



O significado que os idosos atribuem aos cuidados de enfermagem domiciliários

Ivone Rosário Neves Quaresma

Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem

2008

Ivone Rosário Neves Quaresma

O significado que os idosos atribuem aos cuidados de enfermagem domiciliários

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

Orientador – Professora Doutora Arminda Mendes Carneiro da Silva Costa

Categoria – Coordenadora com agregação da Escola Superior de Enfermagem do Porto

Afiliação – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Resumo

O envelhecimento demográfico é uma realidade. O crescente aumento do número da população idosa está intimamente ligado ao aumento dos cuidados de enfermagem.

A época em que vivemos privilegia uma abordagem holística; centrada no indivíduo, família e contexto. Assim cada vez mais se preconiza que esses mesmos cuidados, devem sempre que possível, ser realizados no aconchego do lar, evitando-se institucionalizações e despersonalização associada.

Estas constatações justificam a pertinência do presente trabalho sobre o significado que os idosos atribuem aos cuidados de enfermagem domiciliários.

Pretendemos, através do estudo de caso recorrendo a análise de conteúdo das entrevistas realizadas, a 10 idosos residentes no concelho de Ovar, obter atributos, significações e considerações dos idosos, tendo sempre em vista um melhor conhecimento acerca destes aspectos, que permitam, futuramente, melhorar as práticas.

Os elementos da nossa amostragem foram seleccionados aleatoriamente, sendo um critério de exclusão a diminuição acentuada de suas capacidades cognitivas.

Esperamos com a sua leitura contribuir para a desmistificação e valorização dos idosos bem como para uma reavaliação e adequação das práticas de enfermagem.

Palavras-Chave: Idosos, Enfermagem, Cuidados domiciliários, Família.

Abstract

The demographic ageing is a reality. The growing number of elderly population is closely linked to the increase of nursing care.

Nowadays, we live in a holistic approach, centered in the individual, family and context. Hence, increasingly suggests that such care must be accomplished whenever possible in the cosiness of there home and avoid institutionalization and the associated depersonalization.

These findings justify the relevance of the present work about the meaning that elderly people attribute under the care of Home nursing..

Through case study and content using the analysis of interviews, of 10 elderly residents in Ovar, we want to obtain attributes, meanings and considerations of the elderly, always baring in mind the objective to a better knowledge about these issues, allowing in the future an improvement of practices.

The elements of our sampling were selected randomly, being an exclusion criterion the diminished of the cognitive abilities.

We hope to contribute to their demystification reading, the recovery of the elderly and a reassessment and adaptation the practices of nursing.

Keywords: Elderly, Nursing, Home Care, Family.

Agradecimentos

O presente trabalho é fruto da comunhão de vários esforços.

Consideramos por isso oportuno dedicar estas linhas para agradecer a todos os que de forma mais ou menos empenhada contribuíram para a realização do mesmo.

Aos meus familiares queridos que sempre me apoiaram e incentivaram, o meu reconhecimento.

À professora Dr.^a, Arminda Costa por sua orientação e disponibilidade o meu sincero obrigado.

Agradeço também, a todas as colegas companheiras de serviço, que sempre estiveram presentes e me ajudaram nos momentos de crise e que apesar de não aparecerem nomeadas, ao lerem este parágrafo se reconhecerão.

Evidentemente não poderia esquecer de fazer jus á direcção do Centro de Saúde de Ovar por ter possibilitado a concretização deste estudo.

Apesar de parecer pouco convencional, principalmente num estudo de cariz científico, não podia deixar de manifestar minha gratidão a Deus.

Siglas e Abreviaturas

AC. – Antes de Cristo

ADI – Apoio Domiciliar Integrado

ARS – Administração Regional de Saúde

Cap. _ Capítulo

C. S. _ Centro de Saúde

DNA – Acido desoxirribonucleico

DC. – Depois de Cristo

Dr. – Doutor

ECR – Equipas de coordenação regional

ECL – Equipas de Coordenação Local

Ex. - Exemplo

Fig. _ Figura

INE – Instituto Nacional de Estatística

MMSE – Mini Mental State Examination

NUTI –

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSPI – Programa Nacional Para a Saúde de Pessoas Idosas

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNA – Ácido Ribonucleico

SAP – Serviço de Atendimento Permanente

SLS – Sistemas Locais de Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

Sumário

INTRODUÇÃO	13
Problema e Questões Do Estudo	16
Organização do Estudo	16
CAPITULO I – DO ENVELHECER AO SER CUIDADO	18
1. Envelhecimento Demográfico.....	18
1.1. Envelhecimento Biológico	24
1.2. Envelhecimento Psicológico.....	30
1.3. Envelhecimento Social.....	36
2. Teorias do Envelhecimento	40
2.1. Teorias Biológicas:	40
2.2. Teorias Psicossociais	41
3. Alguns Estereótipos sobre Idosos	44
4. Cuidados de Saúde Primários	46
4.1. Cuidar como Conceito Teórico.....	47
4.2. Evolução do Conceito de Saúde Pública/ Saúde Comunitária	50
4.2.1. Evolução dos Cuidados de Saúde em Portugal.....	53
4.3. Evolução dos Centros de Saúde	55
4.3.1. Serviço Nacional De Saúde.....	56
4.3.2. Centro de Saúde	57
4.3.3. Unidade de Saúde Familiar	58
4.3.4. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	59
4.4. Cuidados Domiciliários.....	60
5. Família Parceria de Cuidados	68
5.1. Percepção de Cuidados.....	74
5.2. Definição de Atitude	76
CAPITULO II – METODOLOGIA.....	79
1 O Estudo de Caso.....	79
1.1. Limitações e potencialidade do estudo de caso.....	83
1.2. Cuidados a ter na adopção e uso do Estudo de Caso	85
1.3. O papel do Investigador.....	86
1.4. Operacionalização do Estudo de Caso	88
1.4.1. Objectivos do Estudo.....	88
1.4.2. Técnicas de Observação e Recolha de dados	89

1.5. Tratamento da Informação: Técnica de Análise de Conteúdo.....	94
2. Caraterização do Espaço do Estudo.....	95
2.1. Geográfica	95
2.2. Socioeconómica	97
2.3. Espaço Físico	98
2.3.1. Organismos de Saúde do Concelho de Ovar.....	98
2.3.2. Caracterização do Centro de Saúde de Ovar.....	101
2.3. Recursos Humanos.....	103
3. Caracterização dos entrevistados	104
CAPITULO III – O SIGNIFICADO QUE O IDOSO ATRIBUI AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DOMICILIÁRIOS.	108
1. Análise dos dados.....	108
1.1. Domínio Psico-Biológico – Categoria: Rotinas diárias.....	110
1.2. Domínio Psico-Biológico – Categoria: Rotinas da Enfermagem.....	112
1.3. Domínio Psico-biológico–Categoria:O profissionalismo do enfermeiro.....	114
1.4. Domínio Psico-espiritual – Categoria: Partilha de valores	117
1.5. Domínio Psico-espiritual – Categoria: Percepção da cura por fé	118
1.6. Domínio Psicossocial – Categoria: Informações fornecidas pelos enfermeiros sobre apoios sociais.....	119
1.7. Domínio Psicossocial – Categoria: Colaboração da família com os enfermeiros	121
1.8. Domínio Reconhecimento do papel de Enfermagem – Categoria: Importância dos domicílios de enfermagem.....	122
1.9. Domínio Reconhecimento do papel da Enfermagem – Categoria: Alterações pertinentes aos procedimentos	123
1.10. Domínio Reconhecimento do papel da Enfermagem – Categoria: Atitude profissional.....	124
1.11. Domínio Reconhecimento do papel da Enfermagem – Categoria: Percepção acerca dos elementos da enfermagem	126
CONCLUSÕES	128
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	130
Avaliação Pessoal do Processo de Investigação	130
Possibilidades de Investigações Futuras	131
Bibliografia	133

Anexos.....	145
Anexos II – Consentimento Informado	146
Anexos III – Guião da Entrevista	147
Anexos IV – KATZ.....	148
Anexos V – MMSE	149
Anexos VI – Exemplar de uma entrevista	151
Anexos VII – Grelha de análise transversal das entrevistas	154

Índice dos Gráficos

Gráfico 1 – Distribuição da população do Concelho de Ovar por sectores económicos, 2001.	98
Gráfico 2 – Cuidados de Enfermagem a utentes dependentes por faixa etária..	105
Gráfico 3 – Patologias mais frequentes em utentes com cuidados de enfermagem domiciliários (2005)	105

Índice dos quadros

Quadro 1 – Modelo Social do Envelhecimento – Adaptado de Berger, L. Mailoux – Porier, D. (1995) in: Pessoas idosas uma abordagem Glogal	39
Quadro 2 – Alguns estereótipos sobre idosos	46
Quadro 3 – Resenha Histórica da Evolução dos Cuidados de Saúde	49
Quadro 4 – Níveis de Prevenção dos Cuidados de Saúde Primários	51
Quadro 5 – A realidade Portuguesa até à época dos Descobrimentos.....	53
Quadro 6 – Evolução dos Cuidados de Saúde em Portugal	54
Quadro 7 – Etapas Evolutivas dos Cuidados de Saúde Primários	55
Quadro 8 – Especificação de várias etapas relativas à realização de visitas domiciliárias	63
Quadro 9 – Fases que compõe a visita domiciliar	67
Quadro 10 – Definição de atitude	78
Quadro 11 – População Residente, por freguesia, no Concelho de Ovar nos anos: 1981, 1991 e 2001	96
Quadro 12 – População Residente, no Concelho de Ovar (1801-2004).....	97
Quadro 13 – População Residente, no Concelho de Ovar, por faixa etária	97
Quadro 14 – Projectos dos organismos de saúde mais actuais.....	100
Quadro 15 – Organismos que se articulam para a realização de projectos	100
Quadro 16 – Extensões de Saúde do Concelho de Ovar	102
Quadro 17 – Recursos humanos no Centro de Saúde e Extensões de Saúde do Concelho de Ovar	103

Índice das figuras

Figura 1 – Pirâmide de idades em Portugal	20
Figura 2 – Distribuição da População Idosa por Concelhos, Portugal (2001).....	20
Figura 3 – Estrutura da População Idosa Inactiva, segundo o género em Portugal (2001).....	21
Figura 4 – Tempo Máximo de Vida das Espécies – Adaptado do artigo “Bases Biológicas do Envelhecimento” de Maria Edwiges Hoffmann- Rev. Idade Activa	26
Figura 5 – Ciclo de Vida Negativo: um ciclo vicioso de doença no idoso	34
Figura 6 – Ciclo de Vida Positivo	35
Figura 7 – Planeamento de Saúde, Processo Cíclico	64
Figura 8 – Adaptado de Wright & Leahey (2002). Enfermeiras e Famílias. Um guia para a Avaliação e intervenção na família, 3ª ed.	72
Figura 9 – Adaptado de Wright, L; Leahey, M (2002) – Enfermeiras e Famílias. Um guia para a Avaliação e intervenção na família. 3ª ed.	72
Figura 10 – Mapa do Concelho de Ovar	96
Figura 11 – As Sub Regiões que integram a Administração Regional de Saúde do Centro	101
Figura 12 – Centros de Saúde que integram a Sub-Região de Saúde de Aveiro	102

Índice das Tabelas

Tabela 1 – Idade média dos sujeitos (por sexo) que participaram no estudo	106
Tabela 2 – Dados Socio-demográficos dos Entrevistados	107
Tabela 3 – Apresentação dos resultados das provas métricas por sujeito	109
Tabela 4 – Apresentação dos resultados obtidos no Índice de Katz	109
Tabela 5 – Rotinas Diárias	110
Tabela 6 – Rotinas da Enfermagem	112
Tabela 7 – O Profissionalismo do Enfermeiro	114
Tabela 8 – Partilha de Valores	117
Tabela 9 – Percepção da Cura por Fé	118
Tabela 10 – Informações fornecidas pelos enfermeiros sobre apoios sociais	119
Tabela 11 – Colaboração da Família com os Enfermeiros	121
Tabela 12 – Importância dos domicílios de Enfermagem	122
Tabela 13 – Alterações Pertinentes aos Procedimentos	123
Tabela 14 – Atitude Profissional	124
Tabela 15 – Percepção Acerca dos Elementos da Enfermagem	126

INTRODUÇÃO

Desde a antiguidade que o Homem reflecte e se preocupa com a problemática do envelhecimento.

Existem vários registos de crenças obscuras e de práticas mágicas em que a busca pela juventude era uma aspiração; criavam-se supostos elixires na tentativa gorada de suprimir o curso da idade. Mas apesar de todo o empenho em parar ou recuar no tempo, a impotência do ser Humano levou a aceitar e conviver com a realidade inevitável do envelhecer.

Em muitas sociedades e durante décadas, a figura do ancião foi respeitada e valorizada. O idoso assumia o papel importante como transmissor das várias gerações do saber; “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” (Costa, 1999:9).

Com as evidentes mudanças e transições demográficas tem se assistido a um aumento expressivo da população idosa. Esta transição, ocorre de forma diferenciada entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nos primeiros, este aumento deu-se sobretudo às custas de melhoria na qualidade de vida e preparação de serviços de saúde, sendo que nos países em desenvolvimento tem sido atribuído fundamentalmente a inovações tecnológicas as quais têm possibilitado a prevenção e cura de doenças anteriormente fatais.

O processo de envelhecimento, muitas vezes denominado de (in)volutivo, desencadeia várias alterações anatomo-fisiológicas e funcionais as quais geram muitas vezes sentimentos de dependência e inutilidade. Estes sentimentos associados ao abandono familiar, desencadeiam frequentemente uma postura de isolamento e solidão, auto considerando-se um peso morto na família e sociedade.

Esta conjuntura torna este grupo social nos maiores consumidores dos recursos de saúde, pelo que tem surgido a necessidade de diferentes polos sociais se readaptarem. De entre estas adaptações destacamos os cuidados domiciliários.

Por oposição á “medicalização”do século passado, tem se preconizado o retorno do doente idoso ao seu seio familiar. Esta transição para o cuidado

baseado na comunidade tem aumentado a consciência da importância da família na prestação de cuidados e manutenção do idoso em casa, que de outra forma provavelmente seria institucionalizado.

A necessidade acrescida de apoio domiciliar faz dos enfermeiros protagonistas de grande importância neste processo, entendendo-se contudo que a intervenção junto dos idosos e dos seus cuidadores deve ser sempre orientada numa perspectiva multidisciplinar.

Deste modo, os cuidados domiciliários representam uma modalidade que proporciona, para além de outros aspectos, contacto, interacção, cuidados e interesse.

Inseridos na Enfermagem Comunitária, este tipo de cuidados, implicam “visitas” frequentes e constantes, constituindo formas privilegiadas de intervenção individual, familiar e social permitindo aos profissionais uma aproximação e conhecimento dos contextos vivenciais dos utentes.

De acordo com Bolander (1998:494), “a enfermagem no domicílio não pode ser apenas descrita como cuidados prestados em casa (...) é de âmbito global, isto é, centrada holisticamente, tanto no indivíduo que requer cuidado, como na família ou no sistema de suporte.”

Ao considerar esta abordagem, o enfermeiro reconhece que “os cuidados não se reduzem a honorários em troca da administração de cuidados, mas representa tudo o que o utente deseja ser” (Rice, 2004:15). O enfermeiro “invade” a intimidade do lar e passa a fazer parte integrante desse mundo, o que vai em concordância com o que Rice (2004:129) preconiza ao afirmar que “ao entrarmos no mundo do utente, decidimos conjuntamente com ele o quê e como ensinar”.

A parceria e cumplicidade entre o profissional e o utente idoso é importante para que o plano de cuidados seja bem sucedido. O sucesso aqui representa qualidade.

E neste contacto estreito entre o profissional e a população emergem e flúem trocas de saberes.

O conhecimento da opinião da população sobre temáticas como qualidade de vida e saúde, conjuntamente avalia a eficácia e a resolubilidade dos serviços

de saúde e principalmente fornece dados e pistas importantíssimas para que ocorram mudanças caso necessário ou simples reajustes na forma de actuação do enfermeiro, sempre com o fim ultimo de melhorar e crescer.

Em muitos sistemas de saúde, não se tem dado suficiente legitimidade á perspectiva e opinião dos utentes no sentido de avaliação da Qualidade dos Cuidados sendo a qualidade vista apenas nas perspectivas da Qualidade Profissional e da Qualidade de Gestão.

Mas a Qualidade Total em Saúde, implica compatibilizar e equilibrar estas três diferentes dimensões da qualidade: a do utente, profissional e de gestão.

Tratando-se de um avanço social recente, emergiram inúmeras questões ligadas ao dia-a-dia da actividade profissional como enfermeira, as quais culminaram com um leque de questões:

- Como é ser idoso nos dias actuais?
- Quais as limitações que enfrentam no seu dia-a-dia?
- Será que os cuidados domiciliários prestados são adequadas as suas necessidades reais?
- Os cuidados domiciliários da enfermagem são um complemento ajustado ou adequado, ás suas necessidade e expectativas?
- Como é que o idoso encara este tipo de apoio?
- De que modo o idoso “vê” o enfermeiro?

Após estas considerações, surgiu o interesse e motivação para avançar na elaboração deste estudo, esperamos assim contribuir de alguma forma para a melhoria da prestação dos cuidados domiciliários de enfermagem a idosos, os quais por diferentes tipos de limitações não os podem usufruir no Centro de Saúde.

Problema e Questões Do Estudo

É neste contexto que nos propomos realizar o estudo. Por considerarmos que o enfermeiro ocupa uma posição privilegiada para a abordagem do tema e porque queremos ser participantes e contribuintes para a melhoria dos cuidados ao idoso.

Após reflectirmos, delimitamos nosso problema: **que significado o idoso atribui aos cuidados de enfermagem no domicílio?**

Esta investigação é orientada pelos seguintes objectivos:

- Conhecer qual a “posição” do idoso relativamente aos cuidados de enfermagem que são prestados em domicílio
- Identificar alguns factores que se relacionam com a sua percepção
- Detectar qual a sua expectativa relativamente a este tipo de cuidados
- Reflectir acerca dos cuidados domiciliários ao idoso e sua pertinência
- Contribuir para a melhoria dos cuidados domiciliários prestados ao idoso

Para realizar o projecto em questão, faremos um estudo qualitativo com recurso a análise de conteúdo.

Organização do Estudo

Para além da presente introdução onde constam: o problema a ser investigado e a argumentação sobre a sua pertinência., são apresentados outros três capítulos que abordam os seguintes aspectos:

No primeiro capítulo é apresentado o quadro teórico focado nos temas relativos à concepção do envelhecimento em todas as suas vertentes: demográfico; biológico, psicológico e social. São abordados alguns aspectos relativos ao Cuidar, bem como aos Cuidados de Saúde Primários, passando por uma breve referência á evolução do conceito de Saúde Pública e dos Centros de Saúde. Neste último item são enquadrados os cuidados domiciliários assim como

a importância da família na parceria dos mesmos. Alude-se também de uma forma superficial à definição de percepção e de atitude, tudo isto numa lógica que consideramos pertinente para perceber a nossa problemática. A preocupação principal deste capítulo é efectuar uma revisão de um leque de temas que coadjuvem a enquadrar a investigação.

O segundo capítulo, será dedicado ao estudo empírico realizado em Ovar, apresentamos a metodologia, a população estudada e instrumentos para recolha e tratamento dos dados.

No último capítulo, ou seja o terceiro, é realizada a análise dos dados recolhidos, com suporte dos dados obtidos individualmente nas entrevistas bem como das escalas métricas. São especificadas as limitações do estudo e discutidas as conclusões, ressaltando daí recomendações didácticas e propostas para futuras investigações.

CAPÍTULO I – DO ENVELHECER AO SER CUIDADO

1. Envelhecimento Demográfico

Entende-se por envelhecimento demográfico o aumento da proporção de pessoas idosas em relação ao total de habitantes. Esta proporção dependerá logicamente de se considerar como fronteira de terceira idade os sessenta e cinco anos.

Na perspectiva de Fernandes (1997:34) constitui, "...uma realidade nova na história das populações das sociedades industrializadas e as projecções indicam, com alguma certeza, que, no mundo civilizado, a tendência para o envelhecimento é acentuada. A situação agudiza-se de forma problemática pela intensidade e amplitude que o fenómeno atinge já nos nossos dias".

Para o autor, o estudo demográfico da população idosa permite: "...com bastante certeza, prever os contornos das estruturas demográficas futuras, mediante a construção de cenários variados nos quais se faz intervir factores sócio económicos susceptíveis de influenciar o comportamento das variáveis micro-demográficas, ou seja, da fecundidade, da mortalidade e dos movimentos migratórios" (Fernandes 1997:6).

Em termos demográficos, há dois tipos de envelhecimento: na base e no topo. O primeiro ocorre quando a percentagem de jovens diminui fazendo com que a pirâmide de idades comece a estreitar na base, o segundo, quando a percentagem de idosos aumenta alargando assim a sua parte superior.

Para Nazareth, os dois tipos de envelhecimento estão ligados e são devidos à queda das taxas de fecundidade e/ou ao aumento da população mais idosa; "...foi a diminuição da importância quantitativa dos jovens que provocou o aumento da população idosa" e não devido à ideia generalizada de que "...existiam mais idosos pela simples razão de se morrer cada vez mais tarde. A investigação empírica não confirmou esta hipótese de trabalho em nenhum país europeu" (Fernandes, 1997: 13-14).

Segundo Amado (1992), as populações atravessam vários estádios designados por "transição epidemiológica". Estes representam a passagem de um

período de alta mortalidade/ alta natalidade, para um período de baixa mortalidade/ baixa natalidade e consequentemente de uma baixa para alta proporção de idosos.

Estimativas da União Europeia previam que no ano 2000, um quinto da população fosse constituída por pessoas com idade acima dos 60 anos (Comité – reunião de 16 e 17 Novembro de 1994).

Na 2ª Assembleia Mundial sobre o envelhecimento que ocorreu em Madrid em Abril de 2002, a Organização das Nações Unidas afirmava que: *“no ano 2050, mais de dois mil milhões de pessoas terão mais de 60 anos (são 629 milhões actualmente), correspondendo a 21% da população do Planeta (percentagem actual: 10%), e que a esperança média de vida no Mundo atingirá os 77 anos (66 actualmente)”* (Jornal de Notícias” de 09 de Abril de 2002).

Em Portugal, as primeiras preocupações geriátricas surgiram por volta dos anos cinquenta.

O crescente aumento da esperança média de vida, relacionada com os avanços técnicos e científicos, as modificações no estado de saúde devido a mudanças no estilo de vida, o aumento e prevalência de patologias associadas, provocaram alterações na caracterização da população idosa que cada vez mais precisa de cuidados específicos e ao mesmo tempo diversificados, contínua e quase permanentemente.

Na nossa sociedade este grupo etário (com 65 anos ou mais) é o que tem maior representatividade em termos quantitativos.

Estudos realizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), relativos ao envelhecimento demográfico, afirmam que entre 1960 e 2001 houve um decréscimo de cerca de 36% na população jovem (0-14 anos) e um aumento de 140% da população idosa (65 e mais anos), prevendo-se que Portugal perca entre 2000 e 2050, mais de um quarto da sua actual população.

De acordo com a mesma fonte, em qualquer cenário proposto, com um carácter mais ou menos optimista, Portugal assistirá a uma redução da população jovem e a um incremento no índice de envelhecimento podendo situar a relação de 398 idosos por cada 100 jovens.

“O ritmo de crescimento da população idosa é 4 vezes superior ao da população jovem. Um outro aspecto do nosso envelhecimento demográfico é o de uma clara assimetria geográfica, coincidente com a reconhecida assimetria socio-económica” (INE).

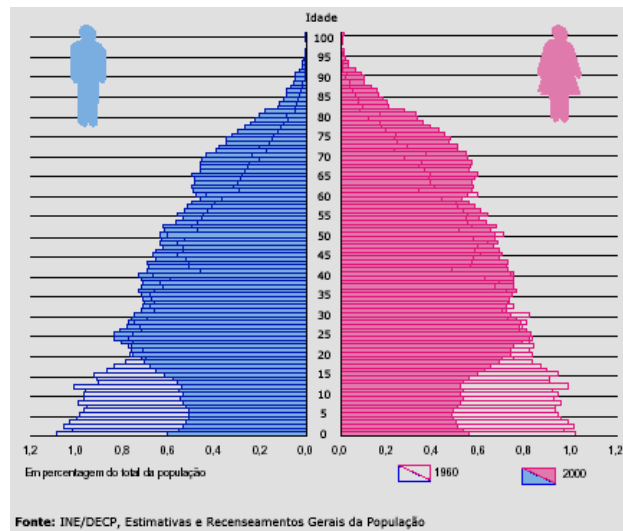


Figura 1 – Pirâmide de idades em Portugal

O Norte aparece com a percentagem mais baixa de idosos no Continente, sendo pelo contrário muito elevada no Alentejo. O litoral apresenta por sua vez uma faixa menos envelhecida. As regiões autónomas da Madeira e Açores têm os mais baixos níveis de envelhecimento do país correspondendo a zonas geográficas com elevados níveis de fecundidade.

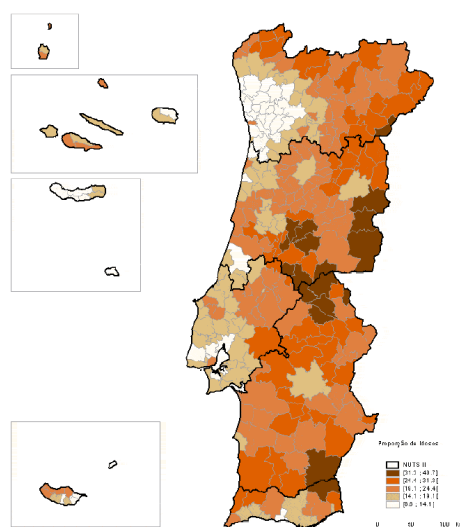


Figura 2 – Distribuição da População Idosa por Concelhos, Portugal (2001)

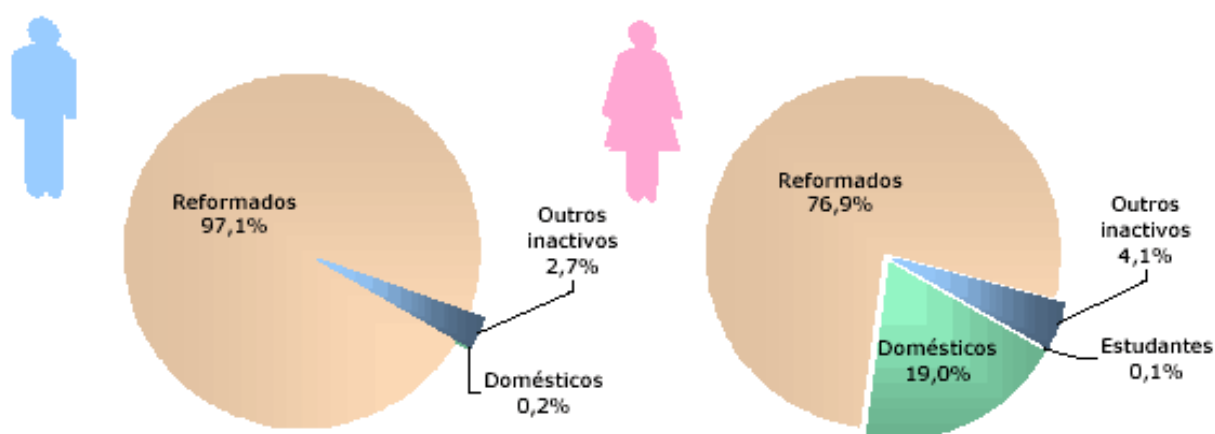
A população idosa que representava 8% do total de população em 1960, mais que duplicou, passando para 16,4% em Março de 2001, data do último recenseamento.

Em valores absolutos, a população idosa aumentou quase 1 milhões de indivíduos.

Os resultados dos Censos 2001 revelam que entre 1991 e 2001 a proporção de famílias clássicas com idosos (incluindo famílias com idosos e outros e as de só de idosos) aumentou cerca de 23%, passando de 30,8% para 32,5%.

Saliente-se ainda o facto de as famílias compostas apenas por idosos ter aumentado cerca de 36% no período inter censitário. Nestas famílias, a grande maioria são constituídas por um só idoso (50,5%) e por dois idosos (48,1%). Estes agregados constituídos por idosos a viver sozinhos apresentam as taxas mais elevadas de pobreza.

Os resultados do Inquérito ao Emprego de 2001 indicam também que a maioria da população idosa é inactiva (81%) sendo que cerca de 74% da população idosa é masculina e 86% do sexo feminino (ver fig. 3).



Fonte: INE, Inquérito ao Emprego

Figura 3 – Estrutura da População Idosa Inactiva, segundo o género em Portugal (2001)

Como se evidencia os reformados são os mais representativos desta população (97,1% nos homens e 76,9% nas mulheres).

Esta tendência alastra-se por toda a Europa tal como refere Couvreur no relatório demográfico da União Europeia, 1996 *“...na Europa, o número de novos reformados passará de 76,3 milhões, em 1995, para 113,5 em 2025, ou seja, aumentará cerca de 50%. A partir de 2006 produzir-se-á uma clara aceleração”* (Couvreur, 1999:101).

Os factores que mais tem contribuído para os actuais índices de envelhecimento são sem duvida o aumento da esperança de vida á nascença, os saldos migratórios e sobretudo a diminuição das taxas de fecundidade

Actualmente Portugal é dos países Europeus que menos nascimento tem em média. Em 1971 registava-se 3 filhos em média por mulher; 2,13 filhos em 1981; 1,58 filhos em 1991 e 1,52 filhos em média por mulher entre 1996-1997 (Cónim, 1999).

Se considerarmos as taxas de mortalidade, e o aumento da esperança de vida que caracterizam os países desenvolvidos, a inversão das pirâmides etárias só se realizará com uma descendência média de 2,1 filhos por cada mulher.

O peso demográfico crescente do grupo etário dos idosos acarreta várias implicações (económicas, sociais, sanitárias e éticas), cujas soluções vão constituir grandes dificuldades no próximo século.

Consequências económicas:

- Diminuição da população produtiva
- Aumento da população dependente
- Aumento das despesas com Segurança Social

Sociais:

- Diminuição da mobilidade social
- Alteração das relações profissionais
- Alteração das relações familiares
- Conflito de gerações
- Aumento da necessidade de Instituições de Assistência ao Idoso

Sanitárias:

- Aumento da população doente ou em risco
- Aumento do consumo de cuidados de primários
- Aumento de cuidados diferenciados
- Aumento da necessidade de pessoal e de instituições especializadas

Éticas:

- Problemática do doente crónico e terminal
- Problemática da morte

(Adaptado de Temas Geriátricos I: 57)

Estas consequências apesar de universais revestem-se de particularidades, pelo que as soluções terão de ser específicas divergindo também consoante as políticas que são implementadas.

Apesar da população idosa ser cada vez mais representativa, a imagem do idoso construída pela sociedade é na maior parte das vezes, pouco dignificante, usurpando-lhe direitos e até mesmo deveres. Cada vez mais se valoriza o culto do corpo, da beleza e força juvenis tentando a todo o custo renunciar a velhice. Mas “ *envelhecer é, também, aceitar o inaceitável, isto é a perda gradual das funções orgânicas, os handicaps, a mutilação, a separação, o sofrimento, o confronto com o desconhecido e a morte. A adaptação é o contrário da resignação.* ” (Berger, 1995: 165). No fundo a adaptação não é mais que uma estratégia importante que o idoso usa numa tentativa desesperada para a manutenção do auto estima e da dignidade, essenciais ao seu equilíbrio e saúde plena.

Envelhecer é algo único, próprio, complexo, dependente de condicionantes biológicas e acontecimentos sociais intrínsecos. A forma como o indivíduo viveu e como se adaptou, ou não, aos vários acontecimentos é determinante.

Esta dimensão social, onde as desvinculações, os lutos e as perdas ou diminuição das capacidades se sucedem é frequentemente relatada por vários teóricos.

De acordo com Schroots e Birren (1980), o envelhecimento tem 3 componentes:

- Envelhecimento biológico
- Envelhecimento psicológico
- Envelhecimento social

1.1. Envelhecimento Biológico

Nenhum ser vivo é eterno, com o passar do tempo ocorrem mudanças fisiológicas.

O ciclo de vida costuma ser dividido em três fases: a fase de crescimento e desenvolvimento, a fase reprodutiva e a fase da senescencia. Na primeira fase, ocorre o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos vários órgãos adquirindo progressivamente capacidades que o tornam capaz de se multiplicar. A segunda fase é caracterizada pela reprodução imprescindível para a perpetuação das espécies. Por último surge a fase do declínio da capacidade funcional.

A senescencia ou **envelhecimento primário**, é o processo natural do envelhecimento, o qual compromete progressivamente aspectos físicos e cognitivos.

Segundo a OMS, a terceira idade tem início entre os 60 e 65 anos. Esta idade foi instituída para efeitos de pesquisa.

Rendas (2001:49), refere a proposta do Gabinete de Recenseamento dos Estados Unidos da América que classifica os idosos em:

- a) Idosos jovens – com idade igual ou superior aos 65 anos e até aos 74;*
- b) Idosos – com idade igual ou superior aos 75 anos e até aos 84;*
- d) Muito idosos – com idade igual ou superior aos 85 anos.*

Para o autor, tanto o critério de idade cronológica como o da idade biológica, são redutores pois avaliam superficialmente o complexo processo de envelhecimento.

O processo de envelhecimento sofre a influência de três múltiplos factores: biológicos, psicológicos e sociais, que de forma inter relacionada o fomentam e/ou retardam.

