7499.

- ❖ ERMIDA, J. – Processo de envelhecimento. In *O Idoso: problemas e realidades*. Coimbra: Formasau, 1999. ISBN 972-8485-70-7. p. 43-50.

- ❖ FERNANDES, A. – *Velhice e sociedade: políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora, 1997. ISBN-8027-83-4.

- ❖ FERNANDES, A. – *Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida*. [on-line] Lisboa. 2001 [citado em 2008/03/12]. Disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0873-65292001000200003&script=sci_arttext

- ❖ FERREIRA, A.; RAMOS, S. – *Sentido interno de coerência e bem-estar psicológico nos enfermeiros prestadores de cuidados a doentes hemato-oncológicos*. [on-line] 2007. [citado em 15/01/2009]. Disponível em: www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0365.pdf

- ❖ FIGUEREDO, D – *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi, 2007. ISBN 978-972-796-1.

- ❖ FONSECA, A. – Aspectos psicológicos da passagem à reforma. In C. Paul ; A. Fonseca, edit. - *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi, 2005. ISBN 972-796-185-1. p.43-73.

- ❖ FONTAINE, R. – *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi, 2000. ISBN-972-8449-65-8.

- ❖ FORTIN, M. – *O Processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999. ISBN-972-8383-10-X.

- ❖ FRIAS, C. – *A Aprendizagem do cuidar e a morte: um desígnio do enfermeiro em formação*. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-50-9.

- ❖ GARCIA, E. – Visita domiciliárias: tratar ou cuidar. *Servir*. Lisboa. Vol 45: n.º 1 (1997), p. 27-28.

- ❖ GESAWORLD Sociedade Anónima – *Relatório final da fase I de diagnóstico da situação actual*. [on-line]. Setembro 2005 [citado em 1/09/2007] em: http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/125979C2-5F77-45EC-8AD0-83698D31F07B/0/Diagnostico_Rede_Cuidados_Cont_Integrados_Saude.pdf.

- ❖ GOMES, I. – O Doente idoso como parceiro no processo de cuidados de enfermagem. *Enfermagem*. Lisboa. ISSN 0871-0775. Nº 35/36 (2004), p. 23-31.

- ❖ *Grande dicionário da língua portuguesa, 1991*. Lisboa: Alfa, 1991. p. 264. Vol. V.

- ❖ HAMILON, I. – *A Psicologia do envelhecimento: uma introdução*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. ISBN-85-7307-969-X.

- ❖ HESBEEN, W. – *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8.

- ❖ HESBEEN, W. – *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-20-7.

- ❖ HONORÉ, B. - *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-58-4.

- ❖ IMAGINÁRIO, C. – *Idoso dependente: em contexto familiar*. Coimbra: Farmasau, 2004. ISBN-972-8485-38-7.

- ❖ JESUS, E. – *Cuidados de proximidade*. [on-line]. 2005 [citado em 2008/01/10]. Disponível em: http://www.srsdocs.com/parcerias/revista_imprensa/jornal_madeira/2005/jm_2005_04_10_03.htm

- ❖ KARSCH, U. – *Idosos dependentes: famílias e cuidadores*. [on-line] 2003. [citado em 2009/02/8]. Cadernos de Saúde Pública. 19:3 861-866. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15890.pdf>

- ❖ LAGE, I. – Cuidados familiares a idosos. In C. Paul; A. M. Fonseca, edit. – *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi, 2005. ISBN 972-796-185-1. p. 203-229.

- ❖ LOPES, M. - *A Relação enfermeiro-doente: como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 972-8485-6-X.

- ❖ MACHADO, P. – *O Lugar dos idosos em Portugal e no Mundo*. [on-line] Portugal. 2003 [citado em 2008-07-27]. Disponível em: http://www.janusonline.pt/2003/2003_1_4_4.html.

- ❖ MARÇAL, T. – Proximidade é a palavra chave do encontro. *Revista Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. ISSN 1646-2629. nº 21 (2006), p. 53-54

- ❖ MARTINS, R. *O Idoso na sociedade contemporânea*. [on-line]. Lisboa [citado em 2008/01/17]. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/10.pdf>

- ❖ MONIZ, J. – *A Enfermagem e a pessoa Idosa: a prática de cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-49-5.

- ❖ MORAIS, A. – *Cuidar do idoso no domicílio: a realidade da prática dos cuidados de enfermagem*. Porto: [s.n.], 2001. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.

- ❖ MOURA, C. – *Século XXI: século do envelhecimento*. Loures: Lusociência, 2006. ISBN-972-8930-34-8.

- ❖ NETTO, M. – *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 1996. ISBN 972-796-185-1.

- ❖ PACHECO, S. – *Cuidar da pessoa em fase terminal: perspectiva ética*. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-30-4.

- ❖ PAUL, M. – *Lá para o fim da vida: idoso, família e meio ambiente*. Coimbra, Livraria Almedina, 1997. ISBN 972-40-1000-7.

- ❖ PAUL, C. – A Construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paul ; A. Fonseca, edit. - *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi, 2005. ISBN 972-796-185-1.

- ❖ PAUL, C. [et al.] – Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paul; A. Fonseca, edit. - *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi, 2005. ISBN 972-796-185-1.

