

Liliana Madureira Valentim da Cruz

Os benefícios dos cuidados de enfermagem ao idoso no domicílio

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2013

Liliana Madureira Valentim da Cruz

Os benefícios dos cuidados de enfermagem ao idoso no domicílio

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2013

Liliana Madureira Valentim da Cruz

Os benefícios dos cuidados de enfermagem ao idoso no domicílio

Liliana Madureira Valentim da Cruz

Dissertação de mestrado apresentado
à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para
obtenção do grau de mestre em
enfermagem

SUMÁRIO

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 domicílio, evitando-se institucionalizações e despersonalização associada. Estas constatações justificam a pertinência do presente trabalho sobre *os benefícios dos cuidados de enfermagem ao idoso no domicílio*, significado que os idosos/cuidadores informais/família/equipa de trabalho/ auxiliares atribuem aos cuidados de enfermagem domiciliários. Esperamos com a elaboração deste trabalho contribuir para a desmistificação e valorização dos cuidados de enfermagem nos idosos no domicílio, bem como a sua implementação na instituição.

O apoio domiciliário faz dos enfermeiros protagonistas de grande importância neste processo, entendendo-se contudo que a intervenção junto dos idosos/cuidadores informais/família e equipa de trabalho, deve ser sempre orientada numa perspetiva multidisciplinar. Deste modo, os cuidados domiciliários representam uma modalidade que proporciona, para além de outros aspetos, contacto, interação, cuidados e interesse.

Este estudo desenvolveu-se segundo um desenho descritivo- exploratório, inserido no paradigma qualitativo. A população em estudo foi constituída pelos 25 idosos do distrito do Porto com o serviço de apoio domiciliário, as seis auxiliares e quatro cuidadores informais. Optou-se por uma entrevista semi-estruturada, audio-gravada realizada entre os meses outubro até dezembro de 2012.

ABSTRAT

The time wherein living privileges an holistic approach, focused in the individual, family and context. Thus more and more it advocates that nursing should be accomplished whenever possible at domicile, avoiding institutionalizations and depersonalization associated. These findings justifies the relevance of the present work about the *benefits of nursing to old-aged at domicile*, significance that elderly / informal caregivers /family/ team of work/ assistants assigns to home nursing care. We expect with the elaboration of this work redound for the demystification and enhancement of nursing care at domicile, as well as its implementation at the institution.

The home care makes nurses protagonists of great significance in this process, it being understood however that the intervention together of elderly / informal caregivers /family/ team of work/ assistants it should be always conducted as multidisciplinary perspective. Thus, the home care represent a modality beyond other aspects contact, interaction, care and concern.

This study was developed according a descriptive-exploratory drawing inserted in the qualitative paradigm. The population in study was composed by 25 elderly of the Porto district with home assistance service, six assistants and four informal caregivers. We opted for a semi-structured interview, audio-recorded held between the months of October until December 2012.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus queridos
Pais que tornaram este projeto possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao professor José Manuel dos Santos, muito especial, pela sua orientação e pertinência das suas observações...pela sua paciência, por ter acreditado em mim e por me ter incentivado sempre.

Agradeço igualmente aos meus caros amigos que prontamente acederam a conceder-me um pouco de tempo das suas vidas.

E por fim agradeço aos meus queridos Pais que sempre acreditaram em mim, que me estimularam e sempre estiveram ao meu lado.

ÍNDICE

	Pág.
0. INTRODUÇÃO	15
I. FASE CONCEPTUAL	18
1. Tema e formulação do problema	18
1.1 Objetivos e questões de investigação	19
2. Revisão Teórica	20
2.1 Teorias e estereótipos do Envelhecimento	21
2.2 Qualidade de vida	27
2.3 Envelhecimento e autonomia	34
2.4 Do envelhecer ao ser cuidado - Cuidados domiciliários	36
2.4.1 Cuidados gerontológicos holísticos	51
2.4.2 Enfermagem no cuidar da pessoa idosa	52
2.4.3 Papéis do enfermeiro gerontológico	56
2.4.4. A Família na parceria dos cuidados	62

2.4.5.Papel do cuidador informal	68
2.5 Ética na Enfermagem Gerontológica	73
II. FASE METODOLÓGICA	75
1. Desenho de investigação	75
1.1 Tipo de estudo	75
1.2 População e Amostra	76
1.3Operacionalização das variáveis	77
1.4 Instrumentos de colheita e análise de dados	78
2. Princípios Éticos da investigação	79
III. FASE EMPÍRICA	81
1. Apresentação, análise de dados e discussão dos resultados	81
1.1Entrevistas aos cuidadores informais	82
1.2Entrevistas aos Idosos	85
1.3Entrevista às auxiliares	94

IV. CONCLUSÃO 102

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 105

VI. ANEXOS 114

Anexo I. Pedido de autorização para realização de entrevistas

Anexo II. Protocolo de consentimento informado - Entrevista semi-estruturada

Anexo III. Guião da entrevista aos cuidados informais

Anexo IV. Guião da entrevista aos idosos

Anexo V. Guião da entrevista às auxiliares

Anexo VI – Entrevistas aos cuidadores informais

Anexo VII – Entrevistas aos idosos

Anexo VIII – Entrevistas às auxiliares

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Pirâmide de idades em Portugal (INE,2004).

38

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Os cuidados domiciliários contribuem para a sua qualidade de vida	82
Quadro 2. Os cuidados domiciliários respondem às reais necessidades do idoso	82
Quadro 3. Os cuidados domiciliários respondem às reais necessidades dos cuidadores informais	83
Quadro 4. Vantagens dos cuidados domiciliários	83
Quadro 5. Desvantagens dos cuidados domiciliários	84
Quadro 6. Vantagens/Inconveniente com a inclusão do enfermeiro nos cuidados domiciliários	84
Quadro 7. O que espera do papel do enfermeiro nos cuidados domiciliários	85
Quadro 8. Contribuição dos cuidados domiciliários para a sua qualidade de vida	86
Quadro 9. Os cuidados domiciliários respondem às reais necessidades do idoso	87
Quadro 10. Vantagens dos cuidados domiciliários	88
Quadro 11. Desvantagens dos cuidados domiciliários	90
Quadro 12. Há Vantagens/Inconveniente com a inclusão do enfermeiro nos cuidados domiciliários	91
Quadro 13. O que espera do papel do enfermeiro nos cuidados domiciliários	93

Quadro 14. Os cuidados domiciliários contribuem para a sua qualidade de vida	95
Quadro 15. Os cuidados domiciliários respondem às reais necessidades do idoso	96
Quadro 16. Os cuidados domiciliários respondem às reais necessidades dos cuidadores informais	97
Quadro 17. Vantagens/desvantagens dos cuidados domiciliários	98
Quadro 18. Benefícios sentes a auxiliar na presença do enfermeiro nos cuidados domiciliários	99
Quadro 19. Vantagens/Inconveniente com a inclusão do enfermeiro nos cuidados domiciliários	99

0. INTRODUÇÃO

A elaboração do presente trabalho de investigação tem como finalidade, além de um trabalho de pesquisa e aquisição de competências na área da investigação em enfermagem, permitir a obtenção do grau de Mestrado em Enfermagem de Geriatria e Gerontologia pela Universidade Fernando Pessoa- Porto.

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 domicílio, evitando-se institucionalizações e despersonalização associada. Estas constatações justificam a pertinência do presente trabalho sobre *os benefícios dos cuidados de enfermagem ao idoso no domicílio*, significado que os idosos/cuidadores informais/família/equipa de trabalho/ auxiliares atribuem aos cuidados de enfermagem domiciliários. Esperamos com a elaboração deste trabalho contribuir para a desmistificação e valorização dos cuidados de enfermagem nos idosos no domicílio, bem como a sua implementação na instituição.

Desde a antiguidade que o Homem reflete 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 sortilégios na tentativa frustrada 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. 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 idoso o conselheiro, o amigo... a memória das gerações” (Costa, 1999).

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 anátomo-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 à “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 domiciliário faz dos enfermeiros protagonistas de grande importância neste processo, entendendo-se contudo que a intervenção junto dos idosos/cuidadores informais/família e equipa de trabalho, deve ser sempre orientada numa perspectiva multidisciplinar. Deste modo, os cuidados domiciliários representam uma modalidade que proporciona, para além de outros aspetos, contacto, interação, cuidados e interesse.

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.

“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. O enfermeiro “invade” a intimidade do lar e passa a fazer parte integrante desse mundo, ao entrarmos no mundo do utente, decidimos conjuntamente com ele o quê e como ensinar.

A parceria e cumplicidade entre o enfermeiro e o utente idoso são importantes para que os planos de cuidados sejam bem-sucedidos, o sucesso aqui representa qualidade.

E neste contacto estreito entre o enfermeiro e os utentes emergem e fluem trocas de saberes.

O conhecimento da opinião dos utentes/família/equipa de trabalho 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 atuação do enfermeiro/equipa de trabalho/família e cuidadores informais, sempre com o fim último 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.

Por considerar que os cuidados de enfermagem no domicílio são uma mais-valia não só para os utentes mas também para os familiares/cuidadores informais e equipa de trabalho para a melhoria dos cuidados ao idoso.

Ao longo deste trabalho, foram descritas as várias fases a realizar ao longo da investigação, apresentando o que foi feito em cada uma. Assim, apresentaremos a fase conceptual que contempla a definição do problema de investigação, questões e objectivos, uma curta matriz teórica de suporte ao estudo. Segue-se a fase metodológica que descreve os passos necessários á concretização da recolha de dado ou seja o grupo de estudo, população e a amostra. Por fim apresentamos a fase empírica com a caracterização da amostra, apresentação, análise de dados e discussão dos resultados e uma conclusão e ainda as referências bibliográficas que servirá de base a esta investigação.

I. FASE CONCEPTUAL

Fortin (2003) caracteriza a fase conceptual como um processo que permite formular organizadamente, as ideias sobre um assunto preciso raramente desta forma “*chegar à conceção clara e organizada do objetivo de estudo*”.

1. Tema e formulação do problema

O tema é *Os Benefícios dos cuidados de enfermagem ao idoso no domicílio*. Opta-se por explorar este tema, pois queremos saber quais os benefícios dos cuidados de enfermagem ao idoso no domicílio.

Toda a investigação tem como ponto de partida uma situação identificada como problema, isto é, que causa incómodo, irritação e que conseqüentemente exige uma explicação ou, pelo menos, uma melhor compreensão da situação observada (Fortin, 2003). O problema formulado deve ter o potencial de contribuir para o conhecimento em Enfermagem de uma maneira significativa, de outra forma não trará nenhum valor científico para a área em questão. Assim, na formulação do problema devemos ter em conta a sua viabilidade, pertinência, novidade, relevância, exequibilidade, oportunidade, significado e a possibilidade de pesquisa.

1.1 Objetivos e questões de investigação

Ao longo dos quatro anos de vivências como Enfermeira a trabalhar no lar de idosos, constatou-se a necessidade da existência do serviço de Enfermagem nos cuidados domiciliários.

Tratando-se de um avanço social recente, emergiram inúmeras questões ligadas ao benefício da implementação da Enfermagem nos cuidados domiciliários da atividade profissional como enfermeira nos cuidados domiciliários, as quais culminaram um leque de questões:

Este trabalho foi orientado pelas seguintes questões de investigação:

- Será que os cuidados domiciliários prestados são adequados às suas necessidades reais?”
- Os cuidados domiciliários com enfermagem serão um complemento ajustado ou adequado às suas necessidades e expectativas?”
- Como é que o idoso encara este tipo de apoio?”
- De que modo o idoso “vê” o enfermeiro nos cuidados do domicílio?”
- Quais as vantagens/ desvantagens dos cuidados domiciliários?”
- O que espera do papel do enfermeiro nos cuidados domiciliários?
- Há vantagens/ inconvenientes com a inclusão do enfermeiro nos cuidados domiciliários?”

E foram os seguintes os objetivos de investigação:

- Conhecer a perceção do cuidador informal acerca dos cuidados domiciliários e do papel do enfermeiro nos cuidados domiciliários;
- Conhecer a perceção do idoso acerca dos cuidados domiciliários e do papel do enfermeiro nos cuidados domiciliários;
- Conhecer a perceção das auxiliares sobre os cuidados domiciliários e sobre a presença do enfermeiro na equipa de cuidados domiciliários.

Após estas considerações, surgiu o interesse e motivação para avançar na elaboração deste trabalho, esperamos assim contribuir de alguma forma para a implementação dos cuidados de enfermagem no domicílio e com isso, acha melhoraria da prestação dos cuidados domiciliários ao idosos/família/cuidadores informais e por fim equipa de trabalho.

2. Revisão Teórica

A revisão teórica é um momento fundamental em qualquer trabalho de investigação, pois sem ser conhecido o que já está escrito e dito sobre determinada temática não é possível abarcar toda a problemática e assim fazer escolhas de investigação e metodológicas.

Numa perspetiva de uniformizar critérios, a organização mundial de saúde (OMS), definiu como idoso qualquer indivíduo com 65 ou mais anos, independentemente do estado de saúde ou sexo (Garcia, 1989).

Os critérios atualmente reconhecidos pela Organização Mundial de Saúde para definir idoso baseiam-se na idade cronológica. Contudo, este facto é muito questionado até porque, hoje em dia, as pessoas reformam-se cada vez mais cedo, por imperativos que não se prendem com a idade, mas com situações de capacidade física, desemprego ou reforma antecipada, tornando-se difícil definir o conceito de idoso (Pimentel, 2001).

Durante muitas décadas, envelhecer era motivo de alegria e enriquecimento pessoal, pois, era um fenómeno normal e natural na vida de todos os seres vivos. Contudo, as pessoas que envelheciam não eram muitas pois, a esperança média de vida era menor. Os mais velhos eram objeto de veneração, fonte de conhecimento e os cabelos brancos eram sinónimo de dignidade e de sabedoria (Costa, 1999).

Hoje em dia, esta situação inverteu-se. Se por um lado há uma esperança média de vida maior, por outro, há menor respeito pelo envelhecimento e pelo idoso. Assim, vivemos numa sociedade materialista que sobrevaloriza a estética e a beleza do corpo (Zimerman, 2000).

Para além disso, a estrutura tradicional familiar também se alterou. Desapareceu a família como grupo, em que os avós, os pais, os filhos e os netos partilhavam a mesma casa. Assim, até meados do passado século XX, cabia à família a total responsabilidade pela prestação de cuidados ao idoso bem como o cumprimento do papel atribuído a cada um dos seus membros (Barreto, 2002).

Na sociedade atual, o pensamento que perdura é que o idoso é uma pessoa chata, triste, deprimida, cansada, doente e solitária. É necessário modificar esta mentalidade já que, envelhecer é simplesmente uma etapa de vida, que deve ser vivenciada da forma mais saudável e feliz possível. Assim, é indispensável investir nos idosos (Zimerman, 2000).

Segundo Costa (1999), aceitar o envelhecimento, assumi-lo nas suas grandezas e misérias, viver com ele, é provavelmente a maior tarefa que o homem enfrenta.

2.1. Teorias e estereótipos do envelhecimento

Atingir a terceira idade depende de vários aspetos que ultrapassam os limiares 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.

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

Teoria da mutagénese 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 deterioram com o uso.

De acordo com esta teoria, nós desgastamos os nossos corpos apenas por viver.

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 e 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 interação do organismo com o ambiente, ambos ativos 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 atividades mais centradas em si próprio e introduzir o equilíbrio neste estágio de vida.

Teoria da atividade (Havighurst e Albrecht): estabelece que as pessoas idosas necessitam e querem envolver-se em várias atividades. 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 papéis ou então descobrir meios para conservar os antigos (Berger 1994; Golfand, 1994).

Para Paul (1996) esta teoria “...constitui o modelo básico para a elaboração de programas e políticas administrativas das atuais instituições de idosos. O idoso que envelhece de uma forma ótima é o que permanece ativo, encontrando substitutos para as atividades que teve de abandonar, para as amizades que perdeu.” (Paul, 1996).

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.

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).

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 a necessidade mais elevada de auto atualização. Se as primeiras não forem satisfeitas, a auto atualização 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 às **teorias sociológicas**, Siqueira (2002) classifica-as a partir de um critério temporal ou de gerações: **Teorias da 1ª geração:** o envelhecimento é considerado como fenômeno não dependente do contexto e dos fatores sociais, **Teorias da 2ª geração:** a velhice é enfatizada como categoria social, ou seja como resultado da organização da sociedade e **Teorias da 3ª geração:** concebem uma influência mútua e ativa entre os idosos (como atores 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.

O mundo social e humano, dificilmente se apresenta, em sua crua realidade objetiva, sem possuir adjetivações (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 atual tem constantemente infligido flechas dilacerantes contra o idoso; diminuindo-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).

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 objetos, 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 idoso 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 “expetativas normativas, em exigências apresentadas de modo rigoroso” (Goffman, 1988).

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.

2.2. Qualidade de vida

A expressão qualidade de vida é um conceito relativamente recente, remonta à década de setenta.

Para Ribeiro (1994, p.180), qualidade de vida é o “resultado da capacidade humana para fazer uso das potencialidades económicas, sociais, culturais e políticas visando o desenvolvimento equilibrado da sociedade, com respeito pelo universalismo do direito à vida”.

Apenas no decorrer do século XX é que as ciências sociais começam a relacionar-se com as economias e estas, mais com as riquezas do que com o povo (Diogo 1996).

Considerou então, que a qualidade de vida devia ser medida por nove indicadores, cada um representado por um conjunto de variáveis mensuráveis. Admitiu ainda que este possuía dois componentes principais: o subjetivo (ou psicológico) e o objetivo (ou social, económico, político e ambiental).

A componente subjetiva, por ser de natureza qualitativa dependente da perceção individual, não era mensurável na época, enquanto que os componentes objetivos eram mais quantitativos e, por isso, mensuráveis.

De acordo com Diogo (1996), ao longo do tempo, algumas ciências têm-se dedicado a este tema, manifestando uma preocupação em relação aos aspetos que influenciam o bem-estar do ser humano.

O crescimento que se tem verificado na população idosa dos países industrializados, onde a esperança de vida não para de crescer, torna particularmente atual a problemática da qualidade de vida nos idosos. Mas é preocupante verificar que é exatamente nos povos com maior esperança de vida que se encontra o conceito de qualidade de vida que faz do idoso um ser desvalorizado (Archer, 2001).

Segundo Archer et al, (2001, p. 226), “ (...) a qualidade de vida do idoso (...) ” depende sobretudo dos seguintes fatores:

- Saúde e capacidade funcional, nomeadamente no seu reflexo sobre as atividades de vida diária e das atividades instrumentadas da vida quotidiana;
- Relações interpessoais que o façam sentir acompanhado e querido;
- Independência, entendida como capacidade de organizar o seu dia-a-dia e de escolher as atividades a realizar;
- Convicção da sua utilidade, quer enquanto repositório de sabedoria, experiência e outras qualidades úteis à sociedade, quer como produtores de contributos económicos e sociais, quer ainda pelo valor dado ao contributo de uma vida de oração e ascese, como é o caso das ordens religiosas contemplativas;
- Ausência de condições económicas asfixiantes.