Além de multifactorial o envelhecimento é diferencial, isto é, único para cada pessoa arrastando consigo uma deterioração fisiológica do organismo. No fundo ele consiste num *“...somatório de processos intrínsecos, geneticamente determinados, de factores ambientais, de diferenças nos estilos de vida e dos efeitos das doenças. Por isso, mais do que medir exaustivamente o maior número possível de parâmetros, algumas vezes com carácter empírico, importa compreender as alterações fisiológicas que caracterizam o envelhecimento e, só depois, definir o que deve ser medido e de que maneira.”* (Rendas, 2001: 50).

A distinção entre **envelhecimento primário e envelhecimento secundário** tem sido importante para a gerontologia, Este último é referente ao aparecimento de lesões patológicas, múltiplas e por vezes com carácter irreversível que juntamente com as “alterações normais” aumentam as dificuldades de adaptação do indivíduo.

Muitas vezes estas patologias associadas são confundidas e tidas como manifestações normais do envelhecimento, quando na realidade não o são.

À medida que a idade aumenta, aumenta também a velocidade de declínio das funções fisiológicas. Há um efeito cumulativo das alterações psico biológicas com a diminuição e desregulação dos mecanismos que fazem face a agressões externas.

Se a homeostase é afectada, a capacidade de adaptação do indivíduo ao stress interno e externo decresce e a susceptibilidade á doença aumenta. Quando o organismo não consegue mais restabelecer o equilíbrio funcional então morre.

O tempo máximo de vida já registado até hoje no ser humano é de 122 anos.

Tempo máximo de vida das Espécies (em anos)	Idade
Homem (<i>Homo sapiens</i>)	122
Cavalo (<i>Equus caballus</i>)	62
Gorila (<i>Gorilla gorilla</i>)	39
Cão (<i>Canis familiaris</i>)	34
Gato (<i>Felis catus</i>)	28
Camundongo (<i>Mus musculus</i>)	3,5

Figura 4 – Tempo Máximo de Vida das Espécies – Adaptado do artigo “Bases Biológicas do Envelhecimento” de Maria Edwiges Hoffmann- Rev. Idade Activa

O estilo de vida que a pessoa adoptou desde a infância assume uma importância relevante na forma de envelhecer, sobretudo no que concerne aos aspectos fisiológicos.

O organismo envelhece como um todo, enquanto que os seus órgãos, tecidos, células e estruturas sub celulares têm envelhecimentos diferenciados, parecendo este fenómeno determinado basicamente pela hereditariedade (Weineck, 1991).

A degeneração dos sistemas orgânicos não é simultânea. Há células que estão em renovação permanente, outras nunca se renovam nem envelhecem; “...os padrões de declínio biológico mensuráveis no ser humano, são diferentes nos vários aparelhos e sistemas e resultam do somatório de processos intrínsecos e extrínsecos (...)” (Rendas, 2001:50).

Para Pikunas (1979), no envelhecimento biológico todos os sistemas do corpo se deterioram tanto na eficiência estrutural quanto na funcional.

- **Mudanças estruturais:** estas dão-se sobretudo a nível metabólico, celular e na distribuição dos componentes corporais. Podem assim produzir alterações no funcionamento bem como na aparência corporal.

- **Alterações funcionais:** são resultantes muitas vezes das anteriores, sendo que certos órgãos podem perder a sua função quase na totalidade (rins).

Não desenvolveremos de forma minuciosa cada uma destas alterações referindo-nos apenas a algumas:

Diminuição da massa óssea e alterações nas articulações

- Diminuição da mobilidade de diversas articulações,
- Adelgaçamento dos discos vertebrais, o que origina uma redução de 1,2 a 5cm na altura
- Anquilose das articulações
- Redução da caixa torácica
- Perdas de cálcio (osteoporose)

Atrofia da musculatura esquelética

- Diminuição de 25% a 30% da massa muscular, podendo atingir os 50%)
- Diminuição do funcionamento locomotor e problemas de equilíbrio

Aumento e alteração na redistribuição da gordura

- Modificações no peso corporal e no peso dos órgãos

Alteração das células e tecidos

- Diminuição de células activas
- Abrandamento do ritmo de multiplicação celular
- Diminuição do número de glóbulos e perda de eficácia
- Atrofia e perda de elasticidade tecidular
- Diminuição da concentração da albumina sérica
- Redução de água intra celular
- Alteração do sistema de regulação da temperatura

Alterações na pele e tecido subcutâneo

- A pele torna-se mais seca, rugosa e flácida por atrofia e baixa de eficácia das glândulas sebáceas e sudoríparas
- Os melanócitos diminuem em número e sofrem alterações funcionais
- Perda de tecidos de suporte subcutâneo, descair da face, queixo e pálpebras

Alterações Funcionais:

Sistema cardiovascular

- Aumento da resistência vascular e da pressão sistólica
- Diminuição de 18% do volume de água
- Diminuição de 40% do débito cardíaco (capacidade máxima)
- Perda de elasticidade dos vasos e acumulação de depósitos nas paredes
- Degeneração e calcificação das válvulas

Sistema respiratório

- Atrofia e rigidez pulmonar
- Diminuição de 50% da capacidade respiratória
- Endurecimento e calcificação das cartilagens, traqueia e brônquios
- Aumento do volume residual pulmonar
- Maior risco de infecções por ineficácia dos mecanismos de limpeza brônquica

Sistema urinário

- Diminuição do peso e do tamanho dos rins
- Diminuição do número de néfrons
- Diminuição da musculatura vesical e da uretra
- Dificuldade dos rins em excretar ácidos; diminuição da taxa de filtração glomerular, tubular, do fluxo sanguíneo renal e da "clearance" urinária
- Possibilidade de incontinência
- Micções mais frequentes e menos abundantes

Sistema digestivo

- Comprometimento da mastigação devido á falta de dentes e ás alterações mandibulares
- Atrofia da túnica muscular do tubo digestivo
- Diminuição das células das glândulas digestivas
- Baixa do sentido do paladar
- Alteração da mucosa gástrica e da secreção dos sucos digestivos
- Diminuição da secreção de ácido clorídrico (60%), da pepsina e do suco pancreático
- Diminuição do número de hepatócitos
- Perturbações de absorção
- Diminuição da mobilidade intestinal e retardamento de evacuações (fecalomas, obstipação, ...)

Sistema endócrino e metabólico

- Atrofia das glândulas hipófise, tiróide, paratiroides e supra-renais
- Atrofia acentuada do timo
- Redução da taxa de metabolismo basal
- Perturbação no metabolismo da glicose em 70% dos idosos
- Diminuição da taxa de estrogénios
- Diminuição da secreção de testosterona

Sistema reprodutor

- Atrofia dos órgãos genitais internos e externos
- Afrouxamento dos ligamentos que mantêm o útero em posição
- Aumento do tamanho da próstata
- Modificação da libido no homem e na mulher

Sistema imunitário

- Imunodeficiência relativa

- Diminuição da imunidade celular e aumento da predisposição para formar auto anticorpos e assim desenvolver doenças auto-imunes

Sistema nervoso e sensorial

- Diminuição do peso e do volume do cérebro (5 a 10%)
- Diminuição dos neuro transmissores
- Diminuição dos reflexos tendinosos
- Perda da motricidade fina
- Diminuição da capacidade da memória a curto prazo
- Diminuição da acuidade auditiva
- Sensações auditivas anómalas (acufenos)
- Diminuição da acuidade visual e da visão periférica
- Possibilidade de aparecimento de cataratas senis e/ou glaucomas
- Opacificação do cristalino, presbiopia
- Diminuição dos receptores olfactivos

Ritmos biológicos e sono

- Modificações das fases do sono
- Períodos mais frequentes de sono ligeiro
- Diferente repartição das horas de sono

1.2. Envelhecimento Psicológico

“ A saúde mental no idoso é de certo modo um envelhecimento bem sucedido que o torna apto a controlar as tensões geradas pelo avanço da idade e perdas que acompanham essa realidade” (Berger, 1995:162).

Ainda não se descobriram factores específicos do envelhecimento psicológico, mas uma constelação de factores que ao se interrelacionarem formam uma estrutura complexa que eventualmente permitirá uma melhor compreensão deste fenómeno.

O envelhecimento psicológico diz respeito ao papel que o individuo se atribui.

Este tipo de envelhecimento está relacionado com a capacidade adaptativa às tarefas do dia-a-dia. Tem haver com estados emocionais e com a percepção subjectiva do seu envelhecimento em relação aos seus pares com a mesma idade.

Pode ainda ser definido pela capacidade de auto-regulação a nível de tomada de decisões e opiniões.

No senescente *“sob o ponto de vista psicológico, observa-se uma certa queda progressiva do vigor mental, com maior lentidão dos processos associativos, dificuldades de concentração e da memória, certa puerilidade dos juízos, egocentrismos e labilidade emotiva, debilitamento de vontade, aparecimento de frequentes senso percepções do hipocondríaco e aumento da irritabilidade”* (Fonseca, 1988:407).

A experiência revela que “tal como as características físicas do envelhecimento, as de carácter psicológico também estão relacionadas com a hereditariedade, com a história e com a atitude de cada indivíduo” (Zimmerman, 2000: 25).

Podemos assim descrever, de forma sucinta, uma série de mudanças psicológicas que eventualmente surgem no idoso, tais como:

- I. Decréscimo da auto estima e da auto imagem
- II. Limitações e dificuldades em se adaptar às perdas orgânicas, sociais e afectivas
- III. Diminuição da capacidade volitiva e desinteresse relativamente ao futuro
- IV. Dificuldade em acompanhar mudanças
- V. Dificuldade em aceitar novos papeis
- VI. Alterações do foro psíquico (depressão, isolamento, hipocondria somatização, suicídios).

- I. Decréscimo da auto estima e da auto imagem

O idoso sofre a acção de um conjunto de factores internos e externos que contribuem conjuntamente para uma baixa auto estima e auto imagem dentre os

quais se destacam respectivamente; alterações físicas com declínio de várias funções e desempenhos e a inactividade resultante da reforma.

II. Dificuldade em lidar e se adaptar a perdas orgânicas, sociais e afectivas

A acumulação de perdas (somáticas, materiais, afectivas, ...) em conjugação com as dificuldades em as substituir ou repor, é própria da senescencia.

III. Desinteresse e falta de motivação relativamente ao futuro

Por motivação entende-se o impulso que leva o indivíduo a actuar num determinado sentido, orientado na obtenção do prazer.

Existe na velhice uma diminuição na procura de estímulos, focalizando sua atenção no passado.

IV. Dificuldade em gerir mudanças

O idoso evita situações novas ou fora do habitual isto porque estas requerem a totalidade das suas capacidades que se encontram fisiologicamente diminuídas.

Geralmente tem preferência pelas rotinas já que tudo o que é novidade exige um esforço suplementar; como consequência assume muitas vezes comportamentos de inércia.

V. Dificuldade em se adaptar a novos papeis

A mudança de papel assume uma grande importância na saúde mental do idoso. A passagem de um papel tradicional utilitário, para o de um reformado menos expressivo, implica uma grande adaptação.

A adaptação exige um esforço e todas as potencialidades, recurso de carácter, bem como toda a abarcagem de conhecimentos e experiências. Todo este exponencial é necessário e determinante do que acontecerá na sua aceitação à velhice.

VI. Alterações psiquiátricas; depressão, isolamento, hipocondria somatização, suicídios, ...

Vários estudos internacionais revelam que 15% dos velhos necessitam de atendimento em saúde mental, sendo que 2% sofrem de quadros depressivos.

A solidão, o isolamento, a escassa autonomia e a intolerância social, concorrem para que o idoso desenvolva alguns distúrbios psicológicos.

As tarefas intelectuais que requerem um excelente funcionamento físico do organismo principalmente as que exigem velocidade ou boa memória tendem a entrar em declínio, mais por a modificação de certas funções do que com alterações da inteligência em si mesma.

Assim existem alterações cognitivas reconhecidas:

- Mudanças quanto á memória: a habilidade de relembrar acontecimentos por um breve período de tempo diminui com a idade, não acontecendo o mesmo relativamente á memória de longo prazo. O reconhecimento de velhos amigos ou de factos passados geralmente não é prejudicado.
- Habilidades perceptuais: algumas destas habilidades sofrem uma mudança sistemática em função da idade. Em alguns aspectos pode dizer-se que há uma certa semelhança entre o desempenho do idoso e das crianças. Por exemplo o idoso tende a reagir a algumas ilusões perceptivas da mesma maneira que as crianças pequenas.
- Vocabulário e raciocínio: a habilidade de raciocinar em busca de uma solução não é perdida contando que não lhe seja imposto um limite de tempo para a tarefa.

Evidentemente existem diferenças entre os indivíduos, quer no que diz respeito ao ritmo como á diminuição das habilidades e faculdades mentais.

Tais diferenças parecem advir em parte das experiências durante a juventude e meia-idade, mas também provêm parcialmente das diferenças na saúde física.

Freud dividiu os determinantes patogénicos envolvidos nos transtornos psíquicos em duas partes:

1. Os endógenos

2. Os exógenos

O equilíbrio psicológico do idoso depende basicamente, de sua capacidade de adaptação á sua existência presente e passada bem como das condições da realidade e do contexto que o envolvem. Há um postulado que resume de certa forma o que foi dito que é: “ a adaptação ao envelhecimento é função do equilíbrio entre as estruturas cognitivas e emocionais do sujeito (Berger, 1995:184).

Ser idoso não significa necessariamente ser doente. “O velho é como um vaso de cristal, qualquer coisa trinca” (Zimmerman, 2000:23).

Alguns idosos adoptam uma visão negativa da vida, desenvolvendo um ciclo vicioso de doença (Fig. 5).

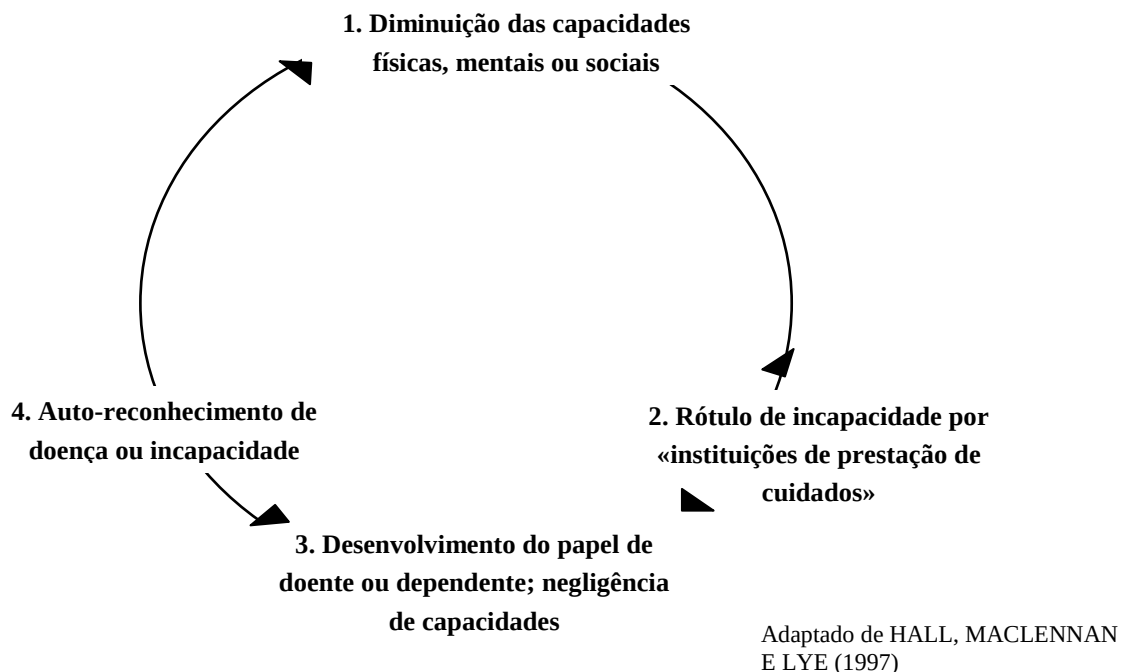


Figura 5 – Ciclo de Vida Negativo: um ciclo vicioso de doença no idoso

Por oposição há outros que encaram sua vida de forma mais positiva e saudável (Fig. 6)

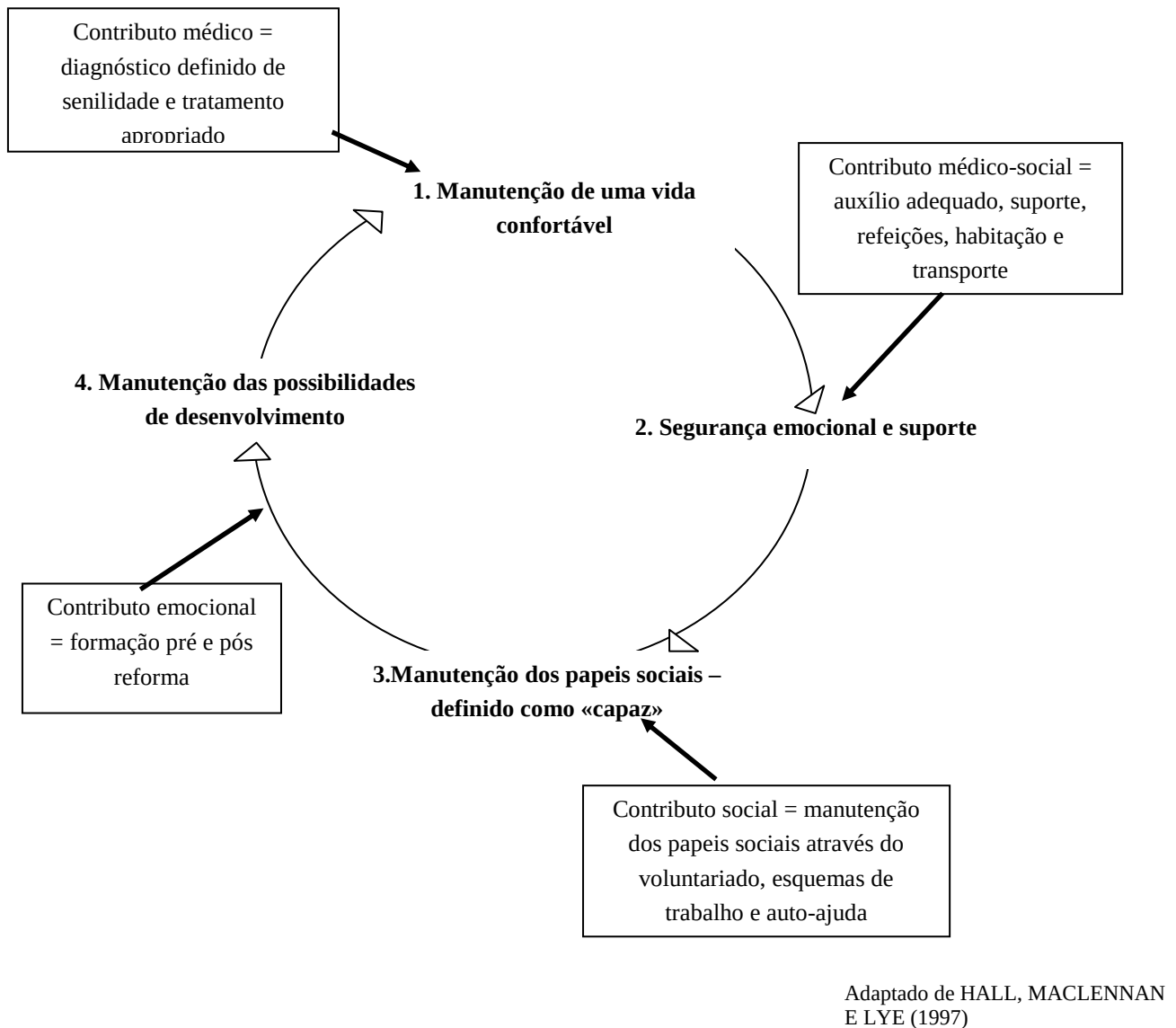


Figura 6 – Ciclo de Vida Positivo

Como se vê pelo esquema representado, para que se desenvolva um ciclo de vida positivo é necessário uma intervenção reconhecida por parte da sociedade e dos profissionais de saúde o que infelizmente nem sempre acontece.

O apoio e protecção ao idoso vão para além das medidas nacionais de saúde e sociais, centrando-se em grande medida em redes locais inter institucionais, entrelaçadas como elos de uma longa cadeia.

1.3. Envelhecimento Social

O envelhecimento social está intimamente relacionado com a diminuição ou perda do papel que o indivíduo desempenha na família e na sociedade.

As funções sociais do Homem tendem a diminuir com o envelhecer. Essa redução ocorre por imposição da sociedade ou muitas vezes por opção própria.

A sociedade Ocidental foi concebida em função do universo industrial, os equipamentos arquitecturais, sociais, administrativos, ritmo de vida, gestão do tempo e do espaço, não se adaptam aos idosos, foram pensados e construídos em função da produtividade e competitividade.

Nesta perspectiva de produção, lucro e utilidade há pouco ou nenhum espaço para o idoso.

A sabedoria e experiência adquirida ao longo dos anos não é suficientemente valorizada pela sociedade, pelo contrário, na maior parte das vezes o velho é considerado como um encargo e até um estorvo, não usufruindo de quaisquer privilégios de âmbito social.

Como não tem condições de competir, os idosos são esquecidos e marginalizados

Estas atitudes estigmatizadoras são ainda consubstanciadas por aquilo que Costa (1990) denomina por ***“inactividade pensionada.”***

Pode-se afirmar que em muitos casos a reforma constitui um “trauma” em vez de “libertação” já que a inactividade para que são empurrados gere sentimentos de dependência por diminuição do poder económico.

O equilíbrio do idoso e a sua adaptação ao meio depende principalmente dos seguintes factores: “

- A. Um contacto social suficiente
- B. Uma ocupação cheia de significado
- C. Uma certa segurança social
- D. Um estado de saúde satisfatório”

Cavan citado por Vargas

A. Na realidade o “**contacto social suficiente**” começa por ser negligenciado no seio da família.

Na maior parte dos casos o idoso é afastado e “empurrado” para uma posição que menos incomode. Este distanciamento afectivo por vezes culmina num afastamento geo espacial

B. Uma ocupação cheia de significado:

Conforme já foi citado o abrandar da vida profissional activa pode gerar consequências devastadoras nos planos familiares, profissional e social. Consequências estas que se reflectem no equilíbrio bio psico social do idoso fragilizado traduzindo-se frequentemente por somatizações ou descompensação de patologias existentes.

A relevancia da actividade profissional na determinação do valor social dos indivíduos é apontado por Lenoir (1989) quando se refere á relação directa entre hierarquia social e hierarquia profissional.

“A hierarquia das formas e dos graus de envelhecimento no campo das profissões parece reproduzir a hierarquia social e respeitar essa “hierarquia” até no interior das empresas” (Lenoir, 1989:67).

A reforma resulta numa primeira exclusão social visto que sublinha a não produtividade e a inutilidade económica e até uma certa dependência.

Para o idoso ter uma ocupação cheia de significado, a sociedade tem de abandonar esse mito de vitalidade jovial como máxima social.

C. Segurança social: a maior parte dos idosos vive com grandes restrições económicas.

O idoso tem dificuldade em gozar plenamente a sua vida visto os benefícios sociais serem parcos.

A insegurança social e a perspectiva de abandono futuro dos idosos têm crescido.

Cada vez mais se “depositam” velhos em lares privando-os de conforto ou consolo necessários para o resto de seus dias ou anos de existência.

D. Estado de saúde satisfatório: a sobreposição de valores estéticos e económicos sobre tantos outros valores, coloca o velho a um “canto” do evoluído mundo moderno.

Torna-se imperioso reconhecer e dar importância à velhice, desenvolver projectos e políticas que possibilitem e incrementem uma assistência à saúde na sua plenitude (física, psíquica, social) e em todas as suas vertentes (preventiva, curativa e de reabilitação).

Halbwach (1935) contesta o facto de a idade servir de princípio para a constituição de grupos socialmente reconhecidos. Este mesmo autor refere que a idade não é um dado imediato da consciência Universal: “um indivíduo humano isolado, privado de todas as relações com os seus semelhantes e sem apoio na experiência social, não saberá mesmo que vai morrer”. (Halbwach, 1935 cit por Lenoir 1989: 118).

“Quando uma pessoa rejeita assumir atitudes ou comportamentos previamente definidos pela sociedade como sendo próprios da velhice, “o olhar exterior” impele-a a interioriza-los. “O olhar exterior” procede a um apelo á ordem. Enuncia um princípio da realidade tanto mais sólido e razoável quem nem os dados, nem os factos que ele exhibe são inventados por ele. O sujeito tem muita dificuldade em se furtar durante muito tempo e sistematicamente.” (Karsz, 1998:36).

Karsz descreve a velhice como “o processo discursivo e institucional que visa uma adaptação tão perfeita quanto possível entre, por um lado um sujeito real e concreto que tem uma certa idade, um modo de vida (...) e por outro lado, um conjunto de representações, definições e dispositivos a partir do qual o dito sujeito é percebido e tratado, seja a configuração “velhice” a que é suposto ser eleito”. Ou ainda velhice é “a representação ideológica sob a qual as pessoas cronologicamente idosas são reconhecidas enquanto ilustrações animadas da velhice e por outro desconhecidas enquanto sujeitos de desejos inscritos em classes sociais determinadas.” (Karsz, 1998:45).

Mishara e Riedel desenvolveram um modelo social de envelhecimento onde estão descritas as etapas da vida, as tarefas a desempenhar e os tipos de relações familiares que caracterizam cada uma dessas etapas. Pela sua pertinência apresentaremos um quadro relativo às últimas quatro.

MODELO SOCIAL DO ENVELHECIMENTO (AS QUATRO ÚLTIMAS ETAPAS):

ETAPAS	IDADE	CRISE	TAREFAS	RELAÇÕES FAMILIARES
6. Idade adulta	45-65	Estabilidade da carreira Partida dos filhos	Estabilização da carreira Obrigações para com os filhos e o casal	Partida dos filhos que se tornaram independentes
7. Início da velhice	65-70	Reforma	Diminuição dos rendimentos desenvolvimento da capacidade de ocupar o tempo livre e de se adaptar a novos papéis	Aumento das interações num estado relativamente desprovido de papéis
8. Meio da velhice	70-74	Simbiose Viuvez	Perda de capacidades e desenvolvimento de mecanismos de adaptação Perda do cônjuge	Ruptura da díade fundamental
9. Fim da velhice	75 Anos	Invalidez Internamento em instituição	Perda da independência Internamento em instituição	Separação e isolamento crescentes

Quadro 1 – Modelo Social do Envelhecimento – Adaptado de Berger, L. Mailoux – Porier, D. (1995) in: Pessoas idosas uma abordagem Glogal

É notório que a partir dos 45 anos, as alterações de papel produzem efeitos quer nas próprias relações familiares quer nas relações sociais.

2. Teorias do Envelhecimento

Atingir a terceira idade depende de vários aspectos que ultrapassam os limites da mera contagem cronológica.

Cada indivíduo reage, vive e encara o avanço da idade de forma única.

Pela complexidade subjacente ao processo de envelhecimento e numa tentativa de o compreender cada vez melhor, têm sido divulgadas várias teorias que visam explicar ou clarear este fenómeno. A maioria, no entanto, carece de comprovação definitiva.

2.1. Teorias Biológicas:

As teorias biológicas do envelhecimento analisam a problemática sob o ponto de vista da degeneração da função e estrutura dos sistemas orgânicos.

De forma geral podem ser classificadas em duas categorias:

- Genético-desenvolvimentistas (teorias sistémicas)
- De natureza estocástica

As primeiras entendem o envelhecimento no contexto de um *continuum* controlado geneticamente e talvez programado.

As de natureza estocástica defendem que o processo depende principalmente da acumulação de agressões ambientais as quais atingem um nível incompatível com a manutenção das funções orgânicas e da vida.

Apontaremos apenas quatro dessas teorias mais divulgadas:

Teoria da interacção celular: sugere que as células do organismo de um indivíduo são influenciadas por outras células; se não funcionarem harmoniosamente, o mecanismo de retroacção falhará e as células degenerarão (Berger, 1994).

Teoria da mutagenese somática: estabelece que á medida que as células se dividem desenvolvem mutações espontâneas que conduzem á morte (Kane et al, 1994).

Teoria do acidente por erro: postula que ocorrem erros no ácido desoxirribonucleico (DNA), no ácido ribonucleico (RNA) e na síntese das proteínas. Cada erro aumenta o outro e culmina num acidente por erro.

Teoria da deterioração: esta teoria sustenta que assim como as partes das máquinas se desgastam, também as partes do corpo se deteoram com o uso. De acordo com esta teoria, nós desgastamos os nossos corpos apenas por viver.

2.2. Teorias Psicossociais

Ao envelhecer o Homem torna-se mais desperto para o que se passa em si, ao seu mundo interior, suas emoções e sentimentos alienando-se progressivamente do mundo exterior. Jung denomina este processo de “introversão” e Neugarten de “interiorização”.

Todas as teorias sobre o desenvolvimento psicológico dos idosos, são coerentes com este conceito de introversão.

Neri (2002) apresenta três paradigmas que fundamentam uma multiplicidade de teorias psicológicas do envelhecimento, são eles os paradigmas:

- ◆ da mudança
- ◆ contextualista
- ◆ do desenvolvimento ao longo de toda a vida (life-span)

As teorias fundamentadas no primeiro paradigma afirmam que o desenvolvimento é organizado por eventos de natureza ontogenética, descrevendo-o por etapas que seguem a seguinte tendência:

Crescimento ⇒ estabilidade ⇒ declínio

(esta última etapa é relativa ao envelhecimento).

Em relação ao segundo paradigma as teorias preconizam a velhice como resultado de uma mútua influência entre o indivíduo e o meio social.

As teorias fundamentadas no paradigma de “life-span” descrevem o envelhecimento como fruto da interacção do organismo com o ambiente, ambos activos e em mudança, numa tensão constante.

Teoria do desprendimento: esta teoria da exoneração (Cumming & Henry, 1961) sustenta que a sociedade e os indivíduos se desprendem num afastamento mútuo, permitindo a cada indivíduo investir em actividades mais centradas em si próprio e introduzir o equilíbrio neste estágio de vida.

Os seus autores afirmam que *“...as pessoas idosas mostram tendência natural para reduzirem os seus contactos sociais, processo este que é intrínseco e não imposto pela sociedade, e que começa pela sexta década da vida. O idoso experimenta, afirmavam, uma progressiva redução do seu envolvimento afectivo com o meio ambiente, a começar pelas áreas mais periféricas; a diminuição na quantidade e qualidade das trocas sociais acompanha-se de uma contracção do “espaço de vida” (cit. Barreto, 1988:166).*

Relativamente ao processo de desligamento voluntário ou não, existem evidentes diferenças de indivíduo para indivíduo associadas a diversos factores ou situações tais como: *“...doença, viuvez, ou reforma obrigatória. Se o primeiro parece benéfico, já o segundo se acompanha geralmente de insatisfação. O isolamento social ora coexistia com moral elevado, ora noutros casos com pessimismo” (Mesmos autores:166).*

Teoria da actividade (Havighurst e Albrecht): estabelece que as pessoas idosas necessitam e querem envolver-se em várias actividades. Os novos envolvimento assumem o lugar das mudanças que provêm do envelhecimento e dos papéis perdidos com a reforma. Para envelhecer bem, o velho terá que desenvolver novos papeis ou então descobrir meios para conservar os antigos. (Berger 1994: 191; Golfand, 1994).

Para Paul (1996) esta teoria *“...constitui o modelo básico para a elaboração de programas e políticas administrativas das actuais instituições de idosos. O idoso que envelhece de uma forma óptima é o que permanece activo, encontrando substitutos para as actividades que teve de abandonar, para as amizades que perdeu.” (Paul, 1996:17).*

Teoria da continuidade: cada idoso adapta-se, em grande parte, da mesma forma como se adaptava ao período antecedente. Neste sentido o envelhecimento é visto como uma continuação da vida anterior e não como um período separado (Mesmos autores).

O envelhecimento faz parte integrante do ciclo de vida “...os seus hábitos de vida, as suas preferências experiências e compromissos adquiridos e elaborados durante a sua vida. Deste modo, a conduta de um indivíduo numa determinada situação mantém-se idêntica ao seu comportamento anterior.” (Berger, 1995: 105).

Teoria da permuta: o idoso é o resultado da sua experiência e da sua história; “troca” este conhecimento por uma posição de aceitação e respeito por parte de indivíduos mais novos (Golfand, 1994).

Teoria humanista: considera a pessoa como única, auto determinada, merecedora de respeito e orientada por uma variedade de necessidades básicas humanas (Berger, 1994).

De acordo com Maslow, o comportamento é motivado por necessidades universais que vão desde as mais básicas (comida, sono, segurança, ...), até á necessidade mais elevada de auto actualização. Se as primeiras não forem satisfeitas, a auto actualização não pode ser atingida (Maslow, 1968). Rogers acreditava que o processo de uma pessoa se tornar um adulto plenamente funcional é ajudado, ao longo da vida, por aqueles que são importantes para ele.

Teoria interpessoal: de Harry Stack Sullivan (1956), implica o desenvolvimento de uma relação interpessoal satisfatória como sinal de maturidade. À medida que essas relações se vão perdendo, o indivíduo sente insegurança.

No tocante ás **teorias sociológicas**, Siqueira (2002) classifica-as a partir de um critério temporal ou de gerações:

- **Teorias da 1ª geração:** o envelhecimento é considerado como fenómeno não dependente do contexto e dos factores sociais.
- **Teorias da 2ª geração:** a velhice é enfatizada como categoria social, ou seja como resultado da organização da sociedade.

➤ **Teorias da 3ª geração:** concebem uma influência mútua e activa entre os idosos (como actores sociais) e a estrutura social quanto às formas de atribuir significados ao processo de envelhecer.

O conhecimento do envelhecimento nos seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais tem toda a pertinência para os cuidadores e profissionais que trabalham com o idoso.

