



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Sousa, Liliana; Ribeiro, António Pedro

Prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas: experiências e impactos

Saúde e Sociedade, vol. 22, núm. 3, julio-septiembre, 2013, pp. 866-877

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263660019>

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

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas: experiências e impactos

## Nursing care for elderly people: experiences and impacts

### **Liliana Sousa**

Psicóloga. Doutora em Ciências da Educação. Professora Auxiliar com Agregação do Departamento de Ciências da Saúde - Unifai (Unidade de Investigação e Formação em Adultos e Idosos). Departamento de Ciências da Saúde - Universidade de Aveiro, Portugal. Endereço: Departamento de Ciências da Saúde. Universidade de Aveiro, 3810-193, Aveiro, Portugal. E-mail: lilianax@ua.pt

### **António Pedro Ribeiro**

Enfermeiro. Mestre em Geriatria e Gerontologia. Estudante do programa doutoral em Geriatria e Gerontologia. Departamento de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro, Portugal. Endereço: Departamento de Ciências da Saúde. Universidade de Aveiro, 3810-193, Aveiro, Portugal. E-mail: toperib@gmail.com

### **Resumo**

A enfermagem é uma das profissões que presta cuidados de saúde à população idosa em diversos contextos, sendo que a sua experiência de cuidado a essa população tende a ser mais vasta que a formação. Este estudo exploratório analisa as experiências de enfermeiros nos cuidados a pessoas idosas e os impactos nesses profissionais. Adota-se a técnica de incidentes críticos, envolvendo uma amostra de 47 enfermeiros. Os principais resultados indicam: i) os enfermeiros experienciam situações de pessoas idosas vítimas de abusos, solitárias e/ou que enfrentam a aproximação da morte, cujos impactos são indignação e impotência; ii) a doença e a dependência de pessoas idosas têm como impactos nos enfermeiros a reflexão na prática profissional e o aumento da sua compaixão. Os enfermeiros necessitam de mais formação para enfrentar a especificidade e complexidade dos cuidados a pessoas idosas.

**Palavras-chave:** Pessoa idosa; Enfermagem; Saúde colectiva; Promoção da saúde.

## Abstract

Nursing is one of the careers that care for the older persons in different settings. Yet, their clinical experience is still larger than their training. This exploratory study investigates nurses' professional experiences when caring for elderly people, analysing also how that impacts upon the nurses. The critical incidents technique is adopted; the sample comprises 47 nurses. Main findings suggest that: i) nurses experience cases of elderly people being victims of abuse, being alone and/or facing death proximity, which impacts them with indignation and impotence; ii) elderly people's disease and dependency impact upon nurses by making them reflect about their professional practice and increasing their compassion. Nurses still need more training to better deal with the specificity and complexity of elderly care.

**Keywords:** Elderly people; Nursing; Public Health; Health Promotion.

## Introdução

O fenômeno mundial do envelhecimento populacional exige que os sistemas de saúde se adaptem para responder às necessidades da crescente população idosa. Nesse sentido, é importante compreender os desafios dos enfermeiros nos cuidados aos mais idosos, que constituíam até recentemente uma população menos comum, e para a qual os enfermeiros (em Portugal e outros países) ainda têm pouca formação; em geral, os enfermeiros tendem a ter mais experiência de cuidado a pessoas idosas do que formação (Higgins e col., 2007). As pessoas idosas são, actualmente, os principais clientes dos vários níveis de cuidados de saúde, sendo descritos como pacientes mais inconvenientes e/ou indesejados, principalmente pelas situações clínicas mais complexas (polipatologia) e necessidades de mais cuidados (associada à maior dependência funcional) (Palmore, 1999; Simkins, 2007).

Acresce que os profissionais de saúde (incluindo os enfermeiros), tal como a população em geral, tendem a apresentar imagens negativas da velhice (por exemplo, doentes, dependentes, senis, antiquados, aborrecidos), o que dificulta e torna menos atractivo cuidar de pessoas idosas. Este estudo exploratório examina as experiências dos enfermeiros na prestação de cuidados a pessoas idosas e seus impactos nestes profissionais. Procura-se contribuir para compreender melhor os desafios dos enfermeiros no cuidado à pessoa idosa, promovendo cuidados de maior qualidade num cenário de envelhecimento populacional.

## Cuidado de enfermagem a pessoas idosas

As funções do enfermeiro incluem prestar cuidado de ajuda, dar informação e educar para a saúde (Courtney e col., 2002; Benincá e col., 2005; Moniz, 2008). O cuidado em enfermagem centra-se numa relação dinâmica com o paciente (Henderson, 1982): o enfermeiro deverá cuidar de cada pessoa considerando as suas necessidades e aspirações.

A literatura sugere que a enfermagem é uma profissão stressante, pois expõe os enfermeiros a intensas exigências emocionais, por cuidarem

diariamente de pessoas em sofrimento, que requerem atenção, compaixão e simpatia (Trinkoff e col., 2000; Plaisier e col., 2006). Nesse contexto podem tornar-se irritáveis, deprimidos e frustrados, experienciando a seguinte escalada: sentir que não se pode/deve sentir assim, culpabilizar-se e ficar ainda mais ansioso, tornando o enfermeiro menos capaz de exercer a sua profissão com competência (Preto e Pedrão, 2009). Ou seja, o *stress* nos enfermeiros gera tensão que pode influenciar negativamente a qualidade dos cuidados que conseguem prestar aos pacientes.

