

Carvalhais, Maribel; Sousa, Liliana
Qualidade dos Cuidados Domiciliares em Enfermagem a Idosos Dependentes
Saúde e Sociedade, vol. 22, núm. 1, enero-marzo, 2013, pp. 160-172
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263657015>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

Qualidade dos Cuidados Domiciliares em Enfermagem a Idosos Dependentes

The Quality of Nursing Home Care to Dependent Elderly

Maribel Carvalhais

PhD; Professora Adjunta; Escola Superior de Enfermagem Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis.
Endereço: Rua da Cruz Vermelha, Cidacos, Apartado 1002, 3720-126 Oliveira de Azeméis, Portugal.
E-mail: mari.carvalhais@sapo.pt

Liliana Sousa

PhD; Professora Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro; Campus Universitário de Santiago, Universidade de Aveiro.
E-mail: lilianax@ua.pt

Resumo

Este estudo exploratório procura contribuir para promover a compreensão de factores envolvidos na qualidade dos cuidados de enfermagem a idosos dependentes em cuidados domiciliares. Adoptou-se o photovoice, um método participativo (qualitativo) que usa a fotografia e a voz para aceder ao mundo dos outros e torná-lo acessível a *nós*. A amostra envolve seis enfermeiros, com idades entre os 24 e 30 anos, cinco do sexo feminino. Os principais resultados sugerem que a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem a pessoas idosas dependentes em cuidados domiciliares envolve: i) trabalho e decisão em equipe multidisciplinar; ii) mais recursos materiais e humanos; iii) apoio aos cuidadores informais (quase sempre membros da família); vi) *determinação* dos enfermeiros. O principal obstáculo centra-se na escassez de recursos e na desorganização, traduzidos em falta de tempo, desordem e frustração. Os participantes salientam a importância do envolvimento da família, considerada parte da unidade de cuidado.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem; Qualidade da assistência; Idosos; Cuidados domiciliares; Dependência.

Abstract

This exploratory study aims to contribute to the promotion of quality nursing home care to elderly people. Photovoice was adopted; it is a participatory method (qualitative) that uses photograph and voice to facilitate/mediate our access to the *others world*. The sample comprised 6 nurses aged from 24 to 30 years old, 5 females. Main findings suggest that the promotion of the quality of nursing home care to dependent elderly involves: i) work and decision in multidisciplinary team; ii) more material and human resources; iii) support to the informal caregivers (usually family members); iv) nurses' determined posture. The main obstacle concerns the shortage of resources and disorganization which are reflected on lack of time, disorder and frustration. The participants underlined the relevance of families' involvement, since they are part of the care unit.

Keywords: Nursing Care; Quality; Home Care; Elderly; Dependence.

Introdução

A própria casa é o lugar preferido pelos idosos e suas famílias para viver, mesmo na presença de problemas de saúde crônicos e/ou elevada dependência (Wilkerson, 2004). Contudo, a permanência dos mais velhos em casa, principalmente em caso de dependência, está dificultada. Isto é devido ao progressivo envelhecimento da população aliado à alteração da estrutura e dinâmica familiar (com destaque para a integração da mulher no mercado formal de trabalho), à elevada incidência de doenças crônicas e incapacidade na velhice e à insuficiência dos serviços de saúde de proximidade alternativos, o que torna ainda difícil a manutenção dos idosos no domicílio (Paúl, 1997; Pimentel, 2001).

Os cuidados de saúde primários, em particular a visita domiciliar, emergem como uma resposta necessária para que o contexto privilegiado de vida (estar em sua casa) possa ser mantido. A visita domiciliar tem sido um dos instrumentos historicamente utilizados no âmbito da enfermagem comunitária, colocando a família como o centro do cuidado (Egry e Fonseca, 2000; Lima e col., 2010). Nos primórdios tinha como finalidade minimizar a dor, mas posteriormente a ação dirigiu-se à promoção da saúde e qualidade de vida (Souza, 2004). Nesta prática, os cuidados de saúde são oferecidos ao indivíduo e sua família em casa, com o objetivo de promover, manter e/ou restaurar a saúde, maximizar a independência, minimizando os efeitos da incapacidade e/ou doença, incluindo as doenças crônicas. Compreende um conjunto de atividades de caráter ambulatório no domicílio com objetivos definidos, programadas e de execução contínua (Souza, 2004; Giacomozi e Lacerda, 2006; Martins, 2003). A visita domiciliar permite ao enfermeiro um acesso próximo às vivências da pessoa doente e seus familiares, incluindo: condições ambientais e físicas (por exemplo, permite identificar barreiras arquitetônicas); fatores socioeconômicos, espirituais e culturais; recursos disponíveis, condições de higiene e segurança; dinâmica familiar (por exemplo, níveis de entreajuda). Este contexto desafia o enfermeiro a ser criativo, flexível e polivalente (Souza, 2004; Martins, 2003; Rice, 2004).

O cuidado em enfermagem engloba a componente técnica, relações interpessoais (cuidados expressivos) e educação para a saúde, envolvendo enfermeiro (ou a equipe de cuidados domiciliares), usuário e família (Giacomozzi e Lacerda, 2006). A literatura em enfermagem sugere que a qualidade dos cuidados de enfermagem a idosos dependentes tende a ser comprometida por diversas razões (Baltes e Silverberg, 1995; Parahyba, 2006; Carvalhais e Sousa, 2007): i) os enfermeiros tendem a prestar os cuidados de forma apressada, dispensando a esses clientes o mínimo tempo necessário, justificando-se com o cumprimento de rotinas; ii) centram-se nos cuidados técnicos e na execução de rotinas evitando os cuidados mais expressivos. Assim, este estudo exploratório procura contribuir para a compreensão de factores envolvidos na qualidade dos cuidados de enfermagem a idosos dependentes em cuidado domiciliar.