Possibilitou ainda a definição de uma política de velhice e o estabelecimento de um Plano Gerontológico Nacional que está a ser posto em prática. No referido documento (Programa Nacional Para a Saúde Das Pessoas Idosas, 2006) pode ler-se o seguinte: "este Programa pretende, através da operacionalização das suas estratégias, contribuir para a promoção de um envelhecimento activo e saudável ao longo de toda a vida e para a criação de respostas adequadas às novas necessidades da população idosa..." (PNSPI, 2006:14), prova que tal seja uma realidade efectiva pois esse é de facto o nosso alvo.

3. Alguns Estereótipos sobre Idosos

O mundo social e humano, dificilmente se nos apresenta, em sua crua realidade objectiva e objectual, sem possuir adjectivações (frequentemente estereotipadas), porque o estereótipo é precisamente uma percepção extremamente simplificada e geralmente com ausência de matrizes. Na medida em que o conhecimento humano não é capaz de ser sempre complexo, flexível e crítico podemos dizer que tendemos a cair no estereótipo (Castro, et al, 1999).

A sociedade actual tem constantemente infligido flechas dilacerantes contra o velho; diminuindo-o, apartando-o renunciando-o em prole do que é novo, vigoroso e sobretudo lucrativo.

Podemos dizer que os estereótipos são: "uma representação social sobre traços típicos de um grupo, categoria ou classe social" (Ayesteran & Pâez, 1987). Não permitem o reconhecimento da unicidade, da reciprocidade, duplicidade e o despotismo em determinadas situações.

Lippman (cit por Castro et al., 1999) entende-os como “pré concepções rígidas, mais ou menos falsas e irracionais”. No fundo são generalizações e simplificações de crenças acerca de um grupo de pessoas ou de objectos, podendo ser de natureza positiva ou negativa.

São formas discriminatórias que ditam aos indivíduos significados ou comportamentos que eles devem ter ou vir a ter.

Ao processo de estereotipia e discriminação sistemática contra pessoas porque são velhas denomina-se ancianismo (Staab & Hodges, 1998).

Diariamente deparamo-nos com uma visão gerontofóbica, reduzida e categorizada, atribuindo ao velho comportamentos ou condutas esperadas. Esta visão contribui para o agravamento da sua auto-imagem perturbando e prejudicando o processo de desenvolvimento do envelhecimento.

Ao categorizar as pessoas como jovens e velhas, a sociedade estabelece atributos para os seus membros. A presença ou a ausência desses atributos determinam o grau de aceitação social (Goffman, 1988).

Desenvolve-se assim um processo de alienação de si e do outro, decorrente de pré concepções que segundo o mesmo autor são transformadas em “expectativas normativas, em exigências apresentadas de modo rigoroso” (Goffman, 1988:12).

Devido á constantes mudanças sócias, o idoso cada vez mais é rotulado de improdutivo e de inútil, ao contrário da abordagem antepassada em que ele era tido como uma personagem fulcral no seio de sua família, sendo respeitado, honrado e agraciado pela presença de seus familiares próximos.

Enumeraremos catorze estereótipos mais frequentes relativamente aos idosos, que foram identificados aquando da realização de um estudo na Université de Montreal por Champagne e Frennet (Cit. por Dinis, 1997), representados no quadro 2.

Quadro 2 – Alguns estereótipos sobre idosos

Estereótipos sobre idosos (Champagne & Frennet)	
1.	Os idosos não são sociáveis e não gostam de se reunir
2.	Divertem-se e gostam de rir
3.	Temem o futuro
4.	Gostam de jogar as cartas e outros jogos
5.	Gostam de conversar e contar as suas recordações
6.	Gostam de apoio dos filhos
7.	São pessoas doentes que tomam muita medicação
8.	Fazem raciocínios senis
9.	Não se preocupam com a sua aparência
10.	São muito religiosos e praticantes
11.	São muito sensíveis e inseguros
12.	Não se interessam pela sexualidade
13.	São frágeis para fazer exercício físico
14.	São na grande maioria pobres

Adaptado de Berger, L. Mailoux – Porier, D. (1995) in: Pessoas idosas uma abordagem Glogal

A análise destes “ dados” permite-nos afirmar que a maioria destes estereótipos estão relacionados com factores socio-económicos e não com características específicas do envelhecimento. Reflectem muitas vezes o desconhecimento acerca do processo de envelhecimento e influenciam a forma como a sociedade interage com a pessoa idosa e até a maneira como o velho encara a sua situação pela dificuldade em reconhecer e desenvolver suas potencialidades.

4. Cuidados de Saúde Primários

Neste capítulo iremos debruçar-nos um pouco sobre a problemática dos cuidados de saúde primários.

Consideramos esta abordagem pertinente na medida que o sector da saúde sobre o qual recai o nosso estudo ser o Centro de Saúde.

Assim iniciaremos com uma pequena resenha histórica acerca da evolução deste tipo de cuidados e dos vários conceitos implícitos.

Com uma “macro” visão, faremos um breve apontamento sobre a realidade portuguesa, remetendo-nos posteriormente á evolução dos centros de saúde propriamente ditos. Daremos então um destaque aos cuidados domiciliários preconizados nestes serviços. Isto porque nos interessa conhecer e/ou perceber qual o significado que o idoso atribui a este tipo de assistência.

4.1. Cuidar como Conceito Teórico

Desde que surgiu a vida que é necessário mantê-la e preservá-la.

O Cuidar aparece como instrumento único para alcançar esse objectivo. “Velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de actos que tem por fim e por função, manter a vida dos seres vivos com o objectivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida do grupo” (Collière, 1989: 2).

O nascimento, doença e morte, foram sempre questões sobre as quais as pessoas se preocuparam.

Em íntima relação com a natureza o Homem acreditava no animismo da mesma, atribuindo aos fenómenos naturais causas de enfermidades. A prevenção e cura passavam então por crenças e práticas supersticiosas.

A maioria dos acontecimentos e doenças eram atribuídas a causas sobrenaturais com espíritos malignos, pelo que o seu afastamento através de ritos, encantamentos, exorcismos, era absolutamente necessário para a obtenção de cura (Donahue, 1985).

Este saber mágico ia se complexificando e era transmitido aos membros do clã. Surgem assim indivíduos que por estarem em contacto directo com os espíritos ou por possuírem uma percepção especial eram considerados superiores em relação aos outros apenas por serem detentores de grande conhecimento esotérico.

Estas práticas foram assumindo um cariz religioso transformando seus seguidores na “pessoa sagrada”, o curandeiro ou sacerdote – médico.

Mas estas práticas extrapolaram o domínio dos referidos “mestres”, em pouco tempo começaram a ser desenvolvidas por mulheres “bruxas” que aplicavam os tratamentos, desenvolviam actividades no sentido de baixar a febre,

tratavam dos ferimentos e comprovavam a qualidade dos medicamentos (muitas vezes plantas desagradáveis para exercer uma acção repugnante sobre os espíritos, bem como de purgantes e êméticos).

Neste contexto pouco claro e confuso, terá surgido o “cuidador” (enfermeiro) numa relação pouco clara com o sacerdote-médico (enfermeiro auxiliar do médico? Ou cuidador que prescrevia ervas e tratamentos mais simples?).

O aparecimento e evolução do conceito de Enfermagem, surgiu em primeiro lugar com o conceito de enfermeira – mãe depois de enfermeira mulher e por último o de Enfermagem, parte vital da sociedade simultaneamente interrelacionada e bem diferenciada da Medicina.

Num sentido genérico Cuidar, refere-se, segundo Alcón (1988), aos actos de assistência, de suporte, de ajuda, de conservação, que facilitem a indivíduos ou grupos com necessidades, poder melhorar as suas condições de vida ou antecipar-se a essas necessidades. Tudo numa relação de participação.

No quadro 3 fizemos uma pequena resenha histórica acerca da evolução dos cuidados de saúde da população, os quais desde a antiguidade constituíram uma preocupação para muitos povos.

Quadro 3 – Resenha Histórica da Evolução dos Cuidados de Saúde

Egípcios <i>Era Pré Helénica (cerca de 1000 anos A.C)</i>	Usaram princípios baseados na observação e em conhecimentos empíricos. Conheciam um grande nº de fórmulas farmacêuticas. Construíram canais para evacuar as águas residuais bem como depósitos com argila para conservarem a água. Grande sentido de limpeza pessoal.
Hebreus <i>Era Pré Helénica</i>	No Antigo testamento encontra-se reflectido o Código de Saúde Mosaico dos Hebreus. Havia um certo asseio pessoal; separação dos leprosos; desinfecção das casas após a doença; eliminação de águas residuais; protecção de águas e alimentos; higiene da maternidade. As mulheres hebraicas já participavam em programas cuidadosamente planeados para visitar pessoas doentes nas suas próprias casas e cuidar delas trazendo alívio físico e espiritual (Rosen, 1958).
Gregos <i>Período helénico</i>	Os Gregos criaram um código de ética médica. Hipócrates destacou-se sendo descrito como o pai da medicina. Ele relacionou a saúde com o equilíbrio dos indivíduos e o ambiente (Kalisch e Kalisch, 1986). Na Grécia Antiga as grandes cidades tinham médicos e pagavam pelos seus serviços com fundos públicos (Rosen, 1958). Grande desenvolvimento da higiene pessoal; preconizavam algumas dietas alimentares.
Império Romano	Segundo Pellegrino (1963), os Romanos viam a Medicina numa perspectiva de Saúde Pública e de Medicina Social. Desenvolveram-se serviços de saúde comunitários. Manifestavam preocupação com a higiene pessoal e desenvolveram engenharia sanitária; construção de banhos públicos; rede de distribuição de água (aquedutos). No auge deste império as mulheres visitavam e cuidavam de pessoas doentes. Quando se tornou impraticável abrigar os doentes nos conventos criaram Hospitais “especiais”.
Idade Média <i>(500-1500 anos dc.)</i>	Houve uma reacção contra tudo o que recordava o império romano. Abandonaram a prática do banho; descuido completo do saneamento; acumulação de lixo. Com as cruzadas, peregrinações e contactos comerciais, a lepra e a peste bubónica são realidades, as medidas tomadas são as medidas de quarentena e os cordões sanitários em terra. A saúde pública como actividade organizada e a cargo do governo inicia-se no século XIV porém nos séculos posteriores pouco evoluiu.
Renascimento	Começou-se a acreditar no Humanismo. A dignidade e o valor humano começaram a influenciar a prática de saúde. Os Hospitais tornaram-se sítios não só para tratar mas também para ensinar medicina. Maior conhecimento da epidemiologia das doenças infecciosas prevalentes.
Idade Contemporânea	Descoberta da vacina da varíola em 1798; em 1842 melhoria do saneamento. Criação de um corpo médico destinado exclusivamente à protecção da saúde da população e ao desenvolvimento de acções no âmbito da saúde materno-infantil.

4.2. Evolução do Conceito de Saúde Pública/ Saúde Comunitária

Do século XIX, até à segunda metade do século XX – a era bacteriológica – (Pasteur, Kock, Florence Nightingale), deu-se um grande avanço no conhecimento da epidemiologia das doenças transmissíveis. Cada vez mais se valorizava a saúde individual e grupal no sentido de englobar e responsabilizar toda a comunidade e sociedade em geral.

Em 1920, Winslow define Saúde Pública como sendo “a ciência e a arte de impedir as doenças, prolongar a vida, fomentar a saúde e a eficiência física e mental, mediante esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio, controlo das doenças transmissíveis, educação sanitária, organização dos serviços médicos e de Enfermagem, desenvolvimento de mecanismos sociais que assegurem ao individuo e á comunidade um nível de vida adequado à conservação da sua saúde.”

Em 1977, na 30ª Health Assembly da OMS foi lançado um grande desafio: atingir um nível de saúde que permitisse a todos os cidadãos do mundo terem vidas produtivas quer a nível económico quer social.

Um ano mais tarde (1978), na Conferência Internacional realizada em Alma Ata, determinou-se que este objectivo seria alcançado através dos cuidados de saúde primários. Esta resolução foi denominada “Saúde para Todos no ano 2000” (Stanhope, 1999).

Segundo a Declaração de Alma Ata (1978), os cuidados de saúde primários consistem na “prestação de assistência de saúde essencial, baseada em métodos e técnicas práticas, apropriadas sob o ponto de vista científico e aceitáveis socialmente, posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias das comunidades, com a sua inteira participação, e que possa ser financeiramente mantida pelo país e pela comunidade, em todas as fases do seu desenvolvimento, num espírito de auto responsabilidade e auto determinação” (Declaração de Alma Ata, 1998:2).

Ainda Stanhope (1999), refere que estes cuidados terão de ser globais, isto é abrangerem serviços de saúde pública, prevenção, diagnóstico e

reabilitação. Intervêm assim nos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária), (quadro 4).

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

NÍVEL DE PREVENÇÃO	OBJECTIVOS	ACTIVIDADES
PRIMÁRIA	Prevenir o aparecimento de doença Diminuir a probabilidade de ocorrência de uma doença específica	Actividades de promoção de saúde em geral Medidas de protecção específica
SECUNDÁRIA	Detectar e tratar precocemente a doença (diagnóstico precoce)	Essencialmente actividades de prevenção de doença
TERCIÁRIA	Limitação da incapacidade e reabilitação no sentido de prevenir a progressão da doença Manutenção da mais elevada qualidade de vida quando o processo de doença é irreversível	Actividades de reabilitação

Quadro 4 – Níveis de Prevenção dos Cuidados de Saúde Primários

Todas estas actividades são desenvolvidas em conjunto e em cooperação com o utente/ família. Não são unidireccionais enfermeiro utente mas pensadas e reavaliadas sistematicamente com o receptor de cuidados.

Para Collière (1989), quando se fala de cuidados de saúde primários, não se trata de ensinar às pessoas, mas sim de apreender a descobrir com elas. Para tal é necessário estar com elas, ouvi-las e faze-las participar naquilo que é o processo de cuidar. Há que mobilizar conhecimentos, adoptar e criar estratégias no sentido de promover o auto cuidado.

Martin (1984), afirma que Saúde Pública, deve referir-se ao “*nível da saúde das comunidades e das sociedades humanas. Aos determinantes sociais que produzem os estados de saúde/doença, ao planeamento de recursos e*

actividades no sentido de modificarem favoravelmente a situação, com a participação organizada e consciente da comunidade.”

O conceito actual de Saúde Pública pressupõe intervenções multisectoriais coordenadas que visam melhorar a saúde e o bem-estar.

Para além dos aspectos contemplados na saúde pública a Saúde Comunitária implica também a participação real da população na melhoria da sua saúde. Os membros de uma colectividade geográfica ou social, devem reflectir em comum sobre os seus problemas de saúde expressando as suas necessidades prioritárias e participando activamente no planeamento, execução e avaliação das actividades que podem dar resposta a essas prioridades.

Podemos então definir saúde comunitária como sendo “a satisfação de necessidades colectivas, através da identificação de problemas e gestão de interacções dentro da comunidade e entre a comunidade e a sociedade alargada” (Stanhope, 1999:315).

A OMS (1974) refere que comunidade é “... *um grupo social determinado por limites geográficos e/ou por valores e interesses comuns. Os seus membros conhecem-se e interagem uns com os outros. Funciona dentro de uma estrutura social particular, exhibe e cria normas, valores e instituições sociais*”.

A maior parte das definições sobre o conceito de comunidade engloba três dimensões:

- Individual (habitantes da comunidade)
- Local (relacionada com a dimensão geográfica e temporal)
- Função (finalidades e actividades da comunidade)

Consideraremos a definição de Stanhope (1999), “*comunidade é uma entidade num local, composta por sistemas de organizações formais que reflectem as instituições sociais, os grupos informais, e os seus agregados. Estes componentes são interdependentes e a sua função é ir ao encontro de uma grande variedade de necessidades colectivas*”. (Stanhope, 1999:312). Neste conceito estão presentes as três dimensões (individual, local e funcional), contemplando também a teoria sistémica visto estarem implícitas a interacção e interdependência entre os vários sistemas de uma comunidade.

A **Enfermagem Comunitária** é uma síntese das várias especialidades da prática da enfermagem e da saúde pública com o objectivo de promover e preservar a saúde da população.

A natureza desta prática é geral e aborda muitos aspectos.

- ♦ não se limita a um grupo ou a um determinado diagnóstico,
- ♦ é contínua e não episódica,
- ♦ a responsabilidade dominante é da população como um todo. (...) a enfermagem é dirigida aos indivíduos, às famílias ou a grupos, contribui para a saúde da população total.

4.2.1. Evolução dos Cuidados de Saúde em Portugal

Em Portugal, o desenvolvimento dos serviços assistenciais foi lento, tendo-se processado por quatro fases tal como refere Gonçalves Ferreira (1990: 47). (ver quadro 5)

Evolução Portuguesa até aos descobrimentos

FASE-0 (Fase inicial)	Algumas práticas de ordem caritativa de base religiosa.
FASE – 1 Início de organização de serviços	Instituições locais caritativas do tipo de albergarias (por intervenção de rainhas).
FASE – 2 Diferenciação funcional dos serviço criados	Separação progressiva das instituições assistenciais de cuidados no ambulatório das instituições incipientes de internamento.
FASE – 3 (Fase final) Próxima do início de época dos descobrimientos	Especialização de acções curativas e reorganização estrutural e funcional dos meios curativos, especialmente dos hospitais,

Quadro 5 – A realidade Portuguesa até à época dos Descobrimentos

De difícil implementação, a defesa da saúde pública aparece desde cedo

como preocupação crescente das autoridades responsáveis (ver quadro 6 - Evolução dos cuidados de saúde em Portugal)

Evolução dos cuidados de saúde em Portugal

1461	Na lei de 23 de Abril de 1461, concretiza-se a separação rigorosa dos serviços médicos dos de farmácia.
1498	Em 15 de Agosto de 1498, D. Manuel inaugura a primeira Misericórdia, (à medida que as Misericórdias se expandiam, iam-lhes sendo entregues os serviços hospitalares).
1580	Dá-se a promulgação do Regimento do Provedor – mor de Saúde, por D. João III (organiza os “cabeças de saúde”), com atribuições importantes no campo das regras de higiene das populações e limpeza periódica das localidades.
1707	O decreto de 15 de Dezembro de 1707, é o primeiro esboço de administração sanitária para o conjunto do País.
1813	O decreto de 26 de Agosto de 1813, criou a Junta de Saúde, composta pelo Provedor – mor, seis médicos e vários elementos administrativos.
1820	A Comissão de Saúde, vem substituir a Junta de Saúde constituída por um médico, um desembargador e um chefe de esquadra, com atribuições amplas para executar o determinado àquela junta e propor um plano de polícia sanitária para o País.
1837	Regulamento do Conselho de Saúde (leis de saúde pública), para inquirir sobre o estado sanitário das instalações e funcionamento.
1851	Início das Conferências Internacionais Sanitárias.
1898	Surge a Assistência Nacional aos Tuberculosos, onde inclui a Liga Nacional contra a Tuberculose com o objectivo de educar as populações sobre os cuidados a ter na prevenção da doença.
1901	Em 24 de Dezembro de 1901, é publicada a Reforma dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, sendo criados cursos de ensino sanitário, a Inspeção-geral Sanitária e o Conselho Superior de Higiene Pública.
1911	A 9 de Fevereiro de 1911 é criada a Direcção-Geral de Saúde.
1926	Com o Decreto nº 12477, de 12 de Outubro de 1926, suprimem-se as delegações de saúde nos distritos e é dada maior independência às autoridades sanitárias concelhias.
1937	Em 3 de Janeiro de 1937, foi publicado o decreto ditatorial de Passos Manuel, que criou na dependência do Ministério do Reino o Conselho de Saúde Pública.
1938	Organização Mundial de Saúde.
1946	Foi publicado o Decreto-Lei nº35311, de 25 de Abril de 1946, que constitui a Federação das Caixas de Previdência.
1958	O governo cria o Ministério da Saúde.

Quadro 6 – Evolução dos Cuidados de Saúde em Portugal

4.3. Evolução dos Centros de Saúde

Branco e Ramos (2001) referem que, a evolução dos cuidados de saúde primários em Portugal nos últimos trinta anos conheceu quatro fases:

Fases	Evolução
1ª Fase	Desde 1971 até ao período revolucionário (1974-1975)
2ª Fase	Período de 1975 até 1982- Criação do Serviço Médico à periferia
3ª Fase	A partir de 1983 - os centros de saúde integrados e a expansão do Sistema Nacional de Saúde (SNS), criado 1979
4ª Fase	Actualidade - Transição

Quadro 7 – Etapas Evolutivas dos Cuidados de Saúde Primários

Em 1971, houve a reforma da saúde e assistência, que se acompanhou da nova estruturação dos serviços de saúde, conforme os Decretos-Lei – 413/71 e 414/71. O primeiro (Decreto-Lei 413/71) é conhecido por Lei Orgânica do Ministério da Saúde, o segundo (Decreto-Lei 414/71), estabelece as carreiras profissionais do pessoal de saúde.

Os mesmos autores referem ainda que nesta altura (1971), foram criados os primeiros centros de saúde – **os centros de saúde de primeira geração**, associados ao que então se entendia por saúde pública.

Estes centros de saúde actuavam a nível da prevenção e acompanhavam alguns grupos de risco. O tratamento da doença aguda e os cuidados curativos ocupavam um espaço diminuto no conjunto das suas actividades, sendo que estes últimos eram prestados predominantemente nos postos clínicos dos serviços médico – sociais das caixas de previdência.

Assim durante alguns anos coexistiram dois estilos de prática:

- Uma prática de saúde comunitária com objectivos de promoção da saúde e actuação programada por valências, com preocupações explícitas de qualidade nos processos;
- Uma prática de cuidados imediatos, de resposta à procura expressa dos doentes, traduzida em elevado número de consultas, visitas

domiciliárias e tratamentos de enfermagem, sem planeamento por objectivos de saúde e sem preocupações explícitas de natureza qualitativa.

Estes dois estilos teoricamente contraditórios, eram complementares em termos de necessidades de saúde e de expectativas dos utentes.

A segunda geração de centros de saúde teve início em 1983, após a criação do SNS e da nova carreira de clínica geral. Integrou os primeiros Centros de Saúde com numerosos postos das antigas “caixas”.

Foram criados os chamados Centros de Saúde integrados, resultantes da simples mistura das principais vertentes assistenciais extra hospitalares preexistentes (centros de saúde, postos dos serviços médico – sociais e hospitais concelhios).

A nível central, este processo de fusão de duas linhas de serviços conduziu à criação da **Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários**.

A Lei de Bases da Saúde (Decreto-Lei nº 48/90 de 24 de Agosto de 1990) definiu o papel do SNS num contexto mais alargado de sistema de saúde, assistindo-se à regionalização do mesmo. Foram estabelecidas cinco regiões administrativas de saúde (Administrações Regionais de Saúde). Esta legislação também tinha como objectivo incentivar o sector privado incluindo a gestão privada de instituições de saúde.

Em 1999, o Decreto-Lei nº 286/99, de 27 de Julho, reorganizou os Serviços de Saúde Pública tomando como referência o enquadramento legislativo sobre os **“Centros de Saúde de Terceira Geração”**.

4.3.1. Serviço Nacional De Saúde

Actualmente, a rede de prestação de cuidados de saúde primários é constituída:

- Pelos Centros de Saúde integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS),
- Pelas entidades do sector privado, com ou sem fins lucrativos, que prestem cuidados de saúde primários a utentes do SNS nos termos de

contratos celebrados ao abrigo da legislação em vigor,

- Por profissionais e agrupamentos de profissionais em regime liberal, constituídos em cooperativas ou outras entidades, com quem sejam celebrados contratos, convenções ou acordos de cooperação.

Pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, foi aprovado o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Este permitiu implementar o conceito de unidades integradas de cuidados de saúde, formadas pelos hospitais e grupos personalizados dos centros de saúde de determinada zona geográfica, estabelecendo o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS).

Os SLS têm como principal função, a promoção da saúde, a continuidade da prestação de cuidados e a racionalização dos recursos da respectiva área de influencia geográfica.

4.3.2. Centro de Saúde

Cada centro de saúde, como afirma Jorge Simões, (2004) dá resposta nos cuidados básicos à população do concelho onde se localiza e organiza-se, em conjunto com as suas extensões. Pode dispor das seguintes unidades funcionalmente integradas:

- ◆ Unidade de cuidados médicos;
- ◆ Unidade de apoio à comunidade e de enfermagem;
- ◆ Unidade de saúde pública;
- ◆ Unidade de gestão administrativa;
- ◆ Serviço de Atendimento Permanente (SAP): atendimento a utentes em situação de urgência;

Relativamente à autonomia dos centros de saúde pode dizer-se que é total, (quer a nível técnico, administrativo e financeiro) sendo a respectiva gestão e actividades supervisionadas pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS) (considerações impostas pelo Ministério da Saúde).

Sendo assim, *“cabe aos Centros de Saúde promover, simultaneamente, a saúde e a prevenção da doença, bem como a gestão dos problemas de saúde, agudos e crónicos, tendo em conta a sua dimensão física, psicológica, social e cultural, sem discriminação de qualquer natureza, através de uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a sua família e a comunidade em que se insere”* (Decreto-Lei n.º 60/2003 de 1 de Abril, 2003).

4.3.3. Unidade de Saúde Familiar

Segundo o Despacho Normativo nº 9/2006, e de acordo com o n.º 1 da base XIII da Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, «o sistema de saúde assenta nos cuidados de saúde primários, que devem situar-se junto das comunidades». Nesta perspectiva, o Programa do XVII Governo Constitucional dá particular atenção à reorganização dos cuidados de saúde primários, realçando a sua importância para uma prestação de cuidados de saúde aos cidadãos mais próxima, adequada, efectiva e eficiente.

O Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, veio estabelecer o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, estruturando-os em unidades funcionais, com especial ênfase para a unidade de saúde familiar (USF). Tendo por base equipas multiprofissionais (constituídas por especialistas em medicina geral e familiar, enfermeiros, administrativos e outros profissionais de saúde), estas (USF) serão a “célula organizacional elementar de prestação de cuidados de saúde”.

As USF devem orientar as suas actividades pelos seguintes princípios:

- Conciliação – asseguram a prestação de cuidados de saúde personalizados, sem descurar os objectivos de eficiência e qualidade;
- Cooperação – para a concretização dos objectivos da acessibilidade e continuidade dos cuidados de saúde;
- Solidariedade – expressa na responsabilidade que cada elemento da equipa assume ao garantir o cumprimento das obrigações dos demais;
- Autonomia – assenta na auto-organização funcional e técnica, visando o cumprimento do plano de acção;

- Articulação – estabelece a necessária ligação entre as actividades desenvolvidas pelas USF e as outras unidades funcionais do centro de saúde ou da unidade local

4.3.4. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Com as alterações legislativas promovidas pelo XV Governo Constitucional e seguindo numa perspectiva de evolução do Serviço Nacional de Saúde (SNS) surge o Decreto-Lei n.º 281/2003 de 8 de Novembro. Este visa a criação de uma rede de cuidados continuados de saúde, constituída para o efeito por todas as entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas à prestação de cuidados de saúde.

O Ministério da Saúde pelo despacho nº 23 035/2005 (2ª série) de 10 de Agosto criou o Alto Comissariado da Saúde, tendo por fim a articulação das políticas de preparação e execução do Plano Nacional de Saúde e de programas específicos de âmbito nacional que o integram.

Prevê-se que em 2050, a proporção da população idosa, no total da população portuguesa, passará dos actuais 17% para 32,3%, sendo que o número de pessoas de 80 e mais anos quase triplicará, passando o seu peso de aproximadamente 3,8% para 10,7%. Neste contexto, a necessidade de cuidados de saúde de longa duração, também designados “cuidados continuados”, assume uma importância decisiva na nossa sociedade.

Por tudo isto, haverá necessidade de desenvolver novas formas organizacionais capazes de assegurar o acompanhamento e o tratamento global dos doentes, das pessoas idosas e dos cidadãos em situação de dependência.

O desenvolvimento de um sistema de cuidados continuados para idosos e/ou pessoas dependentes é uma das prioridades inscritas no Programa do XVII Governo Constitucional e no Plano Nacional de Saúde.

A implementação de uma rede nacional de cuidados continuados visa apoiar e reforçar as respostas já existentes, alargando e adequando as redes comunitárias de apoio para a prática integrada desses cuidados, sendo absolutamente necessária a articulação entre centros de saúde, hospitais,

unidades de cuidados continuados e paliativos, serviços e instituições de apoio social.

A Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e dos Cidadãos em Situação de Dependência irá dar seguimento ao trabalho desenvolvido pela Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, criada pela Resolução de Conselho de Ministros nº 84/2005, de 27 de Abril.

O Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Esta oferta de cuidados de saúde prevê a sua coordenação em três níveis distintos de operacionalização, designadamente:

- Coordenação Nacional,
- Equipas de Coordenação Regional (ECR)
- Equipas de Coordenação Local (ECL).

Estas unidades e equipas devem assentar numa rede de respostas de cuidados continuados integrados em interligação com as redes nacionais de saúde e de segurança nacional.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados inclui, a Unidade de Convalescença (é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, que tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos), esta pode coexistir simultaneamente com a Unidade de Média Duração e reabilitação até um período de 30 dias consecutivos.

4.4. Cuidados Domiciliários

Actualmente, as patologias do idoso são caracterizadas por uma multiplicidade e por um carácter crónico ou definitivo bem como pelo grau de dependência que originam; assim sendo as consequências são mais ou menos

previsíveis, reflectindo sobretudo num progressivo aumento das consultas, da hospitalização e da institucionalização.

Para a Região Europeia; a Organização Mundial de Saúde (OMS) traçou alguns objectivos que devem resultar dos cuidados a prestar aos idosos:

- Prevenir a perda de aptidões funcionais
- Manter a qualidade de vida
- Manter o idoso no lugar que ele deseja
- Dar suporte á família do idoso
- Proporcionar assistência de qualidade
- Contribuir para que o idoso morra tranquilamente proporcionando os cuidados adequados

Os cuidados de saúde ao idoso devem ser globais, (isto é clínicos, preventivos, de reabilitação e sociais) e direccionados para o auto cuidado no meio habitual de vida.

Através duma prática assistencial contínua e até informal deve-se ter como objectivo primeiro o evitar a hospitalização e a institucionalização, pela consequente perda da liberdade, autonomia, despersonalização e estigmatização social.

A implementação de cuidados de saúde continuados poderá ser uma eventual solução, em que a relação com o enfermeiro e a equipe multidisciplinar é uma realidade efectiva, contínua e facilitadora, aumentando a confiança e até segurança para os utilizadores. No entanto o lar será sempre o lugar a privilegiar pois o ambiente em que o individuo se insere tem influência primordial e decisiva sobre o seu estado de saúde.

O velho é mais vulnerável a infecções e complicações durante os internamentos, pelo que há necessidade de o manter em seu ambiente familiar, sua casa, com seus amigos, evitando assim (re)internamentos frequentes.

Segundo Queiroz (2001:29), “a enfermagem tem vindo a sofrer mudanças, o modelo biomédico tem sido ultrapassado por uma visão contemporânea que coloca o utente no centro, é ele o alvo da atenção”.

Dentro destas mudanças está a viragem para os cuidados domiciliários; “o serviço de saúde no domicílio é aquele componente dos cuidados globais de saúde através do qual se proporciona assistência a indivíduos e famílias nos seus locais de residência com o fim de promover, manter ou restaurar a saúde ou minimizar os efeitos da doença ou incapacidade”(McNamara in Bolander, 1998: 493).

Os cuidados domiciliários revelam-se de suma importância. Para os efectivar é necessário todo o apoio técnico e profissional de uma equipe multidisciplinar que de forma mais ou menos permanente se irá ocupar do idoso doente.

Nem toda ida ao domicílio pode ser considerada uma visita domiciliar. Para que tal aconteça esta actividade tem que compreender um conjunto de acções sistematizadas, que se iniciam antes e continuam após o acto da visita ao doente. A sua execução pressupõe o uso de técnicas de entrevista e de observação sistematizada.

A realização das visitas domiciliárias requer um profissional habilitado e com capacitação específica.

Sendo um processo dinâmico e com carácter de continuidade é necessário definir objectivos, conteúdos, organização e responsabilidade, que se encontram especificados no quadro seguinte:

Objectivos	Conteúdos	Organização	Responsabilidade
Saúde	Promoção	Equipa multidisciplinar	Entrada e participação da
Prevenção e cuidados contínuos	Cuidados contínuos	Trabalho de equipa	Intersectorial
Dados epidemiológicos	Cuidados integrais	Planeamento, execução e avaliação	Activa
-	-	-	Contínua
-	-	-	Auto responsabilidade

Quadro 8 – Especificação de várias etapas relativas à realização de visitas domiciliárias

Podemos considerar a visita domiciliar um instrumento de intervenção fundamental na estratégia de saúde da família, permitindo observar e compreender parte da dinâmica das relações familiares. No entanto para não serem mera actividade social têm que ser bem planeadas, sistematizadas e constantemente reavaliadas.

A avaliação consiste num “meio sistemático de tirar lições da experiência e de utilizá-las para melhorar as actividades em curso e promover um planeamento mais eficaz através de uma escolha criteriosa das acções possíveis” (OMS – L’evaluation des programmes de santé, Geneve, 1981). Por estas razões é também a última fase do planeamento da saúde, processo cíclico, interactivo, onde cada uma das suas etapas se relaciona com a anterior e com a seguinte sendo especialmente evidente a relação entre avaliação e diagnóstico de situação.

Segundo Phaneuf a planificação consiste em “estabelecer um plano de acção, prever etapas da sua realização, os gestos a fazer, os meios a disponibilizar e as preocupações a tomar, logo a conceber e organizar uma estratégia de cuidados bem definida”. A mesma autora refere que “sem um pensamento directriz, o gesto da mão não tem sentido, ele é desumanizado (...)”. Realça ainda “as exigências do mundo actual e as implicações da ética profissional, fazem com que a planificação dos cuidados se tornem uma condição *sine qua non* da sua qualidade” (Phaneuf, 2001: 19-20).