No cuidado de enfermagem a pessoas idosas existem factores que elevam o *stress* dos enfermeiros (Preto e Pedrão, 2009): i) os pacientes apresentam situações críticas (nos idosos a coexistência de diversas doenças crónicas é comum); ii) os cuidados exigem mais tempo e tarefas (por norma, os idosos apresentam algum grau de dependência funcional); iii) há dificuldades na relação interpessoal (as pessoas idosas exigem e pedem mais cuidados relacionais); iv) é difícil aceitar a morte dos pacientes (a mortalidade é mais frequente nos idosos); v) em geral, as melhoras são escassas. Além desses factores da prática clínica, outros elevam o *stress* dos enfermeiros quando cuidam de pessoas idosas (Nay e Garratt, 2004; Higgins e col., 2007): i) muitos enfermeiros em Portugal (e noutros lugares do mundo) não tiveram formação (de base ou especializada) em cuidados a pessoas idosas e não entendem a extensão das suas necessidades; ii) cuidar de pessoas idosas é uma tarefa à qual é atribuído baixo estatuto social, por isso, os enfermeiros preferem cuidar de jovens e/ou crianças.

Como a população em geral, os profissionais de saúde também apresentam imagens idadistas da velhice, o que se reflecte nas suas atitudes (Simkins, 2007; Ribeiro e Sousa, 2008). Apesar dos programas de incentivo a uma visão mais realista da velhice, o idadismo ainda se mantém (Angus e Reeve, 2006). Cooper e Coleman (2001) verificaram que os enfermeiros preferem pacientes idosos que desafiam os estereótipos sociais negativos, principalmente aqueles com capacidades mentais intactas. As atitudes dos enfermeiros que reflectem idadismo incluem (Carvalhais e Sousa, 2007; Ribeiro e Sousa, 2008): disponibilizar, especialmente em ambiente hospi-

tar, poucas oportunidades às pessoas idosas para serem independentes (por exemplo, realizando a sua higiene pessoal); dar menos importância ao direito do idoso tomar decisões; subvalorizar as queixas, aumentando a probabilidade de desenvolvimento de complicações; dar menor atenção às necessidades associadas à idade (por exemplo, diminuição da sensibilidade auditiva); estar menos preocupado e centrado na educação para a saúde. Koch e Webb (1996) observaram que perante pacientes idosos os enfermeiros tendem a negligenciar as necessidades individuais, desenvolvendo a actividade em rotinas menos flexíveis.

A literatura revela que os profissionais de saúde na interacção com pessoas idosas revelam atitudes idadistas, designadamente veem as pessoas idosas como (Palmore, 1999): rígidas, com deterioração cognitiva, doentes, cansadas, incompetentes, tristes e desinteressadas da interacção social. Essas representações reflectem-se na dinâmica profissional, muitas vezes limitando uma postura construtiva na relação de cuidado ao idoso (Jönsson, 2005; Camargo-Borges e Mishima, 2009). A discriminação dos mais idosos por profissionais e instituições assume um cariz indirecto (passivo, subtil ou encoberto), difícil de mudar pois não é assumido e muitas vezes nem sentido. Adams e colaboradores (2006) indicam que atitudes e assunções idadistas enformam tomadas de decisão e organização do serviço, que deixam os idosos em desvantagem: por exemplo, é comum dar prioridade aos jovens. O idadismo tende a ser implícito, pois raramente existe consciência e controlo sobre os processos de percepção social (Greenwald e Krieger, 2006; Ribeiro e Sousa, 2008).

Os enfermeiros têm dificuldade em gerir os seus sentimentos quando lidam com situações de morte, abandono, dependência e dificuldade de comunicação (mais frequentes em pessoas idosas) (Castro, 2007). Principalmente, há dificuldade em lidar com pessoas idosas que são “dependentes como as crianças”, pois ainda não existem modelos de relação específicos (Camargo-Borges e Mishima, 2009). Por isso, os profissionais tendem a recorrer a uma comunicação infantilizada, que contribui para desvalorizar a pessoa idosa e a sua experiência de vida (Martins e Rodrigues, 2004). Nessas circunstâncias os enfermeiros (e outros profissionais de

saúde e acção social) tendem a relatar impactos negativos (frustração e impotência) da sua experiência de cuidados a idosos, principalmente porque não alcançam os resultados desejados (por norma, maior autonomia e independência) (Castro, 2007). O confronto com a finitude e a impotência para salvar vidas torna os profissionais desconfortáveis e sem parâmetros para avaliar a sua competência e a pertinência da sua profissão. A promoção de um bom envelhecimento exige alterações nos objetivos dos cuidados, incluindo a promoção da qualidade de vida e o apoio na morte e no morrer.

## Objetivos

Os idosos constituem o grupo populacional que atualmente mais recorre aos serviços de saúde e, também, aos cuidados de enfermagem. Este estudo exploratório examina as experiências dos enfermeiros na prestação de cuidados a pessoas idosas e identifica seus impactos nos enfermeiros.

As experiências vividas por profissionais de diversas áreas têm sido utilizadas com diversos objetivos; por exemplo, as experiências dos enfermeiros na sua prática clínica têm sido estudadas para: i) desenvolver técnicas de ensino clínico mais eficazes (Sharif e Masoumi, 2005; Hunter e Levett-Jones, 2010); ii) definir cuidados de enfermagem de qualidade (Kihlgren e col., 2005); iii) desenvolver modelos de cuidados em enfermagem (Wang, 2003). Neste estudo, as experiências dos enfermeiros no cuidado a pessoas idosas e seus impactos nos enfermeiros são relevantes para perceber melhor o contexto do cuidado de enfermagem a pessoas idosas e os desafios específicos dos enfermeiros; e, assim, analisar transformações pode ajudar os enfermeiros a melhor prestarem cuidados de qualidade aos idosos.