O envelhecimento determina, em grau variável de indivíduo para indivíduo, a redução das capacidades de eficiência e de produtividade, e pode acompanhar-se ou não de carácter mais ou menos invalidante, física ou mentalmente. Tudo isto com consequências para a incidência e bem-estar e, em última análise, para a qualidade de vida (Archer, 2001).

A problemática da qualidade de vida é afetada por algumas ideias pré-concebidas e que são erradas. Um destes estereótipos é o da velhice estando ligada à degradação de tudo aquilo que a cultura prevalecente venera, a beleza, a saúde, a destreza física, o brilho intelectual e os bens. Nesta visão materialista, marca da cultura vigente na nossa sociedade que tem um impacto profundo no modo como muitos velhos se vêem a si mesmos, o envelhecimento significa inevitavelmente o naufrágio da avaliação que fazem da sua qualidade de vida e, conseqüentemente, da própria razão e viver.

É certamente desejável que o idoso se mantenha saudável e ágil, tanto física como intelectualmente, e que não lhe faltem meios materiais para uma vida desafogada, embora sóbria. O problema está no erigir destes atributos em supremos critérios da qualidade de vida.

Outra noção muito difundida e com efeitos prejudiciais na qualidade de vida é a de que pouco ou nada se pode fazer quanto ao declínio funcional do idoso. Todavia, há vários fatores condicionantes desse declínio que podem ser objeto de intervenção com resultados positivos, mesmo a curto prazo. Assim, por exemplo, o exercício físico moderado é um fator importante para que o idoso mantenha capacidade funcional até à morte, permitindo-lhe a desejável autonomia. Estas medidas que corrigem as manifestações de declínio funcional melhoram a qualidade de vida e, além disso, reduzem o peso que a incapacidade constitui para a sociedade (Archer, 2001).

A qualidade de vida depende da saúde de que o idoso dispõe. Se bem que a vida emocional e a vida social dos idosos sejam, em boa parte, independentes do seu estado de saúde, a associação de múltiplas patologias invalidantes tem no idoso um efeito muito forte. A manutenção ou restauração da saúde, tão importante para a qualidade de vida, tem diversos reflexos éticos, quer relativos ao indivíduo em causa, quer em relação à comunidade. Cada um de nós é responsável pela sua própria saúde e cabe-nos a nós promover, ao longo da vida, os cuidados que necessários ao declínio precoce das capacidades físicas e ao surgir de diversas formas de doenças que podem vir a afetar – nos na última fase da vida. Este imperativo impõe-se não só pelo bem da própria pessoa, mas também pelo da sua comunidade (Archer, 2001).

Manter uma atitude positiva, aceitando o que sofre e valorizando sobretudo aquilo de que ainda desfruta, faz a diferença na qualidade de vida destes idosos. Quando se aprecia a qualidade de vida dos idosos, tem-se tendência para sobrevalorizar os aspetos relacionados com a saúde. Mas, quando se investiga o modo como as pessoas avaliam a sua própria situação, em termos de aspeto positivos e negativos da sua vida quotidiana,

Verifica-se que, não obstante a saúde ser um fator importante, o que mais conta são as relações com os outros, o modo como usam o seu tempo e as emoções positivas que podem levá-las a aceitar os lados negativos da sua saúde e a suportar os eventuais efeitos negativos dos tratamentos (Archer, 2001).

A qualidade de vida é um conceito, atualmente, bastante utilizado pela sociedade e aplicado a todos os escalões etários. Desta forma, faz-se uma breve abordagem a estas valências da qualidade de vida.

A expressão de qualidade de vida é utilizada com muita frequência e de forma indiscriminada, independentemente da cultura e da classe social a que as pessoas pertencem, dependendo muito do imaginário da pessoa e das circunstâncias em que se encontravam (Ribeiro, 1994).

Tal como afirmava McGuire, cit in Ribeiro (1994, p.183) "Todos têm a sua própria ideia do que é a qualidade de vida, e é nisso que reside o problema".

Segundo Taveira (1999, p.999):

“(...) a qualidade de vida é um conceito multidimensional de bem-estar físico, mental e social, (...) envolvendo fundamentalmente conceitos de vida como saúde, trabalho, família, estado emocional”.

Cada investigador tende a interpretar o sentido da qualidade de vida de modo diferente. Para uns, ela expressa-se pela quantidade de bens materiais, para outros pela riqueza de bens espirituais. Para uns baseia-se na opinião do próprio indivíduo, para outros na observação de especialistas. Para uns constitui uma dimensão objetiva, para outros, subjetiva. Contudo para a compreensão e avaliação da qualidade de vida é importante adotar uma definição. A qualidade de vida considerada na sua globalidade é algo difícil de definir.

Depois em grande medida na escala de valores que cada indivíduo escolheu e dos recursos emocionais e pessoais de cada um. Está ainda dependente de determinantes económicos, sociais e culturais que se modificam com o passar dos anos para o mesmo indivíduo (Diogo, 1996).

Nutbeam, cit in Ribeiro (1994, p.259) definiu qualidade de vida como

(...) Perceção dos indivíduos ou grupos de que as suas necessidades estão a ser satisfeitas e de que não lhes estão a ser negadas oportunidades para alcançar a felicidade e a satisfação completas.

No conceito de qualidade de vida, segundo Taveira (1999), podem distinguir-se três componentes principais:

- Os atributos ou características do produto, que podem ser avaliados independentemente da qualidade;
- Avaliação contrastante ou comparação com padrões de excelência, ou seja, a avaliação focaliza certo atributo que se relaciona positiva ou negativamente a certo tipo de excelência,
- A avaliação em função de um sistema de valores, em que uma situação merece aprovação ou rejeição porque satisfaz ou deixa de satisfazer os critérios fixados por esse sistema de valores.

A qualidade de vida tem merecido, nos últimos anos, um interesse crescente no âmbito da investigação em ciências da saúde e é, hoje, reconhecida como um importante parâmetro de avaliação de saúde dos idosos.

A vigilância do estado de saúde nos idosos deve ser considerada como um constituinte importante dos cuidados a ter com estes indivíduos. Na opinião de Wold e Reed (1999, p.371),

A percepção do idoso é de grande importância na sua avaliação. Portanto, a melhoria dos domínios social e psicológico deve fazer parte dos objetivos do profissional que trabalha com estes indivíduos.

Atualmente há uma grande evidência que mostra que, o julgamento da pessoa sobre o seu estado de saúde tem um alto valor preditivo para os resultados de uma avaliação da qualidade de vida.

Num estudo realizado por Mossey em 1982, (cit in Lepége et al.1997), num período de cinco anos, a mortalidade aumentou substancialmente nos indivíduos que têm a percepção que a sua própria saúde é pobre, mesmo com controlos de diagnóstico e cuidados de saúde.

A fase final da vida, que se segue à idade adulta, ou terceira idade, é caracterizada por involução funcional progressivamente acentuada, a partir dos 55-60 anos, com diminuição do metabolismo basal, das trocas gasosas e da capacidade para o trabalho muscular e intelectual. À medida que a idade avança, é natural que as pessoas tendam a ficar cada vez mais diminuídas, física e mentalmente, e que a sua dependência da família ou de serviços da comunidade aumente, ao ponto de criarem dificuldades sociais e problemas extremamente complexos de carácter assistencial (Ferreira, 1990).

A proporção de pessoas de mais de 65 anos está a elevar-se cada vez mais na população, em consequência da diminuição da natalidade e da esperança de vida ao nascimento aumentar de ano para ano com o progresso da terapêutica e das medidas de proteção da saúde, de que resulta uma mudança radical na estrutura da população por idades. Nos países mais evoluídos, o número de pessoas com mais de 65 anos, expresso em percentagem da população total, quase triplicou no decurso do presente século, e as previsões estatísticas indicam que o aumento será ainda mais rápido no futuro próximo, embora a duração de vida tenda a estabilizar-se na média já atingida nesses países e, com ela, a estrutura da população.

Com a sua capacidade geral de trabalho progressivamente limitada, aumento de incidência das doenças crónicas e acidentes, as pessoas idosas exigem serviços especiais de vigilância e de promoção da saúde no sentido de evitar ou retardar as incapacidades e de ação médico-social, com o fim de as amparar em ambiente favorável ou tolerável e de aliviar as pessoas de que são dependentes e o necessitem, do fardo que representam os cuidados permanentes a ter com os indivíduos inferiorizados. Provavelmente, uma em cada duas famílias tem uma pessoa a seu cargo (Ferreira, 1990).

O estado de saúde e o comportamento das pessoas idosas varia muito com o indivíduo. Há pessoas de 80-90 anos que são mentalmente lúcidas, cuidam delas próprias e mantêm-se ocupadas muito tempo, com atividade útil e até trabalho. Outras ainda relativamente novas, com 50 ou 60 anos, estão diminuídas física e mentalmente ou mesmo incapacitadas. Se a incapacidade não é total, elas necessitam de orientação e assistência parcial, mas noutros casos precisam de ser alimentadas, lavadas, levantadas, posicionadas, o que exige muito maior soma de cuidados e de atenção (Ferreira, 1990).

Segundo Ferreira et al (1990 p.1091), consideram-se dois aspetos, os fisiológicos gerais e os aspetos psicológicos, assim considera-se como:

Aspetos fisiológicos gerais: As mudanças metabólicas com predomínio dos fenómenos de desassimilação, a menor eficiência das funções renais e hepáticas que conduzem ao aumento das taxas de ureia, ácido úrico e colesterol no sangue, as perturbações endócrinas, que na mulher levam à diminuição brusca da secreção dos estrogénios na menopausa, e, no homem, à involução genital progressiva, correspondem a modificações funcionais características, que podem ser postas em evidencia ao nível de diversos órgãos e tecidos, mas que se desconhecem as causas e os meios de as evitar.

Aspetos psicológicos: A função psicológica nos seres humanos parece seguir uma curva parabólica, com um aumento rápido depois dos 20 anos e declínio gradual, a partir dos 40. Segundo Stieglitz, o período da vida para lá dos 40 anos pode ser dividido em 3 fases: maturidade tardia, dos 40 aos 60 anos; senescência, dos 60 aos 75 anos; velhice, depois dos 75 anos.

As intervenções preventivas recomendadas para a população idosa, além dos programas de educação, são os exames rotineiros tais como: vigiar a tensão arterial, electrocardiograma, peso e a altura, acuidade visual e auditiva, exames da cavidade oral, pesquisa de sangue oculto nas fezes e a colonoscopia. Para as mulheres, a mamografia e a citologia vaginal (papanicolau) e para os homens o exame da próstata. Os exames complementares são: o hemograma, glicemia em jejum, colesterol total, análise à urina (Day, 1998).

Ainda dentro da prevenção é importante a atualização do boletim de vacinas (tétano, antigripal (influenza), antipneumocócica (pneumovax) e hepatite B).

2.3. Envelhecimento e autonomia

Ermida (1999,p,43) define o envelhecimento como um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidente ou doença, e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo.

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo, tornando-o mais susceptível às agressões intrínsecas e extrínsecas (Carvalho Filho, 2002,p.60).

O envelhecimento é definido como “ (...) os preconceitos e estereótipos que são aplicados aos idosos unicamente com base em sua idade (...)” (Butler, Lewis e Sutherland, 1991). Embora os idosos formem o grupo que mais cresce e se distingue na sociedade.

Erikson (1963) afirma que a última fase do ciclo de vida está preocupada com a luta entre a integridade e o desespero. A integridade resulta do indivíduo idoso ter satisfação ao avaliar a sua vida. A decepção com a vida e a falta de oportunidades para alterar o passado causam o desespero. As experiências de toda uma vida determinarão se a velhice será uma oportunidade para libertação, crescimento e satisfação, ou uma prisão miserável do potencial humano.

De acordo com Vieira (1996,p.23), a autonomia refere-se à capacidade e direito do indivíduo poder eleger, ele mesmo, as regras da sua conduta, a orientação dos seus atos e os riscos que está disposto a correr, além da possibilidade de realizar as suas atividades sem ajuda de terceiros. Sendo assim o mesmo autor acrescenta que a autonomia é um pilar fundamental na manutenção da qualidade de vida na velhice.

As novas e emergentes gerações de pessoas idosas estão cada vez mais interessadas em promover um envelhecimento saudável. A prevenção deve ter um papel central nessa busca.

O preconceito contra o idoso pode levar as pessoas a diminuir o valor da prevenção e do cuidado com as pessoas de mais idade, mas a evidência sugere que muitas estratégias preventivas são efetivas nesse grupo etário. Em alguma proporção, o entusiasmo pela assistência preventiva das pessoas idosas pode refletir preocupação quanto ao futuro e ao valor desse futuro. O entusiasmo pela prevenção é baseado na crença nas seguintes questões: a eficácia da intervenção na prevenção de doenças ou disfunções futuras, isto inclui uma estimativa da probabilidade do paciente seguir o esquema preventivo. O valor da saúde adquirida, no caso dos pacientes idosos, inclui preocupações quanto à probabilidade de outros problemas reduzirem o benefício. O custo da atividade preventiva, que inclui tantos custos diretos quanto indiretos, tais como a ansiedade, estilo de vida restrito e resultados falsos positivos. O problema que mais se pode evitar relacionado com a assistência das pessoas idosas talvez seja a doença iatrogénica. (Kane, 2005).

As atividades preventivas podem ser divididas em três tipos: prevenção primária, na qual é tomada uma ação específica para o paciente; prevenção secundária, ou rastreio e detecção precoce da doença assintomática ou inicial; e prevenção terciária, ou esforços para melhorar a assistência a fim de evitar complicações tardias. Todas são relevantes para a assistência geriátrica (Kane, 2005).

Os esforços preventivos para as pessoas idosas podem ser produtivamente direcionados para vários pontos ao longo desse espectro. Os esforços procuram prevenir a doença, mas também

podem ser destinados a minimizar suas consequências, ao reduzir a progressão da incapacidade. Isso é, em essência, o cerne da geriatria. (Kane, 2005).

2.4. Do envelhecer ao ser cuidado – cuidados domiciliários

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) constitui, “...uma realidade nova na história das populações das sociedades industrializadas e as projeções 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 fatores sócio económicos suscetíveis de influenciar o comportamento das variáveis micro - demográficas, ou seja, da fecundidade, da mortalidade e dos movimentos migratórios” (Fernandes 1997).

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).

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 conseqüentemente 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 atualmente), correspondendo a 21% da população do Planeta (percentagem atual: 10%), e que a esperança média de vida no Mundo atingirá os 77 anos (66 atualmente) ” (Jornal de Notícias” de 09 de Abril de 2002).

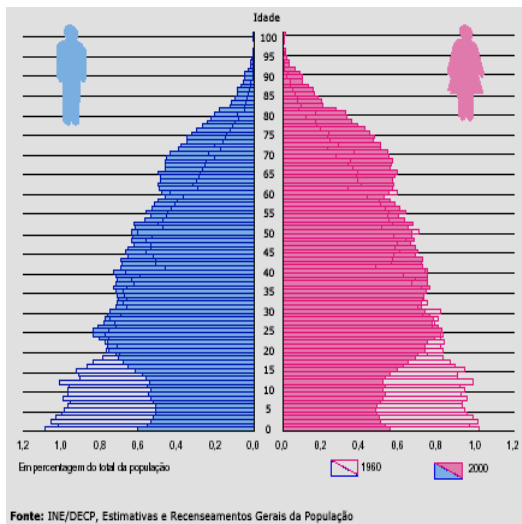
Em Portugal, as primeiras preocupações geriátricas surgiram por volta dos anos cinquenta. O crescente aumento da esperança média de vida, relacionada com os avanços técnicos e científicos, as modificações no estado de saúde devido a mudanças no estilo de vida, o aumento e prevalência de patologias associadas, 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, afirmaram 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 atual população (figura 1).

De acordo com a mesma fonte, em qualquer cenário proposto, com um carácter mais ou menos otimista, 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 aspeto do nosso envelhecimento demográfico é o de uma clara assimetria geográfica, coincidente com a reconhecida assimetria socioeconómica” (INE).

Figura 1 – Pirâmide de idades em Portugal (INE,2004).



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.

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

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 e o aumento das despesas com Segurança Social.

Consequências 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.

Consequências 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.

Consequências Éticas: problemática do doente crónico e termina e problemática da morte.

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). 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 e envelhecimento social.

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 senescência. 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 senescência ou **envelhecimento primário** é o processo natural do envelhecimento, o qual compromete progressivamente aspetos físicos e cognitivos.

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

Rendas (2001), 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 fatores: biológicos, psicológicos e sociais, que de forma inter relacionada o fomentam e/ou retardam.

Além de multifatorial 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 fatores 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).

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 afetada, a capacidade de adaptação do indivíduo ao stress interno e externo decresce e a suscetibilidade 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.

O estilo de vida que a pessoa adotou 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)

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

Mudanças estruturais

Estas mudanças 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).

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 ativas, abrandamento do ritmo de multiplicação celular, diminuição do número de glóbulos e perda de eficácia, atrofia e perda de elasticidade tecidual, 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 nefrônios, 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 às 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 líbido 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, diminuição da acuidade visual e da visão periférica, possibilidade de aparecimento de cataratas senis e/ou glaucomas, opacificação do cristalino, presbiopia, diminuição dos recetores olfativos) ritmos biológicos e sono (modificações das fases do sono, períodos mais frequentes de sono ligeiro, diferente repartição das horas de sono).

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).

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

Este tipo de envelhecimento está relacionado com a capacidade adaptativa às tarefas do dia-a-dia. Tem a ver com estados emocionais e com a percepção subjetiva 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).

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).

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 - O idoso sofre a ação de um conjunto de fatores internos e externos que contribuem conjuntamente para uma baixa auto estima e auto imagem dentre os quais se destacam respetivamente; alterações físicas com declínio de várias funções e desempenhos e a inatividade resultante da reforma.

II. Limitações e dificuldades em se adaptar às perdas orgânicas, sociais e afetivas - A acumulação de perdas (somáticas, materiais, afetivas, ...) em conjugação com as dificuldades em as substituir ou repor é própria da senescencia.

III. Diminuição da capacidade volitiva e desinteresse relativamente ao futuro - Por motivação entende-se o impulso que leva o indivíduo a atuar 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 acompanhar 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 aceitar novos papéis - 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 caráter, bem como atingirem de conhecimentos e experiências. Todo este exponencial é necessário e determinante do que acontecerá na sua aceitação à velhice.