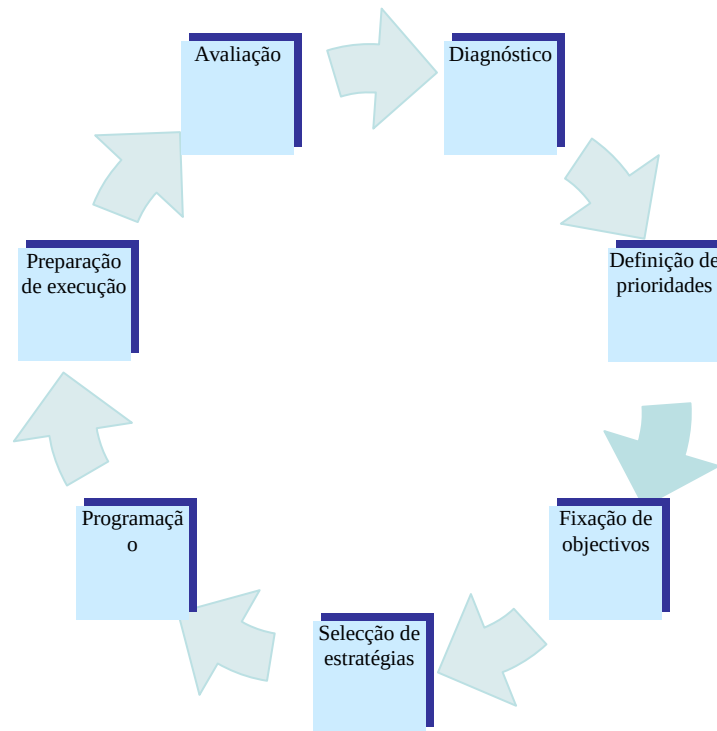


Figura 7 – Planeamento de Saúde, Processo Cíclico

Para que a visita domiciliária seja uma forma de intervenção efectiva, deve ser implementada de forma sistematizada, segundo um plano previamente elaborado e dirigido de acordo com as condições socio-económicas e culturais, indo de encontro às necessidades do utente (idoso) /prestador de cuidados. Deste modo, obtém-se níveis adequados de desempenho dos profissionais e de aceitação/colaboração do indivíduo/família.

A visita domiciliária deverá ser desenvolvida em cinco fases:

1. iniciação
2. pré-visita
3. no domicílio
4. terminus
5. pós-visita

Fase de iniciação: é o momento para clarificar a fonte de encaminhamento para a visita: serviço de saúde ou social.

A família pode requerer intervenções ou o enfermeiro pode iniciar visita domiciliária a partir da identificação de um caso.

Independentemente do incentivo para fazer uma visita domiciliária, é essencial que o enfermeiro tenha bem claro o objectivo da mesma.

Fase de pré-visita: efectiva-se o primeiro contacto entre o enfermeiro e a família sendo assegurados os alicerces para uma relação terapêutica. É o momento ideal para validar a sua percepção sobre o objectivo, determinar com ela a vontade do idoso ser visitado no domicílio, marcar o horário mais conveniente de forma a ter presentes o maior número de membros possível e rever os dados do encaminhamento e/ou os registos familiares.

Esta primeira fase de avaliação inclui:

- Telefonema inicial; importante para saber o estado actual de saúde do idoso bem como para recolher outras informações relevantes evitando assim possíveis surpresas,
- Entrevista; espaço privilegiado para o estabelecimento de uma relação terapêutica que tem por objectivo a colecta de informações subjectivas devendo ser dada especial atenção à comunicação não verbal,
- Registo do historial do utente que deve conter a avaliação social e ambiental,
- Historial dos cuidados de enfermagem; referente à percepção que o utente tem do seu estado de saúde bem como as suas expectativas e sentimentos em relação à necessidade de cuidados,
- Avaliação da medicação utilizada sob receita médica e também de aquisição livre,
- Avaliação nutricional aos utentes com alto risco de desnutrição,
- Avaliação física que serve para determinar quaisquer limitações funcionais que o idoso possa ter na locomoção ou na execução das actividades da vida diária,
- Avaliação da saúde mental e espiritual que geralmente é feita em simultâneo com a avaliação física,

O passo seguinte é o diagnóstico, no qual o enfermeiro interpreta os dados que colheu.

“O diagnóstico de enfermagem é um relatório claro e conciso acerca do estado de saúde do utente, que reflecte as respostas saudáveis e não saudáveis do utente e os factores de suporte para cada resposta.” (Rice, 2004: 63). Normalmente referem-se á falta de conhecimento sobre dado assunto, intolerância a actividades e deficits de auto cuidado.

O plano de cuidados deve ser delineado tendo em vista uma maximização da qualidade dos cuidados, garantindo uma adequada utilização de recursos. O primeiro passo no planeamento é estabelecer prioridades as quais vão alterando em função da condição do utente. Segue-se a identificação dos objectivos e dos resultados, se possível pelo próprio utente.

Fase no domicílio: salienta-se o carácter de adaptação dada a individualidade de cada utente, o plano estabelecido deve ser integrado no ambiente do mesmo.

A aposta deve ir no sentido da capacitação e responsabilização do utente/família para o auto cuidado, dando ênfase á saúde como uma responsabilidade partilhada. A respeito do auto cuidado, a Carta de Ottawa (1986) contempla que “a saúde é resultado dos cuidados que a pessoa se dispensa a si mesmo e aos demais, da capacidade de tomar decisões e controlar a própria vida e assegurar que a sociedade em que se vive ofereça a todos os seus membros a possibilidade de gozar de um bom estado de saúde” (Magalhães, 2001:3).

Fase de terminus: a finalidade da visita foi atingida; o enfermeiro revê com a família o que aconteceu e foi efectuado.

Fase de pós-visita: nesta fase elabora-se o registo da interacção estabelecida: documentação da visita e intervenções efectuadas.

O registo básico ideal será uma “ficha familiar” ou ficha com todos os membros da família incluídos pois muitas vezes o foco muda para as histórias individuais de saúde e, conseqüentemente, os diagnósticos, os objectivos e as intervenções de enfermagem são dirigidos aos membros individuais da família mais do que à unidade familiar. A avaliação é importante para garantir a melhoria

dos cuidados prestados, permite perceber falhas e consequentemente corrigir ou alterar intervenções.

“É de realçar que a verdadeira melhoria de qualidade é um processo contínuo que reflecte, de uma forma dinâmica, as alterações positivas efectuadas no ambiente domiciliar” (Deming & Juran citados in Rice, 2004: 171). Um bom planeamento dos cuidados é a base para a qualidade dos mesmos. Os autores citados defendem que: “as falhas de qualidade raramente brotavam da incapacidade da força de trabalho, mas sim, quase invariavelmente, de maus projectos de trabalho”.

Terminamos este capítulo com um quadro resumo relativo às várias etapas ou fases que devem constituir a visita domiciliar.

Iniciação	<i>Clarificar a fonte de encaminhamento para a visita:</i> • Serviço de saúde ou social
Pré visita	<i>Efectiva-se o primeiro contacto entre o enfermeiro e a família:</i> • Telefonema inicial • Entrevista • Registo do historial do utente (com avaliação social e ambiental) • Historial dos cuidados de enfermagem • Avaliação da medicação utilizada • Avaliação física e nutricional • Avaliação da saúde mental e espiritual • Diagnóstico de enfermagem • Plano de cuidados delineado: ⇒ Estabelecer prioridades ⇒ Identificação dos objectivos e dos resultados (se possível pelo próprio utente)
No domicílio	<i>Plano estabelecido integrado no ambiente do utente</i> • Capacitação e responsabilização do utente/ família para o auto cuidado
Terminus	<i>A finalidade da visita foi atingida</i> • O enfermeiro revê com a família o que aconteceu e foi efectuado
Pós visita	• Registo da interacção estabelecida: documentação da visita e intervenções efectuadas

Quadro 9 – Fases que compõe a visita domiciliar

5. Família Parceria de Cuidados

À medida que os cuidados de saúde prestados em meios hospitalares se foram transferindo para a comunidade, o sistema de família como entidade prestadora de cuidados foi sendo cada vez mais valorizado.

Ao afirmar-se que o contexto familiar/vivencial, influencia e sofre influência da própria, está implícita uma relação de reciprocidade de valores, normas, princípios, crenças e sentimentos. É fácil aceitar que as necessidades identificadas em cada um dos elementos não surgem como problemas isolados, mas sim como algo que resulta de diversos factores que actuam em simultâneo e com implicações nas mais diversas dimensões familiares (estrutura, organização e desenvolvimento).

A família representa desta forma um “conjunto de indivíduos que vive junto ou em íntimo contacto, que fornece cuidados, apoio, sustento e orientação aos membros que dele dependem” (Rice, 2004: 49), mais ainda “família é tudo aquilo que o utente diz ser” (Whyte, 1997: 7).

Os cuidados direccionados para a família, reflectem a importância do enfermeiro transferir para esta ou para um elemento significativo as competências para se auto cuidar e confiar nas decisões tomadas autonomamente por ela. Quando tal acontece, famílias e profissionais de podem ser reconhecidos como parceiros na tomada de decisões e no processo de prestação de cuidados. Parceiro por definição é aquele que partilha ou toma parte com outro (s).

Para Malloch & O’grady (1999) parceria envolve a partilha de valores e de responsabilidades, consenso, igualdade, respeito mútuo, riscos e ganhos, bem como confiança e cooperação; é *fazer com* e não *fazer a*.

Os mesmos autores consideram que “as parcerias de Enfermagem são como processos de humanização, ajudando indivíduos necessitados a ultrapassarem as suas próprias limitações na resolução dos seus problemas, a promoverem e manterem comportamentos de saúde “.

A intervenção da família tem uma riqueza extraordinária, no que diz respeito à adaptação a uma nova situação e reintegração.

Wright e Leahey (2002) enumeraram algumas situações em que uma intervenção de enfermagem à família se torna pertinente:

- Qualquer doença com um impacto prejudicial nos outros membros da família; Circunstância em que a doença de um dos elementos da família, pode contribuir para o desenvolvimento de sintomas num outro elemento;
- Incapacidade para fazer uma transição normal no desenvolvimento;
- Diagnóstico de doença de um familiar;
- Transições relacionadas com a doença ou o local da prestação de cuidados; Agravamento do estado de saúde de um elemento da família;
- Morte de um ente portador de doença crónica.

O enfermeiro é perito em técnicas, diagnósticos, conhecimentos de causas, efeitos, riscos, prognósticos, tratamentos, estratégias, planeamento e sequência dos cuidados, o doente será perito no seu próprio corpo, nas suas circunstâncias sociais, hábitos, comportamentos, atitudes, valores, preferências, experiências de doença. Observamos que “a relação entre enfermeiros e doentes é habitualmente do tipo paternalista, mas a verdadeira parceria tenta mudar isso” (Hancock, 1999), podendo enunciar-se alguns objectivos como:

- Aumentar o conhecimento dos parceiros;
- Conquistar a sua confiança;
- Capacitar para a tomada de decisões apropriadas no cuidar, com redução dos efeitos adversos;
- Incentivar os parceiros a serem mais activos na discussão e na decisão das opções dos cuidados de saúde;
- Reduzir os custos associados à utilização dos serviços de saúde.

A Teoria de Judith Christensen sobre a parceria em Enfermagem foi publicada em 1990, na Nova Zelândia e resulta no desenvolvimento e mudanças na prática de enfermagem, desde há 30 anos. Este modelo teórico, assinala de uma forma específica um passo em frente na relação enfermeiro/doente; clarifica a contribuição do enfermeiro para otimizar a experiência de cada pessoa

enquanto doente. Desta forma ela tanto complementa, como facilita o trabalho médico, de outros enfermeiros e de outros profissionais de saúde. O objectivo de enfermagem é que o doente consiga ultrapassar o seu problema de saúde, aprendendo a lidar com ele de uma forma melhor e mais confortável. Ao mesmo tempo pretende-se que o doente adquira conhecimentos no sentido de se proteger, promovendo a sua própria saúde num futuro.

Benner (1984), fala da enfermeira especialista como aplicando a sua sabedoria acumulada em momentos de partilha (comunhão) significativa com o paciente. Estas enfermeiras sabem como funcionar face a situações imprevisíveis e ajustar os seus planos face às contingências da situação.

O enfermeiro tem de conhecer correcta e fidedignamente a dinâmica do grupo familiar, o que por vezes constitui uma dificuldade.

Maugham (citado em Rice, 2004: 50) diz que *"é difícil conhecer as pessoas (...) é que os homens e as mulheres não são apenas isso (...) são a região onde nasceram, o apartamento na cidade (...) os poetas que leram e o Deus em que acreditaram. Foram todas estas coisas que fizeram deles o que são, e são estas coisas que não se podem conhecer apenas por ouvirmos falar delas"*. Para ultrapassar este obstáculo, o enfermeiro prestador de cuidados domiciliários terá de passar de uma avaliação tradicional, (traduzida pelo diagnóstico das necessidades do utente) para uma perspectiva que organiza e avalia a dinâmica e interacção dos membros da família no ambiente domiciliar (abordagem que assenta na estrutura da teoria dos sistemas). A estrutura teórica base apresentada por esta teoria, quando aplicada favorece a visão holística da família e espelha a interacção constante entre o enfermeiro e o ambiente onde os cuidados são prestados. Esta tríade é necessária para que o indivíduo/família alcance um nível de saúde óptimo e uma maior independência.

Analisando a família como um sistema à luz da teoria apresentada, torna-se possível conhecer a mesma segundo perspectivas diferentes, as quais se referem por um lado à estrutura familiar (organização e padrões de relacionamento) e por outro lado às funções familiares (objectivos e resultados de saúde definidos pela família). A estrutura designa as partes que compõem o todo, ou seja os elementos individuais de uma determinada família que interagem entre

si ou com o ambiente exterior (suprassistemas). As funções familiares dizem respeito ao modo como a unidade familiar integra as informações/conhecimentos do ambiente exterior. Nesta noção estão também implicados os conceitos de homeostase, equilíbrio e auto cuidado. Em cuidados domiciliários estes pontos de vista devem ser integrados com o intuito de planear cuidados que ajudem a estabilizar dinâmicas que se encontrem em desequilíbrio devido a factores de stress (doenças).

Tendo em conta a efectivação da intervenção da enfermagem junto das famílias esta deve passar pela: avaliação do núcleo familiar, relações estabelecidas e pelo conhecimento dos suprassistemas de apoio; das energias, informações e limites inerentes às famílias e fases do ciclo vital. O conhecimento das interacções, papeis e conflitos por parte do enfermeiro passa por esquematizar graficamente o sistema familiar sob a forma de um **genograma**. Constituindo uma mais valia que orienta o profissional para a identificação de pessoas significativas e para o conhecimento do tipo de relações interpessoais e personalidades dos membros que a compõem.

Outra das grandes utilidades subjacentes ao genograma está relacionada com a possibilidade de conhecer o papel do núcleo familiar, ou seja os comportamentos que se encontram normalizados e que se espera que um elemento individual manifeste em determinada situação. O conhecimento da tarefa/responsabilidade que os elementos do núcleo familiar desempenham é importante quando o enfermeiro está a traçar o plano de cuidados para assim poder incluir estratégias orientadoras na redefinição dos papéis.

As figuras representadas abaixo são consideradas consensuais na realização do genograma:

GENOGRAMA

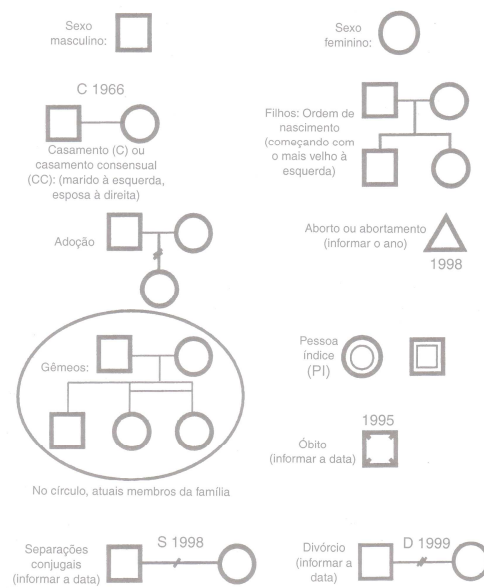


Figura 8 – Adaptado de Wright & Leahey (2002). *Enfermeiras e Famílias. Um guia para a Avaliação e intervenção na família*, 3ª ed.

Na avaliação dos suprassistemas de apoio e das energias, a realização de um **ecomapa** pode clarificar a ligação e interação do núcleo familiar com o ambiente exterior mais alargado permitindo ao enfermeiro e família a identificação de recursos existentes disponíveis que eventualmente poderão servir de apoio, (ver fig. 10). Na elaboração do genograma e do ecomapa deve ter-se em conta a participação dos elementos da família (Wright e Leahey, 2002).

ECOMAPA

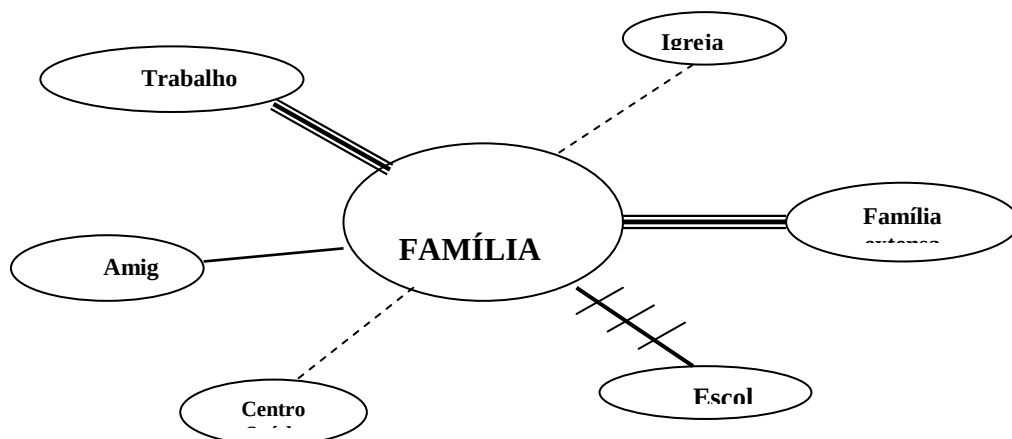


Figura 9 – Adaptado de Wright, L; Leahey, M (2002) – *Enfermeiras e Famílias. Um guia para a Avaliação e intervenção na família*. 3ª Ed.

No que concerne à avaliação de energias, informações e limites, neste domínio é possível distinguir dois tipos distintos de sistemas de famílias – os sistemas abertos e os fechados. O primeiro contrariamente ao segundo permite um intercâmbio activo com o ambiente exterior o que lhe confere uma grande capacidade de desenvolvimento.

Com efeito, o enfermeiro deve identificar em qual das características se enquadram as suas famílias, afim de poder ir ao encontro das suas verdadeiras necessidades.

A identificação da família numa determinada fase do ciclo vital – momentos de crises naturais – é importante na avaliação de situações geradoras de stress que podem comprometer o normal desenvolvimento da mesma.

A abordagem centrada na família implica que o enfermeiro desenvolva determinadas atitudes que cooperam na potenciação dos objectivos propostos. Uma das atitudes a adoptar passa por estabelecer com o utente/família uma comunicação/escuta empática, que se traduz segundo Chalifour (1993:215) *“por uma capacidade de verdadeiramente se colocar no lugar do outro, de ver o mundo como ele o vê” ou seja, é importante para o enfermeiro compreender as experiências pessoais do utente/família através dos códigos de referência dos mesmos e não em função dos seus*”.

Segundo Martins (2003:34) “os utentes valorizam muito serem acolhidos, escutados e compreendidos pelos enfermeiros”. Para Phaneuf (2005) “a enfermeira que ajuda, procura favorecer no outro o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida” Phaneuf (2005:324).

Outra atitude a ter em consideração relaciona-se com a questão de que na presença de comportamentos que comprometem o bem-estar da família, esta deve ser encorajada a interiorizar os aspectos negativos relacionados com estes e a planear ela própria as mudanças necessárias para que melhores hábitos de saúde e alcance um maior bem-estar, uma vez que a mudança é baseada numa aprendizagem participada que envolve o indivíduo. “Ter a responsabilidade pela mudança em termos de saúde é referido como

delegação de autoridade e significa tornar o utente e a família responsáveis pelos seus próprios resultados” (Rice, 2004: 57).

Se o envolvimento do doente/ família é imprescindível, o profissional empenhado, necessariamente se preocupará em conhecer o nível de satisfação dos seus utentes. O que o idoso pensa acerca dos cuidados que lhe são prestados, que percepção tem acerca deles? Qual o significado que lhes atribui?

5.1. Percepção de Cuidados

O termo percepção comporta uma pluralidade de definições que se adequam às mais diversas situações.

Segundo o Dicionário de Língua Portuguesa ele é definido como: “acto ou efeito de perceber; tomada de conhecimento sensorial de objectos ou de acontecimentos externos; acção de conhecer independentemente dos sentidos; pela consciência (interna), pela inteligência ou entendimento (intelectual)” (Dicionário:1373).

Pode ainda ser definido como “ um fenómeno complexo através do qual o mundo exterior é aprendido e interpretado como sendo ordenado em totalidades” (Buhler, 1962:93).

A percepção é um processo cognitivo que pressupõe actividades como:

- Atenção
- Consciência
- Memória
- Processamento de informação
- Linguagem

Segundo Davidoff (2001), a percepção “é o ponto em que a cognição e a realidade se encontram (...) é a actividade cognitiva mais básica da qual surgem todas as outras” (Davidoff, 2001:141). O mesmo autor refere que existem três características principais no processo perceptivo, que são: a **organização**, a **relevância** e a **coerência**. Estas três propriedades operam em sequência e em

uníssonos. Os elementos não são percebidos independentemente mas antes como parte de um conjunto organizado.

Os organismos percebem os fenómenos de maneira coerente, as várias partes ou elementos tendem a ser percebidos harmoniosamente.

Ase, citado por Gleitman (1997), considera que *“as concepções acerca dos outros não são um simples agregado de atributos que percebemos como sendo seus. Constituem antes, um todo organizado cujos elementos são interpretados em relação com o padrão total”* (Gleitman, 1997:480). Assim, a percepção baseia-se não só em estímulos sensoriais, mas também na organização de informações em função das motivações, desejos e experiências pessoais. Ao perceber os cuidados, os idosos atribuí significados ou seja interpreta-os.

Linguagem e interpretação são “fenómenos” próprios da realidade humana. A interpretação está presente em toda e qualquer manifestação da linguagem não havendo sentido sem interpretação e correlacionadamente, linguagem sem sentido.

Interpretar é atribuir significados a um objecto, seja de que natureza for.

Segundo Ezequiel Teodoro Silva: *“...significado é aquilo que se mantém oculto e que se desvela apenas pela inteligibilidade. Note-se que o significado não está nas coisas e nos objectos, nem nas proposições, mas constitui uma possibilidade de desvelamento, de atribuição, que é característico do Ser-do-Homem”* (Silva, 1981:29).

Em 1997 o Ministério da Saúde distribuiu pelos diversos serviços a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, na qual estão consagrados seis deveres e doze direitos. Segundo o 12º direito: “o doente tem direito, por si ou por quem o representa, a apresentar sugestões e reclamações” (Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, 1997:11), ou seja, é-lhe dada a oportunidade legal de manifestar sua opinião acerca dos serviços prestados.

Cada vez mais para a avaliação da qualidade dos cuidados se tem em conta os significados que os utentes atribuem aos mesmos.

Porque nos preocupamos com o idoso e também porque queremos melhorar, crescer e apreender, propomos realizar este estudo utilizando uma metodologia qualitativa já que o que pretendemos é *“compreender melhor os significados de um acontecimento ou de uma conduta, a fazer inteligentemente o ponto da situação, (...) ou ainda a compreender com mais nitidez como determinadas pessoas apreendem um problema e a tornar visíveis alguns fundamentos das suas representações”*(Quivy, 2005:19). No fundo pretendemos também identificar e compreender as suas atitudes.

5.2. Definição de Atitude

O conceito de atitude, actualmente, é considerado como fundamental para a análise e compreensão de alguns problemas relevantes.

Ao analisarmos certos comportamentos sociais, descobrimos que certas atitudes desempenham um papel muito importante pela influência que têm sobre esses comportamentos.

Na maioria das vezes os Seres Humanos, não reagem directamente uns aos outros, mas às suas respectivas atitudes, isto é reagem ao que pensam que as outras pessoas tendem a fazer. A interpretação pode naturalmente ser errónea. Se isto acontecer, a comunicação será incompleta e o resultado um mal entendido.

De um ponto de vista meramente filosófico o conceito indica uma maneira de ser do sujeito relativa ao modo de encarar a realidade. Assim sendo a atitude pode ser parcial ou imparcial, conforme o sujeito se deixa influenciar ou não por preconceitos e ou interesses individuais; contudo afecta sempre o sujeito que em conformidade com a sua atitude, está apto a julgar a realizadas com maior ou menor acerto.

Por outro lado, se a abordagem for feita de um ponto de vista psicológico, a atitude indica uma predisposição permanente para reagir de um modo determinado a um estímulo. Assim é uma disposição mental ou nervosa organizada pela experiência. Tem um sentido cognitivo e afectivo comum a Psicologia do comportamento, no qual a atitude surge como uma dimensão dinâmica influenciadora do comportamento humano.

Abrunhosa e Leitão (1995), designaram atitudes, como sendo “as disposições mentais que predis põem o indivíduo a reagir de forma positiva ou negativa em relação a ideias (justiça e liberdade), situações (desastre, exame), instituições (família, estado), objectos materiais (máquina fotográfica, televisão) ou até pessoas (jornalista, revisor do eléctrico)”.

Kendler (1985) afirma que a atitude “é a conclusão tirada da crença e do juízo de valor postos em relação”. Já Barata (1991) define-a como uma reacção de avaliação, favorável ou desfavorável em relação a alguém ou algo, que se expressa mediante crenças, sentimentos ou comportamentos que se pensam adequados

Evidenciam-se assim três componentes das atitudes:

- ◆ Cognitiva
- ◆ Afectiva
- ◆ Comportamental

As atitudes podem formar-se gradualmente ao longo dos anos, por acumulação de respostas individuais que se vão consolidando, ou podem formar-se devido a uma experiência singular que acontece em determinado momento.

A **motivação**, o **reforço**, a **personalidade** e o **meio social**, são para Kendler (1985) variáveis importantes na formação das atitudes.

Segundo Mendras (1990), as atitudes desempenhas quatro funções para o indivíduo:

- ◆ **Função adaptativa** - as pessoas esforçam-se para maximizar as gratificações do mundo exterior e por minimizar o que é desagradável.
- ◆ **Função defensiva** – utilizamos mecanismos de defesa para proteger o EU dos impulsos inaceitáveis e do conhecimento de forças ameaçadoras do exterior, o que permite reduzir a ansiedade que tais problemas geram.
- ◆ **Função expressiva de valores** – possibilitam a expressão positiva aos valores de cada um e ao tipo de pessoa que cada qual crê ser.

- ♦ **Função cognitiva** – permite ao indivíduo adquirir conhecimentos para satisfazer diversas necessidades específicas, dando sentido a tudo aquilo que de outro modo seria um universo desorganizado e caótico.

Resumimos alguns aspectos que consideramos mais relevantes para a compreensão desta temática:

ATITUDES				
COMPONENTES	VARIÁVEIS A CONSIDERAR	FACTORES QUE INTERFEREM NA SUA FORMAÇÃO	VARIÁVEIS NA SUA FORMAÇÃO	FUNÇÃO
• Cognitiva • Afectiva • Comportamental	• Objecto • Direcção • Intensidade	• Informação recebida • O grupo com que nos identificamos • Necessidades pessoais	• Motivação • Reforço • Personalidade • Meio social	• Adaptativa • Defensiva • Expressiva de valores: • Defesa do Ego • Função de Ajuste Social • Cognitiva

Quadro 10 – Definição de atitude

Terminadas estas considerações surge a questão; qual a **atitude** do idoso perante os cuidados de enfermagem domiciliários de que usufrui?

No contacto com a população idosa, o nosso estudo procurará estudar este tema, de uma forma cuidada e ponderada, procurando analisar todos estes componentes.

CAPITULO II – METODOLOGIA

Neste capítulo, vamos abordar a metodologia do nosso estudo. Este termo é utilizado com vários sentidos, o que pode gerar alguma ambiguidade. “No uso corrente, aparece não apenas associado à ciência que estuda os métodos científicos, como à técnica de investigação e, até mesmo, a uma certa aproximação de epistemologia” (Pardal, 1995:10).

O método por vezes é identificado à metodologia, e cada um deles com técnicas de investigação. Em termos gerais e utilizando a definição de Grawtiz (1990:384), “é constituído pelo conjunto de operações intelectuais, pelas quais uma tenta atingir as verdades que procura, as demonstra e verifica.” Assim, podemos afirmar que consiste sobretudo num conjunto de operações, colocadas em diferentes níveis, que tem em vista determinados objectivos.

O método científico caracteriza-se pela escolha de procedimentos sistemáticos para descrição e explicação de uma determinada situação sob estudo e a sua escolha deve estar baseada em dois critérios básicos: **a natureza do objectivo** ao qual se aplica, e o **objectivo** que se tem em vista no estudo (Fachin, 2001:20). No fundo “corresponde a um corpo orientador da pesquisa que obedecendo a um sistema de normas, torna possíveis a selecção e a articulação de técnicas, no intuito de se poder desenvolver o processo de verificação empírica. (Pardal, 1995:10).

1 O Estudo de Caso

Iniciar uma investigação científica, isto é compreender ou conhecer certo problema ou fenómeno através de processos científicos, significa “que aceitamos entrar num processo de desafio às nossas capacidades e limites no foro da criatividade, da propensão do tipo de inteligência, da perspectiva e da honestidade intelectual” (Azevedo, 1996: 19).

Perante o problema que delineamos: **qual o significado que o idoso atribui aos cuidados de enfermagem no domicílio**, e de acordo com os objectivos traçados, optamos por uma pesquisa de carácter qualitativo que “ênfatiza a descrição, a indução, a teoria fundamentada e o estudo das percepções pessoais” (Bogdan & Biklen, 1994: 11).

Desta forma, o presente estudo, e seguindo as linhas anteriores de Bogdan & Biklen, procura analisar as descrições dos idosos inscritos no C. S. de Ovar que necessitam de cuidados de enfermagem domiciliários bem como as suas percepções pessoais sobre os mesmos.

Estudos de campo são investigações de fenómenos à medida que os mesmos ocorrem, sem qualquer interferência significativa do pesquisador. O Objectivo é compreender o evento em estudo e ao mesmo tempo desenvolver teorias mais genéricas a respeito dos aspectos característicos do fenómeno observado (Fidel, 1992:37).

O trabalho de campo visa reunir e organizar um conjunto probatório de informações. A colecta de informações e de campo pode exigir negociações prévias para se aceder a dados que dependem da anuência de hierarquias rígidas ou da cooperação das pessoas informantes. As informações são documentadas, abrangendo qualquer tipo de informação disponível, escrita, oral, gravada, filmada que se preste para fundamentar o relatório do caso que será, por sua vez, objecto de análise crítica pelos informantes (Chizzotti, 2000:103)

Segundo Yin (2005:13), “o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenómeno contemporâneo no seu ambiente natural, quando as fronteiras entre o fenómeno e o contexto não são bem definidas (...) em que múltiplas fontes são utilizadas. No estudo de caso, os comportamentos de maior relevo não podem ser manipulados, no entanto, é possível efectuar observações directas e entrevistas sistemáticas. Desta forma, caracteriza-se pela capacidade de lidar com uma completa variedade de evidências – documentos, artefactos, entrevistas e observações” (Yin, 1989).

Para autores como Brewer & Hunter (1989) são seis as categorias possíveis de serem estudadas: indivíduos; atributos dos indivíduos; acções e interacções; actos de comportamento; ambientes, incidentes e acontecimentos; e ainda colectividades. A finalidade da pesquisa é sempre holística (sistémica, ampla, e integrada), visando preservar e compreender o caso no seu todo e na sua unicidade.

Merriam (1991) define o estudo de caso qualitativo como sendo “uma descrição e análise intensiva e holística de uma única entidade, fenómeno ou unidade social.” No entanto, Yin (2005) refere que não podemos confundir o estudo de caso com a pesquisa qualitativa, pois é uma estratégia de investigação

que pode incorporar técnicas qualitativas, quantitativas ou mistas, embora a sua caracterização pressuponha a especificidade do fenómeno que se pesquisa.

Segundo o mesmo autor (Yin, 2005), as estratégias de investigação não se distinguem pelas evidências qualitativas e quantitativas, mas por contemplarem três aspectos essenciais: o tipo de questões a investigar, a investigação, o grau de controlo (que o investigador tem sobre os eventos e o focus dos fenómenos – no sentido de se considerar contemporâneo ou histórico).

Como caso, podemos considerar um acontecimento, um indivíduo, uma organização ou um programa (Yin, 2005). A sua utilização faz sentido se pretendemos investigar relações entre indivíduos em contextos específicos; interacções entre participantes numa situação definida, comportamentos de indivíduos num contexto específico, etc.

Polit e Hugler (1995: 270) defendem que “este tipo de pesquisa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é definida pelos seus próprios autores”. Costuma ser descrita como holística e naturalista (sem qualquer limitação ou controle impostos ao pesquisador).

Para vários autores (Yin, 1994; Punch, 1998; Gomes, Flores e Jimenez, 1996; Coutinho & Chaves, 2002), é preferível chamar ao estudo de caso, uma estratégia e não uma metodologia de investigação: “o estudo de caso não é uma metodologia específica, mas uma forma de organizar dados preservando o carácter único do objecto social em estudo.” (Goodet & Hatt, 1952).