- ❖ PAUL, M.; FONSECA, A. – *Envelhecimento em Portugal*. Lisboa: Climepsi, 2005. ISBN 972-796-185-1.

- ❖ PEREIRA, E.; COSTA, A. – *Os Centros de Saúde em Portugal e o cuidado ao idoso no contexto domiciliário: estudo de um Centro de Saúde*. [on-line] Florianópolis. 2007 [citado em 2008/02/12]. ISSN 0104-0707. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=71416305&iCveNum=6827>

- ❖ PIMENTEL, L. – *O Lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Ed., 2001. ISBN 972-8535-66-X.

- ❖ POLIT, D.; HUNGLER, B. – *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1995. ISBN 85-7307-101-X.

- ❖ POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B. – *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artemed, 2004. ISBN 85-7307-984-3.

- ❖ PORTUGAL. Câmara Municipal de Angra do Heroísmo - *Relatório de Gestão 2007*. [on-line]. 2007. [citado em 2008/03/12]. Disponível em: <http://www.cm-ah.pt/docs/2009315115152.pdf>

- ❖ PORTUGAL. Constituição da Republica Portuguesa - *VII Revisão Constitucional*. [on-line] 2005. [citado em 2008/04/22]. Disponível em: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>

- ❖ PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde - *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. [on-line] 2005 [citado em 2008/03/12]. Disponível em: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_334.html

- ❖ PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística – *Actualidades do INE (1999)*. [citado em 2007/11/23]. Disponível em: http://alea.ine.pt/Html/actual/doc/actualidades_16.doc.

- ❖ PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística – *As gerações mais idosas*. [citado em 2007/12/25]. Disponível em: http://www.ine.pt/ine/acess/pub_detalhe.jsp?boui_aux=130413.

- ❖ PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística – *Censos 2001: XIV Recenseamento Geral da População, IV Recenseamento Geral da habitação*. [on-line] 2002 a. [citado em 2006/04/22]. Disponível em: http://paginas.ispgaya.pt/~vmca/Documentos_links/censo2001.pdf

- ❖ PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística – *Dia Internacional do Idoso-2005*. [on-line] 2005. [citado em 2008/01/10]. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=73639&DESTAQUESmodo=2

- ❖ PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística – *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. [on-line] 2002. [citado em 2008/07/15]. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_genero_estudo&menuBOUI=13707294&ESTUDOSest_boui=106499&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1&perfil=1464373

- ❖ PORTUGAL. Ministério da Saúde – *Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários: Carteira de Serviços*. [on-line] 2007. [citado em 2008/02/04]. Disponível em: <http://www.mcsp.min-saude.pt/NR/rdonlyres/EB139DE8-00B1-4B54-A19F-418D98D52DF0/9776/CCInosCSPCarteiradeServiços20070521.pdf>

- ❖ PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros – *Cuidados de proximidade: os enfermeiros como recursos de saúde dos cidadãos* [on-line]. [citado em 2008/08/25]. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeforum/cuidadossaud
eprimerios/7/7.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeforum/cuidadossaud
eprimerios/7/7.pdf)

❖ PORTUGAL. Serviço Regional de Estatísticas dos Açores – *Recenseamentos da População e Habitação*. Angra do Heroísmo: SREA, 2003.

❖ PORTUGAL. -. Serviço Regional de Estatística dos Açores – *Anuário estatístico da Região Autónoma dos Açores*. Angra do Heroísmo: SREA, 2003.

❖ PORTUGAL. Serviço Regional de Estatística dos Açores – *Demografia*. Açores: SREA, 2005.

❖ PORTUGAL: Instituto Nacional de Estatística - *Decréscimo e envelhecimento da população até 2050*. [on-line] 2004. [citado em 2008/01/09] Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?PORTLET_ID=JSP&xpid=INE&PORTLET_UID=%23JSP%3Aine_cont_header_dest%23&y=0&PORTLET_NAME=ine_cont_header_dest&xpgid=ine_e_destques&x=0&DESTAQUEStema=Qualquer&DESTAQUESdata_inicial=31-03-2004&DESTAQUESdata_final=&DESTAQUESfreeText=envelhecimento&x=0&y=0

❖ QUINTELA, M. – Cuidados continuados: uma nova relação social com a saúde da pessoa. *Pré-textos*. Lisboa. ISSN 0874-9698. N.º 9 (2002) p. 4-5.

❖ QUIVY, R; CARPENHOUDT, T. – *Manual de investigação em ciências sociais*. 2ª ed. Lisboa: Gradiva, 1998. ISBN 972-662-275-1.

❖ REBELO, T. - Sobre a noção das práticas. *Pensar em Enfermagem*. Lisboa. Vol. 1: nº 0 (1997), p. 3-4

❖ RESENDE, M – Cuidados domiciliários: uma modalidade de intervenção, *Nursing*. ISSN 0871/2370. Nº 216 (2006), p. 6-10.

❖ RICE, R. – *Práticas de enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicação*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-46-0.

❖ SANTOS, P. – *A Depressão no idoso*. 2ª ed. Coimbra: Quarteto Ed., 2002. ISBN: 972-8535-61-9.

- ❖ SEQUEIRA, C. – *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Ed., 2007. ISBN 978-989-558-092-7.