## Metodologia

Este estudo adota a técnica de incidentes críticos (TIC), por constituir um método qualitativo que possibilita a recolha de eventos que traduzem acontecimentos da rotina diária e permite aceder à perspectiva individual de experiências significativas (Flanagan, 1954). A TIC facilita a recolha de uma variedade de significados, motivações e valores

personais que reflectem as relações e o contexto em que são expressos. Um incidente corresponde à actividade humana observável, que permite inferir sobre o sujeito e a sua acção; é crítico pois a intenção da acção tem determinado significado para o narrador (Flanagan, 1954; Francis, 2004). Trata-se de uma metodologia que permite recolher factos (eventos que ocorreram) junto de especialistas (aqueles que vivem as situações), de forma a aprofundar conhecimento (Kemppainen, 2000).

### Instrumento

A TIC foi aplicada através de um questionário semiestruturado. Aos participantes era solicitado:

*Pense num acontecimento que envolva uma pessoa idosa e que o tenha marcado durante a sua prática profissional. Por favor, pense numa situação recente, isto é, que tenha ocorrido nos últimos seis meses e que tenha sido significativa para si (tenha ficado gravada na sua memória).*

O questionário continuava com perguntas orientadoras que desenvolviam o pedido inicial: o que mais o impressionou; descrição detalhada de situação (quem estava presente e quem participou, quem fez o quê, como começou a situação, como decorreu e como terminou); impacto que teve em si (como se sentiu, o que fez, o que não fez, mas gostaria de ter feito, o que fez e preferia não ter feito). Solicitava-se ainda a classificação do impacto como positivo ou negativo. O questionário terminava com a recolha de dados sociodemográficos do participante (idade e sexo), da pessoa idosa que participava no incidente (idade aproximada e sexo) e indicação do local onde ocorreu (hospital, centro de dia, lar de idosos ou outro local).

O questionário estava detalhado numa folha de papel com espaço de resposta para os participantes. Optou-se por solicitar aos participantes que respondessem por escrito, pois é um processo mais reflexivo, apesar de diminuir o número de pessoas disponíveis para participar.

### Procedimentos

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital Infante D. Pedro de Aveiro. A recolha da amostra (efectuada pelo primeiro autor) iniciou-se pela rede social dos autores e prosseguiu pelo pro-

cesso bola de neve (sempre que algum participante terminava de responder ao questionário pedia-se que identificasse outro/s potencial/is participantes). Os critérios de inclusão eram: ser enfermeiro e ter experiência de cuidados de enfermagem com pessoas idosas (em qualquer contexto, incluindo centro de saúde, hospital, lar de idosos, cuidados continuados) durante um mínimo de seis meses.

O processo iniciava-se com o contacto com o potencial participante: i) apresentava-se o objectivo do estudo, verificavam-se os critérios de inclusão, explicava-se a colaboração solicitada; e, os que aceitavam participar, assinavam o consentimento livre e informado; ii) o questionário era entregue e combinado um meio de devolução (*e-mail* ou data e local de entrega). Alguns participantes optavam por responder logo a seguir a esse contacto (em média demoravam cerca de 20 minutos); os restantes levavam o questionário para devolver. Nestes casos a taxa de retorno foi de 40%. Esse processo decorreu entre setembro de 2008 e maio de 2009 e terminou quando se verificou saturação dos dados.

### Amostra

A amostra compreende 47 enfermeiros, com média etária de 32,1 anos (variando entre 22 e 55 anos; desvio-padrão=9,8), sendo 83% do sexo feminino. Os homens são ligeiramente mais novos (29,63 anos; desvio-padrão=7,8) do que as mulheres (32,5; desvio-padrão=10,24), mas a diferença não é estatisticamente significativa ( $t=0,596$ ;  $p=0,444$ ).

Os participantes relatam incidentes relativos a pessoas idosas com uma média etária aproximada de 81,3 anos (entre 60 e 98 anos; desvio-padrão=8,5), 61,7% do sexo feminino. Os incidentes descritos ocorreram: 40% em hospital, 34% em casa do idoso (no âmbito do apoio domiciliário); 1,5% em centro de dia; 4,2% em centro de saúde; 1,5% em serviço de apoio domiciliário; e 4,2% em lar de idosos.

### Análise de dados

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, com o objectivo de codificar temas considerando experiências e impactos. Foi um processo de sucessivo refinamento, envolvendo os dois coautores (juízes independentes), que reuniam experiências profissionais complementares: psicologia (segunda autora) e enfermagem (primeiro autor).

O processo envolveu duas fases. A primeira centrou-se na criação e testagem do sistema de categorização. Cada juiz leu todos os incidentes e desenvolveu uma lista de categorias de experiências e impactos. Depois reuniram-se para comparar e discutir as propostas. Esse processo repetiu-se até chegarem a um acordo. Em seguida cada juiz categorizou aleatoriamente cinco incidentes de forma a confirmar a adequação do sistema de categorização (Quadro 1).

Na segunda fase os dois juízes categorizaram de forma independente cada incidente. Depois reuniram-se para analisar as (dis)concordâncias; a concordância entre juízes (valor calculado pela divisão de número de concordâncias pelo total de concordâncias e discordâncias) foi de 80,9% para as experiências e 78,6% para os impactos, o que indica boa fiabilidade (Miles e Huberman, 1984). Por fim, discutiram as discordâncias e esse processo conduziu à concordância em todos os incidentes.