As características básicas do estudo de caso são as de “um sistema limitado” e tem fronteiras “em termos de tempo, eventos ou processos” que “nem sempre são claras e precisas” (Creswell, 1994 in: Coutinho & Chaves, 2002). É um caso sobre “algo”, que necessita ser identificado para verificar o caminho em direcção à investigação (Coutinho & Chaves, 2002); é necessário preservar o carácter “único, específico, diferente, complexo caso” (Mertens, 1998 in: Coutinho & Chaves, 2002).

A investigação decorre em ambiente natural, não sendo utilizados controlos experimentais ou manipulações, podendo ser estudadas uma ou mais entidades: pessoa, grupos, organização (Benbasat et al, 1998). O investigador recorre a fontes múltiplas de dados e métodos de recolha diversificados:

observação directa e indirecta, registo áudio e vídeo, diários, cartas, documentos entre outros (Coutinho & Chaves, 2002).

Existe outra divisão básica proposta pelos autores sobre o estudo de caso, a qual sugere uma separação entre o estudo de caso único e estudo de caso múltiplo ou comparativo (Lessard Hérbet, Goyette & Boutin, 1994; Yin, 1994; Bogdan & Bilken, 1994; Punch, 1998).

Stake, diferencia 3 tipos de estudos de caso:

- Intrínseco: volta-se para uma melhor compreensão de um caso particular que contém em si mesmo o interesse da investigação;
- Instrumental: examina-se um caso para fornecer introspecção sobre o assunto, esclarecer uma teoria, proporcionar conhecimento sobre algo que exclusivamente o caso em si; o estudo do caso funciona como um instrumento para compreender outro (s) fenómeno (s);
- Colectivo: o caso instrumental estende-se à vários casos, possibilitando, pela comparação, um conhecimento mais profundo sobre o fenómeno, população ou condição.

Quando o investigador detém um reduzido controlo sobre os acontecimentos, o estudo de caso apresenta-se como uma estratégia adequada: com este método procura-se responder a questões do tipo “o quê”, “para quê”, “onde”, “quem”, “quando”, “como”, “porque”, Yin (2005). São estas duas últimas questões que potenciam as suas características heurísticas.

Os resultados deste tipo de estudo podem ser dados a conhecer de diversas maneiras, incluindo a escrita, a comunicação oral ou através de registos de vídeo. O seu relato assume normalmente a forma duma narrativa cujo objectivo é contar uma história que acrescente algo de significativo ao conhecimento existente e que seja tanto quanto possível interessante e iluminativa (Stake, 1988). Porém um estudo de caso vai além do contar uma história: pode ser utilizado para testar hipóteses como, por exemplo, para testar a veracidade de teorias.

De acordo com o conceito de Popper (Máttar Neto, 2002); pode ser estatístico, quando traz um conjunto de dados quantitativamente recolhidos e relacionados; ou ser o mero relato de pesquisa institucional, de entre outras possibilidades.

Considerando as pesquisas teóricas realizadas, a análise deste estudo poderia ser efectuada sob diferentes ângulos. Entretanto, diante do nível de complexidade e das indagações frente ao problema, tomou como escolha o estudo qualitativo, por favorecer correntes de pesquisas diferentes, dando subsídios necessários para o desenvolvimento dos estudos de caso.

1.1. Limitações e potencialidade do estudo de caso

Em qualquer método ou estratégia de investigação utilizadas, inclusive no estudo de caso, podemos encontrar aspectos positivos que conferem um estatuto privilegiado, mas também aspectos negativos ou limitações.

A abordagem qualitativa tem sido apresentada como *soft science*, sobretudo por quem adota posições positivistas, assumindo que a realidade social seja estável e imutável, o que a tornaria candidata a estudos de natureza quantitativa que ofereceriam maiores oportunidades para explicação e generalização de resultados (Denzin e Lincoln, 2000).

Há autores, entretanto, que destacam que dados de natureza qualitativa são interessantes e cativadores uma vez que são fontes ricas de descrições que permitem que sejam:

- preservados os fluxos cronológicos,
- identificados achados inesperados,
- reavaliados e revistos modelos conceituais;

Desta forma, esses dados são vívidos, percebidos como “sabores”, acabando por envolver muito mais o público ao qual se apresentam do que o fazem os números, tal a riqueza de interpretações que propiciam (Miles e Huberman, 1994).

Os preconceitos existentes em relação ao método do estudo de caso são exteriorizados em afirmativas como: os dados podem ser facilmente distorcidos ao belo prazer do pesquisador, para ilustrar questões de maneira mais efectiva.

Os estudos de caso apresentam:

a) *Falta de rigor metodológico*: em oposição ao que ocorre com as experiências e levantamentos, nestes de estudos não são definidos procedimentos metodológicos rígidos. Por essa razão são frequentes os viés, os quais acabam por comprometer a qualidade dos seus resultados. Ocorre, porém,

que estes desvios não são uma prerrogativa, podendo ocorrer em outras modalidades de pesquisa. Logo o que se propõe ao pesquisador é que redobre os cuidados tanto no planeamento quanto à recolha e análise dos dados.

As dificuldades também estão presentes nas limitações referentes à objectividade das conclusões. O envolvimento do investigador pode afectar a fidelidade dos dados fazendo com que informações equívocas e visões distorcidas afectem a orientação das “descobertas” e conclusões (Yin, 2005).

b) *Dificuldade de generalização*: Os estudos de caso, como na pesquisa qualitativa de forma geral, não procuram “determinar a incidência de um dado fenómeno no seu universo; ao contrário, o enfoque é dado na sua compreensão a um nível mais aprofundado” (Lazzarini, 1997:21).

São muito mais individualizantes – analisa-se o que é peculiar a cada situação –, do que generalizantes – quando se procuram correlações e características comuns. Cabe ressaltar a diversidade de perspectivas sobre essa estratégia de pesquisa, e a falta de consenso na área sobre a sua natureza (Roesch, 1999:1995). Neste sentido a análise de um único ou mesmo de múltiplos casos fornece uma base muito frágil para generalizações. No entanto, os objectivos do estudo de caso não são os de proporcionar o conhecimento preciso das características de uma população a partir de procedimentos estatísticos, mas sim expandir ou generalizar proposições teóricas.

c) *Tempo destinado à pesquisa*: alega-se que os estudos de caso exigem muito tempo para serem realizados e que frequentemente os seus resultados se tornam pouco consistentes. De facto, os primeiros trabalhos qualificados como estudos de caso foram desenvolvidos em longos períodos de tempo e os resultados deixaram muito a desejar. Todavia, a experiência acumulada nas últimas décadas mostra que a sua realização é possível em períodos mais curtos e com resultados passíveis de confirmação por outros estudos.

Yin (2001) e Fachin (2001) concordam que estas questões podem estar presentes em outros métodos de investigação científica se o pesquisador não tiver treino ou as habilidades necessárias para realizar estudos de natureza científica; assim, não são inerentes apenas ao método do estudo de caso.

Assim sendo, um estudo de caso é mais indicado para aumentar a compreensão de um fenómeno do que para delimitá-lo; é mais idiossincrático do

que persuasivo; e apesar de ser usado na construção de teorias, pode não ser o melhor método para isso (Stake, In Denzin e Lincoln, 2001: 135).

Yin (2001) apresenta desvantagens e vantagens para o uso do estudo de casos. Denomina “interpretação equivocada” à ideia da existência de uma hierarquia entre os métodos, na qual o estudo de caso aparece como adequado para fases exploratórias e descritivas. Considera ainda a experimentação como o único método adequado para se chegar a investigações explanatórias ou causais.

Um estudo de caso pode com vantagem apoiar-se numa orientação teórica bem definida. Além disso, pode seguir uma de duas perspectivas essenciais:

- a) Interpretativa, que procura compreender como é o mundo do ponto de vista dos participantes
- b) Pragmática, cuja intenção fundamental é simplesmente proporcionar uma perspectiva global, tanto quanto possível completa e coerente, do objecto de estudo do ponto de vista do investigador. Mas um estudo de caso produz sempre um conhecimento de tipo particularíssimo, em que, como diz Erickson (1986) se procura encontrar algo de muito universal no mais particular.

1.2. Cuidados a ter na adopção e uso do Estudo de Caso

Na condução de um estudo de caso devemos ter em consideração alguns aspectos, os quais, segundo Dubé e Paré (2003) podem ser divididos em três grupos:

- Planeamento: compreende aspectos relacionados com a concepção da pesquisa;
- Recolha de dados: abrange o processo de recolha de dados;
- Análise dos dados: considera todos os aspectos referentes ao processo de análise de dados.

Para Bravo (1998) a selecção da amostra num estudo de caso adquire um sentido muito particular, diríamos nós que é a sua essência metodológica.

O investigador, ao escolher o caso, estabelece o referencial lógico que orientará todo o processo de recolha de dados (Creswell, 1994).

Skate (1995), adverte, que é importante termos sempre presente que o denominado “estudo de caso, não é uma investigação baseada em amostragem. Não se estuda um caso para compreender outros casos, mas para compreender o caso.” (Skate, 1995:4).

Desta forma, a constituição da amostra, é sempre intencional (*purposeful sampling*), “baseando-se em critérios pragmáticos e teóricos em vez de critérios probabilísticos, procurando não a uniformidade mas as variações máximas” (Bravo, 1998:254)

1.3. O papel do Investigador

O investigador é sem duvida um elemento de extrema importância em todo o processo de investigação não apenas na definição e coordenação das situações em estudo como pela possibilidade do exercício de uma critica constante sobre todo o processo. Precisa, enfim, descobrir um papel e uma posição que o deixem à vontade perante os investigados e que também de os por à vontade perante si.

“As informações prévias sobre o grupo a ser investigado, por exemplo, poderão indicar-lhe se deverá ou não revelar, desde o início, suas intenções de pesquisador; se deve tomar notas e fazer registos abertamente ou se deve adoptar um pretexto – uma actividade ocupacional, necessidade de repouso, férias, turismo etc. – para justificar sua presença na comunidade.” (Nogueira, 1977: 96-97)

Numa perspectiva realista, o investigador deverá ser neutro, ser capaz de se colocar de um ponto de vista exterior como observador da realidade e em nada a influenciar. Pelo contrário, numa perspectiva relativista, aceita-se que não há a possibilidade de se estabelecer uma separação nítida entre o investigador e aquilo que ele vai estudar. Toda a investigação é vista como apresentando necessariamente marcas de quem a realizou, muito embora mais do que falar em objectividade ou subjectividade, faz sobretudo sentido falar em inter subjectividade, resultante da interacção que se estabelece entre o investigador e os participantes no estudo.

A inter-subjectividade encontra-se presente no estudo de caso, assim compete ao investigador assumir vários papéis (Yin, 1988), entre os quais ser:

- a) instrumental,
- b) ouvinte,
- c) negociador,
- d) inquiridor;
- e) avaliador,
- f) narrador,
- g) comunicador

Neste sentido deverá:

- a) saber construir e colocar as questões e interpretar as respostas;
- b) ser um bom ouvinte e não estar obcecado pelas suas ideologias, crenças, valores...;
- c) ser flexível, encarando novas situações;
- d) ter um bom conhecimento do que está a ser estudado;
- e) ser imparcial. Deverá também ser capaz de mobilizar os princípios éticos decretados pelas convenções internacionais bem como pelos conselhos de nacionais.

O nível de intervenção foi reduzido em virtude da presença do investigador ocorrer apenas no momento da realização da entrevista sendo circunscrita á colocação das questões. Neste caso, a uma observação directa intensiva:

“A observação directa (...) é obtida por meio do contacto directo do pesquisador com o fenómeno observado, para recolher as acções dos actores em seu contexto natural, a partir de sua perspectiva e seus pontos de vista (Chizzotti, 2000:90).”

Os investigadores qualitativos encontram-se preocupados com o contexto da sua pesquisa e entendem que as acções se compreendem melhor quando são observadas em “loco”, ou seja no ambiente natural habitual de ocorrência, isto porque para eles o contexto influencia significativamente o comportamento humano.

O interesse do investigador reside mais no processo do que simplesmente no resultado ou produto

1. A análise dos dados é indutiva, os dados são recolhidos não para a confirmação ou não de hipóteses previamente construídas

2. O significado tem uma importância fundamental

(Bogdan & Biklen, 1994: 49-50)

Carmo e Ferreira recomendam determinados procedimentos quando se opta por este tipo de metodologia, nomeadamente:

“...que o investigador antes de iniciar o trabalho elabore um plano de investigação estruturado, no qual os objectivos e os procedimentos de investigação estejam indicados pormenorizadamente. A elaboração do trabalho deverá ser precedida de uma revisão da literatura pertinente, a qual é essencial não só para a definição dos reais objectivos do trabalho, como também para a formulação de hipóteses e para a definição de variáveis” (Carmo & Ferreira, 1998:178).

De acordo com a convenção de Helsínquia (1947), compete ao investigador, fornecer todo o esclarecimento sobre a investigação, métodos, procedimentos bem como qual a forma do tratamento dos dados, garantindo a protecção da identidade do sujeito. A forma como as informações são transmitidas terá de ser explícita e clara, não podendo suscitar qualquer tipo de dúvida ao interveniente.

É do conhecimento geral, que todo e qualquer processo que reúne um conjunto de procedimentos deve respeitar a integridade e a identidade do indivíduo. É da competência do investigador assegurar que todo o processo de investigação, respeite esses direitos do (s) sujeito (s) que nele participam, devendo para tal existir o máximo de transparência processual.

Perante isto, após uma sessão de esclarecimento com cada um dos elementos participantes no nosso estudo, obtivemos o consentimento informado (Anexo II).

O facto da pessoa aceitar participar numa investigação não equivale a autorizar a invasão da sua privacidade (Stake, 1994).

1.4. Operacionalização do Estudo de Caso

1.4.1. Objectivos do Estudo

Ao enfermeiro cabe promover uma interacção harmoniosa entre o ambiente e o homem, para fortalecer as ocorrências dessas trocas e a

integridade dos seres humanos e assim contribuir para a conservação do máximo de saúde e bem-estar (Marriner, 1994:214).

Assim, no seu ambiente familiar, no aconchego de seu lar, o idoso receptor de cuidados de enfermagem será a principal personagem, fonte de informação, relator de sua experiência acerca de seu estado de sua saúde, das implicações dos cuidados, de sua eficácia ou não...

Com este estudo pretendemos sobretudo:

- Conhecer qual a “posição” do idoso relativamente aos cuidados de enfermagem que lhe são prestados em domicílio
- Identificar alguns factores que se relacionam com a sua percepção
- Detectar qual a sua expectativa relativamente a este tipo de cuidados
- Reflectir acerca dos cuidados domiciliários ao idoso e sua pertinência
- Contribuir para a melhoria dos cuidados domiciliários prestados ao idoso

1.4.2. Técnicas de Observação e Recolha de dados

A recolha dos dados realizou-se com apoio às seguintes técnicas: recolha documental; observação participante; realização de uma entrevista, notas de campo. Com estes instrumentos procurámos colher dados que correspondam às três directrizes básicas que regem os estudos de casos, nomeadamente, a descrição, a reconstrução do ocorrido e a procura de soluções (Diogo, 1998:99).

Recolha documental

Foi efectuada uma recolha documental com recurso a documentos de domínio público entre os quais os censos, registos e dados da câmara municipal, bem como de outras organizações internacionais.

Para a recolha documental sobre a população alvo da região, foram consultados (com devida solicitação e autorização institucional) vários registos e ficheiros relativos a utentes idosos inscritos no Centro de Saúde de Ovar a usufruírem de cuidados de enfermagem domiciliários, para de forma aleatória serem escolhidos a participarem.

Estes utentes foram contactados posteriormente via telefónica, combinando com os mesmos os dias e hora que lhes conviesse a fim de se proceder a uma entrevista.

Todos tiveram conhecimento prévio do tipo de estudo a realizar e cederam a um consentimento informado escrito.

Realização de uma entrevista

Conforme Selltiz (2000) a entrevista é uma das técnicas de recolha de dados mais utilizada no âmbito das pesquisas. Esta técnica é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, sentem, crêem, esperam ou desejam, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes.

Segundo Martins (2001), pode se definir a entrevista como a técnica em que o entrevistador se apresenta frente ao investigado e formula perguntas, com o objectivo de obtenção de dados que interessam a investigação

Para Goode e Hard (cit, in Lakatos, 2001:196) a entrevista consiste no desenvolvimento de precisão, focalização, fidedignidade e validade de certo acto social como a conversação.

Além da obtenção de informações do entrevistado, tem como objectivos a averiguação de factos; a determinação das opiniões sobre os factos; a determinação de sentimentos; a descoberta de planos de acção; a conduta actual ou do passado e motivos conscientes para opiniões, sentimentos, sistemas ou condutas (Lakatos e Marconi, 2001).

Segundo Richardson (2000), a abordagem qualitativa considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números, opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Os estudos de natureza descritiva

propõem-se a investigar o que é, ou seja, a descobrir as características de um fenómeno como tal.

Desta forma a sua realização foi baseada na observação directa e intensa, com recolha de dados efectuada através de uma entrevista estruturada.

Optamos pela entrevista pelo facto deste ser um método com características narrativas e também devido:

- Às características peculiares da população geriátrica;
- Possibilitar o estudo de indivíduos analfabetos e/ou em situações físicas que impossibilitam a escrita;
- Permitir uma correcção imediata de questões mal interpretadas.

O local escolhido para as efectuar será o domicílio do idoso, “fora” do âmbito dos cuidados, nos dias e horas a combinar com o entrevistado.

Na recolha de dados será dada abertura ao entrevistado, para que seguindo uma linha de orientação nossa, narre os seus pontos de vista; pelo que optámos por construir um guião (Anexo III).

O guião serve como “*checklist*” e assegura basicamente que a mesma informação seja obtida a um conjunto de várias pessoas. O entrevistador pode esclarecer as questões e manter a ordem das perguntas para todos os participantes tentando assim aumentar a possibilidade de comparação entre elas.

Distribuiremos as questões de acordo com as seguintes dimensões ou indicadores:

- Reconhecimento do papel do enfermeiro;
- Cuidados de enfermagem a nível psico biológico;
- Cuidados de enfermagem a nível psico espiritual;
- Cuidados de enfermagem a nível psico social.

A recolha da informação insidirá sobre uma amostragem não aleatória, já que pode ser utilizada, a partir de escolhas intencionais dependentes dos seus objectivos.

No nosso estudo a amostragem será constituída por um pequeno grupo de idosos que preencham alguns requisitos:

- Tenham idade igual ou superior a 65 anos;
- Estejam a usufruir de cuidados de enfermagem nos seus domicílios;
- Consigam comunicar oralmente;
- Sejam utentes do Centro de Saúde de Ovar;
- Aceitem colaborar neste estudo

Observação Participante

Através da observação participante procurámos proceder a uma análise qualitativa dos cenários de estudo, pretendendo entender o contexto em que decorre a acção, ter acesso a fenómenos que habitualmente possam passar despercebidos aos intervenientes, obter informação pertinente em relação à qual os sujeitos possam estar relutantes em a referir nos questionários, desenvolver um corpo de conhecimento sobre o terreno da pesquisa e que possa constituir um recurso importante para a compreensão e interpretação das situações, (Patton, 1980).

Optamos por realizar uma recolha de dados descritivos, associados a uma forte componente reflexiva.

Bogdan & Biklen (1994:152) defendem que nestes registos escritos devem existir dois tipos de materiais:

- Descritivo
- A componente reflexiva

Esta ultima tem como objectivos registar as reflexões sobre:

- a análise/interpretação que o observador faz dos dados por ele recolhidos;
- o método que utiliza;
- os conflitos e dilemas éticos;
- o ponto de vista do observador (a forma como a sua experiência de vida o conduz ao tipo de análises/apreciações que faz);
- os pontos de clarificação (ex.: correcção de erros, ou confusões cometidos pelo observador em sessões anteriores e que importa corrigir).

Recorremos á observação participante em todas as deslocações e contactos. No entanto esta não foi organizada, nem sistematizada, sendo apenas para clarificação dos dados recolhidos nas entrevistas.

Instrumentos Métricos

Também achamos pertinente caracterizar os elementos da nossa amostragem de acordo com o seu grau de dependência, no sentido de averiguar se as opiniões dos idosos variam ou não consoante a sua situação de saúde.

Para a avaliação do grau de dependência usaremos a Escala “ Índice de Katz Padl” (Anexo IV). Esta escala foi criada para avaliar a capacidade funcional do paciente.

O “Índice de Katz para Actividades da Vida Diária “ aborda áreas como: banho, capacidade para vestir-se, usar o WC, locomoção, continência e alimentação.

De acordo com o nível de dependência do utente, há três níveis possíveis para cada um dos itens:

- Independente,
- Necessita de assistência,
- Dependente.

Também aplicaremos a Escala Mini – Mental State Examination (MMSE) utilizada vulgarmente para avaliação das funções cognitivas do idoso, isto porque a deterioração das faculdades mentais será um critério de exclusão.

O MMSE (anexo V) é composto por diversas questões tipicamente agrupadas em sete categorias, cada uma delas planeada com o objectivo de avaliar “funções” cognitivas específicas:

- ⇒ Orientação no tempo (5 pontos),
- ⇒ Orientação espacial (5 pontos),
- ⇒ Registo de três palavras (3 pontos),

- ⇒ Atenção e cálculo (5 pontos),
- ⇒ Memorização das três palavras (3 pontos),
- ⇒ Linguagem (8 pontos),
- ⇒ Capacidade construtiva visual (1 ponto).

O score do MMSE pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos. A escala é simples de usar e pode ser facilmente aplicada em 5-10 minutos. Tombaugh e McIntyre (1992) observaram que a escala tem boa consistência interna e confiabilidade teste-reteste (0,80 a 0,95).

1.5. Tratamento da Informação: Técnica de Análise de Conteúdo

As dez entrevistas registradas/gravadas, foram integralmente transcritas. Recorremos depois ao suporte documental para as analisarmos e categorizarmos. Na definição das categorias, tivemos em conta o enquadramento teórico e objectivos do estudo, bem como vários aspectos constantes dos questionários, visto pretendermos triangular os dados obtidos.

Segundo Vala (1986), uma categoria é habitualmente formada por um termo chave, o qual indica a significação central do conceito que se procura entender, sendo que outros indicadores descrevem o campo semântico.

Para Bauer (2000), os procedimentos da análise de conteúdo reconstroem, representações em duas dimensões principais a **sintáctica** – com foco nos signos e nas suas inter-relações, no meio de expressão e de influência. Com efeito, a frequência das palavras, a sua ordem, o vocabulário, os tipos de palavras, as características gramaticais e estilísticas são encaradas como sinalizadoras de prováveis fontes e tipos de audiência; a **semântica** – com centralidade nas relações entre signos e seu significado de senso-comum – sentidos denotativo e conotativo em um texto.

Depois de lermos e relermos toda a informação recolhida, identificámos as dimensões de análise, sobre às quais definimos um conjunto de categorias e de subcategorias. Construímos assim, uma grelha vertical que nos serviu de suporte à análise do conteúdo de cada uma das entrevistas (Anexa-se um exemplar desta grelha – anexo VII).

As grelhas transversais, apresentam exemplos discursivos utilizados com frequência para ilustrar a interpretação que fazemos, pois, como assinalam Biklen e Bogdan, numa investigação qualitativa “os resultados escritos da investigação contêm citações feitas com base nos dados para ilustrar e substanciar a apresentação” (1994: 48).

2. Caraterização do Espaço do Estudo

2.1. Geográfica

Ovar é o resultado da fusão de duas povoações antigas: Cabanões e Var cuja existência é documentada já no ano 922. Sob a designação de *villa Obar* a primeira notícia que a menciona data de 24 de Fevereiro de 1946, no entanto já existia como concelho pelo menos desde 1251 como mostram as Inquirições de D. Afonso II.

A 10 de Novembro de 1514 D. Manuel concedeu foral a esta vila. Através de um Decreto promulgado por D. Luís em 29 de Maio de 1884 passou a comarca de primeira classe.

Ovar foi elevado a cidade a 28 de Junho de 1984.

Localizado no Centro Norte de Portugal, é um dos municípios que integra a Sub-região do Baixo Vouga (NUTI). Ovar é um dos 19 concelhos que constituem o distrito de Aveiro. Com uma área de 152,3 Km, situa-se na Orla Atlântica a cerca de 25 Km a Norte de Aveiro e a 30 Km do Porto.

Na Orla litoral localizam-se as praias do Furadouro, Esmoriz e Cortegaça.

A zona Sul integra a bacia hidrográfica do Vouga, enquanto que a Norte integra a bacia hidrográfica do Douro.

Usufruindo de uma posição geográfica privilegiada, com cerca de 20 Km de Costa, entre o mar e a ria de Aveiro, o município possui condições de aptidão turística o que constitui natural fonte de rendimento e desenvolvimento.



Figura 10 – Mapa do Concelho de Ovar

Pertencente á diocese do Porto, este concelho é composto por oito freguesias: Arada, Cortegaça, Esmoriz, Maceda, Ovar, São Vicente de Pereira, Válega, e São João de Ovar.

O crescimento demográfico da freguesia de Ovar, foi nos últimos censos 2001, o mais elevado da zona Centro, sendo inclusive superior á média nacional. Acresce a este facto o aumento populacional sazonal em mais de 50% nos meses de verão.

Em 2001 residiam em todo o concelho 55.198 habitantes, tendo ocorrido um acréscimo de 11,2% relativamente a 1991.

FREGUESIAS	1981	1991	2001
Arada	2951	3319	3430
Cortegaça	3815	3778	4066
Esmoriz	8538	9890	10993
Maceda	3125	3624	3687
Ovar	18783	14124	17185
São João de Ovar	4659	6462	6695
São Vicente	2354	2395	2400
Válega	5812	6067	6742
TOTAL	45378	49659	55198

Quadro 11 – População Residente, por freguesia, no Concelho de Ovar nos anos: 1981, 1991 e 2001

População do Concelho de Ovar (1801 – 2004)								
1801	1849	1900	1930	1960	1981	1991	2001	2004
10822	10075	25605	29970	35320	45378	49659	55198	56715

Quadro 12 – População Residente, no Concelho de Ovar (1801-2004)

Ainda durante este período (1991-2001) pode verificar-se um decréscimo da população mais jovem (0-24 anos), sendo que **a população idosa (com mais de 65 anos) mais que duplicou.**

População residente								Variação entre 1991 e 2001 (%)			
Idades											
0 - 14		15 - 24		25 - 64		> 65		0 -14	15- 24	25- 64	> 65
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
1000	18,1	8070	14,6	30292	54,9	6836	12,4	-8,5	-11,1	24,4	28,7

Quadro 13 – População Residente, no Concelho de Ovar, por faixa etária

2.2. Socioeconómica

O regular desenvolvimento socioeconómico deste concelho associa-se obrigatoriamente á proximidade do mar e da ria bem como á fertilidade do solo e á planura da região.

Estas características traduzem uma paisagem onde os recursos relacionados aos aluviões e areias se assumem como recursos fundamentais, contexto que permite compreender a importância que as actividades ligadas ao sector primário (agricultura, pesca e extracção de sal) e também á indústria (destacando-se a fabricação de equipamento electrónico) têm desempenhado neste concelho.

Os dados mais recentes indicam um reforço do emprego no sector terciário (de 35,4% para 42,4%), a perda de relevância do secundário (de 60% para 55,6%) e do sector primário (de 3,6% dos activos para 2,0%).

Destaca-se não só a importância que o emprego no sector secundário tem no município (55,6% dos activos empregados), como também o reforço que este sector registou na década de 90 (8,6% de empregados, passando de 13612 para 14782).

Durante a década de 1991-2001 a população empregada no sector terciário aumentou cerca de 42% em detrimento da população nos sectores secundário e primário.

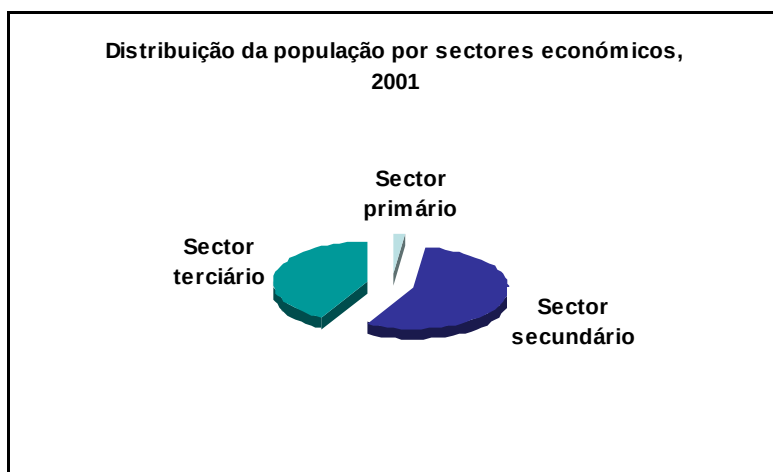


Gráfico 1 – Distribuição da população do Concelho de Ovar por sectores económicos, 2001.

2.3. Espaço Físico

2.3.1. Organismos de Saúde do Concelho de Ovar

Na rota da Saúde, com uma visão global, relativamente a equipamentos pode afirmar-se que a distribuição geográfica dos mesmos é um tanto desequilibrada e assimétrica, sendo o grande ponto aglutinador a freguesia de Ovar. Contudo, tem-se assistido a um crescimento acelerado e úbere do império dos consultórios, laboratórios de análises clínicas e clínicas privadas por todo o Concelho.

O auge cumulativo correspondente ao epicentro de oferta privada bem como de serviços públicos é sem dúvida na freguesia de Ovar.

Os cidadãos podem também recorrer ao Hospital Distrital, bem como ao Centro de Saúde sediado em Ovar, aditado a 7 extensões (já referidas) e 15 farmácias.

A realidade concelhia tem desenvolvido progressos no cenário de Saúde; aos poucos evidencia-se uma crescente consciencialização da população

relativamente á sua saúde pessoal e social. Para tal muito tem contribuído os Cuidados de Saúde Primários os quais englobam:

- Cuidados do tipo ambulatório
- Cuidados de Clínica Geral
- Cuidados de Clínica Materno-infantil
- Planeamento Familiar
- Planeamento Escolar e Geriátrico
- Cuidados de Enfermagem
- Saúde Ambiental
- Educação Sanitária

Há, ainda a divisar o desenvolvimento de Programas de Solidariedade Social que visam melhorar as condições de vida dos diabéticos, a educação alimentar da população do Concelho, o tratamento de indivíduos com problemas de dependência de álcool, drogas e fármacos.

Já implementado, embora numa fase inicial, está o Projecto de Apoio Domiciliar Integrado (ADI). Este projecto é desenvolvido por uma equipe multidisciplinar do qual faz parte uma enfermeira do Centro de Saúde.

Os objectivos primordiais da ADI fixam-se na promoção funcional de autonomia pessoal em situação de dependência e no reforço de capacidades e competências das famílias que lidam com as respectivas situações.

No séquito desta pequena exploração pelas áreas da Saúde, indubitavelmente entrançada com o Social, vislumbram-se muitos outros projectos tais como o da “Luta Contra a Pobreza”(sediado em Esmoriz), o “Projecto de Saúde Oral”; o de “Intervenção Precoce”, etc. constituindo uma pequena “lista” que não vamos enumerar, não porque não sejam importantes ou relevantes mas apenas para não tornar exaustiva a nossa exposição.

PROJECTOS MAIS ACTUAIS
ADI – Apoio Domiciliário Integrado
Escolas Promotoras da Saúde
Projecto da Luta Contra a Pobreza
Projecto de Saúde Oral
Comissão de Protecção de Menores
Rendimento Mínimo Garantido – RMG
Projecto de Intervenção Precoce
Consulta do Pé Diabético
Consulta de Hipo coagulados

Quadro 14 – Projectos dos organismos de saúde mais actuais

De referir que para a realização destes projectos, muitas das iniciativas intervencionistas, firmam-se na articulação, nas parcerias, com instituições, certos organismos endógenos e exógenos ao Concelho. Estes laços institucionais muitas vezes extravasam a própria Região Centro como se pode comprovar pelas articulações com os Hospitais do Porto, bem como pelas ligações à Fundação Oriente e à Johnson & Johnson, estas últimas relacionadas ao atendimento aos diabéticos.

Afunilando um pouco esta breve perspectiva e porque os elementos do estudo que compõe a nossa amostra são todos utentes que usufruem de cuidados de enfermagem domiciliários do Centro de Saúde de Ovar, faremos uma sucinta descrição deste serviço.

ARTICULAÇÃO COM DIVERSAS ENTIDADES PARA A REALIZAÇÃO DOS PROJECTOS
Administração Regional de Saúde do Centro
Câmara Municipal de Ovar
Cercivar
Centro de Promoção Social do Furadouro
Serviço Sub-Regional de Aveiro
Fundo Fundação Oriente
Hospital Distrital de Aveiro
Hospital de Ovar
Hospital de Santo António (Porto)
Hospital de São João (Porto)
Johnson & Johnson Lda.
Junta de Freguesia de Ovar
Liga dos Amigos do Hospital de Ovar

Quadro 15 – Organismos que se articulam para a realização de projectos

2.3.2. Caracterização do Centro de Saúde de Ovar

O Centro de Saúde de Ovar é uma unidade integrada, polivalente e dinâmica, prestadora de Cuidados de Saúde Primários, visando essencialmente, a promoção, a vigilância da saúde a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo a sua acção globalmente ao indivíduo, à família e a comunidade.

Está integrado na rede de Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde do Centro (Sub-Região de Saúde de Aveiro).