- ❖ SILVA, J. – *Quando a vida chega ao fim: expectativas do idoso hospitalizado e famílias*. Loures: Lusociência, 2006. ISBN-972-8930-25-9.

- ❖ STREUBERT, H.; CARPENTER, D. – *Investigação qualitativa em enfermagem: avançado o imperativo humanista*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-29-0.

- ❖ VALA, J. – A. Análise de conteúdo. In SILVA, A.; PINTO, J., org. - *Metodologia das ciências sociais*. 7ª ed. Porto: Afrontamento, 1986.

- ❖ VERMELHO, L. [et al.] - Indicadores de saúde. In *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2006.

- ❖ VIEGAS, S; GOMES, C. – *A Identidade na velhice*. Porto: Ambar, 2007. ISBN-978-972-43-1261-3.

- ❖ WALDOW, V. – *Cuidado humano: o resgate necessário*. Rio de Janeiro: Ed. Sagra Luzzalto, 1999. ISBN: 85-241-0570-4.

- ❖ WATSON, J. – *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-33-9.

- ❖ ZURRO, A.; PEREZ, J. – *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. 3ª ed. Barcelona: Mosby, 2006. ISBN 84-8174-027-6.

ANEXOS

ANEXO I
GUIÃO DA ENTREVISTA

GUIÃO DA ENTREVISTA

Entrevista nº:	Hora:	Data:	Local:
----------------	-------	-------	--------

	Objectivos	Conteúdo	Actuação em campo / Questões	Observações
Introdução	➤ Legitimação da entrevista	➤ Apresentação do entrevistador ao entrevistado; ➤ Solicitar para gravar dados; ➤ Fornecer o consentimento informado; ➤ Explicação dos objectivos da entrevista; ➤ Assegurar ao entrevistado o anonimato e a confidencialidade dos dados;	➤ Negociar; ➤ Obter a assinatura do consentimento informado	➤ Colocar o gravador em local pouco visível; ➤ Acrescentar algumas questões que possam ajudar na compreensão da análise de dados: ◆ Que idade tem? ◆ Quantos anos de Trabalho? ◆ Onde trabalhou? ◆ Gosta de trabalhar com idosos?

				♦ Tem experiência com idosos? ♦ Tem familiares idosos? ♦ Convive com idosos?
Narração	➤ Compreender como os Enfermeiros percebem os cuidados domiciliários e a sua importância na proximidade do Enfermeiro com o Utente;	➤ Anotar, sempre que possível, gestos e expressões do entrevistado que possam enriquecer o conteúdo da entrevista.	➤ Como entende hoje os cuidados domiciliários? ➤ Fale-me da sua importância no seu trabalho? ➤ Na tua opinião, perante uma situação de doença ou uma situação que requer cuidados, a proximidade permite colmatar mais	➤ Existe algumas diferenças nos cuidados domiciliários? Quais? ➤ Que tipo de cuidados? ➤ Existem hoje maiores apoios nos cuidados domiciliários? ➤ Considera o suficiente para melhorar a qualidade dos cuidados?

	➤ Analisar as mudanças ocorridas nos cuidados de saúde primários e em visitação domiciliária ➤ Analisar as dificuldades que os cuidados domiciliários lhe têm levantado		facilmente as necessidades? ➤ Achas que esta proximidade dos cuidados com as pessoas facilita a identificação de necessidades e de problemas? ➤ Como analisas as mudanças que tem ocorrido em cuidados de saúde primários e em visitação domiciliária? ➤ Quando vais a casa de um idoso em visitação domiciliária, quais são as dificuldades que te têm surgido?	➤ Terá a ver com o que se fazia? E o que se faz hoje? ➤ Quantas visitas domiciliária dia fazes? ➤ A que tipo de situações? ➤ Faz educação para a saúde?
--	--	--	---	--

	➤ Aprofundar a análise anterior ➤ Identificar as necessidades de saúde da população idosa no contexto da visitação domiciliária		➤ A visitação domiciliária a doentes idosos em fase terminal ou em situação complexa, como é vivida por ti? ➤ Quais as necessidades de saúde que mais tens identificado na visitação domiciliária? ➤ O facto de fazeres visitação domiciliária com frequência e teres idosos na carteira de doentes, como te leva a disponibilizarem-se momentos (cuidados) que respondem às	➤ Considera um desgaste? ➤ Tem dificuldade a lidar com a situação? Porque exige um maior envolvimento? ➤ Será necessidades de tratamento? Ou será necessidades de prevenção? ➤ O tempo disponível é suficiente? ➤ Permite dar respostas às necessidades detectadas?
--	---	--	---	--

	➤ Analisar a relação entre envelhecimento e a procura dos cuidados		necessidades? ➤ Achas que o que se faz é suficiente para as necessidades dos idosos? ➤ Como analisa o grande número de idosos que recorrem aos serviços de saúde? ➤ Como procura dar respostas?	➤ O que lhe parece necessário para colmatar possíveis falhas nos cuidados aos idosos? ➤ O que poderá fazer? ➤ Os idosos recorrem aos serviços por necessidade? ➤ Que apoio dão os enfermeiros? São o suficiente?
Fase final	➤ Terminar a entrevista	➤ Terminar com cordialidade a entrevista		➤ Agradecimento pela participação