Cuidados de enfermagem no domicílio

Os cuidados de enfermagem em domicílio envolvem ações voltadas para a manutenção, melhora ou recuperação da saúde, potenciando o máximo possível de bem-estar físico e psíquico e independência nas atividades de vida diária. A finalidade e especificidade dos cuidados domiciliares é manter o doente em casa, seu espaço de identidade e segurança, promovendo o auto-cuidado e reduzindo as hospitalizações (Eerdman e Silva, 2002). Para potenciar a qualidade, eficácia e manutenção do cuidado domiciliar é necessário o envolvimento do cliente e sua família (e outros elementos in/formais da comunidade), numa base de colaboração e confiança (Rice, 2004; Pereira e Costa, 2007).

A literatura sugere que é a vertente curativa e técnica a mais solicitada e disponibilizada pelos enfermeiros nos cuidados domiciliares (Martins, 2003). Porém, o cuidado em enfermagem domiciliar é mais vasto, destacando-se outras componentes (Souza, 2004; Giacomozi e Lacerda, 2006): ensino/educação para a saúde ao cliente e sua família (por exemplo, como cuidar e executar procedimentos, prevendo complicações e minimizando os efeitos da doença); supervisão dos cuidados prestados pela rede informal (por exemplo, os clientes em fase terminal que recebem cuidados em casa necessitam de

supervisão no alívio e controle da dor). No entanto, alguns estudos (Pereira e Costa, 2007) sugerem que os cuidadores familiares actuam frequentemente com falta de informação, de forma intuitiva, com base nas suas crenças, possíveis experiências anteriores e troca de informações com outros (tais como, amigos, vizinhos). Ou seja, os cuidados domiciliares em enfermagem parecem ainda carecer do desenvolvimento na componente de educação para a saúde, para melhorarem a sua qualidade (Lima e col., 2010). A literatura (Pereira e Costa, 2007; Fabrício, 2004) indica que os profissionais de saúde (principalmente os enfermeiros) constituem a principal fonte de informação de doentes e seus familiares em contexto domiciliar; mas, ao mesmo tempo, evidencia que os enfermeiros têm falta de tempo e recursos para responderem de modo adequado.

De acordo com Souza (2004) e também Fabrício (2004), as principais vantagens dos cuidados de enfermagem no domicílio são: i) maior humanização, proporcionando maior qualidade de vida, principalmente a doentes dependentes, crônicos, terminais e idosos; ii) diminuição do tempo de internamento e permanência hospitalar (diminui os custos em saúde); iii) maior interação e aproximação entre o profissional de saúde, cliente e familiar, facilitando a construção de uma relação de confiança; iv) maior re/conhecimento das condições de saúde da comunidade. Também é possível elencar desvantagens, tais como dificuldade em conciliar os horários de deslocamento do enfermeiro ao domicílio com os afazeres familiares (Egry e Fonseca, 2000; Fabrício, 2004), com frequência resultando na ausência das pessoas vinculadas ao cliente durante a visita.

A grande especificidade do cuidado domiciliar está no fato de se realizar no ambiente do cliente e não no “contexto do profissional”, colocando ao enfermeiro o desafio de estar provido de competência técnica, criatividade e flexibilidade, capacidade de comunicação, relacionamento e trabalho em equipe com os usuários, seus familiares e outros profissionais (Pereira e Costa, 2007). Este contexto é um meio privilegiado para conhecer o *território* da família e seu modo de vida, tornando a visita domiciliar um dos instrumentos de compreensão do viver em família.

Cuidados de enfermagem domiciliares a pessoas idosas dependentes

O envelhecimento da população é um fenômeno relevante em saúde pública e comunitária, principalmente porque a população idosa apresenta maior incidência de doenças crônicas (tais como, hipertensão, osteoporose, cancro e demências) e de dependência. Neste contexto, são fulcrais os cuidados de enfermagem a idosos dependentes, principalmente a visita domiciliar. Compete ao enfermeiro exercer atividades de educação, cuidado ou assistência directa, planeamento e coordenação de serviços (MS, 2008; Eliopoulos, 2005). Na visita domiciliar, o enfermeiro atua na prevenção, recuperação e reabilitação, tendo como objetivo a promoção da autonomia e independência do paciente idoso no seu ambiente (MS, 2008). Em geral, o cuidado domiciliar em enfermagem abrange principalmente consequências de síndromes de imobilidade, como a prevenção de úlceras por pressão, condições de incontinência urinária, instabilidade postural e riscos de quedas, bem como facilitar a transição entre o hospital e o domicílio, procurando manter o idoso o mais independente possível nas atividades de vida diária (Eliopoulos, 2005).

Os cuidados domiciliares enquadraram-se nos centros de saúde, que constituem uma unidade integrada, polivalente e dinâmica, prestadora de cuidados de saúde, visando a promoção e vigilância da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento da doença, dirigindo a sua ação ao indivíduo, família e comunidade (MS, 2008). Em Portugal, a população abrangida por cada Centro de Saúde cinge-se a uma área geográfica que compreenda no máximo 120.000 habitantes. Na sua estrutura formal pode incluir subestruturas, entre as quais as unidades de saúde familiar (USF), que surgem com a missão de prestar cuidados de saúde personalizados, garantindo acessibilidade, continuidade e globalidade.