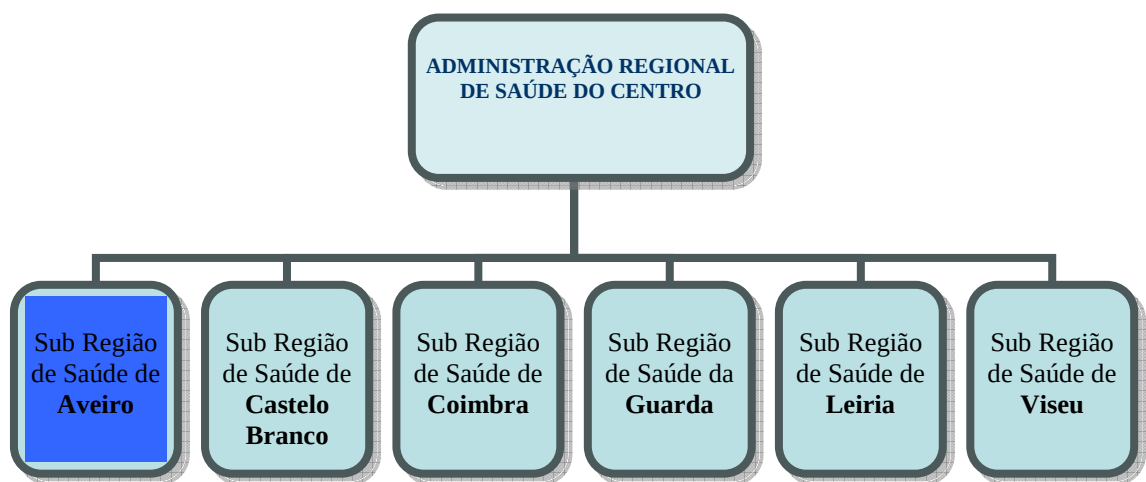


Figura 11 – As Sub Regiões que integram a Administração Regional de Saúde do Centro

A Sub-Região de Saúde de Aveiro integra um conjunto de Centros de Saúde, ao qual pertence o Centro de Saúde de Ovar.

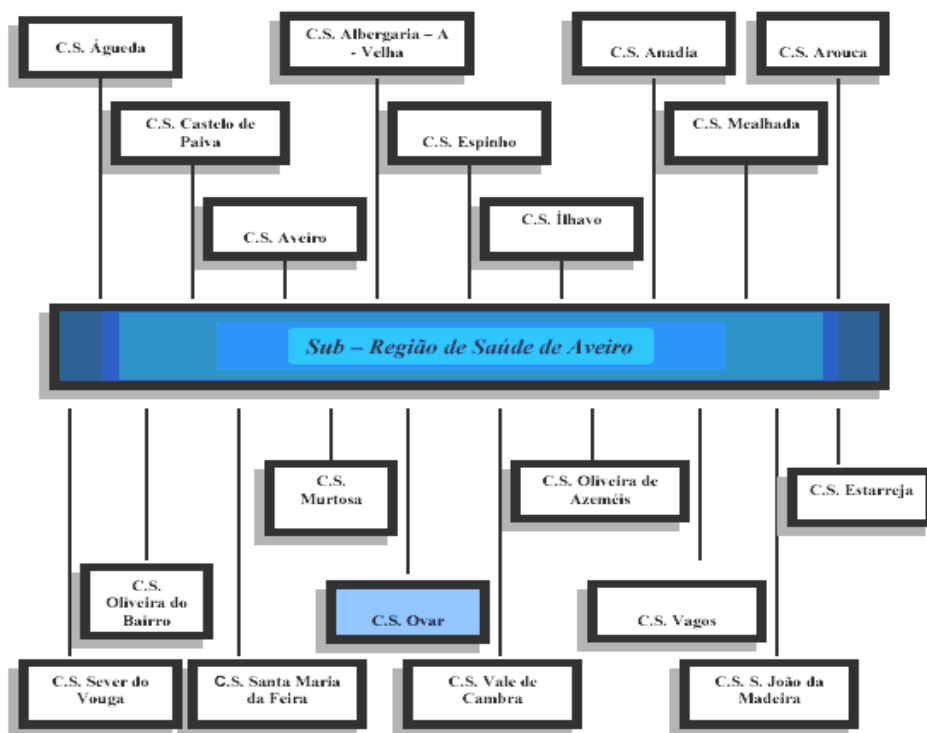


Figura 12 – Centros de Saúde que integram a Sub-Região de Saúde de Aveiro

Localizado na freguesia de Ovar tem adita a si sete extensões de saúde. As quais podemos ver no quadro que se segue:

EXTENSÕES DO CENTRO DE SAÚDE DE OVAR
Arada
Cortegaça
São Vicente de Pereira
Maceda
Furadouro
Esmoriz
Válega

Quadro 16 – Extensões de Saúde do Concelho de Ovar

Este organismo serve uma população de 56296 habitantes (inscritos).

Funciona 6 dias por semana, sendo que aos sábados abre apenas no período da manhã (8h30m-12h30m) e só para cuidados de enfermagem.

São 9 os serviços referenciados a este Centro, nomeadamente:

- Serviço de Saúde Pública
- Centro de Diagnóstico Pneumológico
- Consulta de Desabituação Tabágica
- Consulta de Alcoologia
- Consulta de Diabetologia
- Pequena Cirurgia
- Consulta de Hipocuagulação
- Serviço de Micro-radiografias
- Consulta Complementar
- Consulta e rastreio com higienista oral

2.3. Recursos Humanos

Relativamente a recursos humanos, estes estão distribuídos pelas diferentes extensões totalizando-se de acordo o seguinte quadro 17.

RECURSOS HUMANOS	NÚMERO DE PESSOAL
Médicos de Clínica Geral	31
Médicos de Saúde Pública	1
Enfermeiros a tempo inteiro	30
Enfermeiros a tempo parcial	1
Técnico Superior de Serviço Social	1
Administrativos	28
Apoio e vigilância	16
Motorista	3
Técnico de Higiene e Saúde Ambiental	1
Técnico de Higiene e Saúde Oral	1
Fisioterapeuta	1
Podologista	1
Psicóloga	1
Radiologista	1
TOTAL	117

Quadro 17 – Recursos humanos no Centro de Saúde e Extensões de Saúde do Concelho de Ovar

Em relação aos cuidados de enfermagem e mais especificamente cuidados domiciliários, são prestados por todos os elementos da equipa de forma rotativa (mensal).

Na sede geralmente são destacados dois enfermeiros, sendo que um deles é fixo trabalhando em regime de acumulação de funções.

Para o desenvolvimento desta actividade (cuidados de enfermagem domiciliários) estão delineados vários objectivos de âmbito geral, alguns ambiciosos mas que efectivamente permanecem na mira dos profissionais que com zelo os tentam alcançar. Entre os quais destacamos:

- Prestação de cuidados individuais de qualidade (adequados a cada situação, como se de única se tratasse)
- Aumento da capacidade de resposta
- Aperfeiçoamento dos processos individuais, com registos mais pormenorizados
- Informatizar os processos do utente
- Encaminhar e referenciar cuidadosamente os utentes que necessitam de cuidados mais diferenciados
- Colaborar e incentivar o trabalho em equipa multidisciplinar
- Aumentar a qualidade de vida dos utentes

3. Caracterização dos entrevistados

A análise de alguns dados tem confirmado o aumento bastante significativo da procura de cuidados de enfermagem em domicílio, sendo que paralelamente ao aumento em nº se constata um aumento do grau de dependência dos utentes.

No ano de 2005 foram realizadas em todo o Concelho cerca de **24.010 visitas domiciliárias**. Foram apoiados e prestados cuidados de enfermagem a **536 utentes dependentes**, com faixa etária prevalente maior de 64 anos. De entre os utentes dependentes, 302 (56,34%) tem idade igual ou superior a 75 anos, 146 sujeitos (equivalente a 27,24% da população) encontra-se no intervalo de idade entre 65 e 74 anos, os restantes 88 sujeitos (16,41%) tem idade inferior a 65 anos de idade.

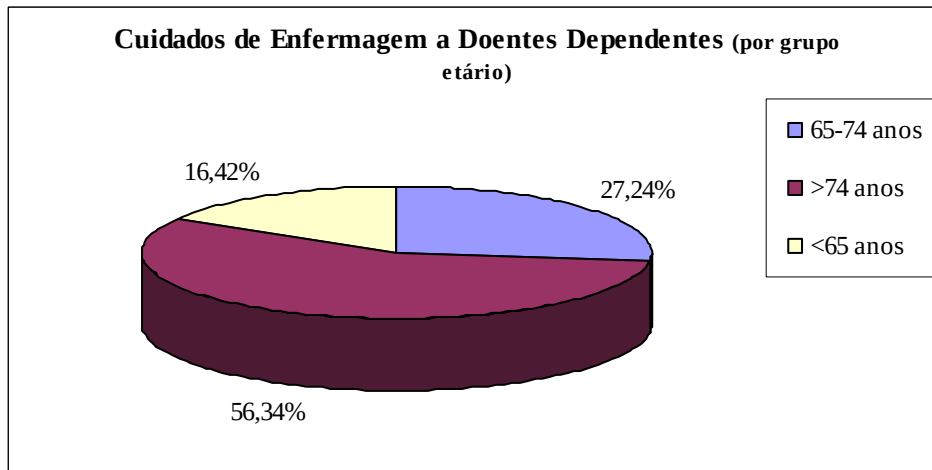


Gráfico 2 – Cuidados de Enfermagem a utentes dependentes por faixa etária, no Concelho de Ovar (2005)

A sua distribuição quanto ao género, verificámos que a grande maioria é do sexo feminino, isto é, 61,57 % (330 sujeitos).

De entre outros factores, verificámos que um número significativo dos utentes tem patologias do foro cardiovasculares (252 utentes), logo seguidos por sujeitos com problemas de ordem gerontológica (79 sujeitos) entre as quais a senilidade. Outras doenças se destacaram, as do foro oncológico (59 sujeitos) e as demências (40 Sujeitos) As doenças do foro oncológico e as demências também foram expressivas, 59 e 40 casos respectivamente.

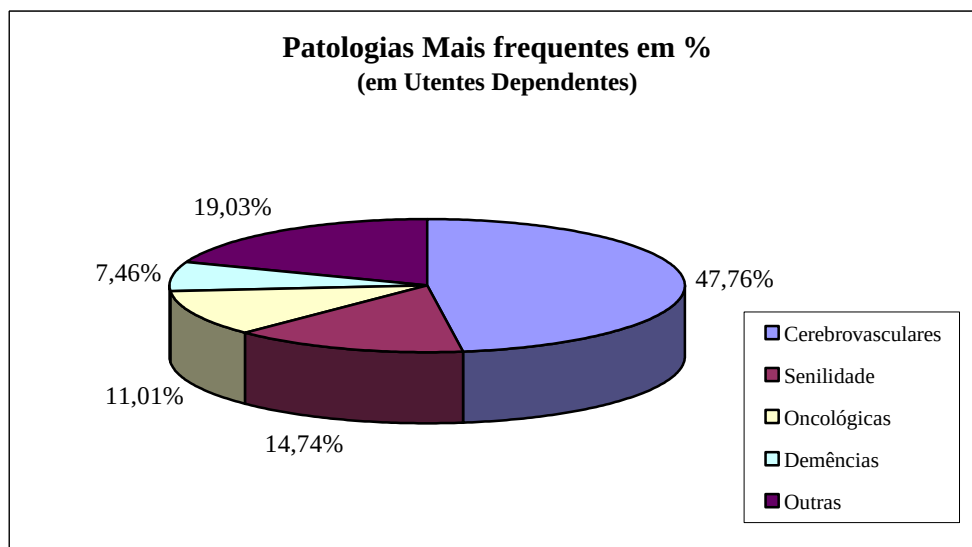


Gráfico 3 – Patologias mais frequentes em utentes com cuidados de enfermagem domiciliários (2005)

Fortin (1999:202) refere que “a amostragem é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido com vista a obter informações relacionadas com um fenómeno, e de tal forma que a população inteira que nos interessa esteja representada”.

Para Vicente, Reis e Ferrão “... *um bom processo de amostragem é aquele que permite obter estimativas o mais próximo possível do verdadeiro valor dos parâmetros e que isso é tanto melhor conseguido quanto mais representativa a amostra for do universo*” (Vicente, Reis & Ferrão, 2001: 51).

O sub conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos consiste na amostra; no fundo, ela “é uma réplica em miniatura da população alvo” (Fortin, 1999: 41).

As características da nossa amostragem estão evidenciadas na tabela 1.

Desta forma, da população inscrita no Centro de Saúde de Ovar, participaram neste estudo, 10 sujeitos, sendo que 7 são do sexo feminino, e 3 do sexo masculino, com idades entre os 75 e os 91 anos.

Tabela 1 – Idade média dos sujeitos (por sexo) que participaram no estudo

Sexo	Média	N	Desvio Padrão (Dp)
Masculino	82,33	3	5,859
Feminino	79,71	7	6,775
Total	80,50	10	6,311

Devidas as características dos entrevistados, verificamos na tabela 1, que a idade média entre os sujeitos do sexo masculino é de 82,33 (Dp=5,86), encontrando-se a idade mínima 78 e máxima de 91 anos. No sexo feminino 79,71 (Dp=6,78) as idades variam do mínimo, ou seja 73, ao máximo 91 anos.

Os entrevistados serão identificados pela ordem da entrevista, assim sempre que se ler A1, estamos a falar do primeiro entrevistado.

Para os conhecermos um pouco melhor, apresentamos na tabela 2, uma breve caracterização dos seus dados socio-demograficos.

Da sua leitura podemos por exemplo verificar que (A1) é um sujeito do sexo feminino, com 75 anos viúva, habita com familiares mais concretamente filha, genro e netos. Depreendemos também que a mesma não possui qualquer nível de escolaridade, no entanto sabe ler e escrever.

Tabela 2 – Dados Socio-demográficos dos Entrevistados

	Entrevistados									
	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10
Sexo	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Masculino	Feminino
Idade	75 anos	75	80	82	91	76	86	78	89	73
Estado Civil	Viúva	Solteira	Casado	Viúva	Viúva	Viúva	Viúva	Casado	Casado	Casada
Escolaridade	Não frequentou a escola, mas sabe ler e escrever	3ª classe	4ª Classe	Não frequentou a Escola, mas sabe ler	Não frequentou a escola, sabe ler.	4ª Classe	Não frequentou a escola, não sabe ler nem escrever	9º ano	Frequentou a escola, sabe ler mas não concluiu nada	4ª Classe
Habita com	Filha, Genro e netos	Sozinha	Com a esposa	Filha, Genro	Filha, Genro e Neto	Filha, Genro e Neto	Sozinha	Com a esposa	Com a esposa	Marido, Nora e neto

É com esta tabela descritiva da nossa amostragem, que concluímos este capítulo pois consideramos que a mesma é bastante elucidativa. Prosseguiremos com a análise dos dados recolhidos (Cap. III).

CAPITULO III – O SIGNIFICADO QUE O IDOSO ATRIBUI AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DOMICILIÁRIOS.

Apresentar os dados empíricos e interpretá-los à luz dos pressupostos que enunciámos na parte I, não esquecendo o enquadramento da parte II, é o que nos propomos fazer, numa perspectiva de complementaridade entre a teoria e o empírico. A matriz metodológica qualitativa, por que optámos, guiou-nos na interpretação.

A técnica de análise utilizada foi a **análise de conteúdo**, a qual permite, por um lado, a descrição objectiva e sistemática do manifesto da comunicação e, por outro, realizar inferências válidas dos dados analisados.

A análise de conteúdo baseia-se na análise qualitativa, geralmente aplicada de um modo extensivo, procurando agrupar significações.

Tratando-se de um *estudo de caso*, as inferências que aqui fazemos respeitam ao contexto dos idosos, pelo que deixamos ao leitor as generalizações de pendor “naturalístico” que entender fazer.

1. Análise dos dados

Como já havíamos citado, no nosso estudo utilizamos dois instrumentos métricos (MMSE e Índice de Katz), os quais sem dúvida nos ofereceram contributos importantes para a análise e interpretação dos vários dados recolhidos. (ver tabela 3)

Da aplicação do MMSE (mini-mental state examination) concluímos que nenhum dos inquiridos apresentava deficit cognitivo (critério de exclusão, previamente estabelecido).

Inferimos também que apesar de não terem alterações significativas da linguagem e de se encontrarem orientados no tempo e espaço, alguns manifestavam flutuações na atenção e memorização das palavras, (A1; A7; A9).

Para auferirmos acerca da (in)capacidade física, em diferentes actividades da vida, recorreremos ao Índice de Katz o qual nos dá indicações sobre os vários graus de dependência. Na tabela 4 apresentamos os resultados obtidos.

Tabela 3 – Apresentação dos resultados das provas métricas por sujeito

	Entrevistados									
	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10
Sexo	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Masculino	Feminino
Idade	75	75	80	82	91	76	86	78	89	73
Anos de Escolaridade	0	3	4	0	0	4	0	9	0	4
MMSE	18	27	25	24	25	25	20	25	22	25
Katz	50	36	36	44	58	56	71	55	55	92

Considerando que um índice igual ou superior a 16 é sinónimo de alguma dependência, todos os nossos sujeitos se encontram nesta situação, não existindo nenhum totalmente independente.

Tabela 4 – Apresentação dos resultados obtidos no Índice de Katz

Valor do Índice de Katz	Nº de sujeitos	(%)
36	2	20,0
44	1	10,0
50	1	10,0
55	2	20,0
56	1	10,0
58	1	10,0
71	1	10,0
92	1	10,0

Cruzamos então os resultados do Índice de Katz com outras informações obtidas nas entrevistas e criamos algumas categorias no domínio psico – biológico.

Associamos as categorias a um termo chave que indica a significação central do conceito (tabela 3)

A prestação de cuidados domiciliários pode ter significados e objectivos diferentes, dependendo por exemplo do contexto e do momento a que nos referimos.

São vários os autores que de forma diferente, procedem à categorização das visitas domiciliárias.

Garcia (1997), sugeriu duas categorizações:

- ♦ uma denominada de «trabalho de comunidade» que constitui uma actividade de carácter contínuo sendo feita uma abordagem biopsicossocial ao individuo.
- ♦ outra denominada de «serviço domiciliário curativo ou domicílio», dirigida para aspectos curativos e para a resolução de problemas centrados quase exclusivamente em aspectos biológicos.

Podemos afirmar que o nosso estudo recai sobre a primeira, pois levamos em consideração os aspectos biológicos, psíquicos e sociais.

No domínio psico-biológico definimos as seguintes categorias:

- ♦ Rotinas diárias,
- ♦ Rotinas da enfermagem,
- ♦ Profissionalismo dos enfermeiros.

1.1. Domínio Psico-Biológico – Categoria: Rotinas diárias

Tabela 5 – Rotinas Diárias

Domínio	Categoria	Código	Subcategoria
Psico-Biológico	Rotinas diárias	E1	Autonomia

Para a categoria – rotinas diárias, definimos como subcategoria a autonomia, para melhor entendimento e leitura o Código da categoria será associado `a pergunta e ao sujeito, assim temos por exemplo E1.5.A1.

As respostas às perguntas número 5 e 6 das nossas entrevistas deram-nos informação que nos permitiram fazer as seguintes leituras:

Todos os elementos da nossa amostragem têm dificuldades de locomoção.

Dos dez indivíduos, sete conseguem andar com alguma autonomia: o entrevistado número um consegue andar sozinho, sendo os entrevistados (A2), (A3), (A8) e (A9) necessitam de apoio de canadianas já (A4) e (A7) movem-se recorrendo a andarilhos.

Os 3 elementos restantes (A5, A6, A10), não conseguem locomover-se: (A5) expressa que: *“Só ando com a cadeira de rodas porque amputei a perna”*; (A10) refere *“já andei, mas agora não consigo nem com canadianas (...) acamei há quase dois anos”* (E1.5.A10); por último (A6): *“não consigo andar sozinha nem com canadianas, mal posso tocar com o pé no chão, sinto dores horríveis”* (E1.5.A6).

As limitações não se restringem à locomoção, estendem-se também para a capacidade de **cuidarem de si** próprios.

Contrastando com a mobilidade (em que apenas três elementos não conseguiam andar), verifica-mos que só três sujeitos são capazes de se cuidar autonomamente (E1.6.A2; E1.6.A3; E1.6.A9).

Os restantes inquiridos apresentavam diferentes graus de dependência, como se depreende dos seguintes discursos:

“ já não estou em modos é a minha filha que me ajuda a cuidar...a lavar-me e a fazer tudo” (E1.6.A6);

“necessito de ajuda para me lavar e tratar tudo cá em casa” (E1.6.A8);

“a minha filha lava-me e quando não pode eu lavo-me como puder” (E1.6.A1);

“minha filha é que cuida de mim, que me ajuda com os banhos, faz a comida, trata - me e ampara, não trabalha” (E1.6.A4);

“Preciso de ajuda para me lavar e tratar de tudo cá em casa, a minha esposa também nada pode fazer e por isso temos uma senhora que todos os dias nos vem dar esse apoio.” (E1.6.A8).

O entrevistado com a referência (A7), é esclarecedor sobre a forma como sente esta limitação referindo: *“não meu amor já não faço nada. Voltei a ser bebé...”* (E1.6).

O comprometimento da autonomia, nomeadamente no que concerne à sua capacidade de locomoção e de auto cuidado, desencadeia sentimentos de fragilidade, inutilidade, culminando na sensação de um processo (in)volutivo, ou seja no retorno à primeira infância pois necessitam que lhe sejam dados todos os

cuidados primários indispensáveis à sua vivência com alguma qualidade e dignidade de vida.

Como o acesso a esses cuidados está completamente dificultado pela incapacidade de se dirigirem ao C. Saúde, torna-se crucial a assistência domiciliar. Eles próprios referem que estes cuidados ocorrem:

“Porque tenho uma ferida na perna. Vêm fazer-me os pensos porque eu não consigo ir a tratar-me no C. S.” (A1);

“ os enfermeiros vem cá a minha casa por causa das feridas da minha perna, vêm a curar-me” (E2.7.A3);

“tive uma paralisia infantil e também apanhei hepatite (lágrimas). Tenho úlceras varicosas” (E2.7.A10);

“porque tenho úlceras varicosas, primeiro era nas duas pernas, agora é só nesta (aponta par o membro inferior direito), (E2.7.A2)”

Desta forma os serviços de enfermagem são prestados sobretudo por motivos focados na realização de curativos.

Este facto gera entre os idosos e os enfermeiros o estabelecimento de uma rotina mais ou menos estruturada, pelo que achamos pertinente reportarmo-nos á categoria – rotinas de enfermagem a qual por sua vez “engloba” a subcategoria – cuidados especiais de enfermagem.

Domínio Psico-Biológico – Categoria: Rotinas da Enfermagem

Tabela 6 – Rotinas da Enfermagem

Domínio	Categoria	Código	Subcategoria
Psico-Biológico	Rotinas da enfermagem	E2	Cuidados especiais da Enfermagem

São sobretudo as respostas às questões número 7, 8, 9, que nos dão “subsídios” para esta problemática.

A instalação de rotinas, está aparentemente relacionada com a **frequência e duração dos cuidados**.

Por exemplo (A2) usufrui de cuidados de enfermagem domiciliários “ (...) há 15 anos.” (E2.8.A2), não sendo o único pois que (A5) também.

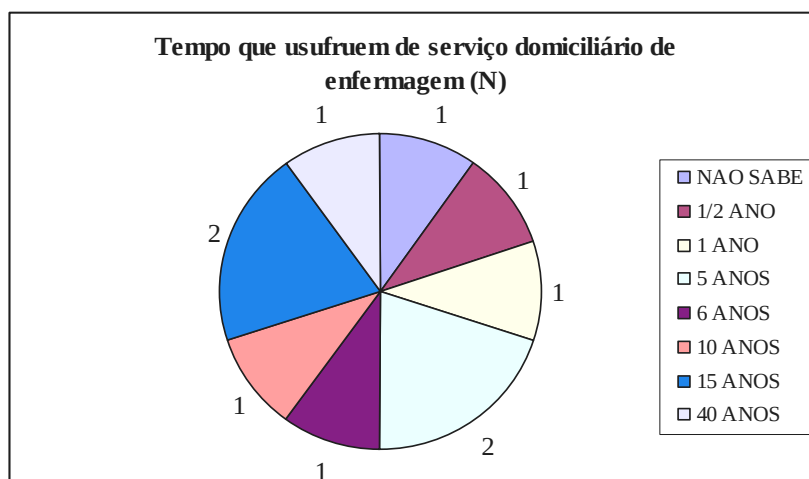
“jà tem uns bons aninhos! há muito tempo, tem para ai uns bons 15 anos (...).”

Como podemos verificar pelo gráfico I, esta distribuição temporal é dispersa, variando entre um período de 6 meses (A8): “Cá a casa? Já vêm talvez há 5 ou 6 meses”; e 40 anos segundo (A4): “na minha conta já tem para ai 40 anos. Já tem muito ano, muito ano!”.

Segundo McNamara (1998), a assistência a indivíduos e famílias na sua residência visa promover, manter ou restaurar o seu estado de saúde, minimizando os efeitos da doença.

A resposta dos entrevistados parece ser unânime relativamente à importância do serviço de enfermagem domiciliária, sendo impensável outra forma de se curarem.

Gráfico 4 – Tempo que os idosos usufruem de cuidados de enfermagem domiciliários



Os procedimentos também são geradores de rotinas.

Quando questionados sobre **as atividades** executadas pelo enfermeiro, os entrevistados tem pouco ou nenhum conhecimento. Respondem de forma expressiva e concordante que vão realizar curativos, contudo como podemos observar na análise das frases ilustrativas, poucos sabem sobre o porquê ou para quê dos mesmos.

“Lavam as feridas e botam assim umas placas que dizem que são muito boas para limpar as feridas” (E2.9.A1);

“Olhe às vezes lavam só a perna com um pouquinho de água, põe o pano à volta e toca a andar. Até aquela pele mais dura que fica à volta da ferida, como se chama? (...) É isso crostas, às vezes sou eu que no fim-de-semana quando faço o penso, que as tenho que tirar. É uma tristeza” (E2.9.A2);

“Eles fazem os curativos apenas baseados no que a minha médica diz, a Dr.^a, X, e eu contava com a sua experiência. Chegam, lavam as feridas, põe betadine e já está. O que eu noto é que o penso é à fugida sabe? É desinfetou, curou, tapou e andou. É rápido, fazem aquilo em 5 minutos” (E2.9.A3);

“Vêm a curar – me. Tratam a ferida como podem e como sabem, coitados” (E2.9.A4);

“Olhe vêm cá a casa a curar-me, lavam-me os dedos muito bem e põe o que entendem.” (E2.9.A5);

“Oh! Olhe, os Enf. chegam aqui assim ... olhe chegam aqui e põe-se a mexer e pronto. Botam um pensosito qualquer e vão-se embora é isso que eu não gosto muito. Eu acho que as feridas deviam ser melhor tratadas” (E2.9.A9).

Esta última afirmação, em que o descontento pelo serviço prestado é tão evidente remete-nos para a questão do profissionalismo.

O profissionalismo do enfermeiro é a última categoria que exploramos no domínio psicobiológico. Analisamos preferencialmente as subcategorias, empatia e comunicação, pelos dados obtidos nas respostas nº 10,11,12.

Domínio Psico-biológico – Categoria: O profissionalismo do enfermeiro

Tabela 7 – O Profissionalismo do Enfermeiro

Domínio	Categoria	Código	Subcategoria	N.º Pergunta
Psico-Biológico	Profissionalismo do enfermeiro	E3	Empatia	N.º 10
			Comunicação	N.º11
				Nº 12

Relativamente ao profissionalismo do enfermeiro; tendo em conta diferentes indicadores, constatamos que a maioria dos entrevistados sempre que sente necessidade **procura esclarecer as suas dúvidas**:

“Sim falo bem com a enfermeira. Não costuma mostrar má cara, não senhora. Esclarece-me sempre e quando não compreendo lá muito bem,” (E3.10.A1);

“Se lhes perguntar alguma coisa eles respondem, e até me respondem bem, mas eu é que já nem tento porque eles estão sempre com pressa. Há uns anos atrás era bem diferente, vinham com mais calma.” (E3.10.A2);

“Com certeza. Explicam lá nisso... embora às vezes contrariados...mas não tenho muito mal a dizer disso com certeza têm muito serviço e a gente não pode estar a empata-los.” (E3.10.A3);

“Sim, nunca houve problemas de comunicação entre nós. Têm sido sempre muito acessíveis.” (E3.10.A8).

A maioria dos idosos considera que os enfermeiros prestadores de cuidados domiciliários não possuem muito **tempo** para diálogos, no entanto, para a execução dos tratamentos referem que:

“Sim, sim vem sempre com tempo para me curar, mas é claro que não pode ficar a aqui a falar porque tem outras pessoas para tratar.” (E3.11.A1);

“Quando vêm não ficam muito tempo. Estão com pressa de tratar a sua vida, mas arranjam-me, curam-me e falam bem.” (E3.11.A4);

“Sim, o tempo necessário para me curarem” (E3.11.A8);

Porém outros “reclamam” que o tempo é insuficiente:

“Usam apenas escassos minutos, e é só” (E3.11.A3);

“Estou a dizer-lhe que fazem tudo a correr! Não há tempo para conversas” (E3.11.A2);

“A maior parte das vezes vêm com muita pressa, muita pressa mesmo! Ainda ontem era quase meio-dia e estavam apressados, outras lá vêm com mais calma mas é muito raro isso acontecer (E3.11.A6);

“Então acha que sim? Pois claro que não!” (E3.11.A9).

A ineficácia da comunicação foi demonstrada nestes diálogos, pela falta de tempo, pela não reciprocidade e indisponibilidade do enfermeiro para ouvir.

Apesar de expressarem a necessidade de precisarem e usufruírem de cuidados de enfermagem, os utentes também sentem necessidade de serem acolhidos, escutados e compreendidos pelos enfermeiros (Martins 2003).

Os resultados obtidos nas entrevistas, evidenciam que não é fácil a aceitação por parte de todos os utentes, nitidamente ilustrado pelas suas frases.

Estabelecer uma relação pode ter diferentes contornos, no entanto a sua força depende das atitudes adoptadas, assim segundo Chalifour (1993) o estabelecimento deste elo depende da capacidade de compreender, entender e sentir o que o outro sente, ver o que o outro vê, sem que jamais nos esqueçamos de que estamos a olhar o seu mundo de acordo com a sua perspectiva. Esta capacidade é denominada de empática, bem diferente e oposta à simpatia, piedade ou antipatia.

É importante para o utente que o enfermeiro, bem como outros técnicos de saúde ou prestadores de cuidados, estejam sensibilizados a desenvolverem um processo simples sendo que também “é importante para o enfermeiro compreender as experiências pessoais do utente/família através dos códigos de referência dos mesmos e não em função dos seus” (Chalifour, 1993).

No entanto, esta realidade ainda é um pouco poética, os idosos inquiridos sentem não só ausência de empatia mas também dificuldades ao nível da comunicação atribuindo aos procedimentos e excesso de serviço as principais causas.

Tudo isto é reforçado pelas seguintes opiniões:

“(...) explicam lá nisso... embora às vezes contrariados...mas não tenho muito mal a dizer disso com certeza têm muito serviço e a gente não pode estar a empata-los.” (E3.12.A3);

“Explicam-me os procedimentos e penso estar a par de tudo!” (E3.12.A8);

“não coitadas não podem estar a falar comigo não é? Porque elas têm muita gente para fazer. Ontem veio cá uma enfermeira que estava só, e até me disse as pessoas que tinha de curar e eram muitas... Noutro dia veio cá outra.. ai a Sr.^a sabe o que é estar a esfregar uma pedra? Assim ela estava na ferida. E eu disse

ai a menina está a aleija-me tanto.. e ela disse qualquer coisa que eu nem percebi, mas sei que ela não gostou que eu lhe chamasse aquela atenção”(E3.12.A5);

”Não explicam nada, não explicam nada, nada... Dizem que fale com o Dr. T” (E3.12.A9);

“Não. Deixam material para a minha filha e dizem como ela deve fazer no fim-de-semana. Ela não cura, como isto tem umas placas, ela não mexe na ferida nem nas placas. Porque é assim; elas começam a babar e a cheirar muito mal, então a minha filha só muda as compressas e as ligas quando estão sujas.” (E3.12.A4).

Desta sucinta análise á “esfera” psico-biológica, ressalvamos a existência de graves lacunas relacionadas com problemas e dificuldades comportamentais e atitudinais. O grau de dependência interfere intimamente com a importância atribuída aos cuidados de enfermagem domiciliários (imprescindíveis).

Estes por sua vez constituem, segundo os idosos, em meros tratamentos curativos o que para eles é manifestamente insuficiente. Além disto, a cronicidade associada às patologias do idoso gera rotinas por parte dos enfermeiros, retirando toda a especificidade e singularidade necessárias a um cuidar holístico.

A área espiritual nunca foi valorizada pelos profissionais, como foi notório quando empreendemos por esse domínio.

Domínio Psico-espiritual – Categoria: Partilha de valores

Tabela 8 – Partilha de Valores

Domínio	Categoria	Código	Subcategoria	N.º Pergunta
Psico - espiritual	Partilha de Valores	E4	Valores	N.º 13

A partilha de valores, crenças ou fé, nunca foram assuntos debatidos com a equipa de enfermagem:

“Nunca se falou de nada disso... não com as enfermeiras não me lembro de falarmos sobre esses assuntos (E4.13.A1);

“Não nada, nunca falamos sobre nada disso.” (E4.13.A2);

“Não minha rica filha.” (E4.13.A5);

“Falamos apenas das feridas e dos curativos, não há cá tempo para mais nada (E4.13.A6)”;

“Mas nunca puxei este assunto com os enfermeiros. Nunca calhou sabe” (E4.13.A7);

“Falamos só das feridas. Nunca calhou abordar o aspecto espiritual” (E4.13.A8);

“ Nunca falei com os enfermeiros sobre isso. Nunca se puxou o assunto, nem eles perdem tempo. Quando curam vão embora, não dá para conversas, só se vai para bem, se a ferida piorou ou vai para melhor” (E4.13.A10.).

O único entrevistado que “tocou” neste tema com os enfermeiros foi (E4.13.A4): *“já falei sobre isso uma vez com uma colega sua e ela disse oh D. A. não pense nisso porque tudo se cura, tudo se cura... tudo se cura, mas pró meu lado não vejo nada, não vejo nada”.*

Curiosamente o milagre da cura por meio da fé é característico das crenças da maior parte dos entrevistados pelo que o consideramos outra categoria do domínio psico espiritual.