ANEXO II

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR AS ENTREVISTAS AOS
ENFERMEIROS DO CENTRO DE SAÚDE DE ANGRA DO HEROÍSMO

Exmº Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Do Centro de Saúde de Angra do Heroísmo

Rui Fernando Amaral Ávila, Enfermeiro Graduado do Quadro de pessoal, do Centro de Saúde de Angra do Heroísmo, mestrando em Ciências de Enfermagem (mestrado em ciências de enfermagem pelo ICBAS – Instituto de Ciências biomédica Abel Salazar do Porto) da primeira turma dos Açores com aulas na Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada, encontrando-se a desenvolver um trabalho de investigação sobre “Cuidados de Proximidade com Idosos: Papel do Enfermeiro” vem por este meio solicitar a V.^a Ex.^a autorização para a realização de entrevistas aos enfermeiros deste Centro de Saúde.

Mais informamos que os dados colhidos se destinam exclusivamente ao estudo em causa e são confidenciais.

Desde já grato pela atenção que nos possa vir a ser dispensada e colocamo-nos à disposição V.^a Ex.^a para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente pede deferimento

Angra do Heroísmo, 29 de Março de 2007

ANEXO III
AUTORIZAÇÃO CEDIDA PARA EFECTUAR AS ENTREVISTAS AOS ENFERMEIROS
DO CENTRO DE SAÚDE DE ANGRA DO HEROÍSMO

CSNH 07-03-25 1431 001931

Exmº Senhor

Presidente do Conselho de Administração

Do Centro de Saúde de Angra do Heroísmo

Acta nº 21

Delegado Administrativo 2007/4/10

Stal

Tomei conhecimento,
dei conhecimento ao C.A.
Rui

Rui Fernando Amaral Ávila, Enfermeiro Graduado do Quadro de pessoal, do Centro de Saúde de Angra do Heroísmo, mestrando em Ciências de Enfermagem (mestrado em ciências de enfermagem pelo ICBAS – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar do Porto) da primeira turma dos Açores com aulas na Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada, encontrando-se a desenvolver um trabalho de investigação sobre “Cuidados de Proximidade com Idosos: Papel do Enfermeiro”, vem por este meio solicitar a V.ª Ex.ª autorização para a realização de entrevistas aos enfermeiros deste Centro de Saúde.

09/04/07

EFÁvila

Mais informamos que os dados colhidos se destinam exclusivamente ao estudo em causa e são confidenciais.

Desde já grato pela atenção que nos possa vir a ser dispensada e colocamo-nos à disposição V.ª Ex.ª para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente pede deferimento

Angra do Heroísmo, 29 de Março de 2007

Rui Fernando Amaral Ávila

ANEXO IV
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Universidade do Porto - Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar
Consentimento Informado

Eu, abaixo-assinado, declaro que aceito participar como informante num trabalho de investigação com o tema “Cuidados de Proximidade com Idosos: Papel do Enfermeiro”. Tendo em conta os seguintes itens, acerca dos quais fui elucidado:

1. O objectivo do estudo é compreender o significado das experiências vivenciadas pelos enfermeiros que prestam cuidados de proximidade aos idosos, em contexto de trabalho;
2. A informação recolhida é para uso exclusivo deste trabalho e será fornecido apenas a pessoas directamente implicadas nele;
3. A informação será dada através de uma entrevista conduzida por um entrevistador e será gravada em áudio;
4. A selecção dos participantes foi por conveniência atendendo aos critérios de elegibilidade previamente estabelecidos;
5. Não são previstos danos físicos ou potenciais efeitos colaterais, podendo eventualmente surgir algum mal-estar emocional devido a sentimentos/memórias dolorosos. Caso tal suceda, a entrevista poderá ser interrompida ou mesmo suspensa. Poder-se-á dialogar sobre o assunto e marcar novo encontro se o entrevistado demonstrar interesse para tal;
6. A sua participação é voluntária, salvaguardando-se o direito à recusa a qualquer momento, sem que daí advenha qualquer prejuízo;
7. A privacidade dos participantes será salvaguarda, pois a sua identidade será do conhecimento exclusivo das pessoas directamente implicadas no trabalho de investigação;
8. Caso surja necessidade de outra informação, dúvidas, reclamação acerca deste trabalho, os participantes deverão contactar o investigador.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do entrevistador _____

Contacto Rui Ávila – Telefone 295216576

ANEXO V
TRANSCRIÇÃO DE UMA ENTREVISTA

Entrevistador: Antes de mais boa tarde queria agradecer a sua disponibilidade por ter aceitado participar no estudo, como sabeis estou a frequentar o Mestrado em Ciências de Enfermagem, no Instituto de Ciência Biomédicas de Abel Salazar, no Porto.

A temática do estudo intitula-se “Cuidados de Proximidade com Idosos e o Papel do Enfermeiro”. Tendo como objectivos:

- ◆ Compreender o significado das experiências vivenciadas pelos enfermeiros que prestam cuidados de proximidade aos idosos, e em contexto de trabalho;
- ◆ Identificar o papel do enfermeiro no processo de cuidados aos idosos;
- ◆ Compreender como se sentem os enfermeiros no processo de cuidados aos idosos na comunidade.

Quero salientar que todos os dados colhidos são confidenciais e manter-se-á o anonimato.