É comum o apoio domiciliar ocorrer na sequência de alta hospitalar (Pereira e Costa, 2007), pois as internações tendem a ser cada vez mais curtas e os doentes, especialmente os mais velhos, têm o desejo de ir para casa o mais depressa possível. Os cuidados domiciliares emergem como a alternativa mais

eficaz, com qualidade e de menor custo (Pereira e Costa, 2007). O incentivo à alta dos pacientes o mais cedo possível impõe um desafio aos enfermeiros: preparar pacientes e famílias para reorganizarem a vida em casa, assumindo os cuidados em poucos dias (Dutra, 2004). Apesar deste esforço, muitos são os problemas vividos pelo cliente e sua família, sobretudo quando no domicílio necessitam desenvolver tarefas associadas à doença (por exemplo, banho no leito, alimentação por sonda, verificação de glicemias capilar) (Dutra, 2004). Pereira e Costa (2007) estudaram “os cuidados de saúde em Portugal e o cuidado ao idoso no contexto domiciliar”, apontando seis limitações do desempenho dos enfermeiros nos cuidados domiciliares: i) rotatividade, que limita a definição de intervenções autônomas, devido a descontinuidade temporal; ii) metodologia de trabalho centrada na tarefa, que acarreta descontinuidade de cuidados; iii) limitada comunicação e trabalho de equipe; iv) ausência de guias orientadores da prática de cuidados; v) ausência de um processo clínico único; vi) inexistência de uma definição da filosofia de qualidade, levando à inexistência de supervisão e avaliação dos cuidados prestados.

Muitos enfermeiros gostariam de adotar as recomendações de “a cada família o seu enfermeiro” feitas pela Ordem dos Enfermeiros (WHO Regional Office for Europe, 2000). Neste contexto, está em curso uma reforma nos cuidados de saúde primários, com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde (incluindo os de enfermagem), centrando-os no cidadão, tornando-os mais acessíveis e eficientes, enfatizando a satisfação dos cidadãos e profissionais de saúde (Santos, 2007).

Objetivos

Este estudo exploratório perseguiu os seguintes objetivos: i) identificar os cuidados de enfermagem prestados aos pacientes idosos dependentes em contexto domiciliar; ii) descrever dificuldades/obstáculos dos enfermeiros na promoção de cuidados mais expressivos. Este estudo é relevante para identificar fatores de promoção da qualidade dos cuidados a idosos dependentes em contexto domiciliar.

Metodologia

Este estudo foi submetido à Comissão de Ética da ARS (Administração Regional de Saúde) de Aveiro que aprovou a pesquisa. Após aprovação foi pedida a dois Centros de Saúde da região centro a concordância para a realização do estudo, tendo ambos dado parecer positivo. A coleta dos dados ocorreu entre Abril e Julho de 2008.

Photovoice

A coleta de dados utilizou o *photovoice*, um método de investigação participativo (qualitativo) em que os participantes identificam a sua vivência pela fotografia (imagem) e discutem-na em grupo (voz). É uma forma de aceder às realidades quotidianas dos participantes que são assumidos como *experts* nas suas experiências (Wang, 1999). É um método flexível que prevê a adaptação a diversos tópicos de pesquisa e intervenção, por isso tem sido usado com diversas populações (Wang, 1999), tais como refugiados, crianças de rua, sem-teto. O *photovoice* permite capacitar as pessoas para refletirem sobre os seus problemas e potencialidades e promover o diálogo sobre temas importantes.

O *photovoice* desenvolve-se nas seguintes fases (Wang, 1999): i) conceptualização do problema (neste projeto refere-se à qualidade dos cuidados de enfermagem a pessoas idosas dependentes); ii) definição das finalidades e objetivos (neste caso investiga os cuidados domiciliares de enfermagem a pessoas idosas dependentes e volta-se para a reflexão sobre obstáculos e potencialidades para melhorar a qualidade desses cuidados); iii) selecionar e recrutar os participantes (foram recrutados enfermeiros que trabalham em centro de saúde e realizam visitas domiciliares a pessoas idosas dependentes); iv) conduzir o *Photovoice* (fase de desenvolvimento dos grupos descrita no quadro I).

As fotografias são tiradas pelos participantes no período que medeia as sessões centradas na questão proposta. Neste sentido, na primeira sessão são expostos os procedimentos éticos a usar na obtenção de fotografias, com destaque para o consentimento livre e informado. Antes da sessão os participantes selecionam três a quatro fotografias que consideram mais relevantes para discutir o tema na sessão. Durante a sessão cada participante apresenta as suas fotografias e o grupo elege a fotografia que melhor traduz o pensamento do grupo acerca do tema.

Quadro I - Descrição das sessões

Sessão	Tópicos de discussão
1	Apresentação dos membros do grupo e do projeto Breve apresentação do Photovoice Apresentação e discussão do problema Introdução à Questão 1 (O que é o cuidado em enfermagem?)
2 a 7	Apresentação das fotografias e discussão Seleção pelos participantes da fotografia que melhor responde à questão e discussão Seleção da fotografia pelo grupo e discussão Introdução da questão seguinte (Questão 2. O que é ser idoso dependente?) (Questão 3. O que é o cuidado de enfermagem ideal a um idoso dependente em cuidados domiciliares?) (Questão 4. O que é o cuidado de enfermagem real a um idoso dependente em contexto domiciliar?) (Questão 5. O que afasta o cuidado de enfermagem real do ideal?) (Questão 6. O que aproxima o cuidado de enfermagem real do ideal?)
8	Apresentação de todas as fotografias e discussão sobre o problema inicial: "Como promover cuidados de enfermagem de qualidade a idosos dependentes em contexto domiciliar?" Análise do impacto da participação no estudo

As sessões, com espaçamento entre 1 e 2 semanas, foram conduzidas e moderadas pela primeira autora. Tiveram uma duração aproximada de 120min e todas foram gravadas com autorização dos participantes e transcritas. Neste processo sentiu-se algumas dificuldades: i) os participantes referiam dificuldades em retratar em fotografia a sua representação acerca do tema (isto é, em abstrair); ii) o grupo tinha tendência para dispersar o discurso (por exemplo, referência a casos que acompanham); iii) as sessões ocorriam em horário pós-laboral, pelo que já todos estavam um pouco cansados.