Domínio Psico-espiritual – Categoria: Percepção da cura por fé

Tabela 9 – Percepção da Cura por Fé

Domínio	Categoria	Código	Subcategoria	N.º Pergunta
Psico espiritual	Cura por Fé	E5	Crenças	N.º 14

A possibilidade de obterem **cura por meio da fé**, é manifestada por quase todos os idosos:

(...)“Tenho fé, sim. Uma perna já sarou, a direita, a Sr.^a lembra-se não lembra? Mas esta está uma desgraça (aponta para a perna esquerda)” (E4.14A.A1);

“...tenho muita fé. Mas nunca falei sobre isso com nenhum enfermeiro. A minha devoção eu cá a tenho, acho que eles não estão para aí virados. Quando estive internada esta ultima vez, lembra-se foi em Outubro ou Novembro, em

frente à minha cama havia uma santinha e eu estava sempre a apegar-me àquela santinha e a Nossa Sra. de Fátima e ao Nosso Senhor., para me vir embora, para eu curar e vir para a minha casinha (E4.14A.A6)”;

“Não nunca falamos de nada disso, então não lhe estou a dizer que é tudo sempre a correr? A fé na cura, já não acredito muito, sabe?” (E4.14A.A9).

Esta descrença também está presente no discurso do entrevistado (E4:)
 “não, não tenho fé. Já não sei em quê é que eu hei-de de acreditar, já não sei! Está sempre a acontecer qualquer coisa nova, sempre, sempre, sempre, melhora qualquer coisa e depois aparece outra coisa qualquer e ando nisto assim já há muito tempo. São muitas maleitas juntas!” (E4.14A.A8).

Do relato dos idosos, sobressai uma postura retraída, pois dada a pouca abertura pelos profissionais, também eles optam pelo silêncio, por receio ou desconhecimento.

Estes e outros factores, colocam o idoso numa redoma; um sujeito “quieto” que aguarda por um tratamento, que apesar de considerar útil e benéfico para a sua saúde está desprovido de valores ou grandes significações.

É neste seu “mundo” fechado que vive e permanece, desconhecendo toda uma realidade que o cerca e que eventualmente lhe poderia ser útil.

Referimo-nos por exemplo aos apoios sociais da rede do concelho.

O desconhecimento dos diferentes suporte sociais existentes na sua comunidade ou redondeza é patente em seus diálogos.

O enfermeiro com todas as suas potencialidades poderia ser um “veículo” de informação sobre o assunto, contudo tal não se verifica.

Domínio Psicossocial – Categoria: Informações fornecidas pelos enfermeiros sobre apoios sociais

Tabela 10 – Informações fornecidas pelos enfermeiros sobre apoios sociais

Domínio	Categoria	Código	Subcategoria
Psico-social	Informação Fornecida	E6	Suportes Sociais

As seguintes transcrições comprovam esta realidade:

“Não nada. Não sei de nada, nem nunca se tocou em tais assuntos, pelo menos comigo, com a minha filha não sei.” (E6.15.A4);

“Não nada, nada. Eu nunca lhes perguntei. Eles queriam que eu fosse para um lar, e os meus filhos também, mas eu é que não quero. Enquanto me conseguir arrastar prefiro ficar na minha casinha.” (E6.15.A7);

“Nada. Diz que ao pé da estação está lá uma casa que é da ervanária e que está lá um médico indiano que com umas agulhas, ou não sei o quê, que cura as pessoas; mas foi o meu filho que soube disso “ (E6.15.A9);

“Não, com os enfermeiros não. Eu tinha a Cerci que me vinha fazer a higiene e o comer, mas não vinham aos Sábados nem aos Domingos nem aos feriados.” (E6.15.A10).

Os entrevistados revelaram que pouco ou nada é realizado pela enfermagem a fim de estabelecer a ponte entre eles e as instituições de apoio sociais não havendo uma intervenção efectiva, a qual devia ser implementada de forma sistematizada, segundo um plano previamente elaborado e dirigido de acordo com as condições socio-económicas e culturais. Este ponto é reforçado pelas suas afirmações, uma vez que segundo eles, este diálogo informativo por parte da enfermagem não ocorreu.

Segundo Sorensen e Luckmann (1998:494) “a enfermagem ao domicílio é de âmbito global, isto é centrada holisticamente, tanto no indivíduo que requer o cuidado, como na família ou sistema de suporte”.

Mais uma vez este tipo de abordagem (holística) foi ignorada ou ultrapassada pelos profissionais.

Da definição anterior (Sorensen e Luckmann), ressalta a importância do envolvimento da família no plano de cuidados pelo que optamos pela categoria: colaboração.

Domínio Psicossocial – Categoria: Colaboração da família com os enfermeiros

Tabela 11 – Colaboração da Família com os Enfermeiros

Domínio	Categoria	Código	Subcategoria
Psicossocial	Colaboração com a Família	E7	Família

Cerca de metade dos entrevistados refer que os **enfermeiros falam com algum familiar**: *“Sim falam muito com a minha filha e quando ela não está cá se elas acharem necessário ela vai ter com eles ao C. S. Pedem-lhe sempre para ela fazer os pensos aos fins de semanas, assim só mudar os panos de fora quando o penso repassa.”* (E7.16.A1);

“Às vezes falam com o meu filho, quando vai para pior ou assim, mas é raro” (E7.16.A3);

“por vezes falam com a minha filha, mas quase sempre é ela que os procura.” (E7.16.A4);

“Sim falam muito com a minha filha, ela está sempre em casa para lhes abrir a porta e assiste a tudo.” (E7.16.A5).

No entanto os restantes idosos referem precisamente o contrário: *“Não, não, nunca falaram com nenhum familiar. Pelo menos que eu tenha conhecimento.”* (E7.16.A8);

“Não, não, não. O meu filho às vezes é que tem de andar lá pelo C. S. atrás deles para saber alguma coisa.” (E7.16.A9);

“Não, não falam com ninguém. Durante o dia estou sempre sozinha porque está toda a gente a trabalhar, fazem-me os curativos e vão embora.” (E.7.16.A10).

A ausência de tempo e disponibilidade para diálogos é notório. Verificamos que o enfermeiro na maioria das vezes, “visita” o doente exclusivamente para executar as suas tarefas e fazer o tratamento. Isso faz com que a visão do idoso sobre o mesmo caía tendencialmente na categoria de um profissional ou técnico

de saúde, e raramente o vejam como um suporte social, nem mesmo atinge o pouco desejável de Hancock (1999) uma relação “habitualmente do tipo paternalista”.

Domínio Reconhecimento do papel de Enfermagem – Categoria: Importância dos domicílios de enfermagem

Tabela 12 – Importância dos domicílios de Enfermagem

Domínio	Categoria	Código	Subcategoria
Reconhecimento do papel de Enfermagem	Importância dos domicílios de enfermagem	E8	Enfermagem ao domicílio Vs Enfermagem no Centro de Saúde

Apesar de pouco satisfeitos com a “qualidade” dos cuidados prestados, todos os idosos reconheceram e verbalizaram a sua importância, mais pela real necessidade de os usufruírem do que por eles em si. Acrescentam que este tipo de assistência favoreceu sua condição de vida, contudo se a sua situação de saúde fosse diferente prefeririam ir ao Centro de Saúde.

Podemos consolidar pelos seus depoimentos, que de facto a maioria sente uma profunda solidão e isolamento, encarando uma possível ida o Centro de Saúde como um “escape”, uma forma de saírem, ver pessoas e conversar:

“pois claro que acho importante!!! Então como é que eu podia ir ao C.S.? E eu não podia sequer estar a pagar um táxi para me levarem todos os dias” (E8.17.A2);

“pois tem de ser, não podia ser de outra forma porque eu não posso. Se eu pudesse! Ia ao C. S. a quanto é!...Não queria estar sempre na cama, queria arejar! (risos)” (E8.17.A6);

“para mim é muito importante e muito bom que venham cá a casa porque tenho muita dificuldade em me mover, em andar e caminhar. Mas preferia ir ao C.

S., sem duvida gostaria mais, conversaria com outras pessoas, enfim convivía até com outros doentes.” (E8.17.A8);

“sim, muito importante! E sinceramente não preferia ir ao C. S. porque eles vêm aqui arranjar-me bem. Eu não posso e aqui tenho sempre sido bem curada. Prefiro estar na minha casinha sem dúvida é muito mais confortável “ (E8.17.A10);

“Ai sim, sim. Tinha de haver quem curasse nas casas, senão a gente apodrecia para aqui. Eu não podia lá ir. Mas se pudesse ia ao C. S., então não ia? Pelo menos enquanto ia arejava e era sinal de que podia (sorriso)” (E8.17.A1).

Domínio Reconhecimento do papel da Enfermagem – Categoria: Alterações pertinentes aos procedimentos

Tabela 13 – Alterações Pertinentes aos Procedimentos

Domínio	Categoria	Código	Subcategoria
Reconhecimento do papel de Enfermagem	Procedimentos	E9	Alteração nos procedimentos

Tentamos auferir que ou quais os conhecimentos que os idosos possuíam relativamente aos procedimentos executados e de que forma estes podiam ou não influenciar as suas opiniões.

Oito dos entrevistados revelaram estar “conformados” e até pouco interessados em compreender o que os enfermeiros faziam, encarando com uma certa indiferença o papel do enfermeiro, sendo que sua preocupação maior é que estes venham a sua casa. Encontramos uma certa contradição pois apesar de tudo confiam “cegamente” nas capacidades dos profissionais, deixando ao seu critério todas as opções e/ou alternativas não se imiscuindo em seu trabalho.

Como não intervêm ou interferem nas práticas, pouco ou nada alterariam:

“Não mudava nada, eu não me importo...Á hora que eles vierem, vêm muito bem, são muito bem vindos. O que eu quero é que venham” (E9.18.A8);

“Não alteraria nada” (E9.18.A10);

“Sinceramente não sei, a gente pouco percebe. A gente precisa e como tal tem que aceitar, não é? (E9.18.A6);

“Não sei. Não percebo bem disso, eles estudaram devem saber o que estão a fazer, não acha?” (E9.18.A5);

“Não sei! Elas são atenciosas, coitaditas! Está tudo bem” (E9.18.A4).

Os elementos (A3) e (A9) não comungam da mesma opinião e apesar de não manifestarem grandes conhecimentos, verbalizam e sentem que os procedimentos não estão adequados à sua situação:

“Olhe gostava que eles usassem mais a experiência, porque a sabedoria não vem só dos livros e do que está escrito sabe? Para ver se as coisas melhoravam, assim não, é só o que a Dr. escreve e mais nada... e assim as coisas pouco caminham” (E9.18.A3);

“Acho que não curam como deveria ser. Deviam limpar melhor as feridas com jeitinho. (E9.18.A9)”.

Contrariamente ao que se preconiza, o discurso dos idosos deixa transparecer uma ineficácia e desajuste entre o conhecimento e a qualidade dos mesmos. Estando a comunicação mais uma vez comprometida bem como o envolvimento e auto responsabilização do utente pelos cuidados. Este cenário é completamente oposto ao “ideal” já tão sobejamente relatado e fundamentado nos capítulos anteriores.

E quanto á atitude e humanidade esperada em relação ao profissional de enfermagem?

Domínio Reconhecimento do papel da Enfermagem – Categoria: Atitude profissional

Tabela 14 – Atitude Profissional

Domínio	Categoria	Código	Subcategoria
Reconhecimento do papel de Enfermagem	Atitude Profissional	E10	Humanidade

A maior parte dos sujeitos adoptou uma postura de alguma “compreensão/aceitação” das atitudes dos profissionais, desculpabilizando certos comportamentos com causas mais ligadas a excesso de trabalho e falta de tempo. Como tal não sugerem qualquer mudança / alteração, como facilmente é perceptível em várias declarações:

“Não mudava nada, porque então coitadas elas têm muito que fazer! Tenho uma neta que agora também anda a estudar para enfermeira. Está em Viseu não sei a onde. Está a gostar muito! Mas diz que é difícil, só vem a casa aos fins-de-semana.” (E10.19.A4);

“Atitude? Não, não tenho defeitos a botar a nenhuma delas, é claro que a gente prefere mais umas que outras, mas sabe como é às vezes acordamos com o cu virado para a lua e não estamos tão bem dispostos (risos)” (E10.19.A6);

“Curam-me bem, não tenho razão de queixa. É pecado a gente botar defeitos a quem não os merece” (E10.19.A7);

“ Sinceramente não sei (E10.19.A8);

“O que eu mudava? O que hei-de dizer?...Eles coitados, atendem-me bem mas...milagres não podem fazer!...Fazem aquilo que sabem, não sabem mais... (E10.19.A9)”.

(A2), destacou-se do restante grupo, não compactuando da mesma visão ao afirmar: *“Olhe que tivessem mais calma e outros modos, alguns são umas jóias mas outros não sei para quê que quiseram ser enfermeiros! É uma vergonha!” (E10.19.A2).* Foi o único elemento que apesar de detentor de um baixo nível académico (como a maioria dos sujeitos) se desinibiu e pronunciou genuinamente sua opinião revelando que para ele alguns enfermeiros não estarão devidamente preparados, pois apesar de terem competências técnicas não possuem capacidades relacionais, sobretudo as de comunicação.

Esta análise demonstra precisamente o que já enunciamos ao longo do nosso estudo; que o idoso se posiciona distante quando tem de enfrentar mudanças, resistindo-lhes ou adaptando-se a elas com resignação. Contudo a sua capacidade para julgar continua envolta num espírito crítico pois á sua maneira lá vai expondo seus pontos de vista.

Prosseguimos na “senda da exploração” e categorizamos a percepção que o idoso tinha acerca do profissional, tentando procurar saber que ou quais os aspectos mais valorizados por eles.

Domínio Reconhecimento do papel da Enfermagem – Categoria: Percepção acerca dos elementos da enfermagem

Tabela 15 – Percepção Acerca dos Elementos da Enfermagem

Domínio	Categoria	Código	Subcategoria
Reconhecimento do papel de Enfermagem	Percepção acerca da Enfermagem	E11	Profissional Vs Amigo

Constatamos que seis sujeitos consideram o enfermeiro simultaneamente **técnico e amigo**, como foi ilustrado nas seguintes afirmações:

“Vejo como um técnico e alguns são muito meus amigos, verdade seja dita (E11.20.A2);

“São meus amigos, mas a técnica alguns precisavam de a aguçar” (E11.20.A3);

“Não, não vejo a enfermeira só como enfermeira também são minhas amigas” (E11.20.A5);

“Para mim também é uma pessoa amiga, porque a gente está sempre à espera de nos fazerem bem, que nos saem as feridas” (E11.20.A6);

“São muito meus amigos, faço de conta que são todos minha família”. (E11.20.A7);

“ Um técnico, mas quando preciso são amigos. Vir ao domicílio é muito bom” (E11.20.A10).

Os restantes quatro elementos divergem desta posição, encarando o enfermeiro apenas como um técnico de saúde:

“É um técnico” (E11.20.A1).

“Ah! Como um técnico pois então. Sim só como um técnico” (E11.20.A4);

“É um técnico” (E11.20.A8).

“só como um técnico” (A9)

As componentes relacionais foram as mais expressas em termos de valor. Foi notória a contradição pois “reclamaram” frequentemente da forma como o enfermeiro “apostava” quase exclusivamente em cuidados curativos e técnicos, contudo quando questionados sobre a problemática dão o “benefício da dúvida” e desviam o olhar para a componente humana e consideram-no um amigo.

CONCLUSÕES

Com a elaboração do presente estudo concluímos que o apoio domiciliário por parte dos enfermeiros facilita e melhora a qualidade de vida do idoso que por algum motivo apresenta limitações na sua autonomia.

No entanto este processo parece que ainda está um pouco no estado embrionário.

Existem ainda muitas lacunas e arestas para limar, mas toda a arte sofre um processo de aperfeiçoamento. Trabalhar com “gente” e para “gente” é deveras uma tarefa complicada, por todas as particularidades que no fundo nos definem e nos tornam no que somos.

Para os idosos os cuidados de enfermagem domiciliários são de extrema importância, contudo concluímos que para a maioria, eles não passam de meras visitas curativas, sendo que o profissional aparentemente se tem esquecido de toda a panóplia que envolve o planeamento e reavaliação das práticas.

O aumento do número de domicílios relacionados com um número constante e insuficiente de profissionais, parece contribuir para estas situações, pois o tempo para cuidar é muito limitado.

A lógica dos números tem se sobreposto á qualidade. Esta foi bem relatada nos discursos dos idosos.

Evidentemente um bom profissional tem que saber fazer, mas não se pode ignorar o saber estar e ser, essenciais para um desempenho exemplar.

Já Carper (1978), identificou alguns padrões de conhecimento que os enfermeiros valorizam e devem utilizar na prática:

- ◆ Conhecimento ético: considerado o comportamento moral, vai além do simples conhecer as normas ou códigos deontológicos da profissão, incluindo todas as acções voluntárias que são deliberadas e portanto susceptíveis de julgamentos
- ◆ Conhecimento pessoal: compreende a experiência interior de tornar-se um todo, um self consciente. Privilegia a integridade.
- ◆ Conhecimento estético: é a “arte” da enfermagem.
- ◆ Conhecimento empírico: o conhecimento usado em enfermagem é viável de teorização – pode ser explicado e predito.

É necessário integrar a visão holística da pessoa, não privilegiando o corpo físico em detrimento da área emocional / comportamental e relacional.

Para todos os participantes do estudo, existem dificuldades muito marcantes na forma de comunicar, sendo mesmo que para alguns, pouco ou nada é dito durante a ida do enfermeiro a suas casas.

A incapacidade em estabelecer esta desejada comunicação terapêutica deve-se, segundo análise efectuada, a problemas de gestão de tempo e de tarefas por parte do profissional.

No entanto apesar da qualidade das prática deixar “muito a desejar”, quando questionados, os idosos consideram que o “bem” que advem dos curativos é suficiente para considerar o enfermeiro humano e amigo.

Os aspectos espirituais e sociais têm sido ignorados, tal como nos foi revelado pelo discurso dos entrevistados, o que confirma uma única e sobrevalorização por parte dos técnicos, dos aspectos físicos e curativos.

Encontramos assim o idoso com uma postura de resignação, pois entre o nada ter e o ter alguma coisa, preferem calar e apesar de insatisfeitos, pelo menos vão tendo quem trate de suas maleitas físicas, aspirando por uma possibilidade remota em sair de suas “tocas” nem que fosse para irem até ao C. S. da área.

Neste estudo ficou bem registado a solidão e isolamento em que se encontram, sendo que nem o conforto proporcionado com a ida dos enfermeiros ao seu domicílio se compara á possibilidade de poderem sair “apanhar ar e ver pessoas”.

Estes resultados não se afastam de outros obtidos em outras investigações, pelo contrário sublinha a importância deste tipo de cuidados, a insatisfação dos seus utentes e os aspectos negligenciados por parte dos profissionais para a abordagem “global”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir esta dissertação, procedemos a uma autoavaliação e sugerimos algumas pistas para possíveis investigações futuras.

Avaliação Pessoal do Processo de Investigação

O processo de investigação por si só apresenta um grau de dificuldade e necessidade de aplicação quase exclusiva ao nível temporal. Sem dúvida que estamos perante um desafio bastante aliciador.

Após uma análise introspectiva do processo de investigação anteriormente descrito, verificamos que o estudo de caso, é sem dúvida um método de investigação complexo que necessita de um bom conhecimento pelo investigador não só do método bem como de si próprio. Esse auto-conhecimento torna possível eliminar ou diminuir interferências de valores pessoais e preconceitos.

Por vezes não se trata do investigador, mas sim de outro tipo de ocorrências que podem ou poderão, eventualmente ter tido alguma influência no percurso da investigação nomeadamente:

- o ambiente: ainda que dentro da residência percebeu-se que ligeiras mobilizações dos entrevistados implicavam desconforto,
- por ser efectuado em domicilio alguns familiares/ terceiros faziam inferências ou cortes á comunicação,
- o facto do investigador ser enfermeiro e conhecido por grande parte dos entrevistados, poderá ter retraído a verbalização concreta e genuína de suas opiniões

Houve uma preocupação extrema para que com o máximo de rigor, isentássemos nosso trabalho dessas “perturbações”.

As questões éticas estiveram sempre presentes, quer no tocante á sua elaboração quer no que diz respeito á caracterização da amostragem e apresentação dos dados obtidos.

Respeitamos sempre o direito de não serem identificados, ou seja o anonimato.

Possibilidades de Investigações Futuras

A investigação é um processo em continuo movimento, as veracidades de hoje poderão não ser as de amanhã, assim como a aplicabilidade da mesma vai crescendo mediante as explorações anteriormente feitas, nada é estanque.

Trabalhar com os idosos permitiu-nos ter uma visão mais alargada sobre como o conhecimento, a intervenção, o tratamento, a disponibilidade de ouvir e responder, podem influenciar este processo preestabelecido.

A informação que obtivemos, da percepção do idoso acerca do papel do enfermeiro despoletou várias questões a serem trabalhadas no dia-a-dia. Foi revelada a falta de disponibilidade do meio da enfermagem em proporcionar a introdução de métodos no processo de transmissão do conhecimento, activação da participação do sujeito e da família.

As equipas de enfermagem ao domicilio parecem-nos ser excelentes aliados para o futuro e quem sabe um mecanismo coadjuvante na luta da manutenção do bem-estar do idoso. Devido a este facto, parece que seria relevante, um estudo da influência da enfermagem na desmitificação da doença e interacção com a comunidade, tema sobejamente debatido, mas cujas soluções se encontram muito longínquas.

Relativamente ao processo de envelhecimento, aspecto frequentemente estudado, seria essencial entender de que forma o meio e o género o podem influenciar. Esta última questão levanta também a curiosidade sobre a generalidade dos apoios prestados bem como dos sujeitos que beneficiam deste, ou será que se trata de algo que varia mediante o género do enfermeiro ou mesmo do sujeito?

Por ventura existirão influências socio-biologicas que alteram a atitude, a percepção, ou mesmo a colaboração de ambos?

Seria muito importante desvendar se existem conhecimentos e estratégias desenvolvidas que permitam efectivar uma comunicação entre enfermeiros e os seus utentes; desencadeando um melhor entendimento de todos os procedimentos inerentes aos cuidados domiciliários.

Explorar como a comunicação influencia as relações, o reconhecimento dos problemas e compreender se existe ou não activação de mecanismos coadjuvantes na procura das soluções mais adequadas.

O idoso, é sem dúvida um poço muito fundo, com potencialidades, sabedoria e um arquivo imenso de riqueza adquirida com o passar dos anos, necessita por isso de ser estudado, desmistificado e compreendido. Afinal, se o curso de vida for sem acidentes, um dia todos envelheceremos.

Bibliografia

Abrantes, A.; Tavares, A.; Godinho, J. (1989). *Manual de métodos de investigação em saúde*. Lisboa: associação dos médicos portugueses de clínica geral.

Almeida, L.. (1999). Cuidar do idoso: revelações da prática de enfermagem. In: *o idoso – problemas e realidades*. Coimbra: formasau: 63-92.

Almeida, L; freire, T. (2000). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: psiquilíbrios.

Amado, J.(2000). *A técnica de análise de conteúdo*”. In: revista referência, nº 5, Novembro: 53-62.

Amado, J.; Neves, M.C. (1992). *Epidemiologia e envelhecimento demográfico*. In: revista de geriatria, vol. li, nº 44, Abril-Maio: 15-18.

Ayestaran, S.; Paez, D. (1987) – Representaciones sociales y estereotipos grupales. In Paez [et al.] cap. V, p. 221-262.

Azevedo, C M.; Azevedo, A. G.(1996). *Metodologia Científica*. 3ª Edição. Edição C.Avezedo: Porto.

Azevedo, M (2000). *Teses, relatórios e trabalhos escolares. Sugestões para estruturação da escrita*. Lisboa: editorial verbo.

Bardin, L. (1979) *Análise De Conteúdo*. Edições 70:Lisboa.

Bardin, IL (1991). *A análise de conteúdo*. Lisboa: edições 70.

Barreto, A (org.) (2000). *A situação social em portugal 1960 – 1999. Indicadores sociais em portugal e na união europeia*. Lisboa: eurostat, imprensa de ciências sociais. Volume II.

Barreto, J (1984). *Envelhecimento e saúde mental*. Porto: faculdade de medicina.

Barreto, J.(1988). *Aspectos psicológicos do envelhecimento*: in: revista portuguesa de psicologia, vi, fevereiro: 159-170.

Beauvoir, simone de (1970). *La vieillesse*. Paris: col. Idées.

Benbasat, I.; Goldstein, D. K.; Mead, M. (1987) The case research strategy in studies of information systems. *MIS Quarterly*, V.11, N.3, p.369-386.

Berger, I. (1995). Aspectos biológicos do envelhecimento. In: *peessoas idosas uma abordagem global*. Lisboa: lusodidacta: 123-155.

Berger, I. (1995). Aspectos biológicos do envelhecimento. In: *peessoas idosas uma abordagem global*. Lisboa: lusodidacta: 123-155.

Berger, I. (1995). Aspectos psicológicos e cognitivos do envelhecimento. In: *peessoas idosas uma abordagem global*. Lisboa: lusodidacta: 157-197.

Berger, I. (1995). Atitudes, mitos e estereótipos. In: *peessoas idosas uma abordagem global*. Lisboa: lusodidacta: 63-71.

Berger, I. (1995). Saúde e envelhecimento. In: *peessoas idosas uma abordagem global*. Lisboa: lusodidacta: 107-121.

Berger, L; Mailloux-Porier, D.(1995). *Pessoas Idosas: Uma Abordagem Global*. Lisboa: Luso Didacta.

Birman, J.(1994). O Futuro De Todos Nós: Temporalidade, Memória E Terceira Idade. «Estudos Em Saúde Colectiva», Rio De Janeiro: IMS7UERJ. 86:23-31.

Birren, J.; Cunnigham W.(1985) *Research On The Psychology Of Aging: Principles, Concepts Ands Theory*. In: Birren J. E Schaie, K. – *Handbook Of Psychology Of Aging*, 2ª Edição. New York.

Bogdan, R; Biklen, S (1994). *Investigação Qualitativa Em Educação*. Porto Editora.

Bolander, V.(1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. Lusodidacta: Lisboa.

Branco, A.G.; Ramos, V. (2001) “Cuidados de saúde primários em Portugal”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume:22,

Bryman, A; Cramer, D (2001) *quantitative data analysis with spss release 10 for windws: a guide for social scientists*. Psychology press, march.

Buheler, C.(1962). *A Psicologia Na Vida Do Nosso Tempo*. 5ª Edição. Fundação Calouste Gulbenkian: Lisboa

Cabete, D. (1999). *Opiniões e realidades filosofia e valores para uma intervenção comunitária*: in: revista de enfermagem, nº 15, 2ª série, Julho – Setembro: 17-18.

Cabete, D. G. (1999). *O idoso em destaque*: in: revista de enfermagem, nº 15, 2ª série, Julho – Setembro: 50 – 59.

Cabete, D. G. (1999). *Recordações...um registo de interacção. Ser enfermeira num lar de idosos*: in: revista servir, vol. 47, nº 2:71-74.

Cabete, D. G. (2003). *Cuidados continuados: uma experiência do hospital em casa*: in: revista de geriatria, nº150, Janeiro – Fevereiro: 10-16.

Cadete, M.H. (1993). *Envelhecer/renascer*: in: acção teórica do serviço social: 40-43.

Campana, A.o. et al (2001) *investigação científica na área médica*. São paulo, manole.

Campbel, A., Converse, P. E; Rodgers, W. (1976). *The quality of american life*. New york: russel sage foundation.

Campos, D. M. (1997). *Psicologia e desenvolvimento humano*. Petrópolis: editora vozes.

Canário, R (1999). *Educação de adultos. Um campo e uma problemática*. Lisboa: educa.

Cardoso, F.A. (2000) *ancianidade. Contribuição para a avaliação da qualidade de vida de uma população urbana*. Porto: universidade do porto (tese de doutoramento).

Carminhato, A (2001). *Velhice a melhor época da vida*: in: revista humanidades lisboa, nº 4, outubro – dezembro: 18-21.

Carmo, H & Ferreira, M. (1998). *Metodologia de investigação. Guia para auto aprendizagem*. Lisboa: universidade aberta.

Carper, B. A.(1978) - Fundamental patters of knowing in nursing. Advence Nursing Science,1.

Carvalho, p. Montezuma (1989). *A magia da idade*. Coimbra: edline.

Cassou, B (2001). *Medir a qualidade de vida numa idade avançada*: in: revista servir, vol. 49, nº 5:237-238.

Castro, H, et al. (1999). Educação para a Cidadania. Lisboa, Plátano Editora, 1999.

Centro de estudos de intervenção social (2000). *Envelhecer um direito em construção*. Lisboa.

Chalifour, J. (1993). La Relation D'aide En Soins Infirmiers: Une Perspective Holistique-Humaniste. Boucherville: Gaétan Morin Editeur.

Cícero, M. (1998). *Da velhice*. Lisboa: livros cotovia.

Coimbra, J. & Brito, I. (1999). *Qualidade de vida do idoso*": in: revista referência, nº 3, Novembro: 29-44.

Comissão das comunidades europeias (1995). Relatório e recomendações sobre linhas de orientação para a formação no domínio dos cuidados de enfermagem aos idosos. Bruxelas, doc. Xv/e 8301/4/94-pt.

Comissão das comunidades europeias (1999). *Uma europa para todas as idades. Promover a prosperidade e a solidariedade entre as gerações*: bruxelas, 21.05. Com (1999) 221 final.

Cónim, P. (1999). *Geografia do envelhecimento da População Portuguesa aspectos sociodemográficos 1970-2021*. Lisboa: Departamento de Prospectiva e Planeamento e Comissão para o Ano Internacional das Pessoas Idosas 1999.

Conselho europeu de lisboa: conclusões da presidência (2000). Documento web <http://www.portugal.eu-2000.pt>.

Conselho pontifício para os leigos (1999). *A dignidade do ancião e a sua missão na igreja e no mundo*. Águeda: paulinas.

Costa J. (1977) *Visitação Domiciliária : Base Para O Ensino De Enfermagem Na Comunidade. Novas Dimensões.*

Costa, M. A. (1999). Questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros. In: *manual de sinais vitais*. Coimbra: formasau.

Costa, M.A. (1998) *enfermeiros dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: fim de século edições l.da.

Costa, M.A. (2001). *Ser idoso: o indefinido instinto da imortalidade*: in: revista humanidades lisboa, nº 4, Outubro – Dezembro, pág.18-21.

Costa, M.A. (2002) *cuidar idosos. Formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Lisboa: formasau, formação e saúde, l.da. Educa.

Countinho, C.M.; Chaves, J.H. (2000). *Investigação em tecnologias na Universidade do Minho: Uma abordagem temática e metodológica às dissertações já concluídas nos cursos de mestrado em educação*. Actas do X Coloquio Tecnologias em educações: estudos e investigações, Lisboa. afrontamento.

Couvreur, C (1999). *A qualidade de vida. Arte para viver no século xxi*. Loures: lusociência.

Cumming E. & Henry W.E. (1961) *Growing old: Process of*

Davidoff, L L (2001) *Introdução À Psicologia*. 3ª Edição. Pearson: S. Paulo.

Denzin, N. (1989). *Interpretive interaccionism*. Newbury Park: Sage.

Denzin, N.; Lincoln, Y. (Ed.) (1994). *Handbook of qualitative and quantitative research*. Thousand Oaks, CA SAGE Publications.

Dicionário da Língua Portuguesa. 7ª Edição: Porto Editora

Dinis, C. (1997). *Envelhecimento e qualidade de vida no concelho de faro*. Coimbra: universidade de coimbra (tese de mestrado).

Disengagement. Basic Books, New York.

Esteves, A. J, (1995). *Jovens e idosos*. Porto: afrontamento.

Fernandes, A. (1999). Velhice e Sociedade: alterações nos calendários demográficos e políticas sociais. In *V cursos internacionais de verão de Cascais. A Família*, 4.º vol. Cascais: s/ed., pp 51-59.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: climepsi editores.

Fortin, MF. (1999). O Processo De Investigação: Da Concepção À Realização. Lusociência: Loures

Foucault, M. (1995) O sujeito e o poder. Em Dreyfus, H. e Rabinow, P. Michel Foucault – uma trajetória filosófica (pp. 231-249). Rio de Janeiro: Forense.

Foucault, M. (1996) A ordem do discurso. São Paulo: Loyola.

Garcia, E. H. (2000). Prevención y promoción en salud en la vejez. In: *gerontología social*. Madrid: ediciones pirámide: 474-491.

Gil, A. C. (1995) Pesquisa Social. São Paulo: Editora Atlas.

Gil, A.C. (1995) Como Elaborar Projectos De Pesquisa. 3ª Edição. Editora Atlas: São Paulo.

Goffman, E. (1988) Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara.

Goldenberg, françoise (2001). *Velho que dorme está longe da morte*: in: revista servir, vol. 49, nº 5, Setembro-Outubro: 237-238.

Grácio, & Teixeira, I. (1999). Apoio social e financeiro na terceira idade. In: *manual de sinais vitais*. Lisboa: formasau.

Grande, N (2001). *Os direitos específicos dos idosos*: in: revista humanidades lisboa, nº 4, Outubro – Dezembro: 18-21.

Grande, N. (1994). *Linhas mestras para uma política nacional da terceira idade*: in: revista de geriatria, lisboa, VII, 68:6-10.

Hesse, H. (2001). *Elogio da velhice*. Viseu: difel, difusão editorial, s. A.