VI. Alterações do foro psíquico (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 fatos passados geralmente não é prejudicado.
- Habilidades perceptuais: algumas destas habilidades sofrem uma mudança sistemática em função da idade. Em alguns aspetos 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 contanto 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: os endógenos e 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).

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

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 arquiteturais, 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 perspetiva 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 *“inatividade pensionada.”*

Pode-se afirmar que em muitos casos a reforma constitui um “trauma” em vez de “libertação” já que a inatividade 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 fatores (Cavan, citado por Vargas): “

A. Um contacto social suficiente - 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 afetivo por vezes culmina num afastamento geo espacial

B. Uma ocupação cheia de significado - o abrandar da vida profissional ativa pode gerar consequências devastadoras nos planos familiares, profissional e social. Consequências estas que se refletem no equilíbrio bio psico social do idoso fragilizado traduzindo-se frequentemente por somatizações ou descompensação de patologias existentes. A relevância da atividade profissional na determinação do valor social dos indivíduos é apontada por Lenoir (1989) quando se refere á relação direta 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).

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. Uma certa 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 poucos. 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. Um 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 á velhice, desenvolver projetos e políticas que possibilitem e incrementem uma assistência á 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).

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 objetivo.

“Velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de atos que tem por fim e por função, manter a vida dos seres vivos com o objetivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida do grupo” (Collière, 1989).

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 doenças. 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 direto 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 atividades no sentido de baixar a febre tratavam dos ferimentos e comprovavam a qualidade dos medicamentos (muitas vezes plantas desagradáveis para exercer uma ação repugnante sobre os espíritos, bem como de purgantes e eméticos).

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 inter-relacionada e bem diferenciada da Medicina. Num sentido genérico Cuidar, refere-se, segundo Alcón (1988), aos atos 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.

2.4.1 Cuidados Gerontológicos Holísticos

O holismo refere-se à integração das dimensões biológicas, psicológicas, sociais e espirituais de um indivíduo para formar uma soma que é maior do que as suas partes (Dossey, 1997). O atendimento gerontológico holístico incorpora o conhecimento e as habilidades de uma série de disciplinas como por exemplo: reabilitação, processo de enfermagem, ética, legislação/regulamentação, sociologia, farmacologia, para abordar a saúde física, mental, social e espiritual dos indivíduos.

O atendimento gerontológico holístico preocupa-se em:

- Facilitar o crescimento dirigido à inteireza,
- Promover a recuperação de uma doença,

- Maximizar a qualidade de vida quando a pessoa é portadora de uma doença ou de uma deficiência incurável,
- Proporcionar paz, conforto e dignidade à medida que a morte se aproxima

No atendimento holístico, a meta não é tratar as doenças, mas atender as necessidades da pessoa em sua totalidade por meio da cura do corpo, da mente e do espírito. As enfermeiras gerontológicas ajudam os idosos a atingir um sentido de inteireza, orientando-os na compreensão e no encontro de significado e de finalidade na vida, facilitando a harmonia da mente, do corpo e do espírito, mobilizando seus recursos internos e externos e promovendo comportamentos de autocuidado. A promoção de saúde e a cura por meio do equilíbrio do corpo, da mente e do espírito dos indivíduos estão no âmago do atendimento holístico. Essa preocupação tem relevância para o atendimento gerontológico. O impacto das modificações relacionadas com a idade e os efeitos das condições crônicas altamente prevalentes podem, facilmente, ameaçar o bem-estar do corpo, da mente e do espírito; portanto, são essenciais as intervenções de enfermagem que reduzam tais ameaças. Como as doenças crônicas e os efeitos da idade avançada não podem ser eliminados, os esforços de recuperação, mais do que os curativos, serão os mais benéficos na prática de enfermagem gerontológica. Igualmente significativo é o auxílio do adulto idoso à autodescoberta na fase final da vida, para que ele encontre significado, conexão com os outros e compreensão de seu lugar no universo.

2.4.2 Enfermagem no cuidar da pessoa idosa

Ao longo dos tempos, foram muitas as investigações no sentido de analisar o conceito de cuidar em enfermagem, sendo muitos também os autores que descrevem este mesmo conceito como a razão existencial desta mesma profissão.

Para Gadow (*cit in* Watson 2002), Cuidar é o ideal da enfermagem, tendo como objetivo proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Cuidar envolve assim, um compromisso, bem como valores, conhecimentos e ações carinhosas; é por conseguinte mais do que uma emoção, atitude ou um mero desejo.

O cuidar pode então ser encarado como uma expressão humana, tornando-se essencial para o desenvolvimento e auto-realização enquanto pessoas, sendo através deste que a espécie humana vive o significado da sua própria vida (Waldow, 1995).

De acordo com Collière (1999) o cuidar pode ser definido como o ajudar a viver, aprendendo a harmonizar forças aparentemente contrárias, mas na realidade complementares. Os cuidados são assim, fonte de prazer, expressão de uma relação e dispersam os tormentos, tentando evitar o sofrimento.

O objetivo do cuidar em enfermagem é o de compreender ao mesmo tempo a natureza e o que se designa muito imprecisamente como qualidade dos cuidados em relação com problemas de vida e de morte que se colocam não só aos utilizadores dos cuidados, como aos que os prestam.

A investigação em cuidados de enfermagem deveria ajudar a discernir os limites e os limiares da saturação dos cuidados, tanto para quem os recebe, como para quem os presta e isto em relação com a natureza, a complexidade, o número, o impacto emocional e o desgaste de energia vital que exigem os cuidados de acordo com as situações.

Desde que surge vida, os cuidados existem, já que é necessário «cuidar da vida» para que esta permaneça. É realmente à volta da necessidade vital de cuidar, de prestar cuidados aos seres e aos seus objetos usuais indispensáveis à sobrevivência, que se constituíram e propagam os primeiros saberes, originando todo um conjunto de práticas correntes: práticas alimentares, práticas de cuidados ao corpo, práticas sexuais, práticas relativas ao vestuário, práticas do habitat...que por sua vez forjaram modos de fazer, costumes que, ao ritualizarem-se, se tornaram tradições e crenças. Há milhares de anos, os cuidados foram criadores, inovadores, geradores de saberes. Saber de vida, como é as sabedorias das diferentes culturas. Saber de experiências, feitas por tentativas, ensaios e erros, a partir da relação que homens e mulheres teceram com o universo que os envolve, suscitando a interrogação sobre esse universo, levando-os a agir sobre ele para o tornar um aliado, dando assim origem à imensa diversidade dos saberes empíricos (Collière, 2003).

Com a idade, mas também em função da forma de viver, do meio social, dos recursos económicos, as capacidades de se cuidar diminuem e há necessidade de recorrer novamente à família, aos próximos, mas também aos prestadores de cuidados para ser cuidado. Ou seja, não só para vigiar ou manter as capacidades que permanecem, mas também para tentar diminuir a aceleração das perdas sensorio motoras e psicoafetivas, assim como para manter despertas as capacidades restantes (Collière, 2003).

Ser cuidado, cuidar-se, cuidar sucede-se, sem se justapor, mas sobrepondo-se, revestindo amplitudes diversas consoante as fases da vida, mas também em função das condições sociais e económicas e do meio cultural (Collière, 2003).

A necessidade de ser cuidado na última fase da vida aumentou, consideravelmente, nos países de recursos económicos elevados, não só por razões de prolongamento da duração da vida, mas a favor de uma institucionalização crescente, da oferta de cuidados e tratamentos e do desenvolvimento de um profissionalismo da saúde (Collière, 2003).

Nas suas atividades com adultos idosos, as enfermeiras funcionam em uma série de papéis, a maioria dos quais sob as seguintes categorias: curador, cuidador, educador, defensor, inovador.

Curador: A antiga prática de enfermagem baseava-se no conceito cristão do entrelaçamento de corpo e espírito. Em meados de 1800, foi reconhecido o papel da enfermagem como uma arte curativa; isso fica evidente nos escritos de Florence Nightingale, quando ela afirma que a enfermagem "*coloca o paciente na melhor condição para que a natureza aja sobre ele*" (Nightingale, 1946). A enfermagem tem um papel significativo ao ajudar os indivíduos a permanecerem bem, a superarem ou enfrentarem a doença, restaurarem a função, a descobrirem um significado e uma finalidade na vida e a mobilizarem seus recursos internos e externos. A abordagem holística é essencial, reconhecendo que os indivíduos idosos devem ser encarados no contexto de seus elementos biológicos, emocionais, sociais, culturais e espirituais.

Cuidador: É nele que as enfermeiras gerontológicas usam a teoria gerontológica na aplicação conscienciosa do processo de enfermagem ao cuidado dos idosos. Inerente a este papel está a

participação ativa dos idosos e dos seus entes queridos e a promoção do mais elevado grau de auto-cuidado desse indivíduo (Eliopoulos, 2005, pp23-24).

Educador: As enfermeiras gerontológicas devem estar preparadas para tirar vantagem das oportunidades formais e informais, compartilhando os conhecimentos e as habilidades relacionadas com o cuidado dos idosos. Esta educação estende-se além dos profissionais ao público em geral. As áreas sobre as quais as enfermeiras podem ensinar os outros incluem o envelhecimento normal, a fisiopatologia, a farmacologia geriátrica e os recursos que o idoso pode usufruir na sociedade. Essencial a esse papel é a comunicação efetiva, que envolve ouvir, interagir, esclarecer, instruir, validar e avaliar (Eliopoulos, 2005, pp23-24).

Defensor: Defesa dos clientes individuais é essencial e pode incluir o auxílio dos idosos na afirmação de seus direitos e na obtenção dos serviços necessários, na promoção dos esforços da comunidade e de outros grupos, visando a provocar mudanças e atingir benefícios para os idosos, assim como na promoção da enfermagem gerontológica e dos papéis novos e expandidos das enfermeiras nesta especialidade (Eliopoulos, 2005, pp23-24).

Inovador: Como inovadora, a enfermagem gerontológica assume um estilo investigativo, tomando decisões conscientes e fazendo esforços para a melhoria da prática gerontológica como resultado final. Isto exige que a enfermeira pense criativamente e assuma os riscos associados com a trajetória em novos caminhos, transformando as visões em realidade (Eliopoulos, 2005, pp23-24).

Modelo de autocuidado e enfermagem gerontológica

A teoria de autocuidado de Orem (1980) fornece uma estrutura útil sobre a qual pode ser elaborada uma prática dinâmica de enfermagem gerontológica. Com algumas modificações, esse modelo serve bem para a enfermagem gerontológica. Fluxo do modelo de autocuidado:

- **Exigências universais de vida:** Os indivíduos mais idosos compartilham exigências universais de vida similares às de todos os outros seres humanos. Elas são básicas para o funcionamento ideal e integrado do indivíduo em sua totalidade. A idade, a doença e a deficiência podem interferir na capacidade de preenchimento de quaisquer dessas exigências e subseqüentemente, levar à necessidade de assistência, talvez em forma de serviços de enfermagem.
- **Requisitos para preencher as exigências:** A capacidade de preencher as exigências universais de vida depende de vários fatores: capacidades físicas, mentais e socioeconômicas; conhecimento, experiência e habilidade; desejo e decisão de agir.
- **Capacidade de autocuidado:** Se o indivíduo tiver sucesso no preenchimento das exigências da vida, não há necessidade de intervenção de enfermagem, exceto para reforçar a capacidade de autocuidado.
- **Limitação de autocuidado:** A incapacidade para preencher as exigências independentemente cria a necessidade de intervenção de enfermagem. As acções de enfermagem são dirigidas ao fortalecimento da capacidade de autocuidado, à eliminação ou minimização das limitações de autocuidado e à providência de serviços directos, auxiliando o indivíduo, quando as exigências não puderem ser preenchidas independentemente.

2.4.3. Cuidados Domiciliários – papéis do enfermeiro gerontológico

Atualmente, 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, refletindo 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 à 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 objetivo primeiro o evitar a hospitalização e a institucionalização, pela conseqüente 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 efetiva, 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 idoso 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), “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).

Os cuidados domiciliários revelam-se de suma importância. Para os efetivar é necessário todo o apoio técnico e profissional de uma equipa 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 atividade tem que compreender um conjunto de ações sistematizadas, que se iniciam antes e continuam após o ato da visita ao doente.

A sua execução pressupõe o uso de técnicas de entrevista e de observação sistematizada.

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

Sendo um processo dinâmico e com carácter de continuidade é necessário definir objetivos, conteúdos, organização e responsabilidade.

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 atividade 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 atividades em curso e promover um planeamento mais eficaz através de uma escolha criteriosa das ações possíveis” (Organização Mundial de Saúde – L’ evaluation des programmes de santé, Geneve, 1981). Por estas razões é também a última fase do planeamento da saúde, processo cíclico, interativo, 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 definidos”. A mesma autora refere que “sem um pensamento diretriz, 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 torne uma condição *sine qua non* da sua qualidade” (Phaneuf, 2001).

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

A visita domiciliária deverá ser desenvolvida em cinco fases, como segue:

Fase de iniciação: é o momento para clarificar a fonte de encaminhamento para a visita e de 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 da iniciativa para fazer uma visita domiciliária, é essencial que o enfermeiro tenha bem claro o objetivo da mesma.

Fase de pré-visita: efetiva-se o primeiro contato 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 objetivo, 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:

- Apresentação inicial, importante para saber o estado atual 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 objetivo a coleta de informações subjetivas 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 atividades 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 reflete as respostas saudáveis e não saudáveis do utente e os fatores de suporte para cada resposta.” (Rice, 2004).

Normalmente referem-se à falta de conhecimento sobre dado assunto, intolerância a atividades 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 objetivos 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 e família para o auto cuidado, dando ênfase à 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).

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 interação 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 objetivos 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 conseqüentemente corrigir ou alterar intervenções.

“É de realçar que a verdadeira melhoria de qualidade é um processo contínuo que reflete, de uma forma dinâmica, as alterações positivas efetuadas no ambiente domiciliar” (Deming & Juran citados in Rice, 2004). 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 projetos de trabalho”.

2.4.4 A Família na parceria dos 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 fatores que atuam 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 contato, que fornece cuidados, apoio, sustento e orientação aos membros que dele dependem” (Rice, 2004), mais ainda “família é tudo aquilo que o utente diz ser” (Whyte, 1997).

Os cuidados direcionados para a família, refletem 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 Saúde 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 objetivos 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 ativos 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 objetivo 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 correta e fidedignamente a dinâmica do grupo familiar, o que por vezes constitui uma dificuldade.

Maugham (citado em Rice, 2004) 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 poemas 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 perspetiva que organiza e avalia a dinâmica e interação 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 interação 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 ótimo e uma maior independência.

Analisando a família como um sistema à luz da teoria apresentada, tornasse possível conhecer a mesma segundo perspetivas diferentes, as quais se referem por um lado à estrutura familiar (organização e padrões de relacionamento) e por outro lado às funções familiares (objetivos 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 fatores de stress (doenças).

Tendo em conta a efetivação 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 interações, papéis 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 e 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.

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,

Na elaboração do genograma e do ecomapa deve ter-se em conta a participação dos elementos da família (Wright e Leahey, 2002).

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, a fim 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 objetivos propostos.

Uma das atitudes a adoptar passa por estabelecer com o utente/família uma comunicação/escuta empática, que se traduz segundo Chalifour (1993) *“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) “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).

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 aspetos 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.

Se o envolvimento do utente/ 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 perceção tem acerca deles, qual o significado que lhes atribui.

2.4.5. Papel do cuidador informal

Deste modo, podemos aferir que o planeamento da alta constitui mais do que uma simples transferência do utente do hospital para qualquer outra instituição de cuidados ou para o domicílio, ele é pois uma parte importante e dinâmica do plano de tratamento (Berardo, 1988).

Neste âmbito, para garantir a continuidade desses cuidados, é necessário que as Equipas de Saúde, identifiquem o mais cedo possível as necessidades dos cuidados após alta desenvolvendo com a participação do utente e seus familiares, ou pessoa significativa, planos de cuidados apropriados, promovendo ações programadas de ensino (informação, demonstração e treino), envolvendo-os desde início no processo de cuidados.

Como refere Erminda (1995), muitos utentes têm alta hospitalar mais fragilizados e dependentes do que quando foram internados, não havendo planificação para a sua reintegração na família, habitação ou atividade. Assim sendo, não é suficiente o empenho isolado das equipas multidisciplinares da saúde, se não existem redes sociais devidamente organizadas e acessíveis. A definição de rede social de apoio surge de imediato ligada a um resultado em termos de bem-estar do homem, promovendo essencialmente a sua saúde mental.

Podemos dividir as redes sociais de apoio aos idosos em dois grupos principais:

A – Rede de Apoio Formal aos clientes – Incluem serviços estatais de segurança social e os organizados pelo poder local, criados para servir a população idosa, sejam eles lares, Serviço de Apoio Domiciliário, Centros de Dia ou Centros de Convívio.

Neste conjunto destacam-se as instituições privadas de solidariedade social, a maioria das quais ligadas, direta ou indiretamente, à Igreja Católica, sendo outras do tipo associações profissionais, todas beneficiando de algum apoio do estado e que, no seu conjunto, são as promotoras da maior parte dos serviços existentes no nosso país, a nível dos idosos.

B – Redes de Apoio Informal ao idoso – Podem subdividir-se em dois grandes grupos:

1) *Constituídas pela família do idoso* – O papel das redes familiares é conhecido, e nele assentou, desde sempre, o apoio necessário aos indivíduos na última fase da sua vida, quando as suas capacidades funcionais diminuem e a autonomia, por vezes, não é mais possível. Com a evolução da sociedade, o papel da família no apoio aos seus elementos mais velhos tem vindo a reduzir-se e a tornar-se mais difícil, a que não é alheio, entre outros aspetos, o trabalho feminino fora do lar e a própria exiguidade das habitações. Não obstante estas novas dificuldades, a família, na nossa sociedade, tem ainda um papel importantíssimo no apoio prestado ao idoso.

2) *Constituídas pelos amigos e vizinhos* – desempenham um papel preponderante no apoio à velhice, principalmente do ponto de vista emocional, mas também da ajuda instrumental, verificando-se esta última, mais em situação de ausência de familiares.

Pimentel (2001) refere que a permanência do idoso no seu meio familiar e social, em constante interação com as pessoas que lhe são próximas, é considerado o cenário ideal para qualquer pessoa que atinja a velhice e procure vivê-la de forma equilibrada e sem graves discontinuidades. Por outro lado, o apoio prestado pelos familiares e/ ou amigos de um modo geral, mais adequado às necessidades específicas de cada indivíduo e, por isso mesmo, o mais solicitado.

No entanto, há uma tendência para enaltecer as vantagens das formas de solidariedade informal sem refletir sobre as limitações, e para considerar que as redes informais podem substituir as redes formais, sempre que estas não tenham capacidade de resposta.