Participantes

Para recrutar os participantes (informantes privilegiados), a primeira autora realizou uma breve apresentação do projeto para os enfermeiros chefes dos centros de saúde envolvidos, onde abordou: problema, objetivos, metodologia e participação solicitada. No final, deixou um resumo do projeto e uma ficha de inscrição, solicitando a divulgação e o pedido de participação. Após uma semana recolheram-se as folhas de inscrição, verificando-se seis inscritos. Marcou-se uma reunião individual para explicar em detalhe o projeto e a colaboração solicitada. Todos acederam em participar e assinaram o consentimento livre e

informado. A amostra envolve seis enfermeiros (Vera, Célia, Carminda, Paulina, Lúcia e Luís¹) com idades entre os 24 e 30 anos, cinco do sexo feminino.

Análise dos dados

Todas as sessões foram gravadas, transcritas e submetidas a análise de conteúdo por três juízes independentes (as autoras e uma enfermeira especializada). Neste processo considerou-se a literatura e investigação na área da qualidade do cuidado em enfermagem a pessoas idosas dependentes, mas procurou-se ser descritivo e manter, sempre que possível, o discurso dos participantes (mantendo as suas palavras e/ou expressões). Decidiu-se, sempre que possível, adotar as categorias sugeridas pelo grupo e partir das fotografias eleitas em cada sessão. O processo envolveu a construção de temas (Fortin, 1999) que traduzissem a opinião dos participantes. A criação e teste do sistema de categorização seguiram um processo de refinamento sucessivo. As entrevistas foram lidas e revistas para fazer a seleção do material relevante. Com base num processo de codificação aberta, foram decompostas em unidades de análise, sendo o critério de definição a representação de uma ideia única (quadro II).

Quadro II - Temas

2^a Sessão: O que é o cuidado em enfermagem?

Presença: cuidar com ...; dialogar/comunicar; disponibilidade; valores; executar; condições físicas.

3^a Sessão: O que é ser idoso dependente?

Necessitar de apoio: abandonado; polimedicado: no quarto (solidão); ser cuidado por ...; *espelho*.

4^a Sessão: O que é o cuidado de enfermagem ideal a pessoas idosas?

Parceria: ideal humano (amar e ajudar); legislação.

5^a Sessão: O que é o cuidado de enfermagem real a pessoas idosas?

Cuidados parciais quotidianos: espera; qualidade dos cuidados familiares; *empurrar*.

6^a Sessão: O que afasta os cuidados reais do ideal?

Escassez e desorganização: falta de tempo (relógio); desordem; frustração.

7^a Sessão: O que aproximaria o cuidado real em enfermagem do ideal?

Manter o sonho (vontade): material; equipe multidisciplinar; apoiar cuidados informais; "as nossas mãos".

¹ Todos os nomes são fictícios.

Resultados

1^a Sessão

Nesta sessão os participantes reafirmaram a pertinência do tema (promover a qualidade dos cuidados domiciliares de enfermagem a pessoas idosas dependentes), referindo que é a falta de tempo e de organização que com frequência se traduzem em cuidados menos humanizados (isto é, releva-se a componente curativa).

2^a Sessão: O que é o cuidado em enfermagem?

A caracterização do cuidado em enfermagem foi representada pela fotografia com uma lamparina que designaram por “presença” (quadro 2). Os participantes entendem que cuidar em enfermagem significa estabelecer uma parceria, isto é, *cuidar em relação*, ser uma *presença, uma luz na vida* dos doentes (lamparina); abrange diversas dimensões humanas (bio-psico-sociais), sendo um conceito amplo e abstracto que pode ser experienciado pela “presença no cuidar”.

O cuidar em enfermagem envolve (quadro 2) o doente, sua família e rede social (formal e informal), pois todos são relevantes para o sucesso do cuidar. Dialogar/comunicar (incluindo componentes verbais e não verbais) são elementos cruciais para que o *cuidar* ocorra em relação:

Não só a comunicação verbal, mas toda a comunicação analógica. O nosso olhar é muito importante. A nossa expressão facial e os nossos olhos muitas vezes falam! [Lúcia, 30 anos]

A comunicação é mais eficaz e adequada quando há *disponibilidade*, concretizável de diversas formas: flexibilidade (por exemplo, *não dar banho aquela hora porque a pessoa não quer*), proximidade relacional (escuta ativa e simpatia) e empatia (*por vezes até sofremos, mas temos de evitar para podemos ajudar e cuidar*). Esta relação está envolta por valores individuais e sociais, que podem ou não coincidir entre enfermeiros e seus clientes (por exemplo, os participantes referiram ser comum a divergência de convicções religiosas entre enfermeiros e pessoas idosas), exigindo empatia e respeito.