Há quantos anos trabalha?

Respondente: (...)

E: Quantos a nos tem?

R: (...)

E: Onde trabalhou?

R: *“Já trabalhei em vários serviços e por incrível que pareça muito em contacto com o idoso, serviço de (...), em serviço de (...), a ... neste momento to num (...), mas já passei por (...) em que estava em contacto com o idoso, e agora estou no serviço de (...) há acerca de 7, 8 anos, pela segunda vez...”*

E: Gosta de trabalhar com idosos?

R: *“Gosto muito, é a área que me sinto bem, e acho que não, não me consigo ver noutra área, se me pusessem com bebés acho que pegava de cabeça, é a área que gosto, é, é com idoso realmente, porque acho que..., são eles que precisam mais de mim.”*

E: Tem familiares idosos?

R: *“Neste momento tenho familiares, tios próximos, mas tive um, um familiar muito próximo que, que faleceu agora há pouco tempo, e que lidei com ele de perto, e que mexeu um bocado comigo, mas tá ultrapassado.”*

E: Convive com idosos então?

R: *“Sim”*

E: Como entende hoje os cuidados domiciliários?

R: *“Olha! Eu acho que os cuidados domiciliários, hoje estão muito mais abertos, a própria família esta mais receptiva a isso, apesar de que, eu como já passei duas vezes nesse serviço, noto que a nível do nosso serviço em si, não há grande diferença, nos tínhamos talvez mais falta daquele material, de pensos, aquele material específico mais caro inadines, essa coisas assim, mas de qualquer maneira a nível de compressas de ligaduras, não tínhamos falta de nada disso, nós já tínhamos carro, tínhamos uma equipe já para domicílios, tive uma boa integração, acho que não vejo da minha época, que talvez seja 16, 17 anos para cá não vejo grande evolução, mas para trás disso sim, havia grandes problemas, havia um enfermeiro que ia quase pela Ilha toda fazer os domicílios e era só aquele enfermeiro, não havia registos, não havia tempo sequer para registos, fazia-se... ao passo que nós, eu apanhei sempre a época em que havia registos primeiro em papel, agora em computador, portanto é o que quero distinguir é que antes havia um enfermeiro que fazia tudo, que na tinha tempo para registar nada, eu uns anos depois já apanhei registos em papel por processos e agora ainda é uma evolução maior com o computador.”*

E: Fale-me na sua importância no dia-a-dia, desses cuidados domiciliários?

R: *“É quase como eu disse a bocadinho, tenho uma grande importância porque é a área que eu consigo ver a trabalhar, eu gosto muito de trabalhar com idoso, mexer nas feridas, não é mexer no bom sentido, entre ásperas, de apoiar, ensinar, vira daqui, vira atrás dali, de criar alternativas na casa das pessoas, porque as pessoas na tem o mínimo de... como é que eu vou explicar, não têm o mínimo de noção como é que podem dar a volta com um doente em casa, o ensinar a dar um banho, o ensinar a virar, a por a almofada, a poder um simples copo com uma palhinha que se pode virar a cabeça, levantar a cabeça e isso é muito importante e eu, gosto eu, e sinto-me bem porque sempre gostei de trabalhar com pessoas mais velhas.”*

E: Na tua opinião perante uma situação de doença ou uma situação que requer cuidados a proximidade permite colmatar mais facilmente as necessidades?

R: *“Claro que sim, porque quanto mais próximos, nós tivermos da família e do doente, muito melhor conhecemos a situação, para poder dar a volta.”*

Mas considera o suficiente para melhorar a qualidade dos cuidados?

R: *“O tar próximo? É suficiente, eu acho que neste momento que até é suficiente porque a gente consegue ir adaptando às situações. Vai-se orientando a família uma vez que estamos próximos porque vamos lá quase todos os dias, e, e acho que é suficiente para eles.”*

E: Mais facilmente identifica-se problemas?

R: *“Sim, sim.”*

E: Acha que esta proximidade dos cuidados com as pessoas facilita a identificação das necessidades e dos problemas?

R: *"Ah sim, porque vais conhecer a casa, vais conhecer a maneira da família viver e vais conseguir entrar melhor na conversa na separação das coisas para poderes falar, para poderes orientar. E além disso a família como tá habituada a mim, tá muito habituada a mim porque vou lá muita vez, tem mais abertura, já me conhece."*

E: Como analisas as mudanças que têm ocorrido em cuidados de saúde primários na visitação domiciliária?

R: *"Têm ocorrido, pronto mas é a tal coisa que eu não senti grande, grande diferença em termos daquilo que se fazia e daquilo que se faz, das duas vezes que trabalhei neste serviço, porque eu acho que este serviço já trabalhava bem naquela altura. Já individualizávamos, já..., era diferente. Acho que em relação a uns vinte, trinta anos que sim..., faz uma diferença grande. Agora em relação..., nestes anos..., neste últimos anos não assim grande (...)."*

E: Quando vais a casa de um idoso em visitação domiciliária, quais são as dificuldades que têm surgido?