Porém, a Política Nacional dirigida aos Idosos recomenda que essas pessoas devem também receber cuidados especiais, considerando que "a tarefa de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica riscos de tornar doente e igualmente dependente o cuidador".

A literatura internacional indica, por numerosos trabalhos revistos por Gatz, Bengtson, e Blum (1991) e Zarit (1994), que cuidar de idosos dependentes traz uma variedade de efeitos adversos, e reconhece o impacto emocional vivido por familiares que cuidam de pessoas com doença mental ou outros problemas decorrentes do envelhecimento.

Esse impacto emocional ou sobrecarga tem sido definido como: "problemas físicos, psicológicos ou emocionais, sociais e financeiros que familiares apresentam por cuidarem de idosos doentes" (George & Gwyther, 1986).

Zarit (1997) relata que os cuidadores apresentam taxas mais altas de depressão e outros sintomas psiquiátricos e podem ter mais problemas de saúde que pessoas, com a mesma idade, que não são cuidadores. Além disso, os cuidadores participam menos de atividades sociais, têm mais problemas no trabalho, e apresentam maior frequência de conflitos familiares, frequentemente tendo como foco a forma como eles cuidam do parente comum. Algumas pessoas chegam a apresentar o que tem sido chamado de "erosão do *self*", pela forma como submergem no papel de cuidadores (Zarit, 1997).

Assim, podemos antever que a função de prevenir perdas e agravos à saúde deverá abranger, igualmente, a figura do cuidador, e para tanto devem ser desenvolvidos programas destinados a prevenir a sobrecarga e o impacto emocional negativo que podem afetar a saúde e qualidade de vida de cuidadores de idosos e de outras pessoas dependentes.

Assim sendo, o apoio a prestar às famílias passa pelo desenvolvimento de uma relação de parceria com cada familiar, proporcionando-lhe ajuda de acordo com os seus valores e prioridades e por uma nova atitude dos profissionais que cuidam e tratam do indivíduo doente (Santos, 2002).

De toda esta problemática, resulta com alguma frequência a constatação do fato que a relação familiar melhora com a institucionalização do idoso, provavelmente relacionado com o

desanuiar da sobrecarga excessiva e “ absorvente” de cuidar de alguém dependente, o que de algum modo deixará lugar, para retomar de ritmos e para a expressão de afetos (Paúl, 1997).

Um das grandes vantagens das redes de apoio informal prendem-se essencialmente pelo fato de a pessoa dependente poder ser cuidada no seu lar (pela família ou vizinho), sem ter que se desenraizar do seu meio com todos os benefícios psicossociais subjacentes.

Contudo, esta envolvência requer uma experiência e sensibilidade bastante profunda por parte dos profissionais de saúde, partindo sempre do princípio de que todas as pessoas têm não só forças e capacidades, como também potencialidades para crescerem e tornarem-se mais competentes, o que se pressupõe delegação de poderes (Manual Sinais Vitais).

Este novo modelo de delegação de poderes, como processo interativo que é, caracteriza-se por 4 fases sequenciais:

1º Fase Dominada pelos profissionais em que existe uma dependência completa da família em relação a estes;

2º Fase Participada, na qual a família começa a ver-se como participante e importante na tomada de decisão;

3º Fase de Desafio, em que o poder se começa a transferir dos profissionais para a família;

4º Fase da Colaboração, em que a família assume uma nova identidade e adquire auto confiança (Polly, 1999).

Feito este percurso, obtemos uma mudança de comportamentos e conseqüentemente uma optimização do auto controle, a auto-estima e a motivação. Não nos podemos esquecer que as experiências partilhadas, permitem treinar forças e não corrigir fraquezas (Manual Sinais Vitais).

Por tudo isto, o desenvolvimento de planos individuais de programas de ensino à família deve ser fruto dos resultados da avaliação e identificação das necessidades e recursos (Santos, 2002).

Há que considerar que para haver uma aprendizagem não basta fazer ensino, sendo necessário o interesse e o envolvimento de ambas as partes na consecução dos objetivos delineados, o que impõe uma avaliação inicial da disponibilidade para o efeito, dos conhecimentos anteriores e das experiências de doença de família (Corney, 1996).

Em Portugal, as respostas sociais e programas disponíveis para este tipo de população apresentam por objetivo a promoção de condições de autonomia e bem-estar, favorecendo a permanência no domicílio e no seu meio familiar e social e privilegiando a sua inserção social e comunitária. O serviço de Ajuda Domiciliária é aquele que mais se destaca, apresentando uma maior taxa de crescimento, quer a nível da capacidade, como ao nível do número de utentes, ocorrência pode ser explicada pelo facto da política desenvolvida no país nos últimos anos privilegiar esta resposta como alternativa à institucionalização.

Neste sentido, o Serviço de Ajuda Domiciliária surge com objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias; a prevenção de situações de dependência e promoção da autonomia; a prestação de cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos utentes e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar; o apoio aos utentes e famílias na satisfação das necessidades básicas e atividades da vida diária.

Dos serviços prestados pelo serviço de apoio domiciliário temos:

- O fornecimento de refeições e a confecção da alimentação no domicílio;
- Administração da refeição e da medicação;
- A Higiene Pessoal que é assegurada através do apoio permanente ao banho do utente;

- O serviço de lavanderia que inclui a recolha da roupa suja, tratamento e distribuição da roupa lavada;
- Existe ainda o tratamento de roupa no domicílio;
- O serviço de Higiene do Ambiente;
- Tarefas no exterior; ocupação e companhia.

Existem ainda o complemento por dependência que é dirigido a pessoas que se encontram em situação de dependência e não podem dispor do apoio da família, vizinhos ou amigos, para solucionar os seus problemas e por conseguinte contratar alguém que o possa ajudar nas atividade de vida diária.

Para finalizar, podemos aferir que é precisamente no aprofundar de todos estes aspectos e esclarecimentos dos recursos existentes na comunidade, que se estabelece uma relação cada vez mais humana com a família, onde a sua participação directa na prestação de cuidados é uma garantia da continuidade e da qualidade dos mesmos.

2.5 Ética na Enfermagem Gerontológica

Profissões como a enfermagem exigem um código de ética sobre o qual a prática será baseada e avaliada. O código profissional de ética é aceite pelos que exercem a profissão como as diretrizes formais para as suas ações. O código para enfermeiras, da American Nurses Association (ANA). As enfermeiras individualmente possuem valores desenvolvidos ao longo da sua vida que influenciarão o pensamento ético. **Princípios éticos:**

Beneficência: Fazer o bem aos pacientes. Esse princípio baseia-se na crença de que a educação e a experiência das enfermeiras permitem que elas tomem decisões sólidas que servem ao melhor interesse dos pacientes. As enfermeiras são desafiadas a realizar ações que

são boas para os pacientes enquanto não ignoram seus desejos. Desconsiderar o desejo do paciente e invocar a autoridade profissional para agir na forma que as enfermeiras consideram o melhor interesse do paciente é considerado paternalismo (Charlotte Eliopoulos p.481).

Não – maleficência: Evitar prejuízo ao paciente. Esse princípio poderia ser considerado como um subgrupo da beneficência, porque a intenção é realizar uma ação que seja boa para o paciente (Charlotte Eliopoulos p.481).

Justiça: Ser justo, tratar as pessoas com igualdade e dar aos pacientes o cuidado de que necessitam. No fundamento desse princípio está a crença de que os pacientes têm o direito aos serviços com base na necessidade, independentemente da capacidade de pagamento. Os recursos escassos desafiam esse conceito de acesso e uso irrestrito dos serviços de cuidado de saúde (Charlotte Eliopoulos p.481).

Fidelidade: Respeitar nossas palavras e o dever para com o paciente. Esse princípio é central para todas as interações enfermeira – paciente, pois a qualidade desse relacionamento depende da confiança e da integridade. Os pacientes idosos podem ter graus mais elevados de vulnerabilidade do que os adultos jovens e ser particularmente dependentes da confiabilidade dos seus cuidadores (Charlotte Eliopoulos p.481).

Autonomia: Respeitar a liberdade, as preferências e os direitos do paciente. Assegurar e proteger os direitos do paciente idoso para providenciar o consentimento informado é consistente com esse princípio (Charlotte Eliopoulos p.482).

As práticas que os reforçam são amplamente promovidas, como assegurar que os pacientes recebam o cuidado necessário, respeitar os seus direitos para consentir ou negar consentimento para o tratamento, prevenir que uma equipe incompetente preste cuidados aos pacientes e obedecer aos padrões aceitáveis da prática. Os dilemas éticos podem emergir quando outras circunstâncias interferem com a aplicação clara, básica, dos princípios éticos.

II. FASE METODOLÓGICA

Segundo FORTIN (2003), “a metodologia é um conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica. Também, secção de um relatório de investigação que descreve os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação”

A metodologia científica pode ser entendida como um caminho que tem de se percorrer para o desenvolvimento e concretização dos objetivos previamente definidos para um trabalho de investigação. Ou seja, é o modo como se vai organizar um trabalho em função dos objetivos que se pretendem atingir.

1. Desenho de investigação

O desenho de investigação é o plano lógico criado pelo investigador para obter respostas válidas às questões de investigação ou às hipóteses. Esta fase do projecto de investigação também serve para controlar as potenciais fontes de enviesamento e permite ainda isolar as variáveis importantes das outras variáveis e medidas com precisão a fim de assegurar a credibilidade dos dados. (Fortin, 2003).

1.1 Tipo de estudo

De acordo com Fortin (2009), o tipo de estudo varia em função do que se pretende: descrever variáveis ou grupos de indivíduos estudar relações de associação entre variáveis ou predizer relações de causalidade entre variáveis independentes e dependentes.

Tendo em vista a natureza desta investigação, este estudo desenvolveu-se segundo um desenho descritivo- exploratório, inserido no paradigma qualitativo.

O estudo exploratório, aponta “denominar, classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação” (Fortin,2003, p.137-138).

Como refere (Fortin, 2009) o objetivo das investigações qualitativas é descobrir e explorar os aspetos da ação do ponto de vista dos participantes, interpretando o fenómeno no seu meio natural.

O presente estudo insere-se no âmbito de estudo qualitativo é baseado na observação, descrição e interpretação do meio e do fenómeno tal como eles se apresentam. (Fortin, 2003).

Pretendeu-se realizar este estudo num lar pelo que se optou pelo local do investigador, dado que, por um lado seria mais fácil na recolha de dados, por outro lado, pretende-se implementar os cuidados de enfermagem no domicílio para melhorar a qualidade dos mesmos.

1.2 População e Amostra

Fortin (2003, pág.202) define população como sendo:

“...uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios. O elemento é a unidade de base da população junto da qual a informação é recolhida; se bem que o elemento seja muitas vezes uma pessoa, ele pode ser também uma família, um grupo, um comportamento, uma organização, etc....”

Qualquer estudo necessita de um determinado universo ou população de elementos, onde o investigador irá testar as suas hipótese e confirmar ou não a relação que se estabelece entre as variáveis. Deste modo, a população em estudo foi constituída pelos 50 idosos do distrito do Porto com o serviço de apoio domiciliário, as seis auxiliares e quatro cuidadores informais.

Optou-se por assumir como critério de inclusão no estudo a capacidade cognitivo dos idosos para responderem ao investigador, o que originou que a amostra ficasse constituída apenas por 25 idosos. Tratou-se por tanto de uma seleção racional visto que a amostra é escolhida a partir do” julgamento do investigador para construir uma amostra de sujeitos em função do seu caráter típico” Quanto às auxiliares, optou-se por incluir na investigação a sua totalidade (amostra igual à população) e do mesmo modo no que se refere aos cuidados informais (entendidos como cuidadores que estão presentes a tempo inteiro junto dos idosos).

1.3. Operacionalização das variáveis

As variáveis são “aspetos observáveis de um fenómeno; podem apresentar variações em relação ao mesmo ou a outro fenómeno; e mesmo indicar as características mensuráveis dum fenómeno. Uma variável é algo possível de classificar ou medir, é um conceito operacional de mensuração, servindo ainda para estabelecer fenómenos” (Fortin, 2003, p209).

As variáveis de estudo neste projeto foram:

A perceção do cuidador informal acerca dos cuidados domiciliários;

A perceção do cuidador informal acerca do papel do enfermeiro nos cuidados domiciliários;

A perceção do idoso acerca dos cuidados domiciliários;

A perceção do idoso acerca do papel do enfermeiro nos cuidados domiciliários;

A perceção das auxiliares sobre os cuidados domiciliários;

A perceção das auxiliares sobre a presença do enfermeiro na equipa de cuidados domiciliários.

1.4 Os instrumentos de colheita e análise de dados

“ A colheita de dados consiste em recolher metodicamente a informação junto dos participantes com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim” (Fortin,2009,p403).

De modo a realizar uma descrição detalhada e fiel da experiência relatada pelos entrevistados, após consentimento da Instituição (anexo 1) e consentimento informado de todos os participantes (anexo II) optou-se por uma entrevista semi-estruturada, audio-gravada realizada entre os meses outubro até dezembro de 2012, feita com base em guiões diferentes para a entrevista aos cuidadores informais (anexo III), aos idosos (anexo IV) e às auxiliares (Anexo V). Segundo (Fortin, 2003, p.247), recorrendo a este instrumento, a investigadora apresenta” uma lista de temas a cobrir, fórmula questões a partir destes temas apresentando-os ao respondente segundo a ordem que lhe convém” este tipo de entrevista será também um instrumento útil na medida em que o recurso a questões abertas facultará ao participante exprimir livremente os seus sentimentos.

Após seleccionar o instrumento de recolha de dados, procede-se à sua aplicação prática. Daqui emergem dados em bruto que foram transcritos integralmente, estes posteriormente foram tratados e analisados adequadamente para poderem ser discutidos á posteriori.

Tendo em conta o método de recolha de dados empregado e tratando-se de um estudo qualitativo a análise de dados utilizada é a análise descritiva fenomenológica. Esta é definida “como a busca de sentido numa descrição da experiência humana...”(Fortin,2003).

2 Princípios éticos

Para os especialistas, a ética significa a avaliação crítica e a reconstituição dos conjuntos de preceitos e de leis que regem os julgamentos, as ações e as atitudes no contexto de uma teoria no âmbito da moralidade. *“A ética coloca problemas aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação”* (Fortin, 2003,p. 114).

Assim e de acordo com o autor referido anteriormente, ao longo deste processo de investigação irão ser tidos em atenção aos 5 direitos fundamentais:

▫ Direito à auto determinação: *“É violada logo que uma pessoa é constrangida a participar, ou quando a autonomia do sujeito está reduzida em consequência de uma incompetência legal ou moral”* (Fortin, 2003,p116).

Tendo em conta este direito, os entrevistados foram informados da importância da sua participação neste estudo, deixando explícito que eram livres de decidir se queriam participar ou não.

▫ Direito à intimidade: *“Qualquer investigação junto de seres humanos constitui uma forma de intrusão na vida pessoal dos sujeitos”* (Fortin, 2003,p116)

Foi permitido aos entrevistados a liberdade de decidir sobre a extensão da informação a dar.

▫ Direito ao anonimato e à confidencialidade: *“É respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador”* (Fortin, 2003,p117).

Neste estudo, todos os resultados foram apresentados de maneira a que nenhuma entrevista fosse identificada.

▫ Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo: *“Corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem”* (Fortin, 2003,p118).

No presente estudo não foram previstos nenhum tipo de riscos de ordem física, legal ou económica que pudessem advir com a realização do mesmo.

▫ Direito a um tratamento justo e equitativo: *“ Os sujeitos têm direito a receber um tratamento justo e equitativo, antes, durante e após a sua participação num estudo”* (Fortin, 2003,p118).

Neste estudo, os entrevistados foram devidamente informados sobre a natureza da investigação.

III. FASE EMPÍRICA

A fase empírica consiste na colheita de dados, na sua organização e posteriormente a sua análise estatística (Fortin, 2009).

1. Apresentação, análise de dados e discussão dos resultados

O investigador pretende nesta fase apresentar a análise dos dados, realizada por diferentes testes e considerar em pormenor os resultados obtidos, destacando o essencial (Fontin,2009).

Foi realizado um estudo do material de onde emergiram as categorias e subcategorias. Estas foram colocadas nos quadros resumo e que respondem às questões e objetivos propostos inicialmente.

Optou-se por fazer a apresentação de todos os dados em primeiro, e só depois fazer a sua discussão.

1.1 Entrevistas aos cuidadores informais

A transcrição das entrevistas pode ser vista no Anexo VI.

Quadro 1 - Os cuidados domiciliários contribuem para a sua qualidade de vida

Categorias	Subcategorias	Unidade de Registo
Os cuidados domiciliários contribuem para a sua qualidade de vida.	Conforto	I – “Proporcionar conforto da nossa casa”; II – “(...) conforto”; IV – “(...) contribuem sim em termos de conforto”.
	Limpeza da roupa ou casa.	I – “(...) em termos de limpeza e da roupa; II – “(...) tratam da limpeza da casa”; IV – “(...) e limpeza de casa.
	Cuidados de higiene.	IV “(...) das higiene”; I – “(...) e de cuidados de higiene; II – “(...) visto que são as auxiliares, que lavam a minha esposa.
	Alimentação	II – “(...) e trazem a comida já pronta”; IV – “(...) e a entrega da alimentação.
	Bem-estar	II – “(...) tira-me trabalho e fico mais descansado”; III – “sim contribuem para o nosso bem-estar (...) e mais tempo livre”.

Quadro 2 - Os cuidados domiciliários respondem às reais necessidades do idoso

Categorias	Subcategorias	Unidade de Registo
Os cuidados domiciliários respondem às reais necessidades do idoso.	Promovem conforto	I – “(...) promovem conforto”.
	Promovem deambulação.	I – “(...) promovem deambulação”.
	Promovem bem-estar.	I – “(...) promovem bem-estar”.
	Respondem às necessidades reais.	II – “Para nós respondem, visto que não precisamos de mais”; III – “Correspondem sim”; IV – “Sim, respondem às minhas necessidades”.

Quadro 3 - Os cuidados domiciliários respondem às reais necessidades dos cuidadores informais

Categorias	Subcategorias	Unidade de Registo
Os cuidados domiciliários respondem às reais necessidades dos cuidadores informais.	Respondem às necessidades reais.	I – “Sim pela minha situação respondem às reais necessidades”; III – “Respondem sim”; IV – “Sim referentes aos cuidados de higiene ajudam muito os cuidadores informais.
	Não respondem às necessidades reais.	II – “Não, deveria ter mais tempo para mim e não tenho visto que tenho que estar sempre em casa por causa da minha esposa não poder estar sozinha e eu deixo de ter a minha própria vida ela é dependente de mim para tudo”.