Nós somos cuidadores que empatizamos e com o nosso toque entramos na relação com o outro. É isso que nos faz diferentes e o cuidar tem essa globalidade! [Lúcia, 30 anos]

Os enfermeiros mencionam que a relação também envolve a componente técnica da enfermagem (*executar*), que consideram ser, ainda, a de mais relevante; contudo, esperam que essa situação mude pois *perder-se-ia a essência da enfermagem*. As condições físicas em que a pessoa idosa doente se encontra são igualmente relevantes, devendo ser adaptadas às necessidades.

A sala foi adaptada para o utente. Compraram-lhe uma cadeira de rodas, uma cama articulada. Tem tudo! [Carminda, 25 anos]

3^a Sessão: O que é ser idoso dependente?

Os participantes definem um idoso dependente como alguém a “necessitar de apoio” (quadro 2) diversificado (físico, social, espiritual, ...), pois são pessoas cujo processo de envelhecimento se desenrolou de forma mais acelerada (pela patologia). Os participantes referem que muitas vezes os idosos dependentes no domicílio são “abandonados” em diversas áreas: familiar (algumas famílias não querem cuidar, outras são negligentes e algumas não podem por falta de competências ou tempo); social (os mais carenciados podem não obter o apoio social formal necessário, por exemplo há falta de vagas em apoio domiciliar); saúde (por exemplo, alguma falta de articulação entre profissionais, que pode traduzir-se na polimedicação). Os enfermeiros referem que as pessoas idosas dependentes vivem “no quarto” (quase sempre estão acamadas) e lá transcorre a sua vida (comer, dormir, cuidados técnicos, ...); relataram o caso de uma senhora que há sete anos não sai do quarto, pois a sua cuidadora também é idosa e doente. A solidão acaba por marcar a vivência da dependência na pessoa idosa e nos cuidadores familiares (principalmente nos idosos). Estas pessoas idosas dependem sempre de alguém (ser cuidado por ...) ou de diversas pessoas: familiares, amigos, vizinhos, cuidadores formais e/ou voluntários. O idoso dependente vivencia alterações na sua auto-imagem, que os participantes simbolizam pelo “espelho: a magreza é frequente, em consequência da dependência e escassa mobilidade; o uso de ajudas técnicas exige adaptação e marca a incapacidade; as amputações exigem ajuda para a adaptação (reaprender e reabilitar) com forte impacto na imagem.

Para uma doente colostomizada, a imagem altera-se... muitas vezes é difícil estar em público porque não controlam os sons e aquilo começa a inchar!
[Carminda, 25 anos]

4ª Sessão: O que é o cuidado de enfermagem ideal a pessoas idosas dependentes?

Os participantes consideram que os cuidados de enfermagem ideais ocorrem em parceria (quadro 2); isto é, envolvendo uma equipe multidisciplinar (com meios técnicos e humanos para irem ao domicílio) que trabalha em relação horizontal (por oposição à vertical ou de poder) com o cliente, sua família e rede informal, conjugando competências técnicas, humanas, éticas e científicas no processo de cuidar. Esta ideia é melhor caracterizada por duas subcategorias: o ideal humano (amar e ajudar) e legislação.

O “ideal humano” designa a boa relação entre idoso e sua família: *só vale a pena o idoso dependente estar em casa com a família se a família gostar de o ter em casa*. Essa boa relação será pautada por: dedicação (complemento aos apoios formais), preocupação (*querer o melhor*) e esperança (*de o ver melhor*).

Esta fotografia (ideal humano) ilustra o cuidado em ambiente domiciliar, que respeita o doente, valorizando o que o idoso valoriza, como a casa e as pessoas de que mais gosta. É um cuidado que inclui usuário e familiares! [Lúcia, 30 anos]

Os participantes afirmam que a “legislação” define o cuidado ideal, difícil de alcançar na prática com os recursos existentes. Por exemplo, referem que com frequência os enfermeiros *perdem tempo* a convocar consultas desnecessárias, mas que *contam para a estatística*.

5ª Sessão: O que é o cuidado de enfermagem real a pessoas idosas dependentes?

Os participantes definem estes cuidados como os “parciais e quotidianos” (quadro 2), envolvendo muito *improvisto e desenrasaca*: não há equipe domiciliar (o enfermeiro vai sozinho); raramente há material adequado (por exemplo, não há saco de domicílios², alguns profissionais usam os seus sacos de ginástica; não há transporte, por isso usam o carro próprio); o tempo é reduzido (garante-se o cuidado

técnico, mas não o relacional, por exemplo, ficam dúvidas dos usuários por esclarecer); o local onde o doente está pode não permitir prestar cuidados em boas condições até de assepsia (*já fiz um penso com o doente sentado na beira de um poço*). Em suma: *o improviso é mais frequente do que devia*. Os participantes referem que, pensando na perspectiva da pessoa idosa, os cuidados reais nem sempre são de qualidade e são recebidos na solidão; mas, em geral, as pessoas são clientes, de baixo estatuto socioeconômico, colaborantes, simples e raramente se queixam. Os cuidados reais em enfermagem são traduzidos por (quadro 2): espera; qualidade dos cuidados familiares; *empurrar*.

Os idosos “esperam” para receber alguns cuidados (*há muita burocacia*) e pela próxima visita; com frequência apegam-se aos enfermeiros, apesar de serem apenas breves momentos de contato. A “qualidade dos cuidados familiares” acaba por ser a *pedra de toque* do cuidar: algumas famílias fazem tudo pelo idoso dependente (obras em casa, compras de ajudas técnicas, dedicação); outras não podem/não querem e os cuidados são débeis. Neste último caso referem um exemplo:

O senhor está em casa de uma filha. O quarto era anteriormente uma ordenha, e ainda tem o cheiro de vacas e uma das portas tem acesso a um curral!
[Carminda, 25 anos]

Os cuidados reais são caracterizados por “*empurrar*”, traduzido no esforço de todos: i) do enfermeiro para se adaptar ao ambiente domiciliar e ajudar os clientes; ii) da família e do cliente para conseguirem ter apoio domiciliar (envolve muita burocacia).