Ine (1999). *As gerações mais idosos*. Lisboa: série de estudos, nº 85. Instituto nacional de estatística, dados referentes às estatísticas demográficas, disponíveis em url: <http://www.ine.pt>

Katz, J., Joiner, T.E., Kwon, P. (2002). Membership in a devalued social group and emotional well-being: developing a model of personal self-esteem, collective self-esteem, and group socialization. *Sex Roles*, 47 (9/10), 419-431.

Lazzarini, S. G.(1997). Estudos de Caso para fins de pesquisa: aplicabilidade e limitações do método. In: FARINA, E. et al. (Coord.) *Estudos de Caso em Agrobusiness*. São Paulo: Pioneira/PENSA.: 9-23.

Lenoir, R. (1998). "Objecto Sociológico e Problema Social" in Champagne, P. et al. *Iniciação à Prática Sociológica*. Petrópolis: Editora Vozes Ltda. (edição brasileira), pag. 59-106.

Lenoir, R.(1989) Objet sociologique et problème social. In: CHAMPAGNE, P. al. (orgs). *Initiation à la pratique sociologique*. Paris: Dunod.

Lessard, M.; Goyette, G. & Boutin, G. (1990). *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: instituto piaget.

Ludke, M.; André, M. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. S. Paulo: E.P.U.

Machado, A. G, & Machado, T. (2004) enfermeiro de família, que mudanças? «Sinais vitais». Coimbra: grafismo 0872-0844. Vol. Nº53:27-28.

Mailloux-poirier, D. (1995). As teorias do envelhecimento. In: *peessoas idosas uma abordagem global*. Lisboa: lusodidacta: 99-105.

Mailloux-poirier, D. (1995). Aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento. In: *peessoas idosas uma abordagem global*. Lisboa: lusodidacta: 87-98.

Malloch, K., & Porter-O'Grady, T. (1999). Partnership economics: Nursing's challenge in a quantum age. *Nursing Economics*, 17(6), 299-307.

Manual Sinais Vitais (1999). O Idoso: Problemas E Realidades. 1ª Edição. Coimbra: Ed. Formasau – Formação E Saúde Lda.

Marconi, M; lakatos, E. (1999). *Técnicas de pesquisa*. São paulo: editora atlas.

Martins, A. M. (1996). *Escola e Mercado de Trabalho em Portugal: Imperativos de Mudança e Limites de Realização*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Tese de doutoramento.

Martins, C.(2003). Valorizar a Visitação Domiciliária. «Sinais Vitais». Coimbra: Grafismo.0872-884. Vol. Nº48:33-34.

Martins, M.(2003). A Família, Um Suporte Ao Cuidar. «Sinais Vitais». Coimbra: Grafismo.0872-8844. Vol. Nº50:52-56.

Maslow, A.H. (1986). *Toward a psychology of being*, 2ª ed. New York: van nostrand reinhold.

Matos, I. (2000). O direito dos idosos à informação. In: *envelhecimento um direito em construção actas do seminário*. Lisboa: centro de estudos para a intervenção

Merriam. S.B. (1991). *Case study research in education: A qualitative approach*. S. Franscisco: Jossey-Bass Publishers.

Ministério da saúde (1999). Decreto – lei n º 156/99 de 10 de Maio (*sistemas locais de saúde*). Dr – I série – a; n º 108 de 10 de Maio.

Ministério da saúde (1999). Decreto – lei n º 157/99 de 10 de Maio (*regulamento dos centros de saúde*). Dr – I série a; n º 108 de 10 de Maio.

Ministério da saúde (1999). Decreto – lei n º 286/99 de 27 de Julho (*reestruturação dos serviços de saúde*). Dr – I série – a; n º 173 de 27 de Julho.

Ministério da saúde (1999). *Saúde, um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século* (1998-2002). Lisboa: ministério da saúde.

Ministério do emprego e da segurança social (1991). Decreto-lei nº 391/91 (*acolhimento familiar*). Dr n º 233 – I série de 10 de Outubro.

Ministério do emprego e da segurança social (1995). *Guia do idoso*. Lisboa: comissão nacional para a política da terceira idade.

Ministério do trabalho e segurança social (1998). Despacho normativo nº 12/98. *Normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares de idosos*, de 25 de Fevereiro.

Miranda, J. (2000) os direitos sociais e a sua efectivação. In: *envelhecimento um direito em construção actas do seminário*. Lisboa: centro de estudos para a intervenção social, pág. 15-31.

Nazareth, J.M. (1993). A demografia portuguesa no contexto da europa comunitária. In: estudos demográficos, 31, ine.

Neri, A.(1993). *Qualidade De Vida E Idade Madura*. Ed. Papyrous: São Paulo.

Neto, F.(1998). *Psicologia social*. Lisboa: universidade aberta.

Netto, M.P (1996). *Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São paulo: editora atheneu.

Nogueira, O.(1977) *Pesquisa social – introdução às suas técnicas*. São Paulo: Cia Editora Nacional.

Nunes, J.S. (2001). *O homem a envelhecer – a vida afectiva*: in: revista geriatria, nº134, maio, pág.17-27.

Ogden, J.(1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: climepsi editores.

Olievenstein, C.(2000). *A arte de envelhecer*. Lisboa: notícias editorial.

Oms (1994). *La protection de la santé des personnes âgées*, pág. 111 –127.

Oms (1998). *Instrumentos de avaliação de qualidade de vida*. Documento web (<http://www.hcpa.utrgs.br/psiq/whogol1.html>), pág.1-8.

Onu (2002) 2ª assembleia mundial madrid. In: jornal de notícias de 09 de abril.

Pardal, L. A. (1995). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Areal Editores.

Pardal, L. A. (1997). *Inovação Educacional: Uma Perspectiva Sociológica*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Paúl, C (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: livraria almedina.

Paúl, C. (1996). *Psicologia dos idosos: o envelhecimento em meios urbanos, sistemas humanos e organizacionais*. Braga: braga l.da.

Paúl, C; Fonseca A. (1999). *A saúde e qualidade de vida dos idosos*: in: revista psicologia, educação e cultura, iii, 2, pág. 345 – 361.

Phaneuf, M. (2001) comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: lusociência, 2005.

Phaneuf, M. (2001). Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado. Coimbra: quarteto editora.

Pikunas, J. (1979). Desenvolvimento humano: uma ciência emergente. São paulo.

Pnud (1994). *Relatório do desenvolvimento humano*. Lisboa. Tricontinental editora.

Queirós, A.A. (2000).Filosofia e modelos de enfermagem, como ensinar e como aplicá-los. In Queirós, A.A.; Silva, L.C; Santos, E.M. – educação em enfermagem. Coimbra: quarteto.

Quivy, R. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: gradiva.

Quivy, R; Campenhoudt, L.V (2005). Manual de investigação em ciências sociais. 4ª edição. Lisboa: gradiva.

Rendas, A (2001). Envelhecimento: ponto de vista imunológico. In: *envelhecer vivendo*. Coimbra: quarteto.

Rice, R (2004).Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicação. Loures: lusociência,.

San Martim (1984), H., Pastor, V. **Salud Comunitária**: teoria y practica. Madrid: Díaz de Santos.

Schoroots, J.; Birren, J. (1980), «A Psychological point of view toward human aging and adaptability», in *Adaptability and Aging, Proceeding of 9th International Conference of So-cial Gerontology*, Quebeque, pp 43-54.

Silva, M (1989). *Biologia do envelhecimento*. 1ª Ed. Universidade do algarve – faro. Depósito legal nº29380/89, Julho.

Silva, M. (2000). A violência na velhice: o olhar de um psicólogo clínico. In: *envelhecimento um direito em construção actas do seminário*. Lisboa: centro de estudos para a intervenção social.

Silva, M; (1981). A violência na velhice: o olhar de um psicólogo clínico. In: *envelhecimento um direito em construção actas do seminário*. Lisboa: centro de estudos para a intervenção social: 131-140.

Siqueira, M. E. C. de. (2002) Teorias sociológicas do envelhecimento. Em Freitas, E. V. de. et al. (Orgs.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 47-57). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Sorensen; L. (1998) *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. 1.ª Ed. Lisboa: Lusodidacta:1963.

Staab, A. S.; Hodges, L. C. (1998) – *Enfermería gerontológica: adaptación al proceso de envejecimiento*. México: MacGraw-Hill Interamericana, cop.

Stake, R. (1988). *Case study methods in educational research: Seeking sweet water*. Em R. M. Jaeger (Ed.), *Complementary methods for research in education*, Washington, DC: AERA.

Stake, R. (2002). *Case studies*. In N. Denzin e Y. Lincoln (ed.), *Handbook of Qualitative Reasearch*, pp.26-247. London: Sage.

Stake, R. E. (1995) *The art of case study research*. Thousand Oaks: SAGE Publications.

Stake, Rt E. (2001) The case study method in social inquiry. In Denzin, N K.; Lincoln, Y S. *The American tradition in qualitative research*. Vol. II. Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Stanhope, M. [et al]. (1999). *Enfermagem Comunitária, Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Lisboa. Lusociência. Primeira Edição em Português.

Stanhope, M.(1999) *Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. 1.^a Ed. Lisboa: Lusociência: 532-538.

Sullivan, H.S.(1956) *Clinical studies in psychiatry*. New York: W.W. Norton

Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In: *a metodologia das ciências sociais*. Porto: edições Afrontamento.

Veríssimo, M.T. (1999). Exercício físico nos idosos. In *manual de sinais vitais*. Lisboa: formasau.

Weineck, J. (1991). *Biologia do esporte*. São Paulo: Manole.

Wright, I; leahey, M (2002). *Enfermeiras e famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família*, 3^a edição. Roca: S. Paulo

Yin, R. (2005). *Case study research: Design and methods*. 3^a edition. Newbury Park, CA: Sage.

Yin, R. K (1999). *Enhancing the quality of case studies in health services research*. Health Service Research, v.34, n.5: 1209-1224.

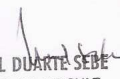
Yin, R. K. (1993). *Applications of case study research*. Thousand Oaks: SAGE Publications.

Yin, R. K. (1998). The *abridged version of case study research: Design and methods*. In L. Bickman & D. J. Rog (Eds.), *Handbook of applied social research methods* (pag. 229-259). Thousand Oaks, CA: Sage.

Zimmerman, I.(2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto alegre: artes médicas.

Anexos

ANEXOS I – AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO

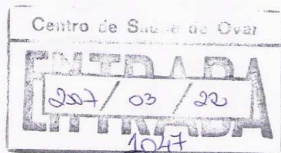
Deferido

DR. MANUEL DUARTE SEDE
DIRECTOR DO C.S. DE OVAR

Exmo. Sr. Director do Centro de Saúde de Ovar

Ivone Rosário Neves Quaresma, enfermeira graduada, com o n.º mec. 6644; a exercer funções no Centro de Saúde de Ovar (Sede); Mestranda em Ciências de Enfermagem pelo Instituto Abel Salazar (ICBAS) – Universidade do Porto (2º ano lectivo).

Vem por este meio pedir autorização, para no âmbito da realização da sua Tese de Mestrado cujo o tema será *“O significado que os idosos atribuem aos cuidados de enfermagem no domicílio”*, efectuar algumas entrevistas a utentes com idade igual ou superior a 65 anos que estejam a usufruir destes cuidados.

De referir que a mesma se compromete a respeitar os princípios éticos inerentes á profissão, salvaguardando assim o sigilo, anonimato e confidencialidade.



Pede deferimento,

Ivone Quaresma
(Ivone Rosário Neves Quaresma)

Ovar 22 de Março de 2007

Anexos II – Consentimento Informado

Ao assinar este documento, estou a dar meu consentimento para ser entrevistado por uma enfermeira do Centro de Saúde de Ovar, mestranda em Ciências de Enfermagem pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, a qual, no âmbito da sua Tese pretende realizar um estudo qualitativo com a participação de vários idosos (idade > 64 anos).

Será uma investigação meramente académica.

Os principais objectivos desse estudo são:

- Reflectir acerca dos cuidados de enfermagem domiciliários ao idoso e sua pertinência
- Contribuir para a melhoria dos cuidados domiciliários prestados ao idoso
- Conhecer qual a sua “posição” relativamente a este tipo de cuidados
- Identificar alguns factores que se relacionam com a sua percepção
- Detectar qual a sua expectativa

Serei entrevistado em minha casa, num horário que me seja adequado.

O entrevistador necessitará de cerca de uma hora para concluir o trabalho. Entendo ainda, que o investigador, futuramente, poderá entrar em contacto comigo para mais informações.

Esta entrevista tem a garantia de ser livre.

Fui informado de que o investigador é voluntário, e que, mesmo após o seu início, posso recusar-me a responder a qualquer pergunta ou a decidir acerca de concluir a entrevista, em qualquer parte da mesma. Disseram-me que as minhas respostas não serão dadas a ninguém, sendo que o relatório desse estudo jamais me identificará. Também fui informado de que a minha participação ou não - participação, ou a minha recusa a responder às perguntas, não causará qualquer efeito sobre os serviços que eu ou qualquer outro membro da família recebamos dos prestadores de serviços de saúde.

Esse estudo irá auxiliar para uma melhor compreensão das experiências dos idosos que necessitam de cuidado de enfermagem no domicílio. Todavia, não receberei qualquer benefício directo como resultado da minha participação.

Compreendo que os resultados dessa pesquisa me serão dados, caso eu os solicite, e que no surgimento de dúvidas sobre o estudo ou sobre os meus direitos como participante, a enfermeira Ivone Quaresma é a pessoa com quem devo contactar. O nº de telm. da Enf. Ivone é o 962315938.

Data

(Assinatura do entrevistado)

(Assinatura do entrevistador)

Anexos III – Guião da Entrevista

Data _____
Entrevista nº _____

	Objectivos	Conteúdo/ Questões	Observações
Introdução	- Legitimar a entrevista	▪ Esclarecimento e assinatura do Consentimento livre e esclarecido. ▪ Informação acerca dos objectivos da entrevista. ▪ Informação acerca da importância do estudo e de sua aplicação meramente académica. ▪ Pedido de autorização para uso de gravador. ▪ Disponibilização para possíveis esclarecimentos bem como para eventual apresentação posterior dos resultados do estudo.	▪ Sentar em posição que promova uma escuta activa. ▪ Utilizar terminologia e som adequado ao idoso. ▪ Colocar o gravador num local neutro – de preferência pouco visível, para evitar constrangimento
Desenvolvimento	- Explorar o conhecimento que o idoso tem de sua situação de saúde. - Conhecer o modo como o idoso percepciona os cuidados que lhe são prestados. - Perceber suas considerações relacionadas com o comportamento profissional do enfermeiro. - Saber até que ponto o idoso sente que o enfermeiro se preocupa e actua aos diferentes níveis (psico biológico, psico espiritual, psico social). - Aferir acerca de possível reconhecimento bem como da importância que o idoso atribui ao papel do enfermeiro.	<u>Abordagem psico biológica:</u> ▪ Que idade tem? ▪ Qual a sua escolaridade? ▪ Qual o seu estado civil? ▪ Vive mais alguém consigo? ▪ Consegue desloca-se sozinho? ▪ Consegue cuidar de si, ou necessita de ajuda? ▪ Porque é que o enfermeiro vem a sua casa? ▪ Há quanto tempo é que o enfermeiro vem a sua casa? ▪ O que faz o enfermeiro? ▪ Quando tem dúvidas, coloca-as ao enfermeiro? E ele responde-lhe satisfatoriamente? ▪ Acha suficiente o tempo que ele está consigo? ▪ O enfermeiro explica-lhe os procedimentos? E costuma incentiva-lo a fazê-los sozinho? <u>Abordagem psico espiritual:</u> ▪ Durante a vinda do enfermeiro a sua casa, falam apenas dos procedimentos ou dialogam frequentemente sobre outros assuntos? ▪ Acha importante ter fé para a sua cura? Já falou alguma vez sobre isso com o enfermeiro? Porquê? Sente que ele o compreendeu? <u>Abordagem psico social:</u> ▪ O enfermeiro tem informado sobre os vários recursos que existem na sua comunidade? ▪ O enfermeiro costuma falar com os seus familiares? E pede-lhes colaboração? <u>Reconhecimento do papel do enfermeiro:</u> ▪ Acha importante a vinda do enfermeiro a sua casa? Se pudesse preferia ir cuidar-se ao Centro de saúde? ▪ Como alteraria os procedimentos? Porquê? ▪ O que mudaria relativamente á atitude do enfermeiro? ▪ Vê o enfermeiro como: a) Apenas um técnico de saúde que lhe presta cuidados, b) Um técnico de saúde e um amigo em quem pode confiar, c) Outro (s)Justifique.	▪ Registrar aspectos significativos da comunicação não verbal. ▪ Verificar a enumeração por parte do idoso de alguns recursos existentes na sua comunidade. ▪ Observar a existência e/ou participação de outros cuidadores.
Conclusão	- Terminar a entrevista	▪ Agradecimento pela participação e disponibilidade. ▪ Informação acerca da necessidade de um novo encontro para uma possível segunda entrevista. ▪ Disponibilização para qualquer esclarecimento.	▪ Facultar contacto telefónico para colmatar eventuais dúvidas.

Anexos IV – KATZ

Nº:

AVALIAÇÃO DO GRAU DE AUTONOMIA (Índice de KATZ)

FUNÇÕES	AVALIAÇÃO	DATA					
		Início / /	1 mês / /	3 meses / /	6 meses / /	9 meses / /	12 meses / /
1- Tomar Banho (com esponja, imersão ou chuveiro)	1- Não recebe assistência (entra e sai da banheira ou duche sozinho).	☐					
	2- Recebe assistência na lavagem parte do corpo (ex. pernas, costas, etc).						
	3- Recebe assistência na lavagem de mais do que uma parte do corpo (senão não tomaria banho)						
2- Vestir-se Tira roupas do armário e gavetas incluindo roupas interiores, exteriores e acessórios (cinto, suspensório)	1- Tira as roupas e veste-se completamente sem assistência.						
	2- Tira as roupas e veste-se sem assistência excepto para calçar os sapatos						
	3- Recebe assistência para tirar as roupas ou para se vestir, ou fica em parte ou completamente despido.						
3- Higiene (Ir ao quarto de banho para urinar ou evacuar, limpar-se e arranjar o vestuário).	1- Vai à casa de banho, limpa-se e arranja-se sem assistência (pode usar bengala, cadeira de rodas, ou pode usar um bacio e limpá-lo pela manhã)						
	2- Recebe assistência para ir à casa de banho ou limpar-se, arranjar as roupas depois de urinar ou evacuar, ou usar o bacio ou arrastadeira.						
	3- Não vai à casa de banho.						
4- Deslocar-se	1- Entra e sai da cama sem assistência (pode utilizar bengala ou cadeira de rodas).						
	2- Entra ou sai da cama com assistência.						
	3- Não sai da cama.						
5- Continência	1- Controla os esfíncteres de micção e defecção completamente sozinho						
	2- Tem "acidentes ocasionais"						
	3- Recebe ajuda para manter o controlo urinário ou da defecção; usa-se um catéter ou tem incontinência.						
6- Alimentar-se	1- Alimenta-se sozinho sem assistência.						
	2- Alimenta-se sozinho excepto no corte dos alimentos ou a pôr manteiga no pão.						
	3- Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado por tubos ou líquidos intravenosos, parcial ou totalmente.						

Total =

Critérios de interpretação:

- 6 – Independente
- 7 a 10 – Parcialmente dependente
- 11 a 16 – Dependente
- >16 – Totalmente dependente

Anexos V – MMSE

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

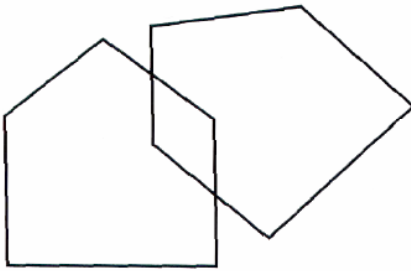
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo: • analfabetos ≤ 15 pontos • 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 • com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Anexos VI – Exemplar de uma entrevista

Código: 1

1-Abordagem Psico Biológica

Sexo: (F)

Índice de Katz = 50

Entrevistador: Que idade tem D. E.?

Idoso: Já tenho 75 anos Sr.^a Enf.

Entrevistador: E qual é a sua escolaridade?

Idoso: Olhe fui para Lisboa muito novinha servir, e ainda fui lá á escola, mas não fiz nenhuma classe.Mas sei ler, pouco mas dá para desenrascar.

Entrevistador: Qual o seu estado civil?

Idoso: Estou viúva há 3 anos (lágrimas).

Entrevistador: Mas vive mais alguém consigo?

Idoso: Sim vivo com a minha filha netos e genro, não sei o que seria da minha vida sem eles.

1-Abordagem Psico Biológica

5. Consegue deslocar-se sozinha?

R: Com dificuldade, mas ainda ando uma vez para aqui outra para ali, ... dou uma voltinha ao redor da casa, mas não posso ir muito longe porque canso-me muito... canso-me muito e não consigo... às vezes as minhas filhas dizem-me “venha comigo”, mas eu canso-me muito e não vou e fico em casa sozinha.

6. Consegue cuidar de si, ou necessita de ajuda?

R: A minha filha lava-me e quando não pode eu lavo-me como puder, mas de resto ela é que trata de tudo da casa, da comidinha, roupas, tudo.

7. Porque é que o enfermeiro vem a sua casa?

R: Porque tenho uma ferida na perna. Vêm fazer-me os pensos porque eu não consigo ir a tratar-me no C. S. Ah não posso ir, não, sou muito doente! Sofro do coração e a idade também não ajuda, assim vêm sempre nos dias certos

8. Há quanto tempo é que o enfermeiro vem a sua casa?

R: Oh!... Há muito... Ui! Jesus já não tem conta!...Há anos! Então... desde que fui operada às varizes nunca mais deixaram de cá vir... há mais de 5 anos...Tinha feridas nas duas pernas, esta aqui já sarou (aponta para o membro inferior

esquerdo), mas esta (membro inf. direito), a enfermeira diz que já está a começar a ficar rasinha... já está a melhorar isso é verdade!...

9 O que faz o enfermeiro?

R: Lavam as feridas e botam assim umas placas que dizem que são muito boas para limpar as feridas

10. Quando tem dúvidas, coloca-as ao enfermeiro? E ele responde-lhe satisfatoriamente?

R: Sim falo bem com a enfermeira. Não costuma mostrar má cara, não senhora. Esclarece-me sempre e quando não compreendo lá muito bem, umas vezes a minha filha fala com ela pelo telefone, outras vai ela ao Centro de Saúde ter com ela e assim tudo se tem arranjado.

11. Acha suficiente o tempo que ele está consigo? O enfermeiro explica-lhe os procedimentos? E costuma incentiva-lo a fazê-los sozinho?

R: Sim, sim vem sempre com tempo para me curar, mas é claro que não pode ficar a aqui a falar porque tem outras pessoas para tratar

R: Oh! Minha querida eu não posso! Não consigo dobrar-me e a cabeça também já não ajuda. Elas vão dizendo como estão as feridas e o que é que estão a pôr nelas a ver se conseguem que fechem, mas quando é necessário eu peço que expliquem á minha filha que eu já não consigo lembrar muito tempo das coisas.

Abordagem Psico Espiritual

12. Durante a vinda do enfermeiro a sua casa, falam apenas dos procedimentos ou dialogam frequentemente sobre outros assuntos?

R: Ah! Sim, sim, falamos apenas como estão a evoluir as feridas, assim se estão mais razinhas ou não

13. Acha importante ter fé para a sua cura?

14. Já falou alguma vez sobre isso com o enfermeiro? Porquê? Sente que ele o compreendeu?

R: Sim eu tenho muita fé muita fé. Sei que Nosso Senhor pode sarar-me. Fui sempre católica e praticante, ao domingo sempre que podia ia á missinha. Agora já não posso! Mas peço a Nossa Senhora todos os dias para me fazer esse milagre.

Nunca se falou de nada disso... não com as enfermeiras não me lembro de falarmos sobre esses assuntos

Abordagem Psicossocial

15. O enfermeiro tem informado sobre os vários recursos que existem na sua comunidade?

R: A mim não. Só se falaram com a minha filha, mas eu não sei de nada disso.

16. O enfermeiro costuma falar com os seus familiares? E pede-lhes colaboração?

R: Sim falam muito com a minha filha e quando ela não está cá se elas acharem necessário ela vai ter com eles ao C. S.

Pedem-lhe sempre para ela fazer os pensos aos fins de semanas, assim só mudar os panos de fora quando o penso repassa. Deixam o material todo que é preciso e lá lhe explicam como fazer. Nunca me faltaram com nada, a gente vai pedindo e sempre nos têm dado o que precisamos.

Reconhecimento do Papel do Enfermeiro

17. Acha importante a vinda do enfermeiro a sua casa? Se pudesse preferia ir cuidar-se ao Centro de saúde?

R: Ai sim, sim.

Tinha de haver quem curasse nas casas, senão a gente apodrecia para aqui

Eu não podia lá ir.

Canso-me muito. Meu Deus então é que eu abafava! Já tive uma trombose e sofro do coração, como é que poderia ser? Não podia ser!

Mas se pudesse ia ao C. S., então não ia? Pelo menos enquanto ia arejava e era sinal de que podia (sorriso).

18. Como alteraria os procedimentos? Porquê?

R: Olhe não sei o que lhe responder. Não mudava nada, acho eu .

Sabe que a gente pouco percebe disso, só temos é que confiar na sabedoria delas, não é?

19. O que mudaria relativamente á atitude do enfermeiro?

R: Sempre foram muito atenciosas comigo, não tenho razão de queixa. É claro que a gente gosta mais de umas que de outras, mas é mesmo assim, pois está claro.

Olhe umas são mais humanas, tratam com mais jeitinho, magoam menos, outras já não,... mas têm tido sempre bons modos

20. Vê o enfermeiro como apenas um técnico de saúde que lhe presta cuidados, .Um técnico de saúde e um amigo em quem pode confiar,

R: As enfermeiras têm sido muito minhas amigas, minhas amigas...

Não tenho defeitos a pôr a nenhuma delas, nunca nenhuma me mal tratou e sempre cuidaram bem de mim.

Anexos VII – Grelha de análise transversal das entrevistas

Nota explicativa:

O número de cada categoria de entrevistados é seguido da respectiva sigla. Assim: A = é o entrevistado, o nº associado corresponde ao número da entrevista.

Grelha 1 – Distribuição das referências feitas pelas categorias e subcategorias de análise

Dominio	Categoria	Código	Sub-categoria	Referência por categorias
Psico-Biológico	Rotinas diárias	E1	Autonomia	A1; A2;A3; A4;A5;A6;A7;A8;A9;A10
	Rotinas da enfermagem	E2	Cuidados especiais de Enfermagem	A1; A2;A3; A4;A5;A6;A7;A8;A9;A10
	Profissionalismo do enfermeiro	E3	Empatia e Comunicação	A1; A2;A3; A4;A5;A6;A7;A8;A9;A10
Psico-Espiritual	Partilha de Valores	E4	Valores	A1; A2;A3; A4;A5;A6;A7;A8;A9;A10
	Cura por Fé	E5	Crenças	A1; A2;A3; A4;A5;A6;A7;A8;A9;A10
Psicossocial	Informação dada	E6	Suportes Sociais	A1; A2;A3; A4;A5;A6;A7;A8;A9;A10
	Colaboração com a família	E7	Interacção com a família	A1; A2;A3; A4;A5;A6;A7;A8;A9;A10
Reconhecimento do papel de Enfermagem	Importância da enfermagem	E8	Enfermagem ao domicílio Vs Enfermagem centro de saúde	A1; A2;A3; A4;A5;A6;A7;A8;A9;A10
	Procedimentos	E9	Alteração do procedimento	A1; A2;A3; A4;A5;A6;A7;A8;A9;A10
	Atitude do profissional	E10	Humanidade	A1; A2;A3; A4;A5;A6;A7;A8;A9;A10
	Percepção da enfermagem	E11	Profissional Vs Amigo	A1; A2;A3; A4;A5;A6;A7;A8;A9;A10

Significado que os idosos atribuem aos cuidados de enfermagem domiciliares.

Dominio	Categoria	Código	Sub-categoria	Frases Ilustrativas	Inferências
Psico-Biológico	Rotinas diárias	E1	Autonomia	“Com dificuldade, mas ainda ando uma vez para aqui outra para ali,....e fico em casa sozinha.” (A1) “Só ando com a cadeira de rodas porque amputei a perna” (A5) “... já não faço nada. Voltei a ser bebé.Vêm me lavar, vestir, fazem-me a cama todos os dias, mudam-me a cama todos os dias” (A:8) “Vou-me cuidando, mas cada vez é mais difícil” (A 9)	Pouca capacidade de autonomia: locomoção, higiene pessoal, alimentação
			Cuidados especiais de Enfermagem	“Porque tenho uma ferida na perna. Vêm fazer-me os pensos porque eu não consigo ir a tratar-me no C. S.” (A1) “Porque tenho úlceras varicosas. 1º era nas duas pernas, agora é só nesta”(A2) “já não tem conta!...Há anos! Então... desde que fui operada às varizes nunca mais deixaram de cá vir... há mais de 5 anos”(A1) “Vêm já há muito tempo... muito tempo mesmo... já não sei precisar.” (A5) “Olhe às vezes lavam só a perna com um pouquinho de água, põe o pano á volta e toca a andar” (A2) “Olhe vêm cá a casa a curar-me, lavam-me os dedos muito bem e põe o que entendem.” (A5)	Os serviços de enfermagem são prestados por diversos motivos, todos focados na realização de curativos. Os sujeitos não entendem os procedimentos utilizados no tratamento
	Profissionalismo do enfermeiro	E3	Empatia e Comunicação	“Sim falo bem com a enfermeira. Não costuma mostrar má cara, não senhora. Esclarece-me sempre e quando não compreendo lá muito bem” (A1) “Com certeza. Explicam lá nisso... embora às vezes contrariados...mas não tenho muito mal a dizer disso com certeza têm muito serviço e a gente não pode estar a empata-los.” (A3) “Sim, sim vem sempre com tempo para me curar, mas é claro que não pode ficar a aqui a fala” (A1) “Sim, o tempo necessário para me curarem”. (A8) “Olhe já fazem isto há muitos anos, não há cá explicações até porque o penso é feito sempre da mesma maneira! Estou mais que habituada, sou eu que faço os curativos aos fins-de-semana” (A2) - Não explicam nada, não explicam nada, nada... Dizem que fale com o Dr. T” (A9)	Os sujeitos entendem a ausência de empatia e comunicação como um sinal de atarefados. Revelam dificuldade em compreender o que lhes é transmitido.
	Partilha de Valores	E4	Valores	“Mas não gosto de falar sobre essas coisas de religião com os enfermeiros porque uma vez, uma não me compreendeu” (A2) “Mas nunca falei sobre isso com nenhum enfermeiro A minha devoção eu cá a tenho, acho que eles não estão para ai virados. Mas cá em casa com os enfermeiros só falamos dos curativos, que é o mais importante” (A6)	Limitam o diálogo com a equipa de enfermagem apenas aos tratamentos
Psico-Espiritual	Cura por Fé	E5	Crenças	“Sim eu tenho muita fé muita fé. Sei que Nosso Senhor pode sarar-me” (A1) “Tenho fé, sim. Uma perna já sarou, a direita, a Sr.ª lembra-se não lembra?”(A2)	Valores e crenças pessoais sobrepõem se aos médicos/enfermagem

Dominio	Categoria	Código	Sub-categoria	Frases Ilustrativas	Inferências
Psicossocial Reconhecimento do papel de Enfermagem	Informação dada	E6	Suportes Sociais	- A mim não. Só se falaram com a minha filha, mas eu não sei de nada disso (A1) - Não nada, nunca falamos sobre nada disso (A2) - Não nunca falaram dessas coisas. Quando estive no lar é que me informaram lá dessas meninas que cá vêm, mas paguei muito (A4) - Não, com os enfermeiros não (A10) - Sim falam muito com a minha filha e quando ela não está cá se elas acharem necessário ela vai ter com eles ao C. S. (A1)	Informação sobre suportes sociais não é transmitida pela enfermagem
	Colaboração com a Família	E7	Interacção com a família	- Ás vezes falam com o meu filho, quando vai para pior ou assim, mas é raro (A3) - Sim falam muito com a minha filha, ela está sempre em casa para lhes abrir a porta e assiste a tudo (A4)	É solicitado sempre que possível apoio aos elementos da família.
	Importância da enfermagem ao domicílio	E8	Enfermagem ao domicílio Vs Enfermagem centro de saúde	“Ai sim, sim. Tinha de haver quem curasse nas casas, senão a gente apodrecia para aqui Eu não podia lá ir” (A1) “Pois claro que acho importante!!! Então como é que eu podia ir ao C.S.?” (A2) - Ao Centro? Não.É importante que venham aqui, porque me custa muito (A4)	É necessário do apoio da enfermagem ao domicílio no entanto preferiam ir ao Centro de Saúde se conseguissem.
	Procedimentos	E9	Alteração do procedimento	- Olhe não sei o que lhe responder. Não mudava nada, acho eu. Sabe que a gente pouco percebe disso, só temos é que confiar na sabedoria delas, não é? (A1) - Sinceramente não sei, a gente pouco percebe. (A6)	Não emitem opinião, alegando falta de conhecimento
	Atitude do profissional	E10	Humanidade	- Sempre foram muito atenciosas comigo, não tenho razão de queixa. (A1) - Relativamente á atitude... olhe não me prenuncio. Uns são mais humanos que outros, (A3) - Não sei, não digo nada.A maior parte deles são muito simpáticos. (A5)	As atitudes dos enfermeiros provocam leituras ambíguas. Revelam apenas um relacionamento técnico.
	Percepção da enfermagem	E11	Profissional Vs Amigo	- Vejo como um técnico e alguns são muito meus amigos, verdade seja dita (A2) - Ah! Como um técnico pois então. Só como um técnico. (A4) - São meus amigos, mas a técnica alguns precisavam de a aguçar (A3)	A visão do enfermeiro remete-se a uma visão entre o técnico e por vezes amigo.