Quadro 4 - Vantagens dos cuidados domiciliários

Categorias	Subcategorias	Unidade de Registo
Vantagens dos cuidados domiciliários.	Entrega da alimentação	I – “As vantagens dos cuidados domiciliários são a entrega da alimentação”.
	Limpeza da casa.	I – “(...) limpeza da casa”; III – “(...) existe mais limpeza onde habitamos”;
	Cuidados de higiene.	I – “(...) cuidados de higiene”;
	Conforto	II – “ As vantagens dos cuidados domiciliários promovem o conforto”; III – “(...) mais conforto” IV – “Dão conforto ao meu filho”.
	Deambulação	II – “(...) a deambulação”;
	Bem-estar	II - “(...) Bem-estar”; III – “ (...) sentimo-nos mais calmos”; IV - “(...) e aliviam o meu trabalho com ele visto que já não tenho força para realizar esses serviços”.
	Segurança	III - “(...) mais seguros por pensar que não estamos sós se nos acontecer qualquer coisa”.

Quadro 5 - Desvantagens dos cuidados domiciliários

Categorias	Subcategorias	Unidade de Registo
Desvantagens dos cuidados domiciliários.	Não existem.	I – “Não existem”. II – “Não existem”. III – “Não existem”. IV – “Não”.

Quadro 6 - Vantagens / Inconveniente com a inclusão do enfermeiro nos cuidados domiciliários

Categorias	Subcategorias		Unidade de Registo
Vantagens / Inconveniente com a inclusão do enfermeiro nos cuidados domiciliários.	Vantagens	• Realizar ensinamentos.	I – “Havia muitas vantagens na inclusão do enfermeiro para realizar ensinamentos sobre dúvidas que se tenham”.
		• Melhoria dos cuidados.	II – “Era muito bom para a melhoria dos cuidados”; III – “ (...) temos um apoio de um profissional de saúde especializado para orientar as auxiliares e a própria família.
		• Prevenir doenças.	III – “Isso era espetacular para prevenir doenças”; IV – “ (...) prevenir complicações”.
		• Monitorização da tensão arterial e diabetes.	IV – “era muito bom, havia um controlo das tensões arteriais”.
		• Vigilância da saúde.	IV – “ (...) vigilância na saúde dos idosos e detectar problemas.

Quadro 7 - O que espera do papel do enfermeiro nos cuidados domiciliários

Categorias	Subcategorias	Unidade de Registo
O que espera do papel do enfermeiro nos cuidados domiciliários.	Esclarecimento de dúvidas.	I – “(...) que os enfermeiros esclarecessem todas as dúvidas que aparecem no dia a dia em questão de medicação. IV – “Esclarecer dúvidas, acerca dos cuidados prestados”.
	Supervisionar o trabalho das auxiliares.	I – “(...) verificar o trabalho das auxiliares nos cuidados de higiene.
	Amigo cuidador.	II – “Eu esperava do papel do enfermeiro um amigo e que cuida-se da nossa saúde.
	Tratamento especializado.	III – “tratar as doenças”.
	Orientação dos cuidados de saúde.	III – “(...) Orientar nos cuidados e ao idoso e família.

1.2 Entrevistas aos idosos

A transcrição das entrevistas pode ser vista no Anexo VII.

Quadro 8 - Contribuição dos cuidados domiciliários para a sua qualidade de vida

Categorias	Subcategorias	Unidade de Registo
Contribuição dos cuidados domiciliários para a sua qualidade de vida.	Higiene.	I – “os cuidados domiciliários contribuem para a minha qualidade de vida porque fazem a higiene (...)”. V – “os cuidados domiciliários contribuem para a minha qualidade de vida porque fazem a higiene (...)”. XV - “os cuidados domiciliários contribuem para a minha qualidade de vida porque fazem a higiene (...)”.
	Limpeza da casa e da roupa.	I – “(...) e a limpeza da casa e da roupa”. V - “(...) e a limpeza da casa e da roupa”. XV- “(...) limpeza da casa e da roupa”.
	Permanência no próprio lar.	IV – “Sim e muito se não tivesse esse serviço não podia estar na minha casa”. VIII - “Sim e muito se não tivesse esse serviço não podia estar na minha casa”. XIV – “Sim e muito se não tivesse esse serviço não tinha condições de estar em minha casa tinha que ir para um lar”.
	Assistência.	II – “Sim e muito se não tivesse esse serviço dormia aqui sozinha”. XII – “Sim, contribuem para a minha qualidade de vida e muito, fazem tudo aquilo que agora não consigo fazer”.

Quadro 9 - Os cuidados domiciliários respondem às necessidades reais do idoso

Categorias	Subcategorias	Unidade de Registo
Os cuidados domiciliários respondem às necessidades reais do idoso.	Sim	<p>I – “Para as minhas reais necessidades sim”.</p> <p>II – “Para mim sim”.</p> <p>III – “Sim, porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene”.</p> <p>V – “Sim, não preciso de mais”.</p> <p>VI – “Sim, porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene”.</p> <p>VII – “Sim, fazem aquilo que eu não consigo agora fazer sozinha que é realizarem os cuidados de higiene, a limpeza da casa e lavam a roupa”.</p> <p>VIII – “Sim, porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene”.</p> <p>IX – “Sim”.</p> <p>X – “Para mim sim”.</p> <p>XI – “Sim”.</p> <p>XII – “Sim, para as minhas necessidades”.</p> <p>XIII – “Sim, porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene”.</p> <p>XIV – “Sim respondem ás minhas reais necessidade, porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene”.</p> <p>XV – “Sim”.</p> <p>XVI – “Sim, porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene”.</p> <p>XVII – “Sim, porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene”.</p> <p>XVIII - “Sim, porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene”.</p> <p>XIX - “Sim, porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene”.</p> <p>XX - “Sim, porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene”.</p> <p>XXI - “Sim, porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene”.</p> <p>XXII - “Sim, porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene”.</p> <p>XXIII - “Sim, porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene”.</p> <p>XXIV - “Sim, porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene”.</p> <p>XXV - “Sim, porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene”.</p>
	Mais ou menos.	<p>IV – “mais ou menos, porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene mas depois vão logo embora”.</p>

Quadro 10 - Vantagens dos cuidados domiciliários

Categorias	Subcategorias	Unidade de Registro
Vantagens dos cuidados domiciliários	Cuidados prestados	<p>I – “as vantagens dos cuidados domiciliários são muitas a nível dos cuidados que me prestam”.</p> <p>II – “(...) fazem os cuidados de higiene”.</p> <p>III – “as vantagens é que se não tivesse esse serviço eu morria aqui sozinha não tenho ninguém para cuidar de mim e do meu marido a minha família não quer saber de nós”.</p> <p>IV – “as vantagens é que cuidam de nós”.</p> <p>V – “(...) as vantagens dos cuidados domiciliários são muitas a nível dos cuidados (...)”.</p> <p>VI – “as vantagens são fazerem os cuidados de higiene”.</p> <p>VIII – “as vantagens são fazerem os cuidados de higiene, porque eu não consigo fazer sozinha”.</p> <p>IX – “(...) fazem os cuidados de higiene”.</p> <p>X – “(...) fazem os cuidados de higiene”.</p> <p>XI – “(...) fazem os cuidados de higiene”.</p> <p>XII- “(...) fazem os cuidados de higiene”.</p> <p>XIII – “(...) realizam os cuidados de higiene”.</p> <p>XV – “(...) as vantagens dos cuidados domiciliários são muitas a nível dos cuidados”.</p> <p>XVI – “(...) as vantagens são fazerem os cuidados de higiene”.</p> <p>XVII - “(...) as vantagens são fazerem os cuidados de higiene”.</p> <p>XVIII – “as vantagens são muitas nos cuidados.</p> <p>XIX – “(...) e termos alguém que vem aqui cuidar de nós”.</p> <p>XX – “as vantagens são nos cuidados de higiene”</p> <p>XXII – “(...) enquanto fazem os cuidados de higiene”.</p> <p>XXV – “as vantagens são muitas, cuidados de higiene (...)”.</p>
	Alimentação	I – “(...) quer a nível da entrega da alimentação (...)”.
	Limpeza da casa/roupa	<p>I – “(...) e fazem a limpeza da minha casa visto que já não consigo realizar essa tarefa”.</p> <p>II – “As vantagens dos cuidados domiciliários são: limpam a casa, levam a roupa para lavar”.</p> <p>IV – “ (...) e da nossa casa e da nossa roupa”.</p> <p>V – “(...) limpeza da casa e da roupa”.</p> <p>VI – “(...) levam a roupa para lavar e fazem a limpeza da casa”.</p> <p>VII – “(...) limpam a casa, levam a roupa para lavar (...)”.</p> <p>IX – “fazem a limpeza da casa, levam a roupa para lavar (...)”.</p> <p>X – “(...) limpam a casa, levam a roupa para lavar”.</p>

		<p>XI – “fazem a limpeza da casa, levam a roupa para lavar no centro”.</p> <p>XII – “(...) limpam a casa, levam a roupa para lavar (...)”.</p> <p>XIII – “(...) a limpeza da casa e a lavagem da roupa”.</p> <p>XV – “(...) limpeza da casa e da roupa”.</p> <p>XVI – “sim, tratam da roupa, da limpeza da casa (...)”.</p> <p>XVII – “(...) limpeza da casa e da roupa”.</p> <p>XXII – “(...) e limpam a casa”.</p>
	Companhia	<p>I – “As vantagens dos cuidados domiciliários são muitas a nível dos cuidados que me prestam e fazem companhia (...)”.</p> <p>II – “(...) e fazem companhia”.</p> <p>VII - “(...) e fazem companhia”.</p> <p>IX - “(...) e fazem companhia”.</p> <p>XIX – “não estarmos sozinhos (...)”.</p> <p>XXII – “as vantagens são fazem-nos companhia”.</p> <p>XXV – “(...) e fazerem alguma companhia”.</p>
	Permanência no próprio lar	<p>XIV – “As vantagens são que sem esse serviço não poderia estar na minha própria casa, porque não tenho capacidade nem força para o fazer”.</p> <p>XXIV – “As vantagens são que se não tivesse esse serviço não tinha condições de estar aqui em casa”.</p>

Quadro 11 - Desvantagens dos cuidados domiciliários

Categorias	Subcategorias	Unidade de Registo
Desvantagens dos cuidados domiciliários	Tempo reduzido para a prestação dos cuidados	I – “as desvantagens dos cuidados domiciliários não existem só se forem em questão de haver mais tempo disponível para as auxiliares poderem estar mais tempo connosco visto não termos mais ninguém a visitar”.
	<p>Não existem</p> <p>Não existem</p>	<p>II – “não existe”.</p> <p>III – “não há desvantagens”.</p> <p>IV – “não tenho que dizer nada de mal”.</p> <p>V - “não existem”.</p> <p>VI – “não existem desvantagens”.</p> <p>VII – “não há”.</p> <p>VIII – “não existe”</p> <p>XI - “não existe”</p> <p>X - “não existe”</p> <p>XI - “não existe desvantagens”</p> <p>XII - “não existe</p> <p>XIII - “não há”.</p> <p>XIV – “não existe é tudo bom só tenho de agradecer para além da paga”.</p> <p>XV - “não existem</p> <p>XVI - “não existem desvantagens”.</p> <p>XVII - “não há desvantagens”.</p> <p>XVII – “não há desvantagens”.</p> <p>XIX – “não há desvantagens”.</p> <p>XX - “não há desvantagens”.</p> <p>XXI – “não há desvantagens”.</p> <p>XXII - “não existem”.</p> <p>XXIII – “não há desvantagens”.</p> <p>XXIV – “não há desvantagens”.</p> <p>XV – “não há desvantagens”.</p>

Quadro 12 - Há vantagens/inconveniente com a inclusão do enfermeiro nos cuidados domiciliários

Categorias	Subcategorias		Unidade de Registo
Há vantagens/inconveniente com a inclusão do enfermeiro nos cuidados domiciliários.	Vantagens	Avaliação do estado de saúde	<p>I – “(...) só haveria vantagens na inclusão do enfermeiro nos cuidados domiciliários para avaliarem o nosso estado de saúde”.</p> <p>II – “isso é que era bom mas é impossível, cuidavam da nossa saúde”.</p> <p>III – “era só vantagens na inclusão do enfermeiro cuidavam da nossa saúde”.</p> <p>IV – “era maravilhoso vir cá um enfermeiro a casa para cuidarem de nós”.</p> <p>V – “Só haveria vantagens na inclusão do enfermeiro nos cuidados domiciliários para avaliarem o nosso estado de saúde e avaliarem as tensões”.</p> <p>VI – “era muito bom escusava de ir ao centro de saúde tirar as tensões”.</p> <p>VII – “era muito bom cuidavam da nossa saúde”.</p> <p>VIII – “era muito bom, ter um enfermeiro a cuidarem de nós, porque somos muito velhinhos”.</p> <p>IX – “era muito bom tiravam as nossas tensões, viam os diabetes e cuidavam de nós”.</p> <p>X – “isso era muito bom se houvesse cuidavam da nossa saúde”.</p> <p>XI – “então não haveria vantagens, tiravam as nossas tensões avaliavam os diabetes”.</p> <p>XII – “era muito bom cuidavam da nossa saúde”.</p> <p>XIII – “(...) e cuidavam da nossa saúde”.</p> <p>XIV – “era muito bom ter um enfermeiro a cuidar de nós”.</p> <p>XV – “só haveria vantagens na inclusão do enfermeiro nos cuidados domiciliários para avaliarem o nosso estado de saúde e avaliarem as tensões”.</p> <p>XVII – “era só vantagens na inclusão do enfermeiro, cuidavam de nós velhos”.</p> <p>XVIII – “era só vantagens na inclusão do enfermeiro, cuidavam da</p>

			nossa saúde”. XX – “cuidavam da nossa saúde”. XXI – “(...) e cuidavam da nossa saúde”.
		Ensinos	I – “(...) e de me explicar dúvidas á cerca da minha medicação e muito mais”. II – “(...) tiravam dúvidas à cerca da medicação”. VII – “(...) tiravam dúvidas à cerca da medicação (...)”. X – “(...) tiravam dúvidas à cerca da medicação (...)”. XII – “(...) tiravam dúvidas à cerca da medicação (...)”.
		Supervisão dos cuidados prestados pelas auxiliares	III – “(...) orientava a auxiliar nos cuidados de higiene (...)”. XI – “(...) e orientavam as auxiliares”. XIII – “(...) orientava a auxiliar nos cuidados de higiene (...)”. XIX – “davam orientações às auxiliares sobre os cuidados a serem feitos”. XXI – “(...)“ orientava a auxiliar nos cuidados de higiene (...)”. XXII – “(...) orientava a auxiliar nos cuidados de higiene (...)”. XXIII – “(...) orientava a auxiliar nos cuidados de higiene (...)”. XXV - “(...) orientava a auxiliar nos cuidados de higiene (...)”.

Quadro 13 - O que espera do papel do enfermeiro nos cuidados domiciliários

Categorias	Subcategorias	Unidade de Registo
O que espera do papel do enfermeiro nos cuidados domiciliários?	Melhorar a qualidade de vida	I – “Eu espero do papel do enfermeiro nos cuidados domiciliários nos ajudar a ter uma melhor qualidade de vida”.
	Ensinos	I – “(...) e nos ajude nas dúvidas que ocorrem à cerca da medicação e nos nossos cuidados”. VI – “tiravam as tensões, os diabetes e viam a medicação que estamos a tomar e explicavam algumas dúvidas à cerca das nossas doenças”. XIV – “avaliavam as tensões, os diabetes e viam a medicação que estamos a tomar e explicavam algumas dúvidas à cerca das nossas doenças”. XVI - “avaliavam as tensões, os diabetes e viam a medicação que estamos a tomar e explicavam algumas dúvidas à cerca das nossas doenças”.
	Avaliação do estado de saúde.	II – “avaliavam o nosso estado de saúde”. III- “avaliavam as tensões e tiravam os diabetes”. IV- “tiravam as tensões, os diabetes e viam a medicação”. V – “(...) e avaliam o nosso estado de saúde e avaliam as tensões”. VI – “tiravam as tensões, os diabetes e viam a medicação que estamos a tomar”. VII – “avaliavam o nosso estado de saúde”. VIII – “tiravam as tensões, os diabetes e a medicação”. IX – “avaliavam o nosso estado de saúde”. X – “avaliavam o nosso estado de saúde”. XI – “faziam avaliação do nosso estado clínico”. XII – “avaliavam o nosso estado de saúde”. XIII – “tiravam as tensões e tiravam os diabetes”. XIV – “avaliavam as tensões e os diabetes”. XV – “ (...) e avaliam o nosso

		<p>estado de saúde e avaliarem as tensões”.</p> <p>XVI – “tiravam as tensões, os diabetes e viam a medicação”.</p> <p>XVII – “avaliavam as tensões”</p> <p>XVIII – “avaliavam as tensões e os diabetes”.</p> <p>XIX – “avaliavam as tensões e os diabetes”.</p> <p>XX – “avaliavam as tensões e os diabetes”.</p> <p>XXI – “avaliavam as tensões e os diabetes”.</p> <p>XXII – “tiravam as tensões”.</p> <p>XXIII – “avaliavam as tensões e avaliavam o estado geral”.</p> <p>XXIV – “avaliavam as tensões e tiravam os diabetes”.</p> <p>XXV – “avaliavam as tensões e tiravam os diabetes”.</p>
	Preparação da medicação	<p>V – “eu espero do papel do enfermeiro nos cuidados domiciliários nos ajude na preparação da medicação”.</p> <p>XV - “eu espero do papel do enfermeiro nos cuidados domiciliários nos ajude na preparação da medicação”.</p>
	Tratamento de feridas	XVII – “(...) tratavam das feridas”.

1.3 Entrevistas às auxiliares

A transcrição das entrevistas pode ser vista no Anexo VIII.

Quadro 14 - Os cuidados domiciliários contribuem para a qualidade de vida

Categorias	Subcategorias	Unidade de Registo
Os cuidados domiciliários contribuem para a qualidade de vida.	Higiene	I – “sim contribuem (...) higiene”. II – “os cuidados domiciliários contribuem e muito (...) higiene pessoal”. II – “as condições de higiene da habitação também melhoram bastante as suas condições de vida”.
	Companhia	I – “(...) como companhia (...)”.
	Afeto	I – “(...) e até carinhos”. II – “Os curtos espaços de tempo (...) e levantar a moral”. IV – “sim contribuem, pois todos os cuidados por nós prestados, irão tornar o dia-a-dia de um idoso muito melhor, mais agradável e até mesmo mais alegre, visto que às vezes, estes não aceitam a sua real situação, e muitas vezes tornam-se tristes, amargurados e revoltados com todos os que o rodeiam”.
	Vigilância	II – “os cuidados (...) como vigilância (...)”.
	Tratamento de feridas	II – “(...) e tratamentos de feridas (...)”.
	Alívio da dor	II – “(...) alívio de dores (...)”.
	Posicionamentos	II – “(...) e maus posicionamentos”.
	Alimentação	II – “(...) também permite ter uma melhor alimentação (...)”.
	Controlo da medicação	II – “(...) e controlo da medicação”.
	Auxílio à família e na prestação de cuidados.	VI – “(...) também são importantes para que possam prestar auxílio aos familiares (...)”.