Para prestar um domicílio, o utente primeiro tem que ir ao médico para passar uma requisição. Depois tem que passar pela administração e só depois de avaliada é que terá uma resposta. Este processo todo demora muito tempo! [Lúcia, 30 anos]

6ª Sessão: O que afasta o cuidado real de enfermagem do ideal?

Os participantes colocam a justificativa deste afastamento na “escassez e desorganização dos serviços”, que descrevem em relação a três aspectos (quadro

² mala com os materiais que o profissional poderá necessitar para prestar os cuidados

2): falta de tempo, desordem e frustração.

A “falta de tempo” é associada à escassez de recursos materiais e humanos e inadequação dos horários de atendimento (inflexíveis e até inadequados à disponibilidade dos clientes).

As pessoas só podem ficar doentes entre as 9h e as 17h (horário de funcionamento)! [Carminda, 25 anos]

A “desordem” pode ocorrer: i) no centro de saúde (por exemplo, programação de atividades e coordenação de equipes) resultando em descontinuidade dos cuidados aos doentes (o enfermeiro que vai à casa varia e cada um executa as técnicas de forma diferente); ii) nas famílias, algumas vezes por negligência e maus-tratos aos idosos, outras porque estão muito cansados e já não conseguem fazer melhor (e não recebem ajuda); iii) nas estruturas habitacionais, muitas vezes quartos ou espaços sem condições (por negligência ou falta de condições para toda a família).

Deste contexto emerge a “frustração”: i) dos clientes e suas famílias, pois não vêem melhorias e sentem-se pouco apoiados; ii) dos enfermeiros (trabalham muito para resultados que não espelham esse esforço), com frequência vivida com passividade (acomodação).

A representação do enfermeiro de braços cruzados significa a nossa atitude passiva. Nós não reivindicamos tudo quanto podíamos! [Paulina, 24 anos]

7ª Sessão: O que facilitaria a aproximação entre cuidado em enfermagem real e ideal?

Nesta questão os participantes sublinham a necessidade de “manter o sonho” (vontade), ou seja, *acreditar, não desistir e dar sempre o melhor*. Descrevem melhor através de quatro elementos (quadro 2): material, equipe multidisciplinar, apoio aos cuidados informais e “as nossas mãos”. Os participantes relevam a necessidade de “material”, indispensável para a realização e execução de procedimentos.

Os cuidados que prestamos no domicílio são basicamente tratamentos de feridas. Se não tivermos material, não conseguimos realizar bons cuidados! [Carminda, 25 anos]

Sublinham a necessidade de uma “equipe multidisciplinar”, que actualmente envolve enfermeiros

e as famílias e só pontualmente outro profissional, mas referem que a situação está a mudar. Realçam a importância de “apoiar os cuidadores informais”, principais parceiros de cuidados, que precisam de competências e suporte:

A família é a grande prestadora de cuidados informais. Temos que fazer ensinos, porque são eles que cuidam do utente! [Vera, 27 anos]

Para concluir os participantes focam “as nossas mãos” como o grande impulsionador:

As nossas mãos tanto podem fazer pensos, injeções, projetos e ensinar a fazer levantamentos... As nossas mãos podem fazer tudo! [Carminda, 25 anos]

8ª Sessão: Promover cuidado de qualidade a idosos dependentes

Como resumo os participantes sublinham três tópicos para a promoção de cuidados de enfermagem de qualidade em visita domiciliar: i) *fazer o que o utente precisa, não aquilo que pensamos que precisa (devemos ver o cliente no seu contexto, com as suas vivências e necessidades, não tentando impor as nossas vontades)*; ii) *a família também precisa de apoio (ser ouvida) e formação*; iii) *integrar a família como parceiro de cuidados* (é o pilar). Os participantes elegeram a fotografia (ideal humano), que designaram também por “família feliz” (Figura 1), como a mais importante das sessões.

Figura 1 - Ideal Humano



Com relação ao método (*photovoice*), eles referem que os idosos *deliram* com as fotos, não se importando *como estão*. Os enfermeiros participantes referiram que a participação neste estudo lhes permitiu maior reflexão e aprenderam a ouvir mais os outros (nomeadamente os colegas).

Discussão

O envelhecimento da população representa a conquista da longevidade. Contudo, na velhice aumenta a incidência de dependência funcional e doenças crônicas, com frequência limitando a capacidade dos mais velhos para o auto-cuidado e elevando a responsabilidade da família e do sistema de saúde (Aires e Paz, 2008). Neste contexto, a visita domiciliar emerge como uma nova fronteira dos serviços de saúde (Camarano, 2002).