R: *"Olha por incrível que te pareça, eu não sou uma pessoa que tenha muita dificuldade em entrar em casa das pessoas, eu tu..., pronto sabes..., no entanto depois de chegar lá eu tento..., tenho muita facilidade em falar, em conversar, individualizar as situações, eu dou a volta e num instante to do lado deles, e portanto, mas o que querias saber era as dificuldades que eu sinto, não é? Não sinto porque..., a não ser que seja uma família muito fechada que não queira dar abertura, mas eu normalmente não tenho problemas. Como já ando nisso há muito tempo tenho um feitio muito, sou uma pessoa muito aberta e consigo dar a volta."*

E: A visitação domiciliária a doentes idosos em fase terminal ou em situação muito complexa, como é vivida por ti?

R: *"Olha já foi, já foi um problema, mas eu penso que neste momento não é, e não é por ser insensível, mas eu já trabalhei em oncologia, e trabalhei em várias situações complicadas mesmo de, de..., em situações em que a situação virou quase..., virou mesmo morte na altura do domicílio, e consegui apoiar a família, consegui não perder a calma, e acho que foi importante vivenciar essa situação. Neste momento acho que..., não sou insensível como já disse, mas não..., não é problema para mim."*

E: Mas é um desgaste?

R: *"É um desgaste claro que é um desgaste, mas não é aquele problema, porque eu inclusivamente no serviço de medicina lidava muito com essas situações de morte, situações de morte até de rapa... aqui é idoso mas mesmo de pessoas novas e tudo. A*

gente sente um desgaste muito grande mas, mas depois tem que dar a volta. Portanto eu acho que mim, que consigo ultrapassar bem isso.”

E: Quais as necessidades de saúde que mais tens identificado em visitação domiciliária? Ou seja será necessidades de tratamento? Será necessidades de prevenção?

R: “Eu acho que há, há as duas coisas. Há a necessidade de prevenção, porque a gente quando chega lá é que vai ensinar a fazer a prevenção, vai ensinar os cuidados que precisam, que eles precisam ter. Normalmente as pessoas até são receptivas, outras não são. Os tratamentos, as pessoas colaboram, colaboram mesmo que a gente peça, porque como sabes, como não trabalhamos ao fim de semana com estes doentes, nós deixamos coisas lá e eles normalmente ultrapassam essa situação, fazem os planos à sua maneira e resolve.”

E: O facto de fazeres visitação domiciliária com frequência e teres idosos na carteira de doentes, como te leva a disponibilizar esses momentos de cuidados que respondem às necessidades? Ou seja o tempo disponível é suficiente? Permite dar respostas a essas necessidades?

R: “Eu acho que depende do dia, porque há dias que a gente tem vinte e tal domicílios, e há dias que a gente tem oito domicílios, mas mesmo assim nesta situação, eu acho que em cada casa, como já faço domicílios há muito tempo, eu tenho tempo para fazer o plano, e para ter um bocadinho adequado a cada família, de falar um bocadinho ou da família, ou num bolo, ou num doce, ou no trabalho, ou numa coisa..., tenho sempre o trabalho de individualizar cada situação. Portanto se tenho poucos domicílios, tenho mais tempo, tou mais disponível, consigo ter mais tempo, se tenho menos domicílios, tenho sempre o cuidado de individualizar aquela consulta, mesmo que não seja com o doente, porque o doente pode ter de repouso, mas com a família.”

E: Achas que o que se faz é suficiente para as necessidades dos idosos?

R: “Eu acho que pode-se sempre fazer mais, mas nós temos a noção que já fazemos bastante, eu por mim tenho essa noção que..., mas há sempre..., é sempre possível melhorar a nossa vida, é sempre possível a gente fazer qualquer coisa diferente, Seja um ensino, uma coisa qualquer que a gente possa melhorar uma pessoa, até nem que fosse uma disponibilidade, uma família que está preocupada com qualquer coisa e que não pode, e que não se quer..., nem que me tivesse que me disponibilizar um bocadinho. Há sempre qualquer coisa que a gente pode fazer e que desconhece às vezes o que é que pode fazer.”

E: Como analisa o grande número de idosos que recorrem aos serviços de saúde?

R: “O aumento da esperança de vida, cada vez há aumento da esperança de vida, depois

não há dinheiro para os consultórios privados, e as famílias não têm tempo, a maior parte deles para dar apoio aos idosos porque trabalham, porque toda a gente trabalha, e eles coitados o que é que têm? A quem é que recorrem? Ao Centro de Saúde.”

E: Como procura dar respostas?

R: “Eu? Como procuro dar respostas? Dentro do possível, sempre que possa, apoio, ajuda, encaminho, peço colaboração às vezes os próprios médicos, nem são médicos de família, mas eu vejo que a situação é tão complicada que eu às vezes ultrapasso tudo e vou bater á porta deles e peço ajuda, quer a nível de médico, quer Assistente Social.”

Terminamos, estou grato por ter participado nesta entrevista, queria agradecer novamente, e dizer se tem alguma dúvida relativamente ao questionário, ou relativamente aos objectivos, que possa explanar e explicar.

Eu penso que não, se fui confusa ainda tá a tempo de perguntar mais qualquer coisa.

Não, não. Muitíssimo obrigado pela sua disponibilidade e foi um grande contributo de certeza para este estudo.

ANEXO VI
MATRIZ DE CODIFICAÇÃO GLOBAL

Matriz global de codificação de dados.