**Quadro 1 - Categorias: experiências e impactos**

Experiências	Impactos
Vítimas de abuso e/ou negligência	Indignação e impotência
Aproximação da morte	Reflectir na vida
Desrespeitados	Reflectir na visão social da velhice
Solitários	Reflectir na prática profissional
Doentes e/ou dependentes	Compaixão
Fortes	
Outros (pobres; amáveis; desanimados)	

## Resultados

Foram relatados 47 incidentes, 1 por participante.

### Experiências

As experiências relatadas pelos enfermeiros centram vivências com pessoas idosas a que têm acesso na sua actividade profissional. As experiências apresentam distribuições similares considerando a idade e sexo do respondente, local do incidente, sexo e idade da pessoa idosa envolvida. Incidem em quatro categorias que representam 74,4% dos

incidentes relatados: doente e dependente (21,3%), solitário (19,1%), vítimas de abuso (17%) e aproximação da morte (17%).

A categoria “doente e dependente” descreve pessoas idosas muito dependentes e com polipatologia, que necessitam de cuidados formais e/ou informais para as actividades básicas. Os enfermeiros prezam e descrevem a deterioração rápida do seu estado de saúde, referindo que podem apresentar comportamentos agressivos inerentes à doença.

*Estava internada no hospital. Era independente, mas sofreu uma fractura e agora está dependente para tudo!* [enfermeira, 26 anos]

A categoria “solitários” indica eventos em que o enfermeiro cuida de doentes idosos que vivem sós e sentem solidão, porque não têm família ou houve afastamento. Esses idosos têm dificuldade em manter condições de higiene e sentem medo que algo lhes aconteça em casa e não haja quem os ajude.

*O senhor recusava-se a ir passar o Natal a casa, alegando falta de condições. O problema era que estava sozinho, e ali no hospital sempre tinha com quem passar o Natal!* [enfermeira, 25 anos]

A categoria “vítimas de abuso e/ou negligência” descreve eventos em que os idosos, principalmente os dependentes, são: i) negligenciados, maltratados e/ou abandonados por familiares (violência física e verbal, negligência em cuidados de higiene, saúde e alimentação); ii) negligenciados por profissionais (desvalorização de queixas e menor empenho no cuidado); iii) enganados por vizinhos e/ou estranhos (desvio de bens e dinheiro).

*Um idoso foi levado à urgência. Foram detectados múltiplos hematomas em diferentes estádios. Por suspeita de maus-tratos o médico chamou o filho que negou saber a causa e deu desculpas pouco convincentes!* [enfermeira, 27 anos]

Na categoria “aproximação da morte” os profissionais confrontam-se com a morte de pessoas idosas, em diversas circunstâncias: i) os idosos enfrentam a morte de forma natural, gostando da presença de familiares nesse momento; ii) a família, mesmo contra a vontade do idoso, tenta adiar a morte, por norma enviando o idoso para o hospital e, com frequência, fazendo com que não morra em

casa, como é o desejo da maioria dos idosos.

*A vontade do senhor era morrer em casa, mas a família tentava que ainda se pudesse dar-lhe alguma assistência para adiar o inevitável. Faleceu antes de chegar ao hospital, impedido de morrer em casa como desejava!* [enfermeiro, 32 anos]

As restantes categorias representam 25,6% dos incidentes: fortes (8,5%), desrespeitados (6,4%) e outros (10,6%).

A categoria “fortes” refere-se a eventos em que o enfermeiro presencia pessoas idosas a encararem situações adversas de forma positiva; por exemplo, demonstrando força de vontade na reacção à doença ou apresentando alegria de viver.

*Tem 91 anos, é invisível, acamada e institucionalizada! Quando a vou visitar está sempre animada, tem alegria de viver e vontade de aprender!* [enfermeira, 53 anos]

No tema “desrespeitados” os enfermeiros referem eventos em que profissionais (enfermeiros ou outros) desrespeitam a vontade dos idosos, substituindo-a pela escolha da família (designadamente, em consentimento para procedimentos).

*Era um conflito entre duas irmãs [filhas]: uma queria fazer tudo o que se pudesse, a outra não queria fazer nada; ninguém ouvia a senhora idosa que estava doente!* [enfermeira, 42 anos]

## Impactos

Os impactos referem-se à influência da experiência no enfermeiro. A distribuição dos impactos é similar considerando: sexo do participante ( $\chi^2 (4) = 0,262$ ;  $p=0,627$ ); sexo da pessoa idosa ( $\chi^2 (4) = 0,369$ ;  $p=0,686$ ); local do incidente ( $\chi^2 (4) = 0,644$ ;  $p=0,551$ ); idade do respondente ( $f=0,542$ ;  $p=0,744$ ); e idade da pessoa idosa ( $f=0,892$ ;  $p=0,496$ ).

São descritos 47,8% de impactos positivos e 40,4% negativos (Tabela 1). A distribuição dos impactos positivos e negativos pelas categorias é estatisticamente diferente ( $\chi^2 (4) = 12,2$ ;  $p=0,016$ ). Três categorias apresentam classificações positivas e negativas: “indignação e impotência”, “reflectir na prática profissional” e “reflectir na visão social da velhice”. As restantes categorias apresentam somente impactos positivos: “reflectir na vida” e “compaixão”.