Cuidados domiciliares de enfermagem a idosos dependentes

Os cuidados em enfermagem são definidos pelos participantes pela fotografia “presença”, constituída pela imagem tradicional da lamparina (*a luz na vida dos utentes*). Assumem uma perspectiva humanista da enfermagem, destacando a construção partilhada do processo do cuidar envolvendo a família do cliente. Sublinham que a *presença* se constrói pela comunicação verbal e não verbal, envolvendo cuidados técnicos e expressivos complementares. Referem que a execução de procedimentos é a tarefa mais solicitada aos enfermeiros em cuidados domiciliares, o que também se verificou num estudo da Ordem dos Enfermeiros (2005): dados recolhidos no Distrito de Viseu, envolvendo 24.427 visitas domiciliares e 1.525 usuários (cerca de 16 visitas por utente) indicaram que foram executados 36.709 pensos, 1.449 injeções, 1.959 algaliações, 1.132 técnicas de mobilização/reabilitação e 4.476 outras atividades (que incluem educação para a saúde, higiene e conforto). Os enfermeiros neste estudo sublinham que as técnicas podem dar sentido e permissão para outras atividades junto ao cliente/família.

Consideram a pessoa idosa dependente como alguém que “necessita de apoio” em vários níveis (e.g. físico, emocional, social e espiritual), que têm de provir de diversas fontes (por exemplo, família,

rede informal e formal). Salientam que também os cuidadores informais necessitam de apoio, pois os cuidados informais acarretam impactos positivos (e.g. satisfação por cuidar de um ente querido) e negativos (e.g. *burden*, cansaço físico e mental) (Figueiredo, 2007). Contudo assumem que o cuidado de enfermagem que prestam é essencialmente técnico. Ou seja, há alguma inconsistência: na definição dos cuidados de enfermagem valorizam a componente afetiva, embora reconhecendo que na prática esta assume um papel secundário face à técnica; caracterizam a pessoa idosa dependente pela “necessidade de apoio”, que especificam como precisar da execução de técnicas. Assim, a harmonia entre técnica e afetividade parece ainda um processo em desenvolvimento e mais fácil de descrever do que praticar. Além disso, poderá associar-se ao desenvolvimento de frustração nos enfermeiros, que parecem desejar uma ação mais humanista.

Dificuldades/obstáculos dos enfermeiros na prescrição de cuidados

O cuidado ideal a pessoas idosas dependentes no domicílio centra-se nas parcerias, pois envolve uma vertente comunitária e inclui educação, promoção da saúde e prevenção. Os cuidados reais são descritos como “parciais”. O que afasta os cuidados reais do ideal envolve escassez e desorganização.

A literatura indica que as instalações exígues, antiquadas e desajustadas à procura crescente por serviços de saúde (incluindo os domiciliares), associadas à desorganização e desperdício de tempo, material e equipamento, promovem um clima de desmotivação, acentuado ainda pelos baixos salários dos enfermeiros (que obrigam ao pluriemprego) e precariedade profissional (Correia, 2001). Por exemplo, Carvalho e Carvalho (2005) estudaram a necessidade de ensinos para a saúde e verificaram que por vezes não se realizavam por falta de recursos humanos e falta de tempo para planejar as atividades de educação para a saúde.

A escassez de recursos e a desorganização tendem a traduzir-se em falta de tempo, desordem e frustração. O ambiente social e organizacional condiciona a dinâmica de funcionamento, podendo até mesmo retirar o doente do centro da ação. É importante que a filosofia institucional, assim

como as políticas públicas de humanização, estejam atentas aos trabalhadores de saúde (Backes e col. 2006). A escassez de recursos humanos e materiais e a consequente desorganização desencadeiam um ambiente de trabalho no qual impera a rapidez, agitação, cumprimento de tarefas, proporcionando o desenvolvimento de mecanismos de defesa nos enfermeiros que diminuem a sua sensibilidade (Pereira e Costa, 2007). Contudo, a escassez de recursos nem sempre é impeditivo da prestação de cuidados de qualidade; ao contrário, pode até gerar formas inovadoras e criativas de resolução dos problemas (Backes e col. 2006).

Os obstáculos que os enfermeiros tendem a identificar como inibidores da qualidade dos cuidados são extrínsecos, focando a falta de enfermeiros e de condições de trabalho. Assim, os enfermeiros assumem uma postura de *impotência adequada* (Sousa e Eusebio, 2007): não podem fazer mais nada, pois não depende deles. Seria importante refletirem sobre obstáculos intrínsecos para poderem sair desta postura, simultaneamente cômoda e frustrante.

Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem

Os enfermeiros envolvidos neste estudo destacaram que para promover a qualidade de cuidados de enfermagem a idosos dependentes em cuidado domiciliar é relevante o trabalho e decisão em equipe multidisciplinar (inclui o doente, sua família e rede informal). Uma equipe organizada e articulada facilitaria a prestação de cuidados. Destacam que a boa prestação de cuidados seria promovida se houvesse mais material, recursos humanos, melhores condições de trabalho, boas condições físicas e formação adequada. Sublinham a importância de apoiar a família que cuida e faz parte da unidade de cuidado. As famílias cuidam em diversas circunstâncias: algumas com grandes dificuldades; outras gostariam de poder cuidar mas não sabem, por falta de conhecimentos, medo ou falta de estruturas de apoio. Estas famílias necessitam de apoio, reconhecimento e respeito, pois são quem proporciona a maior parte dos cuidados e apoio diário ao idoso dependente (Stanhope e Lancaster, 1999).

Também referem que os enfermeiros têm de ser capazes de “manter o sonho” enquanto se vive esta

situação de evolução. A frustração que revelam por não poderem fazer mais, em melhores condições é atenuada pela determinação que demonstram perante as dificuldades.

Limitações e perspectivas de pesquisa

Como limitações deste estudo salientamos a dimensão reduzida da amostra, que decorreu do método de coleta de dados que causava receios nos participantes de que fosse ocupado muito tempo. Contudo, o método de coleta é rico e pode desvanecer alguns limites. Como perspectivas de pesquisas futuras seria interessante ultrapassar estas limitações e recolher dados em diferentes Centros de Saúde. Usar métodos de coleta paralelos para comparar; ouvir outros envolvidos: idosos, familiares e outros profissionais.