CATEGORIAS	CÓDIGO	SUBCATEGORIAS	CÓDIGO
1 - Percepção dos enfermeiros sobre os cuidados domiciliários	PECD	1.1-Receptividade enfermeiro e família	PECDR
		1.2- Visão dos utilizadores sobre os cuidados domiciliários	PECDV
		1.3- O idoso no seu ambiente familiar	PECDI
		1.4- O enfermeiro um recurso nos cuidados	PCEDE
		1.5- Centralidade dos cuidados no tratamento	PECDC
		1.6 -Importância dos cuidados domiciliários	PECDIm
2 - Visão dos enfermeiros sobre a evolução dos cuidados	VEEC	2.1 - Recursos materiais	VEECM
		2.2 - Recursos humanos	VEECH
		2.3 - Mudanças nos cuidados de saúde primários em visitação domiciliária	VEECMu
		2.4 - Continuidade dos cuidados no domicílio	VEECC
		2.5 - Dificuldades organizacionais	VEECD
		2.6 - Abrangência dos cuidados no domicílio	VEECA

		2.7 - Qualidade dos cuidados	VEECQ
		2.8 - Suporte informático	VEECS
		2.9 - Colaboração com as escolas de enfermagem em estágio	VEECCo
3 - Atendimento do idoso no domicílio pelos enfermeiros	AIDE	3.1 - Apoio e informação à família ou à pessoa significativa sobre os cuidados ao idoso	AIDEA
		3.2 - Globalidade e bem-estar do idoso	AIDEG
4 -Significado atribuído pelos enfermeiros à proximidade dos cuidados	SEPC	4.1 - Proximidade como agente facilitador na identificação de necessidades	SEPCN
		4.2 - Proximidade como agente facilitador no conhecimento	SEOCC
		4.3 - Proximidade como agente facilitador na comunicação	SEOCCo
		4.4 - Proximidade como agente facilitador relacionado com o tempo de permanência na comunidade	SEOCTe
		4.5 - Proximidade como agente facilitador no conhecimento da população	SEOCCPu
		4.6 - Proximidade como agente facilitador na	SEPCP

		planificação de cuidados	
		4.7 - Proximidade geográfica como agente facilitador nos cuidados	PEPCPG
		4.8 - Proximidade como agente facilitador na interacção PEPCI)	PEPCI
5 – Características pessoais dos enfermeiros	CPE	5.1 - Capacidade de interagir	CPEI
		5.2 - Capacidade de comunicar	CPEC
		5.3 - Capacidade interactivas adquiridas pela experiencia profissional	CPEE
6 - Situações complexas em cuidados domiciliários: Vivências dos enfermeiros	SCCD	6.1 - Experiencia anterior como facilitadora	SCCDE
		6.2 - Como lidar com a morte: significados	SCCDM
		6.3 - Capacidade para superar situações complexas	SCCDC
		6.4 - Sentimentos face à doença	SCCDS
7 - Necessidades de cuidados no domicílio: olhar dos enfermeiros	NCD	7.1 - As necessidades de educação para a saúde	NCDE
		7.2 - As necessidades de tratamento	NCDT
		7.3 - O sentido dos cuidados de enfermagem	NCDS
		7.4 - Encaminhamento para a equipa	NCDEn

		multidisciplinar	
		7.5 - Envelhecimento da população	NCDEnv
		7.6 - Deficits de auto-cuidado	NCDD
		7.7 - O papel dos registos nos cuidados de enfermagem	NCDP
8 - Planeamento dos cuidados de enfermagem e recursos existentes	PCER	8.1 - Organização dos cuidados	PCERO
		8.2 - Recursos e individualidade dos cuidados	PCERI
		8.3 - Estabelecimento de prioridades	PCERP
9 - Situações que justificam a procura de cuidados de enfermagem no domicílio	SJCED	9.1 - Os recursos económicos dos idosos	SJCEDR
		9.2 - Dificuldades de mobilidade dos idosos	SJCEDI
		9.3 - Isolamento do idoso	SJCEDIs
		9.4 - Ocupação profissional das famílias e indisponibilidade para o idoso	SJCEDO
		9.5 - Disponibilidade e apoio de enfermagem	SJCEDD
10 - Dificuldades identificadas pelos enfermeiros na visitação domiciliária	DIEVD	10.1 - Sentimento de impotência	DIEVDS
		10.2 - Dificuldades em gerir os recursos familiares	DIEVDD
		10.3 - Condicionanismos do meio	DIEVDC

		10.4 - Condicionalismos económicos dos idosos	DIEVDCo
		10.5 - Interferência na comunicação	DIEVDI
		10.6 - Disponibilidade de tempo	DIEVDDi
11 - Visão dos enfermeiros sobre a participação da família nos cuidados	VEPFC	11.1 - Abordagem da família nos cuidados aos idosos	VEPFCA
		11.2 - Depressão dos cuidadores informais	VEPFCD
12 – Recursos e apoios ao domicílio: visão dos enfermeiros	RADVE	12.1 - Santa Casa da Misericórdia	RADVES
		12.2 - Centro de recursos para idoso (CRAII) /Centro de convívios	RADVEC
		12.3 - Défice nos apoios aos idosos	RADVED
13 - Estereótipos dos profissionais em cuidados domiciliários	EPCD	13.1 - Falsas representações sobre os cuidados de saúde	EPCDF
		13.2 - A incompreensão das decisões dos idosos	EPCDII
		13.3 - A incompreensão das decisões da família	EPCDIF
		13.4 - A incompreensão dos utilizadores mais velhos	EPCDIU
		13.4 - A dimensão tempo na perspectiva dos enfermeiros	EPCDE

ANEXO VII
MATRIZ DE CODIFICAÇÃO POR UNIDADE DE ANÁLISE

Matriz de codificação por unidade de análise: significado atribuído pelos Enfermeiros à proximidade dos cuidados.