**Tabela 1 - Número e proporção (%) de enfermeiros segundo impactos sentidos. Aveiro, Portugal**

Impactos	Total			Negativo			Positivo		
	n	%	RO	n	%	RO	n	%	RO
Indignação/impotência	21	45,7	1	13	68,4	1	6	31,5	2
Reflectir na vida	2	4,3	5	0	-		2	100	4
Reflectir no social	3	6,5	4	2	66,7	3	1	33,3	5
Reflectir na profissão	11	23,9	2	4	40	2	6	60	2
Compaixão	9	19,6	3	0	-		7	100	1
Total*	46	97,9		19	40,4		22	47,8	

\* 1 respondente não indicou impactos; 5 respondentes não classificaram em positivo/negativo.

Três categorias de impactos constituem 89,2% do total (Tabela 1): “indignação e impotência” (45,7%), “reflectir na prática profissional” (23,9%) e “compaixão” (19,6%).

A categoria “indignação e impotência” ocorre quando os profissionais sentem: i) tristeza e/ou revolta por verem os idosos pouco cuidados por familiares e/ou profissionais; ii) impotência e/ou frustração, por quererem ajudar mais e não terem meios ou coragem.

*Senti-me revoltada, também tenho familiares idosos e não gostaria que os médicos tivessem esta atitude passiva apenas por serem idosos!* [enfermeira, 25 anos]

Esse impacto é principalmente classificado como negativo (68,4%; positivo=31,5%). É negativo quando os enfermeiros sentem que nada podem fazer:

*Como é possível maltratar uma pessoa [idosa] que é da família e não se consegue defender! Mas eu não posso fazer nada!* [enfermeira, 27 anos]

O impacto positivo ocorre quando alguns enfermeiros usam a experiência como uma aprendizagem, sentindo-se ativados para introduzir alterações:

*Aprendo muito; enriquece-me. Estas situações deviam ser mais conhecidas e lembradas, discutidas!* [enfermeiro, 51 anos]

Os enfermeiros referem que cuidar de pessoas idosas os leva a “reflectir na prática profissional”, pois confronta-os com dilemas éticos, levando-os a ter mais vontade de estudar e aprender. Referem mesmo que amadurecem como profissionais.

*Cuido da doente há cerca de 7 anos e criei laços afectivos com ela e as filhas. [...] Por isso não reagi*

*só profissionalmente; teria sido mais fácil evocar o código deontológico e retirar-me; seria capaz de me envolver emocionalmente na decisão? Creio que não!* [enfermeira 42 anos]

“Reflectir na prática profissional” é mais classificado como positivo (60%) e ocorre quando sentem que a sua profissão lhes permitiu ajudar.

*Fiz o que podia fazer na altura, dar algum apoio emocional!* [enfermeira, 27 anos].

A classificação negativa ocorre quando sentem que podiam fazer mais, mas são impedidos pelo código de conduta profissional. Os enfermeiros referem que a dependência de outros profissionais constitui um obstáculo ao apoio que podem prestar a pessoas idosas:

*Senti-me mal por não poder ajudar mais; mas profissionalmente não me é possível; tentei pedir ajuda a outro profissional que pouco ou nada fez.* [enfermeira, 38 anos]

A “compaixão” é sempre classificada como impacto positivo (Tabela 2). Descrevem que ser compassivo se traduz em maior sensibilidade perante a vulnerabilidade dos pacientes idosos. Revelam gratidão pela amizade que os idosos lhes concedem. Alguns participantes revelam ter criado relações de amizade com a pessoa idosa que ajudaram (porque com os pacientes idosos se estabelecem interações profissionais mais duradouras).

*Estou reconhecido pela gratidão que esta pessoa expressou pela ajuda e atenção que lhe dispensei.* [enfermeiro, 26 anos]

As categorias “reflectir na visão social da velhice” (classificada como positiva e negativa) e “reflec-



tir na vida” (classificada como positiva) constituem 10,8% dos impactos (Tabela 2).

Os profissionais confrontados com o envelhecimento de outros reflectem na “visão social da velhice”, referindo: i) é retirado o direito de autodecisão às pessoas idosas; ii) a velhice é encarada como uma “fase sem vida”.

*O seu estado clínico era mau e acabou por falecer rapidamente; mas esteve consciente e podia ter sido ouvida, ninguém ligou; isto tem a ver com a forma como a velhice ainda é vista na sociedade!* [enfermeira, 26 anos]

Esse impacto é positivo quando os enfermeiros sentem que os dinamiza a contribuir para a alteração das imagens sociais da velhice.

“Reflectir na vida” ocorre quando os enfermeiros confrontados com o envelhecimento e a morte de pessoas idosas tendem a reflectir nos valores que guiam a sua vida, nas suas opções e na forma como podem/quêrem viver a sua velhice (por isso o impacto é positivo).

*É bom saber que há pessoas idosas com enorme vontade de viver!* [enfermeira, 23 anos]

### Experiências versus impactos

A distribuição dos impactos pelas experiências apresenta-se estatisticamente similar ( $\chi^2$  (20) = 24,2;  $p=0,243$ ). Assim, verifica-se que as diversas experiências podem associar-se aos diferentes impactos. Contudo algumas tendências merecem alguma atenção (Tabela 2).

**Tabela 2 Número e proporção de enfermeiros segundo experiências versus impactos. Aveiros, Portugal**

Impactos Experiências	Indignação		Reflectir na vida		Reflectir no social		Reflectir na profissão		Compaixão	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Vítimas de abuso	5	10,9	0	-	1	2,2	1	2,2	1	2,2
Aproximar da morte	4	8,7	1	2,2	0	-	1	2,2	2	4,4
Desrespeitados	1	2,2	0	-	0	-	2	4,4	0	-
Solidão	5	10,9	0	-	1	2,2	2	4,4	1	2,2
Doentes/dependentes	2	4,4	0	-	0	-	5	10,9	3	6,5
Fortes	0	-	1	2,2	1	2,2	0	-	1	2,2
Total	?			?		?				