Quadro 15 - Os cuidados domiciliários respondem às reais necessidades do idoso

Categorias	Subcategorias	Unidade de Registo
Os cuidados domiciliários respondem às reais necessidades do idoso.	Respondem	I – “respondem às reais necessidades quando estamos presentes”. II- “(...) se tiverem retaguarda familiar (...)”.
	Não respondem	I – “(...) os que não têm retaguarda depois ficam sozinhos aí já não responde”. III – “não existem (...)”. IV- “na minha opinião não respondemos”. V – “por mais que se tente, nem sempre os cuidados prestados no apoio ao idoso conseguem responder às reais necessidades que o idoso necessita. Temos sempre barreiras que muitas vezes não conseguimos ultrapassar por imposição do próprio idoso ou mesmo dos próprios familiares que por vezes complicam muito o nosso trabalho”. VI – “infelizmente, nem sempre os cuidados domiciliários respondem às reais necessidades do idoso, pois existe alguns obstáculos à prestação de cuidados, como por exemplo o tempo que pode ser, e muitas vezes é escasso para as necessidades dos idosos. O próprio idoso e os familiares, também são obstáculos para a eficácia dos cuidados domiciliários”.

Quadro 16 - Os cuidados domiciliários respondem às reais necessidades dos cuidadores informais

Categorias	Subcategorias	Unidade de Registo
Os cuidados domiciliários respondem às reais necessidades dos cuidadores informais	Sim	I – “Sim (...)” II – “(...)em certos casos contribuimos para os aliviar um pouco da situação difícil, que é tratar de um doente, que estão a viver(...)”, V – “Na maior parte das vezes sim (...)”. VI- “O nosso esforço diário caminha para esse sentido”
	Não	II – “(...)outras vezes estarmos lá ou não, para os cuidados, é igual porque nos ignoram assim como as nossas sugestões para o melhoramento deste ou daquele ponto.” III – “Não (...)” IV – “Não sinceramente não respondem (...)”.

Quadro 17 - Vantagens/desvantagens dos cuidados domiciliários

Categorias	Subcategorias		Unidade de Registro
Vantagens/desvantagens dos cuidados domiciliários	Vantagens	Cuidados diários	I – “(...) Temos os cuidados diários” II – “(...) que seja a nível físico, higiene pessoal, alimentos”
		Vigilância	I – “(...) e visita da auxiliar todos os dias”
		Melhoria das condições de vida	II – “(...)Melhoria das condições de vida de uma pessoa”(...). III – “As vantagens dos cuidados domiciliários é que o idoso não precisa sair de casa sendo tratado neste (...)”. IV – “As vantagens (...) no seu meio” V- “ Penso que (...)” VI – “Como vantagem(...) idosos”
	Desvantagens	Desresponsabilização por parte da família	II – “ A maior desvantagem é a família (...)” III – “Uma das desvantagens que encontra (...)”
		Desconfiança	IV – “ As desvantagens são que os cuidadores estão sujeitos á desconfiança dos idosos e família” V – “Invasão do domicílio (...)”
		Falta de condições	IV – “Falta de condições nas casas, falta de material
		Falta de informação do idoso	IV – “(...)Falta de informação do idosos” V – “Muitos resistem às higiene (...) deles VI – “Como desvantagens (...)”

Quadro 18 - Benefício sente a auxiliar na presença do enfermeiro nos cuidados domiciliários

Categorias	Subcategorias	Unidade de Registo
Benefício sente a auxiliar na presença do enfermeiro nos cuidados domiciliários.	Realizar tratamento	I – “A presença (...)” III – “(...)se estamos perante o utente importante”
	Segurança	II – “Na presença do enfermeiro a auxiliar sente-se mais segura (...)” III – “ A auxiliar sente-se mais segura e protegida (...)” IV – “ Porque nos sentimos mais seguros na realização do nosso trabalho (...)” V – “(...) sentimos mais apoio(...)”.
	Ensinos	IV – “ pode também elucidar (...)” V – “todas as nossas dúvidas (...)” VI – “Os benefícios (...)”

Quadro 19 - Vantagens/inconvenientes com inclusão do enfermeiro nos cuidados domiciliários

Categorias	Subcategorias		Unidade de Registo
Vantagens/inconvenientes com inclusão do enfermeiro nos cuidados domiciliários	Vantagens	Acamados	I – “ Eu penso que á vantagens (...)”
		Melhor qualidade de serviço	II – “Existem muitas vantagens(...)” III – “Claro que é (...)” VI – “Podem ser prestados (...)”
		Ensinos	III – “ Para a família também é importante (...)” VI – “Existem mais vantagens (...)”
		Segurança	V – “ (...) consegue-se perceber um maio á vontade por parte da auxiliar (...)”
		Desresponsabilização por parte da família	II – “A desvantagem (...)”
		Informação especializada por profissionais de saúde.	V – “(...) tal com dos familiares(...)” VI – “(...) os familiares tem oportunidade(...)”

De acordo com os quadros anteriormente apresentados, será feita a interpretação dos dados recolhidos aos entrevistados. Segundo Fortin (2003,p.477) a fase de interpretação de dados exige uma reflexão intensa e um exame profundo de todo o processo de investigação (...)

nesta última parte o investigador retira a significação dos resultados, tira conclusões, avalia as implicações e formula recomendações no que concerne à prática e a futuras investigações.

Em relação á entrevista aos cuidadores informais sobre o quadro1, podemos concluir que os cuidados domiciliários contribuem para a qualidade de vida no sentido de proporcionar conforto, a importância da limpeza da casa e da roupa, e providenciar os cuidados de higiene, alimentação e bem-estar. No quadro 2, podemos concluir que os cuidados domiciliários respondem às reais necessidades do idoso no sentido de promoverem conforto, deambulação e bem-estar. No quadro 3, podemos concluir que os cuidados domiciliários respondem na maioria às reais necessidades dos cuidadores informais. No quadro 4, podemos concluir que as vantagens dos cuidados domiciliários são na entrega da alimentação, limpeza da casa, nos cuidados de higiene, conforto, deambulação, bem-estar e segurança. No quadro5, podemos concluir que não existem desvantagens dos cuidados domiciliários. No quadro 6, podemos concluir que as vantagens com a inclusão do enfermeiro nos cuidados domiciliários são a realização de possíveis ensinios, a melhoria dos cuidados prestados, a prevenção de doenças, monitorização da tensão arterial e diabetes e uma maior vigilância da saúde. No quadro 7, podemos concluir o que o cuidador informal espera do papel do enfermeiro nos cuidados domiciliários são o esclarecimento de possíveis dúvidas acerca da medicação, da doença e do tratamento; a supervisão do trabalho das auxiliares, que encontre um amigo; da possibilidade de ter tratamentos especializados e ter uma orientação dos cuidados de saúde.

Em relação á entrevista do Idoso sobre o quadro 8, podemos concluir, como os cuidados domiciliários vão contribuir para a qualidade de vida do idoso, na prestação dos cuidados de higiene, da limpeza da casa /roupa, na permanência no próprio lar e na assistência técnica. No quadro 9, podemos concluir que os cuidados domiciliários respondem às reais necessidades dos idosos. No quadro 10, podemos concluir quais as vantagens dos cuidados domiciliários para o idoso são nos cuidados prestados, na alimentação, na limpeza da casa/roupa, na companhia e a permanência no próprio lar. No quadro11, podemos concluir que as desvantagens dos cuidados domiciliários são o tempo reduzido para a prestação dos cuidados. No quadro12, podemos concluir que só há vantagens na inclusão do enfermeiro nos cuidados domiciliários, na avaliação do estado de saúde do idoso, realização de ensinios, supervisão dos cuidados prestados pelas auxiliares. No quadro 13, podemos concluir o que espera do papel do enfermeiro nos cuidados domiciliários, a melhoria da qualidade de vida do idoso,

realização de ensinamentos, avaliação do estado de saúde do idoso, a preparação da medicação e o tratamento de feridas.

Em relação à entrevista para as auxiliares sobre o quadro 14, podemos concluir que os cuidados domiciliários contribuem para a qualidade de vida no sentido de providenciar as higiênes, companhia, afeto, vigilância, alívio da dor, posicionamentos, controle da medicação, tratamentos de feridas e o auxílio à família na prestação de cuidados que essas tarefas deveriam ser reservadas ao enfermeiro e não às auxiliares. No quadro 15, podemos concluir que os cuidados domiciliários não respondem às reais necessidades do idoso devido a não haver retaguarda familiar e os idosos ficarem sozinhos em casa sem vigilância.

No quadro 16, podemos concluir que os cuidados domiciliários respondem às reais necessidades dos cuidadores informais. No quadro 17, podemos concluir que existem vantagens nos cuidados domiciliários que são os cuidados diários, a vigilância e a melhoria das condições de vida, e as desvantagens são a desresponsabilização por parte da família, a desconfiança, a falta de condições e por fim a falta de informação do idoso. No quadro 18, podemos concluir quais os benefícios da presença do enfermeiro nos cuidados domiciliários para a auxiliar são, a segurança no seu próprio trabalho, a realização de ensinamentos e tratamentos. No quadro 19, podemos concluir que só há vantagens na inclusão do enfermeiro nos cuidados domiciliários, para que acha a realização de ensinamentos, mais segurança na prestação dos cuidados e informação especializada por profissionais de saúde.

IV. CONCLUSÃO

A investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica de conhecimentos, elevando a enfermagem a um estatuto científico. E, sendo a Enfermagem uma profissão consciente, deve colocar questões que mereçam ser pesquisadas. Os objetivos inicialmente propostos foram atingidos, contribuindo para o ganho pessoal, que resultou na aquisição de novos conhecimentos relativamente ao objeto principal deste estudo, “Os benefícios dos cuidados de enfermagem ao Idoso no domicílio”.

Em Portugal, à semelhança de outros países a população idosa aumentou. Este facto conduz a várias alterações a nível psicológico, económico, social e financeiro.

Durante muitas décadas, envelhecer era motivo de alegria e enriquecimento pessoal, pois, era um fenómeno normal na vida de todos os seres vivos. Envelhecer não é uma doença, mas sim um processo natural e universal que se caracteriza por modificações bio – psico – sociais. Assim, este processo condiciona várias alterações fisiológicas no idoso predispondo-o à ocorrência de patologias. Como resultado, o idoso pode tornar-se menos capaz de realizar as suas atividades de vida diária.

Assim, é necessário uma prestação de cuidados pluridisciplinares integrados e continuados como forma de responder aos problemas de saúde das pessoas idosas, tendo em conta a complexidade dos sistemas envolvidos com o objetivo primordial de promover a saúde, autonomia, dignidade e independência das pessoas idosas.

Os idosos têm como parâmetro de saúde, uma vida independente, sobre o qual possuem controlo, sem a necessidade de serem cuidados. Contudo, a perda de autonomia e da independência aumenta com o avançar da idade. Se os idosos envelhecerem mantendo-se autónomos e independentes, as dificuldades serão mínimas para o indivíduo, família e sociedade.

Das conclusões que se puderam retirar, uma das fundamentais é a de que o respeito pelo direito à autonomia está a ser respeitado. Com este estudo e sua apresentação espera-se uma melhoria, que é possível na prestação dos cuidados de saúde, e que as necessidades explicitadas sejam efetivamente tidas em consideração. O respeito pela pessoa humana em todas as fases do seu ciclo vital deve ser a base de todos os profissionais de enfermagem, tendo sempre o respeito pela autonomia e liberdade de cada um como linha orientadora para um cuidar de excelência!

Numa perspetiva do cuidar, julga-se primordial, alertar para a importância dos profissionais, adotarem condutas responsáveis, que salvaguardam o respeito pela dignidade humana, da autonomia e da liberdade com base numa prestação de cuidados de excelência.

Na elaboração deste trabalho foram identificadas algumas dificuldades, particularmente, devido à inexperiência na área de investigação. No entanto, com muita persistência, empenho e determinação foi realizado um estudo que poderá contribuir para o conhecimento mais alargado acerca da capacidade do idoso na realização das atividades de vida diária, pelo que o respeito pelo princípio da autonomia deve ser um dos alicerces fundamentais de qualquer enfermeiro.

Para além disso, surgiram algumas dificuldades no que diz respeito à articulação da informação, de modo a que o trabalho de investigação fosse estruturado de uma forma coerente, organizada e compreensiva.

Com a elaboração do presente trabalho concluímos que o apoio domiciliário por parte dos enfermeiros facilitava e melhorava 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/família/equipa de trabalho os cuidados de enfermagem domiciliários são de extrema importância para tirarem as suas dúvidas.

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 ações voluntárias que são deliberadas e portanto suscetíveis 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.

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.

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albarede, M. et al. (1987). *Autonomie et dépendance des personnes âgées Gérontologie*, Paris.
- Ayestaran, S.; Paez, D. (1987) .*Representaciones sociales y estereótipos grupales. In Paez [et al.] cap. V, p. 221-262.*
- Amado, J.; Neves, M.C. (1992). *Epidemiologia e envelhecimento demográfico*. In: revista de geriatria, vol. Ii, nº 44
- Archer, L, coord. et al. (2001). *Novos desafios à Bioética*. Porto, Porto Editora.
- Barreto, A. (2002). Mudança Social em Portugal, 1960-2000. [Em linha]. Disponível em <http://ics.ul.pt/investi/projectos/sitso/index.html>. [Consultado em 20/03/13].
- Berger, L. e Mailloux P. (1995). *Pessoas Idosas – uma abordagem global*. Lisboa, Lusodidacta, pp.21-122.
- Berger, L. (1995). Aspectos Biológicos do Envelhecimento. In: Berger, L. e Mailloux P.(Ed.). *Pessoas Idosa – Uma Abordagem Global*. Lisboa, Lusodidata, pp.124-140.
- Berger, l. (1995). Atitudes, mitos e estereótipos. In: *peçoas idosas uma abordagem global*. Lisboa: lusodidata: 63-71

- Berger, I. (1995). Saúde e envelhecimento. In: *peçoas idosas uma abordagem global*. Lisboa: lusodidata: 107-121.
- Buheler, C. (1962). *A Psicologia Na Vida Do Nosso Tempo*. 5ª Edição. Fundação Calouste Gulbenkian: Lisboa
- Caldas, C. (2000). A dimensão existencial da pessoa idosa e do seu cuidador. [Em linha]. Disponível em <http://www.unati.uerj.br/tsc/sciето.php>. [Consultado em 12/06/13].
- 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.
- Costa, M. A. (1999). Questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros. In: *manual de sinais vitais*. Coimbra: formasau.
- Cardoso, M. (2000). *O Cuidar em Gerontologia: uma análise etnográfica de prática dos enfermeiros*. Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, pp.11-41.
- Carvalho, F.(2002). Fisiologia do Envelhecimento. In: Netto, M. (Ed.). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo, Atheneu, pp.60-63.
- Coimbra, J e Brito, I. (1999). *Qualidade de vida do Idoso*. Referência, n.º 3, pp.29-35.
- Coimbra, J. e Brito, I. (1999). *Qualidade de vida do Idoso*. Referência, 1 (3), pp.33-35.
- Collière, M. (1999). *Promover a Vida*. Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, pp.27-39.
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A Primeira arte da vida*. 2.ª Edição. Loures pp.103-106.

- Costa, M. (1998). *Enfermeiros dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa, fim de século, pp. 151.
- Costa, M. (1999). Questões Demográficas: Repercussões nos cuidados e saúde e na formação dos enfermeiros. In: Costa, M. (Ed.). *Manual de sinais vitais: O Idoso Problemas e Realidades*. 1.^a Edição. Coimbra, Formasau, pp.9-22.
- Correia, J. (2003). *Introdução à Gerontologia*. Lisboa, Universidade Aberta.
- Couvreur, C. (1999). *A qualidade de vida: arte para viver no século XXI*. Lisboa, Lusociência, pp.23-27.
- Day, S. (1998) – Princípios da triagem. In: Forciea, M. Mourey, R. (Ed.). *Segredos em geriatria*. Porto Alegre, Artes Médicas, cap.11, pp.67-72.
- Diogo, C. (1996). Qualidade de Vida relacionada com a Saúde. In: Diogo, C. (Ed.). *Jornadas de Investigação em Saúde Pública e Saúde Ocupacional*. Coimbra: Centro de Investigação em Medicina Social da Faculdade de Medicina de Coimbra.
- Diogo, M. (2002). Consulta de enfermagem em gerontologia. In: Netto, M. (Ed.). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo, Atheneu, pp. 209-221.
- Direcção Geral da saúde (2001). *Como viver com reumatismo: autocuidados na saúde e doenças, guia para as pessoas idosas*, 1 (5). Lisboa, Direcção Geral da saúde.
- Duarte, Y. (2002). Princípios de assistência de enfermagem gerontológica. In: Netto, M. (Ed.). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento: uma visão globalizada*. São Paulo, Atheneu, pp.222-226.
- Eliopoulos, (2005). *Enfermagem Gerontológica*. 5^a Edição. São Paulo. Artmed.

- Ermida, J. (1996). Consequências do Envelhecimento Populacional. *In: Reis, P. (Ed.). Medicina Geriátrica em Expansão para o 3º Milénio: Temas Geriátricos*. Lisboa, Roche, pp.41-50.
- Ermida, J.(1996). Envelhecimento demográfico, doenças e cuidados de saúde, *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica – Geriatria*, 9 (85), pp. 13-23.
- Fernandes, V. (1986). Motivações para as actividades físicas e desportivas, *Revista Horizonte*, Volume III, nº15.
- Fernandes, A. (1997). 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.
- Ferreira, G. (1990). *Moderna Saúde Pública*. 6º Edição. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação: da Conceção à Realização*. Loures, Lusociência
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da Conceção à Realização*. Loures, Lusociência.
- Garcia, M. (1989). O Envelhecimento humano, *Geriatria*, 2 (13), pp.26-30.
- Garcia, E. (2004). La calidad de vida y las personas mayores. **[Em linha]. Disponível em** [file:/// H: \ My %20 Documents\ tiempo](file:///H:/My%20Documents/tiempo) **[Consultado em 20/03/2013]**.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara.