Conclusões

Os resultados deste estudo exploratório sugerem que a promoção da qualidade dos cuidados domiciliares a idosos dependentes apoia-se na dinamização de “parcerias” incluindo enfermeiro, utente e sua família; e entre a equipe multidisciplinar de cuidados. Sublinham que os cuidados reais são “cuidados parciais quotidianos”, principalmente porque a falta de recursos materiais e humanos implica em improviso. Os dados sugerem que o principal obstáculo à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade é a escassez de recursos e a desorganização, traduzida pela falta de tempo, desordem e frustração. A qualidade dos cuidados seria promovida através de mais material e de uma equipe multidisciplinar, que permitiria também apoiar os cuidadores informais.

Referências

- AIRES, M.; PAZ, A. A. Necessidades de cuidado aos idosos no domicílio no contexto da estratégia de saúde da família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 83-89, 2008.
- BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI, F. D. A humanização hospitalar como expressão da ética. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 132-135, 2006.

- BALTES, M. M.; SILVERBERG, S. A dinâmica de dependência: autonomia no curso de vida. In: NERI, A. L. *Psicologia do envelhecimento*. São Paulo: Papirus, 1995. p. 73-110.
- CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V.; GORJINI, M. L.; DOLL, J. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002. p. 58-71.
- CARVALHAIS, M.; SOUSA, L. Comportamentos dos enfermeiros e impacto em doentes idosos em situação de internamento hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 9, n. 3, p. 596-616, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n3/v9n3a04.htm>. Acesso em: 28 out. 2008.
- CARVALHO, A.; CARVALHO, G. S. Educação para a saúde em cuidados de saúde primários: Diagnóstico das dificuldades e necessidades de formação. In: INTERNATIONAL SEMINAR OF PHYSICAL EDUCATION, LEISURE AND HEALTH, 2., 2005, Braga. *New ways of analysis and intervention*. Pôster.
- CORREIA, C. et al. Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Lisboa, p. 75-82. 2001. Volume temático 2.
- DUTRA, L.; SANTOS, A.; WERLANG, S. Assistência pós alta hospitalar para pacientes com cuidados especiais. *Boletim de Saúde*, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 25-28, 2004.
- EGRY, E. Y.; FONSECA, R. M. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revistando o processo de trabalho da enfermagem em saúde colectiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 233-239, 2000.
- ELIOPOULOS, C. *Enfermagem gerontológica*. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- ERDMANN, A. L.; SILVA, R. F. Ambiente do cuidado: dimensão ecológica. *Texto & Contexto de Enfermagem*, Florianópolis, v. 11, n. 3, p. 72-82, 2002.
- FABRÍCIO, S. C. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 721-726, 2004.
- FIGUEIREDO, D. *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi, 2007.
- FORTIN, M. F. *O processo de investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999.
- GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto de Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-653, 2006.
- LIMA, A. N.; SILVA, L.; BOUSSO, R. A visita domiciliária realizada pelo agente comunitário de saúde sob a ótica de adultos e idosos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 889-897, 2010.
- MARTINS, C. A. Valorizar a visitação domiciliária. *Revista Sinais Vitais*, Coimbra, n. 48, p. 8-16, maio 2003.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Cuidados de proximidade*: os enfermeiros como recurso de saúde dos cidadãos. Lisboa, 2005. Disponível em: <http://www.ordemenermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_17_Julho_2005.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2007.
- PARAHYBA, M. I.; SIMÕES, C. C. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 967-974, 2006.
- PAÚL, M. C. *Lá para o fim da vida: idoso, família, e meio ambiente*. Coimbra: Almedina, 1997.
- PEREIRA, E. G.; COSTA, M. A. Os centros de saúde em Portugal e o cuidado ao idoso no contexto domiciliar. *Texto & Contexto de Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 408-416, 2007.
- PIMENTEL, L. *O lugar do idoso na família*. Coimbra: Quarteto, 2001.

- PORUTGAL. Decreto-lei nº28, de 22 de fevereiro de 2008. LEX: caracterização geral e criação dos agrupamentos de cuidados de saúde. *Diário da República*, Lisboa, 1ª série, nº 38, 2008. p. 1182-1189.
- RICE, R. *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicações*. Lisboa: Lusociência, 2004.
- SANTOS, O. *Os centros de saúde em Portugal: uma abordagem qualitativa*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2007.
- SOUSA, L.; EUSÉBIO, C. When multi-problem poor individuals' myths meet social services myths. *Journal of Social Work*, Salford, v. 7, n. 2, p. 217-237, 2007.
- SOUZA, C. R.; LOPES, C. F.; BARBOSA, M. A. A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliária. *Revista da UFG*, Goiânia, v. 6, p. 4-9, dez. 2004. Número especial.
- STANHOPE, M.; LANCASTER, J. *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa: Lusociência, 1999.
- WANG, C. C. Photovoice: a participatory action research strategy applied to women's health. *Health Promotion International*, Oxford, v. 8, n. 2, p. 185-192, 1999.
- WHO Regional Office for Europe. *Munich declaration: nurses and midwives: a force for health*, 2000. Copenhagen, 2000. Disponível em: <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/53854/E93016.pdf>. Acesso em: 12/07/2007.
- WILKERSON, G. F. *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários*. Lisboa: Lusociência, 2004.

Recebido em: 25/05/2011

Aprovado em: 05/09/2012