O impacto “indignação e impotência” associa-se às experiências:

a) “Vítimas de abuso” (10,9%); na prestação de cuidados a pessoas idosas mais dependentes e/ou vulneráveis os enfermeiros relatam cenários de violência física, verbal e/ou negligência em cuidados básicos, por familiares, vizinhos ou estranhos;

*Fiquei sensibilizada e triste e sem poder fazer nada [...] Alguns idosos são maltratados pela família e vistos com um peso para sociedade!* [enfermeira, 27 anos]

b) “Solidão” (10,9%); os enfermeiros confrontam-se com pessoas idosas com limitações funcionais a viver sozinhas em precárias condições de higiene. Sentem-se impotentes, embora alertem os serviços

de acção social.

*Revolta, indignação e frustração... Tão desprotegidos, tentei melhorar a sua qualidade de vida!* [enfermeira, 53 anos]

c) “Aproximação da morte” (8,7%); os familiares, na tentativa de adiar a morte, levam os idosos para o hospital já numa situação terminal. O idoso morre no hospital, impedido de realizar o seu desejo de morrer em casa.

O impacto “reflectir na prática profissional” associa-se sobretudo à experiência de “doença e dependência” dos idosos (10,9%). As pessoas idosas tendem a apresentar diversas doenças e algum grau de dependência, por isso os enfermeiros querem saber mais e fazer melhor.

O impacto de “compaixão” associa-se sobretudo à “doença e dependência” (6,5%); i.e. a situações de cuidados mais prolongados em que os enfermeiros criam laços de amizade com os seus pacientes:

*No início senti um profundo desejo de ajudar, compaixão. Agora tenho um amigo... [enfermeiro, 48 anos]*

## Discussão

Experiências e impactos nos enfermeiros dos cuidados a pessoas idosas

Os enfermeiros sentem-se indignados e impotentes perante situações em que pessoas idosas são vítimas de abusos, vivem na solidão e experienciam a aproximação da morte. E revelam que estas experiências impactam a sua prática profissional, tornando-os mais compassivos perante a doença e dependência de pessoas idosas.

A literatura tem recomendado que os cuidados de saúde, e de enfermagem, se adequem para responder ao envelhecimento da população, considerando a complexidade e especificidade dos cuidados aos mais idosos (Ironsides e col., 2010; Wang, 2003; Lima e col., 2010). Assim, garantir cuidados de qualidade à população idosa exige que os enfermeiros sejam formados para gerirem condições complexas, o que inclui gerir (Ironsides e col., 2010): aspetos biomédicos (como episódios agudos decorrentes de uma ou mais doenças crónicas); e psicossociais (como dificuldades em manter cuidados informais adequados, riscos de abuso, gestão do processo de morrer). Essas circunstâncias trazem especificidades aos cuidados dos mais idosos. Os enfermeiros têm de ser capazes de acompanhar casos ao longo do tempo, considerando que a situação clínica evoluirá no sentido de maior fragilidade e incapacidade; para isso precisam atender a aspetos éticos sobre os cuidados, tratamentos e processos de decisão. Assim, precisam ser capazes de trabalhar em equipas de diversos profissionais, articulando-se num cuidado holístico. Mas, em geral, a formação dos enfermeiros ainda mantém o foco em episódios agudos de doença, com a experiência de formação clínica centrada em processos de doenças específicas ou no treino de competências para executar técnicas de cuidados (Ironsides e col., 2010).

Os resultados deste estudo sugerem que os enfermeiros estão pouco preparados para enfrentar a complexidade e especificidade do cuidado à pessoa idosa, que envolve necessidades relacionadas com a família, ética, situação económica, ligação aos serviços da comunidade, tratamento e apoio.

As famílias são os principais cuidadores informais das pessoas idosas. Os enfermeiros relatam situações de solidão de idosos: alguns casos vivem com familiares, mas não têm acompanhamento 24 horas, pois durante o dia os restantes membros do agregado estão a trabalhar; outros casos vivem sozinhos, pois não têm família ou houve afastamento ao longo da vida. Os enfermeiros tendem a culpabilizar a família, carecendo de uma análise refletida sobre essas circunstâncias. Com frequência, o agregado familiar precisa de vários salários para permitir a subsistência económica da família, não conseguindo alternativas de acompanhamento do familiar idoso dentro das suas capacidades económicas. Além disso, o afastamento familiar pode ter sido influenciado pela pessoa idosa, isto é, aquela pessoa idosa que agora é frágil pode, ao longo da vida, ter negligenciado a sua família.

Em termos éticos, os enfermeiros relatam, nas suas experiências, o desrespeito dos profissionais pelas pessoas idosas, principalmente quando entregam decisões à família sem questionar a vontade e capacidade do idoso. Atualmente os profissionais ainda desconhecem os direitos dos idosos e agem com boa intenção, mas sem informação e formação; provavelmente a sua ação assenta nas imagens sociais que questionam as capacidades dos idosos. Porém, a partilha das decisões com a pessoa idosa é um meio de evocar o princípio ético da autonomia, e a participação ativa nas decisões é uma via de humanização de cuidados em saúde (Lima e col., 2010).