- Hernández, M. et al. (2000). Alteraciones de salud: la enfermedad e el anciano. *In: Hernández, M. et al. (Ed.). Enfermería Geriátrica*. Barcelona, Masson, pp.85-98.
- Hernández, M. et al. (2000). Conceptos generales. *In: Hernández, M. et al. (Ed.). Enfermería Geriátrica*. Barcelona, Masson, pp.1-4.
- Instituto Nacional de Estatística (2004). Envelhecimento em Portugal – Situação Demográfica e socio – económico das Pessoas Idosas. **[Em linha]**. Disponível em <<http://www.ine.pt>>. **[Consultado em 20/03/13]**.
- Kane. R. et al. (2005). *Geriatrics Clínica*. Mc Graw Hill. Lisboa
- Latron, F. (2000). Será o envelhecimento celular a chave? , *Servir*, v.13, n.º 122, pp.20-26.
- Lemos, N. e Medeiros, S.(2002). Suporte Social ao Idoso Dependente. *In: Freitas, E. et al. (Ed.). Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp.892-894.
- Lepége, et al. (1997). The Problem of Quality of life in Medicine, *Revista Jama*, Volume 1, nº278, pp.47-50.
- Linhares, L. et al. (1995). A Importância do Enfermeiro nos Cuidados ao Idoso, *Geriatrics*, 12 (111), pp.13-15.
- Nazareth, M. (1999). A situação demográfica. *In: Nazareth, M. (Ed.). Seminário Nacional a Pessoa Idosa e a Sociedade: perspectiva ética*, VI. Coimbra, 22-23, Novembro, pp.5-15.
- Netto, M. e Ponte, J (2002). Envelhecimento: desafio na transição do século. *In: Netto, M. (Ed.). Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo, Atheneu, pp.3-12

- 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
- Malloch, K., & Porter-O'Grady, T. (1999). *Partnership economics: Nursing's challenge in a quantum age*. *Nursing Economics*, 299-307.
- Pikunas, J. (1979). *Desenvolvimento humano: uma ciência emergente*. São paulo.
- Phaneuf, M. (2001) comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: lusociência, 2005.
- Phaneuf, M. (2005). *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: quarteto editora.
- Paschoal, S. (2002). *Autonomia e Independência*. In: Netto, M. (Ed.). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo, Atheneu, pp.313-323.
- Paúl, C. (1996). *Psicologia dos idosos: o envelhecimento em meios urbanos, sistemas humanos e organizacionais*. Braga: braga l.da.
- Paul, C e Fonseca. A. (1999) *A saúde e qualidade de vida dos idosos*, *Psicologia Educação e cultura*, V.III, N.º 2, pp.349-350.
- Paul, C. (1994). *A Saúde e qualidade de vida dos idosos*. *Psicologia, educação e cultura*, 3 (2), pp.349-350.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: Contextos e trajectórias*. Coimbra, Quarteto Edições, pp.43-63.

- Poirier, D.(1995). As teorias do desenvolvimento. *In: Berger, L. e Poirier, D. (Ed.). Pessoas idosas: Uma abordagem global.* Lisboa, Lusodidata. pp.99-104.
- Poirier, D.(1995). Aspectos demográficos do envelhecimento. *In: Berger, L. e Poirier, D. (Ed.). Pessoas idosas: Uma abordagem global.* Lisboa, Lusodidata, pp.87-90.
- Polit, D. e Hugler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem.* 5.^a Edição. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Queirós, A.A. (2001). *Filosofia e modelos de enfermagem, como ensinar e como aplicá-los.* *In Queirós, A.A.; Silva, L.C; Santos, E.M. – educação em enfermagem.*
- Ramalho, A. Dias, M. (2000). Cuidados a ter com o idoso na consulta de Medicina Familiar, *Geriatrics*, 13 (122), pp.20-25.
- 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,.
- Ribeiro, J. (1994). *A promoção da saúde e qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas.* Lisboa, Instituto de psicologia aplicada.
- Roach, S. (2003). *Introdução à Enfermagem Gerontológica.* Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp.56-64.
- Rocha, F. (2004). Definição de Envelhecimento. **[Em linha] Disponível em** <http://www.idosoamado.com/artigo1.html> **[Consultado em 20/03/13].**
- Rodrigues, R. et al. (2000). O Envelhecimento do ser humano. *In: Rodrigues, R. e Diogo, M. (Ed.). Como Cuidar dos Idosos.* 2º Edição. Campinas, Papyrus, pp.11-16.

- Santos, P. (2002). Autonomia, Dependência e Independência no Idoso. *In: Santos, P. (Ed.). A Depressão no Idoso. 2.^a Edição. Coimbra, Quarteto, pp.48-51.*
- Saúde (2001). [Em linha]. Disponível em [http://www.Saudegratuita.com.br/Saudeteridade/ Como envelhecer. asp](http://www.Saudegratuita.com.br/Saudeteridade/Como envelhecer.asp). [Consultado em 07/03/13].
- Sebastião, M. (2002). O Homem a Envelhecer – O Outono da vida, a perspectiva de enfermagem, *Geriatrics*, 15 (148), pp.39-50.
- Siqueira, M. E. C. (2002). *Teorias sociológicas do envelhecimento.*
- Taveira, M. (1999). Qualidade de vida e doenças respiratória crónica, *Revista Portuguesa de pneumologia. Volumes.*
- Tessari, O. (2002). Qualidade de vida na terceira Idade. [Em linha]. Disponível em <[http://www.riototal.com.br/feliz-idade/ psicologia 04.htm](http://www.riototal.com.br/feliz-idade/psicologia04.htm)>. [Consultado em 20/3/13].
- Vieira, E. (1996). *Manual de Gerontologia.* Rio de Janeiro, Revinter, pp.18-60.
- Waldow, V., Lopes, M. e Mayer, D. (1995). *Maneiras de Cuidar, Maneiras de Ensinar: a Enfermagem entre a Escola e a Prática Profissional.* Porto Alegre, Artes Médicas.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar – Uma Teoria de Enfermagem.* Loures, Lusociência
- Weineck, J. (1992). *Biologie du sport.* Paris, Editions Vigot.
- Wright, I; leahey, M (2002). *Enfermeiras e famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família, 3^a edição. Roca: S. Paulo*

- Zimmerman, G. (2000). Aspectos físicos, psicológicos e sociais do envelhecimento. *In: Zimmerman, G. (Ed.). Velhice: Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre, Artmed, pp.22-25.
- Zimmerman, G. (2000). Independência, Semidependência, Dependência e Autonomia. *In: Zimmerman, G. (Ed.). Velhice: Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre, Artmed, pp.26-27.
- Zimmerman, G.(2000). Velhice X Juventude. *In: Zimmerman, G. (Ed.). Velhice: Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre, Artmed, pp.28.

VI. ANEXOS

Anexo I

Pedido de autorização para realização de entrevistas

Autorização das entrevistas á instituição Centro Social Paroquial da nossa Senhora do Amial

Liliana Madureira Valentim da Cruz, enfermeira, a exercer funções no Centro Social Paroquial do Amial, Mestranda em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica na Universidade Fernando Pessoa (2ºano letivo).

Vem por este meio pedir autorização, para no âmbito da realização da sua tese de Mestrado cujo tema será” *Os Benefícios dos cuidados de enfermagem ao idoso no domicílio*”, efetuar entrevistas aos idosos/cuidadores informais/cuidadoras de ação direta.

De referir que a mesma se compromete a respeitar os princípios éticos inerentes á profissão, salvaguardando assim o sigilo, anonimato e confidencialidade.

Nome _____

Assinatura _____

Data ___/___/___

Coordenação _____

Assinatura _____

Data ___/___/___

Anexo II

Protocolo de consentimento informado - Entrevista semi-estruturada

Eu, _____ aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de Liliana Madureira Valentim da Cruz (Aluna da Universidade Fernando Pessoa), orientado pelo Prof. Doutor José Manuel dos Santos (Professor da Universidade Fernando Pessoa), no âmbito da dissertação de Mestrado em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica da Universidade Fernando Pessoa.

Foram-me explicados e compreendo os objetivos principais deste estudo. Entendi e aceito responder a uma entrevista que explora questões sobre *Os Benefícios dos cuidados de enfermagem ao idoso no domicílio*.

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim.

Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício direto ou indireto pela minha colaboração.

Entendo, ainda, que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o autorize por escrito.

Autorizo a gravação audio da entrevista.

Nome _____

Assinatura _____

Data ___/___/___

Anexo III

Guião da entrevista aos cuidadores informais

Entrevistado: Cuidadores informais

Objetivos: Conhecer a perceção do cuidador informal acerca dos cuidados domiciliários e do papel do enfermeiro nos cuidados domiciliários.

Tempo previsto: 20 minutos.

Local: Residência dos idosos.

Questões:

1-Os cuidados domiciliários contribuem para a sua qualidade de vida?

2-Os cuidados domiciliários respondem às reais necessidades do idoso?

3- Os cuidados domiciliários respondem às reais necessidades dos cuidadores informais?

4-Vantagens dos cuidados domiciliários?

5- Desvantagens dos cuidados domiciliários?

6-Há vantagens /inconveniente com a inclusão do enfermeiro nos cuidados domiciliários?

7-O que espera do papel do enfermeiro nos cuidados domiciliários?

Anexo IV

Guião da entrevista aos idosos

Entrevistado: Idoso

Objetivos: Conhecer a perceção do idoso acerca dos cuidados domiciliários e do papel do enfermeiro nos cuidados domiciliários.

Tempo previsto: 20 minutos.

Local: Residência dos idosos.

Questões:

1-Os cuidados domiciliários contribuem para a sua qualidade de vida?

2-Os cuidados domiciliários respondem às reais necessidades do idoso?

3-Vantagens dos cuidados domiciliários?

4- Desvantagens dos cuidados domiciliários?

5-Há vantagens /inconveniente com a inclusão do enfermeiro nos cuidados domiciliários?

6-O que espera do papel do enfermeiro nos cuidados domiciliários?

Anexo V

Guião da entrevista às auxiliares

Entrevistado: Auxiliares (cuidadoras de Ação direta)

Objetivos: Conhecer a perceção das auxiliares sobre os cuidados domiciliários e sobre a presença do enfermeiro na equipa de cuidados domiciliários.

Tempo previsto: 20 minutos

Local: lar

Questões:

- 1-Os cuidados domiciliários contribuem para a qualidade de vida?**
- 2-Os cuidados domiciliários respondem às reais necessidades do idoso?**
- 3--Os cuidados domiciliários respondem às reais necessidades dos cuidadores informais?**
- 4-Vantagens e desvantagens dos cuidados domiciliários?**
- 5-Que benefício sente a auxiliar na presença do enfermeiro nos cuidados domiciliários?**
- 6-Há vantagens/inconvenientes com a inclusão do enfermeiro nos cuidados domiciliários?**

Anexo VI

Entrevistas aos cuidadores informais

1-“Os cuidados domiciliários contribuem para a nossa qualidade de vida no sentido de proporcionar conforto da nossa casa em termos de limpeza e da roupa e de cuidados de higiene.”

2-“Sim correspondem, promovem o conforto, promovem a deambulação, promovem bem-estar.”

3-“Sim pela minha situação correspondem às reais necessidades.”

4-“As vantagens dos cuidados domiciliários são a entrega da alimentação, a limpeza da casa, os cuidados de higiene “.

5-“Não existem”.

6-“Havia muitas vantagens na inclusão do enfermeiro para realizar ensinamentos sobre dúvidas que se tenham.”

7-“Eu esperava do papel do enfermeiro nos cuidados domiciliários que os enfermeiros esclarecessem todas as dúvidas que aparecem no dia-a-dia em questão de medicação e verificar

1-“Os cuidados domiciliários contribuem para a nossa qualidade de vida no sentido de proporcionar conforto da nossa casa em termos de limpeza e da roupa e de cuidados de higiene.”

2-“Sim correspondem, promovem o conforto, promovem a deambulação, promovem bem-estar.”

3-“Sim pela minha situação correspondem às reais necessidades.”

4-“As vantagens dos cuidados domiciliários são a entrega da alimentação, a limpeza da casa, os cuidados de higiene “.

5-“Não existem”.

6-“Havia muitas vantagens na inclusão do enfermeiro para realizar ensinamentos sobre dúvidas que se tenham.”

7-“Eu esperava do papel do enfermeiro nos cuidados domiciliários que os enfermeiros esclarecessem todas as dúvidas que aparecem no dia-a-dia em questão de medicação e verificar o trabalho das auxiliares nos cuidados de higiene”.

1-“Os cuidados domiciliários contribuem para a minha qualidade de vida na questão que tira me trabalho e fico mais descansado visto que são as auxiliares que lavam a minha esposa e tratam da limpeza da casa e trazem a comida já pronta.”

2-“Para nós respondem, visto que não precisamos de mais.”

3-“Não, deveria ter mais tempo para mim e não tenho visto que tenho que estar sempre em casa por causa da minha esposa não poder estar sozinha e eu deixo de ter a minha própria vida ela é dependente de mim para tudo”.

4-“As vantagens dos cuidados domiciliários, são promovem o conforto, a deambulação e o bem-estar.”

5-“Não existem”.

6-“Era muito bom para a melhoria dos cuidados.”

7-“Eu esperava do papel do enfermeiro um amigo e que cuida-se da nossa saúde.”

1-“Sim, contribuem para o nosso bem-estar, conforto e mais tempo livre.”

2-“Correspondem sim.”

3-“Correspondem sim.”

4-“Existe mais limpeza onde habitamos, mais conforto, sentimo-nos mais calmos e mais seguros por pensar que não estamos sós se nos acontecer qualquer coisa.”

5-“Não existem”.

6-“Isso era espetacular para prevenir doenças, termos um apoio de um profissional de saúde especializado para orientar as auxiliares a própria família.”

7-“Tratar as doenças e orientar nos cuidados ao idoso e família.”

1-“ Contribuem sim em termos no conforto das higiènes e limpeza da casa e a entrega da alimentação.”

2-“Sim respondem às minhas necessidades.”

3-“Sim, referentes aos cuidados de higiene ajudam muito os cuidadores informais.”

4-“Dão conforto ao meu filho e aliviam o meu trabalho com ele visto que já não tenho força para realizar esses serviços.”

5-“Não.”

6-“Era muito bom havia um controlo das tensões arteriais, diabetes, prevenir complicações, vigilância na saúde dos idosos e detectar problemas.”

7-“Esclarecer dúvidas acerca dos cuidados prestados.”

Anexo VII

Entrevistas aos idosos

1-“Os cuidados domiciliários contribuem para a minha qualidade de vida porque fazem a higiene e a limpeza da casa e da roupa.”

2-“Para as minhas reais necessidades sim”.

3-“As vantagens dos cuidados domiciliários são muitas a nível dos cuidados que me prestam e fazem companhia quer a nível da entrega da alimentação, e fazem a limpeza da minha casa visto que já não consigo realizar essa tarefa.”

4-“As desvantagens dos cuidados domiciliários não existem só se forem em questão de haver mais tempo disponível para as auxiliares poderem estar mais tempo connosco visto não termos mais ninguém a visitar.”

5-“Só haveria vantagens na inclusão do enfermeiro nos cuidados domiciliários para avaliarem o nosso estado de saúde e de me explicar dúvidas acerca da minha medicação e muito mais.”

6-“Eu espero do papel do enfermeiro nos cuidados domiciliários nos ajudar a ter uma melhor qualidade de vida e nos ajude nas dúvidas que ocorrem acerca da medição e nos nossos cuidados”.

1-“Sim e muito se não tivesse esse serviço morria aqui sozinha”

2-“Para mim sim”

3-“As vantagens dos cuidados domiciliários são: limpam a casa, levam a roupa para lavar, fazem os cuidados de higiene, e fazem companhia”

4-“Não existe”

5-“Isso é que era bom mas é impossível, cuidavam da nossa saúde, tiravam dúvidas acerca da medicação, avaliavam as tensões”

6-“Avaliavam o nosso estado de saúde”

1-“Sim.”

2-“Sim, porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene”

3-“As vantagens é que se não tivesse esse serviço eu morria aqui sozinha não tenho ninguém para cuidar de mim e do meu marido a minha família não quer saber de nós ”

4-“Não há desvantagens”

5-“Era só vantagens na inclusão do enfermeiro, orientava a auxiliar nos cuidados de higiene e cuidavam da nossa saúde”

6-“Avaliavam as tensões e tiravam os diabetes”

1-“Sim e muito se não tivesse esse serviço não podia estar na minha casa.”

2-“Mais ou menos, porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene mas depois vão logo embora”

3-“As vantagens é que cuidam de nós e da nossa casa e da nossa roupa ”

4-“Não tenho que dizer nada de mal”

5-“Era maravilhoso vir cá um enfermeiro a casa para cuidarem de nós ”

6-“Tiravam as tensões, os diabetes e viam a medicação ”

1-“Os cuidados domiciliários contribuem para a minha qualidade de vida porque fazem a higiene e a limpeza da casa e da roupa.”

2-“Sim, não preciso de mais”.

3-“As vantagens dos cuidados domiciliários são muitas a nível dos cuidados, limpeza da casa e da roupa”

4-“ Não existem ”

5-“Só haveria vantagens na inclusão do enfermeiro nos cuidados domiciliários para avaliarem o nosso estado de saúde e avaliarem as tensões.”

6-“Eu espero do papel do enfermeiro nos cuidados domiciliários nos ajude na preparação da medicação e avaliarem o nosso estado de saúde e avaliarem as tensões”.

1-“Sim contribuem e muito.”

2-“Sim,porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene”

3-“As vantagens são fazerem os cuidados de higiene, levam a roupa para lavar e fazem a limpeza da casa”

4-“Não existem desvantagens”

5-“Era muito bom escusava de ir ao centro de saúde, tirar as tensões ”

6-“Tiravam as tensões, os diabetes e viam a medicação que estamos a tomar e explicavam algumas dúvidas acerca das nossas doenças ”.

1-“Sim contribuem para a minha qualidade de vida ”

2-“Sim,fazem aquilo que eu não consigo agora fazer sozinha que é realizarem os cuidados de higiene, limpeza da casa e lavam a roupa”

3-“As vantagens dos cuidados domiciliários são: limpam a casa, levam a roupa para lavar, fazem os cuidados de higiene, e fazem companhia”

4-“Não há”

5-“Era muito bom, cuidavam da nossa saúde, tiravam dúvidas acerca da medicação, avaliavam as tensões”

6-“Avaliavam o nosso estado de saúde”

1-“Sim,se não tivesse esse serviço não podia estar na minha casa.”