Categoria	Subcategoria	Unidades de texto
4 - Significado atribuído pelos enfermeiros à proximidade dos cuidados (SEPC)	4.1 - Proximidade como agente facilitador na identificação de necessidades (SEPCN)	4.1 - E2 “ (...) vais estar mais desperto para a identificação dos problemas, estas mais sensível (...) ” E3 “ (...) orientamos e aquilo que vemos que precisam de alguma ajuda ou de algum intercâmbio com a equipa multidisciplinar (...) ” E4 “ (...) como já os conheço, detecto às vezes muitas necessidades que, eles próprios às vezes não as conseguem expressar (...) ” E5 “ (...) a gente vê (...) (...) exactamente como é que as coisas são (...) ” E6 “ (...) a gente vai ao encontro deles, vai ao encontro das necessidades, quanto mais próximos nós estivermos, mais fácil é detectar essas necessidades (...) ” E7 “ (...) no seu ambiente tudo se torna mais fácil, ganha-se confiança, relação de ajuda, facilitando a conversa e identificando os problemas (...) ” E8 “ (...) lá estamos a ver (...) (...) o tipo de alimentação que a pessoa faz, o tipo de luz (...) ” E9 “ (...) a gente quanto mais contacta a pessoa e a família, e essa relação fica mais estreita, os problemas que surgem são mais facilmente resolvidos (...) ” E10 “ (...) O facto de a gente entrar no meio do próprio utente permite que o utente se abra um pouco mais e esteja mais a vontade (...) ”

4 - Significado atribuído pelos enfermeiros à proximidade dos cuidados (SEPC)	4.2 - Proximidade como agente facilitador no conhecimento (SEOCC)	4.2 - E1 “ (...) vais conhecer a casa, vais conhecer a maneira da família viver e vais conseguir entrar melhor na conversa, na separação das coisas para poderes falar, para poderes orientar (...) (...) quanto mais próximos nós estivermos da família e do doente, muito melhor conhecemos a situação (...) ” E5 “ (...) uma parte dá para ver logo, relativamente aos seus estilos de vida aos seus hábitos, consegue-se observar directamente (...) (...) lá a gente vê, é diferente (...) ” E10 “ (...) a pessoa quando vai a casa do utente, não observa só o utente, mas também as condições em que ele se insere (...) ”
	4.3 - Proximidade como agente facilitador na comunicação (SEOCCo)	4.3 E3 “ (...) os familiares todos os dias necessitam de nos perguntar mais alguma coisa, que complementam aquilo que eles estão a fazer, que já colaboram bastante connosco e muitas vezes dizem “ai parece que foi nosso senhor que chegou a esta casa, tava mesmo a precisar que chegasse para me ajudar nisto ou para me tirar esta dúvida, que eu tenho com ele (...) ” E5 “ (...) a pessoa quando está no seu meio, mais facilmente se sente a vontade e fala daquilo que precisa (...) ”
	4.4 - Proximidade como agente facilitador relacionado com o tempo de permanência na comunidade (SEOCte)	4.4 E1 “ (...) a família como está habituada a mim (...) (...) porque vou lá muita vez, têm mais abertura, já me conhece (...) ” E7 “ (...) tinham mais facilidade em desabafar comigo e, e pedir coisas, pedir se podia ir lá a casa deles (...) (...) do que às minhas colegas (...) ” E9 “ (...) quando eu entro às vezes com um aluno, ele sente-se constrangido com o aluno, tá tão habituado comigo que têm vergonha do aluno (...) ”
	4.5 - Proximidade como agente facilitador no conhecimento da população (SEOCCPu)	4.5 E4 “ (...) conheço já muitos idosos, já sei como é que eles são, a maneira de ser das pessoas (...) ”

4 - Significado atribuído pelos enfermeiros à proximidade dos cuidados (SEPC)	4.6 - Proximidade como agente facilitador na planificação de cuidados (SEPCP)	4.6 E1 “ (...) a gente consegue ir adaptando às situações. Vai-se orientando a família, uma vez que estamos próximos (...) ”
	4.7 - Proximidade geográfica como agente facilitador nos cuidados (PEPCPG)	4.7 E4 “ (...) Geograficamente, também acho que é muito importante (...) (...) qualquer coisa, eles sabem que a gente está ali, ou mesmo por telefone (...) ”
	4.8 - Proximidade como agente facilitador na interacção (PEPCI)	4.8 E6 “ (...) eles vão se abrir mais, se tivermos, se conhecermos o meio (...) ” E8 “ (...) os familiares (...) sentem um proximidade muito maior connosco porque é muito diferente estarmos em nossa casa e pôrmos dúvidas do que irmos a casa dos outros (...) ”