A situação económica da pessoa idosa (e da sua família) pode limitar o acesso ao cuidado de saúde e mesmo a condições de habitabilidade, alimentação e higiene condignas. Assim, é crucial a articulação com serviços sociais e instituições comunitárias. Todavia, pelo menos em Portugal, essa parceria (prevista na lei) ainda é uma prática em desenvolvimento, sendo que os profissionais não têm formação, nem rotina, para trabalhar em rede.

O cuidado a pessoas idosas exige continuidade,

ou seja, é mais do que uma série de momentos de cuidado. Por isso, tratamento, apoio e ligação aos serviços da comunidade têm de ser bem articulados, o que nos relatos obtidos ainda parece ser difícil.

Além disso, parece relevante um melhor entendimento das especificidades do envelhecimento em termos individuais, familiares e sociais. Designadamente parece pertinente que os enfermeiros consigam conciliar nas pessoas idosas elementos de fragilidade física com aspetos de força emocional, ou seja: ver uma pessoa idosa doente, dependente ou em processo de morrer, que ao mesmo tempo sente alegria e força de viver. Nas experiências relatadas, 8,5% referem-se a esses casos. Será provável que essa situação possa ser mais comum, pois a sabedoria e a experiência de vida surgem na literatura como elementos de força nos idosos, que lhes dão mais conhecimento, disponibilidade e serenidade (Palmore, 1999; Moniz, 2008). A vivência da velhice pode ser complicada para quem é mais novo e *olha de fora*: parece paradoxal a fragilidade física coexistir com a força emocional e o conhecimento. Um dos desafios na velhice é a aceitação da doença e dependência, o que pode desencadear estranheza em pessoas jovens (a média etária dos participantes é 32,1 anos).

Erikson e Erikson (1998) propôs dois estádios para a fase final da vida: o oitavo estádio nomeado “integridade *versus* desespero” e o nono estádio designado “desespero *versus* integridade”. O autor salienta que, ao longo da vida, no encontro entre o sintónico (positivo) e o distónico (negativo), o elemento sintónico ganha. Mas no nono estádio o elemento distónico é dominante e o conflito e a tensão (perdas de capacidades funcionais) são fontes de crescimento e compromissos. Ou seja, o desenvolvimento no nono estádio desafia a vivência anterior, podendo ser difícil de aceitar por quem o vive e muito complicado de perceber por quem o observa.

A experiência de prática clínica com as pessoas idosas ajuda os enfermeiros a: refletir e amadurecer em termos profissionais; refletir na visão social da velhice, criando imagens sociais da velhice mais realistas; refletir na sua vida, ponderando os seus valores; a serem mais compassivos, com maior sensibilidade perante a vulnerabilidade do outro. A experiência clínica em contexto de formação po-

deria incluir a ligação e o cuidado a pessoas idosas, podendo ser analisada nessas diferentes vertentes. De facto, cuidar de pessoas idosas envolve complexidade acrescida, que exige transformações na forma como os enfermeiros exercem a sua profissão. Além disso, os cuidados aos mais velhos precisam de ser adequados à especificidade da velhice (não podem ser apenas uma adaptação dos cuidados dos adultos). E trabalhar com pessoas mais velhas é um confronto com o *nosso* futuro e vida (por exemplo, encarando circunstâncias como a mortalidade/finitude, dependência funcional), implicando refletir sobre valores individuais e desenvolvimento de compaixão.

Essencialmente, os resultados sugerem a pouca preparação dos enfermeiros para compreenderem o envelhecimento, pois, tal como a literatura indica, a geriatria/gerontologia ainda está sub-representada nos programas de formação dos profissionais de saúde. Contudo, os cuidados a pessoas idosas parecem influenciar os enfermeiros de forma positiva, constituindo experiências formadoras e resilientes relevantes na dinamização das organizações de saúde (Moniz, 2008).

### **Limitações e perspectivas de pesquisa**

A principal limitação do estudo centra-se na amostra. Apesar da saturação dos dados, uma amostra maior permitiria relacionar melhor experiência e impacto e, também, perceber influências de idade (do enfermeiro e do idoso) e do contexto (comunidade, hospital, lar de idosos). Além disso, como as dinâmicas profissionais variam com os contextos (por exemplo, urgência *versus* centro de saúde), seria relevante constituir amostras por contexto. Estudos posteriores poderão contemplar os anos de experiência profissional e a in/existência de formação pos/graduada em gerontologia e/ou geriatria, para perceber influências nas experiências e impactos. Este estudo poderia ser alargado a outros profissionais que trabalham com pessoas idosas (como médicos e técnicos de serviço social), principalmente aqueles em maior articulação com a enfermagem, ajudando a compreender melhor a experiência dos enfermeiros. Podem ser usados outros métodos de recolha de dados, por exemplo entrevistas semiestruturadas e aprofundadas.

## Considerações finais

Em geral, a formação precede a experiência profissional, mas no caso da população idosa a experiência profissional dos enfermeiros tem precedido a formação. Neste estudo os enfermeiros revelam indignação e impotência perante pessoas idosas vítimas de abusos, vivendo na solidão e experienciando a aproximação da morte; refletem na prática profissional e ficam mais compassivos perante a doença e dependência. Esses resultados parecem apontar para limitações na formação, que restringem os enfermeiros no entendimento da complexidade e especificidade inerentes ao cuidado dos mais velhos. Contudo, as aprendizagens decorrentes da experiência profissional podem ser incorporadas para favorecer uma formação mais reflexiva, talvez assente nos princípios da gerontagogia, assumidos em diversos programas acadêmicos seniores.