2-“Sim, porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene”

3-“As vantagens é que fazem os cuidados de higiene porque eu não consigo fazer sozinha”

4-“Não existe”

5-“Era muito bom, ter um enfermeiro a cuidarem de nós, porque somos muito velhinhos ”

6-“Tiravam as tensões, os diabetes e a medicação ”

1-“Sim ”

2-“Sim”

3-“Fazem a limpam a casa, levam a roupa para lavar, fazem os cuidados de higiene, e fazem companhia”

4-“Não existe”

5-“Era muito bom tiravam as nossas tensões, viam os diabetes e cuidavam de nós”

6-“Avaliavam o nosso estado de saúde”

1-“Sim, contribuem para a minha qualidade de vida”

2-“Para mim sim”

3-“As vantagens dos cuidados domiciliários são: limpam a casa, levam a roupa para lavar, fazem os cuidados de higiene, e fazem companhia”

4-“Não existe”

5-“Isso era muito bom se houvesse, cuidavam da nossa saúde, tiravam dúvidas acerca da medicação, avaliavam as tensões”

6-“Avaliavam o nosso estado de saúde”

1-“Sim ”

2-“Sim”

3-“Fazem a limpam a casa, levam a roupa para lavar no centro, fazem os cuidados de higiene”

4-“Não existe desvantagens”

5-“Então não haveria vantagens, tiravam as nossas tensões, avaliavam os diabetes, e orientavam as auxiliares ”

6-“Faziam avaliação do nosso estado clínico”

1-“Sim, contribuem para a minha qualidade de vida e muito, fazem tudo aquilo que agora não consigo fazer”

2-“Sim, para as minhas necessidades ”

3-“As vantagens dos cuidados domiciliários são: limpam a casa, levam a roupa para lavar, fazem os cuidados de higiene”

4-“Não existe”

5-“Era muito bom, cuidavam da nossa saúde, tiravam dúvidas acerca da medicação, avaliavam as tensões”

6-“Avaliavam o nosso estado de saúde”

1-“Sim.”

2-“Sim, porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene”

3-“Realizam os cuidados de higiene, a limpeza da casa e a lavagem da roupa ”

4-“Não há ”

5-“Era só vantagens na inclusão do enfermeiro, orientava a auxiliar nos cuidados de higiene e cuidavam da nossa saúde”

6-“Tiravam as tensões e tiravam os diabetes”

1-“Sim e muito se não tivesse esse serviço não tinha condições de estar em minha casa tinha que ir para um lar.”

2-“Sim respondem ás minhas reais necessidades, porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene.”

3-“As vantagens são que sem esse serviço não poderia estar na minha própria casa, porque não tenho capacidades nem força para o fazer ”

4-“Não existe é tudo bom só tenho que agradecer além da paga”

5-“Era muito bom ter um enfermeiro a cuidar de nós”

6-“Avaliavam as tensões, os diabetes e tiravam algumas dúvidas acerca da medicação ”

1-“Os cuidados domiciliários contribuem para a minha qualidade de vida porque fazem a higiene e a limpeza da casa e da roupa.”

2-“Sim”.

3-“As vantagens dos cuidados domiciliários são muitas a nível dos cuidados, limpeza da casa e da roupa”

4-“ Não existem ”

5-“Só haveria vantagens na inclusão do enfermeiro nos cuidados domiciliários para avaliarem o nosso estado de saúde e avaliarem as tensões.”

6-“Eu espero do papel do enfermeiro nos cuidados domiciliários nos ajude na preparação da medicação e avaliarem o nosso estado de saúde e avaliarem as tensões”.

1-“Sim contribuem e muito.”

2-“Sim, porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene”

3-“As vantagens são fazerem os cuidados de higiene, levam a roupa para lavar e fazem a limpeza da casa”

4-“Não existem desvantagens”

5-“Era muito bom ”

6-“Tiravam as tensões, os diabetes e viam a medicação que estamos a tomar e explicavam algumas dúvidas acerca das nossas doenças ”.

1-“Sim.”

2-“Sim, porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene”

3-“As vantagens são fazerem os cuidados de higiene, limpeza da casa e da roupa ”

4-“Não há desvantagens”

5-“Era só vantagens na inclusão do enfermeiro, cuidavam de nós velhos”

6-“Avaliavam as tensões e tratavam das feridas”

1-“Sim.”

2-“Sim, porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene”

3-“As vantagens são muitas nos cuidados ”

4-“Não há desvantagens”

5-“Era só vantagens na inclusão do enfermeiro, cuidavam da nossa saúde”

6-“Avaliavam as tensões e tiravam os diabetes”

1-“Sim.”

2-“Sim, porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene”

3-“Não estarmos sozinhos e termos alguém que vem aqui cuidar de nós ”

4-“Não há desvantagens”

5-“Davam orientações às auxiliares sobre os cuidados a serem feitos”

6-“Avaliavam as tensões e tiravam os diabetes”

1-“Sim.”

2-“Sim, porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene”

3-“As vantagens são nos cuidados de higiene ”

4-“Não há desvantagens”

5-“ Cuidavam da nossa saúde”

6-“Avaliavam as tensões e tiravam os diabetes”

1-“Sim.”

2-“Sim, porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene”

3-“As vantagens são muitas ”

4-“Não há desvantagens”

5-“Era só vantagens na inclusão do enfermeiro, orientava a auxiliar nos cuidados de higiene e cuidavam da nossa saúde”

6-“Avaliavam as tensões e tiravam os diabetes”

1-“Sim.”

2-“Sim, porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene”

3-“As vantagens são: fazem-nos companhia enquanto fazem os cuidados de higiene, e limpam a casa ”

4-“Não existem”

5-“Era só vantagens na inclusão do enfermeiro, orientava a auxiliar nos cuidados”

6-Tiravam as tensões ”

1-“Sim.”

2-“Sim, porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene”

3-“As vantagens são muitas ”

4-“Não há desvantagens”

5-“Era só vantagens na inclusão do enfermeiro, orientava a auxiliar nos cuidados de higiene”

6-“Avaliavam as tensões e Avaliavam o estado geral ”

1-“Sim.”

2-“Sim, porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene”

3-“As vantagens são que se não tivesse esse serviço não tinha condições de ficar aqui em casa”

4-“Não há desvantagens”

5-“Era muito bom”

6-“Avaliavam as tensões e tiravam os diabetes”

1-“Sim.”

2-“Sim, porque tratam da roupa, da limpeza da casa e fazem os cuidados de higiene”

3-“As vantagens são muitas, cuidados de higiene, e fazerem alguma companhia ”

4-“Não há desvantagens”

5-“Era só vantagens na inclusão do enfermeiro, orientava a auxiliar nos cuidados de higiene”

6-“Avaliavam as tensões e tiravam os diabetes”

Anexo VIII

Entrevistas às auxiliares

1- “Sim contribuem muito para a qualidade de vida para muitas pessoas que vivem e não só as que têm familiares tanto em higiene como companhia e até carinhos.”

2-“Respondem às reais necessidades quando estamos presentes, os que não tem retaguarda, depois ficam sozinhos ai já não responde.”

3”-Sim corresponde às reais necessidades porque aprendem a tratar melhor o familiar, porque á certas situações que não sabem como lidar e nós auxiliares ensinamos.”

4-“Na minha opinião só há vantagens, tem os cuidados diários e visita do auxiliar todos os dias.”

5-“A presença do enfermeiro é benéfico junto ao auxiliar porque há situações em que os idosos já tem escaras e o enfermeiro faz o curativo na altura da higiene

6-Eu penso que há vantagens com a inclusão do enfermeiro nos cuidados domiciliários, não para todos os utentes mas em especial para os acamados.”

1-“Os cuidados domiciliários contribuem e muito para a qualidade de vida dos doentes.Com ou sem retaguarda familiar, estes cuidados melhoram as condições de higiene pessoal, assim como a vigilância e tratamento de feridas, alívio de dores e maus posicionamentos. Também lhes permite ter uma melhor alimentação e controlo de medicação. As condições de higiene da habitação também melhoram bastante as suas condições de vida. Os curtos espaços de tempo em que estamos com eles também permite aliviar um pouco a pressão quer física quer psicológica dos familiares, assim como a dos próprios doentes que aproveitam para brincar um pouco e levantar a moral.”

2-“Depende,se tiverem retaguarda familiar estes cuidados vão responder por completo às suas necessidades reais uma vez que são um complemento aos cuidados familiares. Se não houver a família por trás, então estes cuidados são insuficientes porque são indispensáveis mas por si só não chegam.”

3-“Também depende, porque em certos casos nós contribuimos para os aliviar um pouco da situação difícil, que é tratar de um doente, que estão a viver. Funcionámos como uma ajuda para que saibam a melhor forma de os tratar e de os tentar entender. Outras vezes estarmos lá ou não, para os cuidados, é igual porque nos ignoram assim como as nossas sugestões para o

melhoramento deste ou daquele ponto. Muitas vezes estamos a fazer um tratamento e eles trocam tudo e estragam o nosso trabalho. “

4-“As vantagens dos cuidados domiciliários são basicamente a melhoria das condições de vida de uma pessoa, quer seja a nível físico, higiene pessoal, alimentação) ou psicólogo um pouco de brincadeira e conversa ou até um simples sorriso e um carinho. A maior desvantagem é a família ficar muito dependente destes cuidados e empurrar as responsabilidades para nós.”

5-“Na presença do enfermeiro a auxiliar sente-se muito mais segura na forma de agir perante casos de emergência e até mesmo nos cuidados diários, tanto para os doentes como para a própria. O enfermeiro tem muito mais formação e mais específica para tratar as situações habituais nos cuidados ao doente.”

6-“Existem muitas vantagens o que é ótimo porque melhora os cuidados prestados, sendo a capacidade de resposta muito mais eficaz em qualquer caso ou situação. A desvantagem, será talvez, o facto de as famílias sentirem o doente mais protegido e acompanhado e querem delegar na auxiliar e na enfermeira responsabilidades que a eles competem.”

1-“Sim, porque existem muitos utentes que necessitam de cuidados que só os profissionais do apoio domiciliário lhes podem proporcionar, assim lhes permite melhor qualidade de vida.”

2-“Não, existem ainda muitas barreiras onde por vezes nos impede de dar resposta às reais necessidades dos idosos, muitas vezes de nível familiar, de burocracias ou mesmo monetário.”

3-“Não, porque temos um limite de tempo onde cuidamos dos idosos, passado este tempo terá que ser o cuidador informal a continuar com os cuidados do mesmo idoso, idoso este que na maior parte das vezes é familiar próximo ou muito próximo, daí ser muito mais doloroso para o cuidador informal que muitas vezes entra em depressão porque não se convence do estado do familiar, e muitas vezes têm que abandonar os seus empregos, e a rotina das suas vidas em função destes utentes que necessitam de apoio.”

4- “As vantagens são para os idosos que são tratados por profissionais, e têm durante algum tempo a nossa companhia, onde podemos auxiliar em simples tarefas que eles já não conseguem realizar, muitos deles estão sempre á espera da hora da nossa chegada para poderem conversar um pouco e se distraírem com a nossa companhia, para os familiares também é importante porque ficam mais descansados sabendo que têm a nossa retaguarda nem que seja só por uma hora. Uma das desvantagens que encontro, é que muitas das vezes os familiares esquecem-se que têm um idoso sozinho em casa, porque acham que entregando-os

aos nossos serviços eles já não precisam do amor e do carinho deles então ficam um pouco caídos no esquecimento. “

5-“Depende, se estamos perante um utente que necessita de tratamentos dos enfermeiros, claro que para o auxiliar é muito importante porque nos sentimos mais seguros na realização do nosso trabalho e sendo necessário temos a retaguarda do enfermeiro, onde nos pode tirar dúvidas quando nos deparamos com alguma situação mais crítica. No caso de um utente que só necessita de ajuda para a realização da higiene e que não apresenta problemas que seja necessário a intervenção de enfermeiros acho que devem aproveitar esses momentos para outros utentes mais carenciados. “

6-“Claro que é sempre bom e muito importante a inclusão dos enfermeiros nos cuidados domiciliários, assim os utentes estão sempre vigiados e surgindo qualquer problema ou infeção será rapidamente detetada e tratada, para a família também é importante porque podem tirar dúvidas que muitas vezes surgem e nós não podemos responder porque não são da nossa competência, assim o familiar fica mais descansado.”

1-“Sim contribuem, pois todos os cuidados por nos prestados, irão tornar o dia- a- dia de um idoso muito melhor, mais agradável e até mesmo mais alegre, visto que às vezes, estes não aceitam a sua real situação, e muitas vezes tornam-se tristes, amargurados e revoltados com todos os que o rodeiam.”

2-“Na minha opinião, não respondemos às reais necessidades do idoso. Um idoso não precisa unicamente da sua higienização, este carece de outro tipo de apoio e acompanhamento, que infelizmente para os tais não temos resposta.”

3-“Muito sinceramente, não respondemos às reais necessidades dos cuidados informais. Para mim, existem dois tipos de cuidadores informais, aqueles que cuidam e estão presentes no dia-a-dia do seu idoso e precisam do nosso ombro da nossa atenção e do nosso pouco tempo, para falarem um pouco, trocar impressões e opiniões, e por outro lado existem aqueles que não estão presentes pessoalmente, mas que por uma maneira ou de outra só exigem cuidados para os quais não estamos qualificados a responder.”

4-“ As vantagens dos cuidados domiciliários é que o idoso não precisa sair de casa sendo tratado neste, pode ter ou não os familiares por perto, o que o deixa mais à vontade e descontraído pois está no seu meio. As desvantagens são que os cuidadores estão sujeitos á desconfiança dos idosos e família à falta de condições nas casas, falta de material, falta de informação do idoso”.

5-“A auxiliar sente-se mais segura e protegida com a presença do enfermeiro, pois este pode aconselhar e ensinar técnicas novas e dar noções básicas de alguns tratamentos que eventualmente possam vir a ser efetuados, pode também ilucidar a família a fim de prevenir eventuais situações de perigo para o idoso”.

6-“Na minha opinião, não há inconveniente na inclusão do enfermeiro nos cuidados domiciliários, muito pelo contrário só há vantagens, quer para o utente quer para nós cuidadores”.

1-“Claro que os cuidados domiciliários contribuem para uma maior qualidade de vida. Com a ajuda dos profissionais o idoso consegue atenuar algumas faltas que possam existir por exemplo quando não existe retaguarda familiar e os idosos já não conseguem tratar das tarefas mais básicas e essenciais do dia-a-dia, ou mesmo quando há familiares mas que sozinhos não conseguem responder às exigências que a doença do idoso exige.”

2-“Por mais que se tente, nem sempre os cuidados prestados no apoio ao idoso conseguem responder às reais necessidades que o idoso necessita. Temos sempre barreiras que muitas vezes não conseguimos ultrapassar por imposição do próprio idoso ou mesmo dos próprios familiares que por vezes complicam muito o nosso trabalho.”

3-“Na maior parte das vezes penso que sim. Tentamos sempre trabalhar em conjunto com os cuidadores do utente, para que possam tirar todas as dúvidas que possam existir, e que nós como profissionais temos o dever de esclarecer. Eles têm as mais diversas dúvidas, muitas ideias erradas que muitas vezes não ajudam na qualidade de vida do utente, mas sim prejudicam, mas que em pouco tempo de convívio connosco e assistem as higiènes, essas dúvidas são facilmente ultrapassáveis. Na nossa ausência eles próprios assumem a responsabilidade de tudo, fazem para contribuir para o bem-estar, conforto e tranquilidade do utente.”

4-“Penso que existe mais vantagens que desvantagens, começando por ser cuidados prestados em casa deles, onde se sentem seguros e protegidos. Quando existe familiares, amigos e vizinhos eles sentem o carinho e preocupação por parte deles. Quem presta este serviço tem que ser humano, sensível responsável e ter a noção que pode encontrar situações muito complicadas que vai ter que enfrentar com frieza. As desvantagens, condições desumanas que muitos idosos vivem, dificuldades que existem, ao qual temos que nos adaptar para realizar as higiènes. Invasão do domicílios naqueles casos em que os idosos são desconfiados. Muitos resistem as higiènes porque estão em casas deles, portanto não podemos ir contra a vontade

deles. Temos que trabalhar para existir confiança e uma relação aberta para sermos aceites, e conseguir realizar as higiènes conforme a vontade deles.

5-“Sentimos muito mais apoio, todas as dúvidas podem ser tiradas, existe sempre dicas que os enfermeiros nos podem dar para uma melhor realização das nossas tarefas.”

6-“Não. Muito pelo contrário, com a inclusão do enfermeiro na equipa do apoio domiciliário, consegue-se perceber um maior à vontade por parte da auxiliar, tal como dos familiares que aproveitam para se inteirarem do estado de saúde do utente. Para nós é uma mais-valia pois existem casos muito complicados que sem ajuda dos enfermeiros era impossível conseguir controlar sem causar danos maiores na saúde já debilitada dos idosos.”

1-“Sim, os cuidados domiciliários contribuem para uma melhor qualidade de vida, pois nem sempre os idosos conseguem descocar-se até ao centro prestador de cuidados e mesmo por vezes é impossível por parte dos familiares terem o tempo disponível para prestar todo o apoio que os idosos precisam. Também são importantes para que possam prestar auxílio aos familiares quando, mesmo em casa, estes não conseguem prestar todos os cuidados necessários.”

2-“Infelizmente, nem sempre os cuidados domiciliários respondem às reais necessidades do idoso, pois existe alguns obstáculos à prestação de cuidados, como por exemplo o tempo que pode ser, e muitas vezes é escasso para as necessidades dos idosos. O próprio idoso e os familiares, também são obstáculos para a eficácia dos cuidados domiciliários”.

3-“O nosso esforço diário caminha para esse sentido. Tentamos sempre ouvir, esclarecer e ajudar em tudo os cuidadores informais. Pois, quando não estamos presentes, são estes que vão prestar todos os cuidados necessários ao idoso. O objetivo é trabalhar como uma equipa, estando sempre na nossa preocupação agir não só na prestação de cuidados físicos, como também prestar apoio emocional e muitas vezes ser aquela pessoa com quem eles falam das suas dúvidas e angustias”.

4-“Como vantagens dos cuidados domiciliários, temos por exemplo o facto de os idosos não ter de abandonar a sua casa, o que normalmente é um motivo de grande sofrimento, o facto de no caso de falta de mobilidade, o idoso não ter de se deslocar até à instituição, outra vantagem é o facto de poderem ser prestados cuidados na presença dos familiares, estes participam na prestação dos cuidados e são também um apoio para os idosos. Como desvantagens dos cuidados domiciliários, temos o fato dos cuidados terem de ser prestados num certo período de tempo, o facto de estarmos por perto durante todo o dia e prestar auxílio a qualquer hora, é

mais complicado tentar corrigir aspetos que possam estar mal, mudar a mentalidade dos idosos e muitas vezes da própria família na sua própria casa.”

5-“Os benefícios da presença do enfermeiro nos cuidados domiciliários, são muitos uma vez que podem ser tiradas dúvidas durante a prestação dos cuidados de forma a torna-los mais eficazes.”

6-“Existem mais vantagens com a inclusão do enfermeiro nos cuidados domiciliários uma vez que podem ser tiradas dúvidas existentes, podem ser prestados também cuidados específicos dos enfermeiros, e os familiares tem a oportunidade de se informar acerca do estado de saúde do idoso.”