## Referências

- ADAMS, A. et al. The influence of patient's age on clinical decision-making about coronary heart disease in the USA and UK. *Ageing and Society*, Brunel, v. 26, n. 2, p. 303-322, 2006.
- ANGUS, J.; REEVE, P. Ageism: a threat to "aging well" in the 21st Century. *Journal of Applied Gerontology*, Tampa, v. 25, n. 2, p. 137-152, 2006.
- BENINCÁ, C.; FERNANDEZ, M.; GRUMMANN, C. Cuidado e morte do idoso no hospital vivência: da equipe de enfermagem. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 2, n. 1, p. 17-29, 2005.
- CAMARGO-BORGES, C.; MISHIMA, S. A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 29-41, 2009.
- 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/v9n3ao4.htm](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n3/v9n3ao4.htm)>. Acesso em: 07 abr. 2009.
- CASTRO, C. *Representações sociais dos enfermeiros face ao idoso em contexto de prestação de cuidados*. 2007. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde) - Universidade Aberta, Lisboa, 2007.
- COOPER, S.; COLEMAN, P. Caring for the older person: an exploration of perceptions using personal construct theory. *Age and Aging*, Oxford, v. 30, n. 5, p. 399-402, 2001.
- COURTNEY, M. et al. The impact of rural clinical placement on student nurses' employment intentions. *Collegian*, Canberra, v. 9, n. 1, p. 3-18, 2002.
- ERIKSON, E.; ERIKSON, S. *O ciclo de vida completo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- FLANAGAN, J. The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, Washington, DC, v. 51, n. 4, p. 327-355, 1954.
- FRANCIS, D. Reconstructing the meaning given to critical incidents in nurse education. *Nursing Education in Practice*, London, v. 4, n. 4, p. 244-249, 2004.
- GREENWALD, G.; KRIEGER, L. Implicit bias. *California Law Review*, Califórnia, v. 94, n. 4, p. 945-967, 2006.
- HERDENSON, V. The nursing process: is the title right? *Journal of Advanced Nursing*, Kingston-upon-Hull, v. 7, n. 2, p. 103-109, 1982.
- HIGGINS, I. et al. The negative attitudes of nurses towards older patients in the acute hospital setting: a qualitative descriptive study. *Contemporary Nurse*, London, v. 26, n. 2, p. 225-237, 2007.
- HUNTER, S.; LEVETT-JONES, T. The practice of nurses working with older people in long term care. *Journal of Clinical Nursing*, New York, v. 19, n. 3/4, p. 527-536, 2010.
- IRONSIDE, P. et al. Fostering geriatrics in associate degree nursing education: an assessment of current curricula and clinical experiences. *Journal of Nursing Education*, Kansas, v. 49, n. 5, p. 246-252, 2010.

- JÖNSSON, H. Social democratic aging in the people's home of Sweden. *Journal of Aging Studies*, Missouri, v. 19, n. 3, 291-308, 2005.
- KEMPPAINEN, J. The critical incident and nursing care quality research. *Journal of Advanced Nursing*, Kingston-upon-Hull, v. 32, n. 5, p. 915-933, 2000.
- KIHLGREN, A.; NILSSON, M.; SORLIE, V. Caring for older patients at an emergency department-emergency reasoning. *Journal of Clinical Nursing*, New York, v. 14, n. 5, p. 601-608, 2005.
- KOCH, T.; WEBB, C. The biomedical construction of ageing: implications for nursing care of older people. *Journal of Advanced Nursing*, Kingston-upon-Hull, v. 23, n. 5, p. 954-959, 1996.
- LIMA, A.; SILVA, S.; 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, R.; RODRIGUES, M. Estereótipos sobre idosos: uma representação social gerontofóbica. *Millenium*, Lisboa, n. 29, p. 249-254, 2004.
- MILES, M.; HUBERMAN, A. *Qualitative data analysis*. Beverly Hill: Sage, 1984.
- MONIZ, J. Cuidar de pessoas idosas: as práticas de cuidados de enfermagem como experiências formadoras. *Revista Kairós*. São Paulo, v. 11, n. 1, p. 39-57, 2008.
- NAY, R.; GARRAT, S. *Nursing older people: issues and innovations*. 2. ed. Sydney: Churchill Livingstone, 2004.
- PALMORE, E. *Ageism: negative and positive*. New York: Springer, 1999.
- PLAISIER, I. et al. The contribution of working conditions and social support to the onset of depressive and anxiety disorders among male and female employees. *Social Science and Medicine*, Atlanta, v. 64, n. 2, 401-410, 2006.
- PRETO, V.; PEDRÃO, L. El estrés entre enfermeros que actúan en las Unidades de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 12-21, 2009.
- RIBEIRO, A.; SOUSA, L. As imagens da velhice e do envelhecimento em médicos, enfermeiros e técnicos de serviço social. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, Porto, v. 2, n. 1, p. 22-35, 2008.
- SHARIF, F.; MASOUMI, S. A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. *BMC Nursing*, Connecticut, v. 4, n. 6, p. 34-41, 2005.
- SIMKINS, C. Ageism's influence on health care delivery and nursing practice. *Journal of Nursing Student Research*, Pennsylvania, v. 5, n. 1, p. 24-28, 2007.
- TRINKOFF, A. et al. Workplace access, negative proscriptions, job strain, and substance use in registered nurses. *Nursing Research*, Lippincott, v. 49, n. 2, p. 83-90, 2000.
- WANG, C. Working with older adults: a nurse practitioner's experience from a human being perspective. *Nursing Times Research*, Edinburg, v. 8, n. 2, p. 134-149, 2003.

Recebido em: 06/10/2011

Aprovado em: 14/03/2013