



e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA**

**Dos Cuidados Continuados ao Domicílio: Dificuldades dos
Enfermeiros na Preparação da Alta do Idoso Dependente**

Joana dos Santos Baptista

Coimbra, Dezembro 2012



e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA**

**Dos Cuidados Continuados ao Domicílio: Dificuldades dos
Enfermeiros na Preparação da Alta do Idoso Dependente**

Joana dos Santos Baptista

Orientador: Professor Doutor Rogério Manuel Clemente Rodrigues, Professor na
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

para obtenção do grau de Mestre em

Enfermagem Comunitária

Coimbra, Dezembro 2012

*“Enfim do uma escolha faz-se um desafio
Enfrenta-se a vida de fio a pavio
Navega-se sem mar, sem vela ou navio
Bebe-se a coragem até de um copo vazio
E vem-nos à memória uma frase batida
Hoje é o primeiro dia do resto da tua vida.”*

Sérgio Godinho

“Aos amigos que estão comigo e que me dão força todos os dias e aos que estão distantes mas sempre perto.”

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Rogério Rodrigues, pelo apoio, disponibilidade, orientação e objetividade.

À minha família Sofia Batista, Maria Antónia Batista e Humberto Batista pela ajuda e pela força.

Ao Amigo Diogo Brandão pela preciosa ajuda na conclusão deste trabalho.

A todos os(as) enfermeiros(as) que participaram neste estudo, pela sua disponibilidade e entrega na colheita dos dados.

SIGLAS

AVC – Acidente vascular cerebral

AVD – Atividades de vida diária

CCI – Cuidados continuados integrados

ECSCP - Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos

ECCI - Equipa de cuidados continuados integrados

PTA – Prótese total da anca

TCE – Traumatismo crâneo-encefálico

UC – Unidade de convalescença

UCC – Unidade de cuidados continuados

UCP – Unidade de cuidados paliativos

ULDM – Unidade de longa duração e manutenção

UMDR – Unidade de média duração e reabilitação

RNCCI – Rede nacional de cuidados continuados integrados

RESUMO

O aumento do número de pessoas idosas, a indisponibilidade das famílias para prestar cuidados e a insuficiência de estruturas e serviços cria novas necessidades de cuidados de saúde a pessoas em situação de dependência.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados situa-se num nível intermédio de cuidados entre os de internamento hospitalar e os de base comunitária, pretendendo a prestação de cuidados numa perspectiva de reabilitação e/ou satisfação de necessidades à pessoa dependente, assim como a participação e co-responsabilização da família na prestação de cuidados enquanto núcleo privilegiado para o equilíbrio e bem-estar da pessoa idosa ou em situação de dependência.

Tendo presente esta realidade, desenvolvi este estudo que teve por objetivo identificar as dificuldades dos enfermeiros na preparação do idoso e seus familiares para a alta domiciliária. O estudo foi realizado com base na abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo. Participaram neste estudo treze enfermeiros(as) que exercem funções em unidades de cuidados continuados. Os dados qualitativos foram recolhidos através de entrevista semi-estruturada e registados em gravação áudio, com consentimento dos(as) participantes. A análise dos dados foi realizada segundo Bardin (2011).

A partir desta análise, foi possível identificar as maiores dificuldades vividas pelos enfermeiros, no que diz respeito à preparação do idoso e sua família para a alta domiciliária e identificar estratégias facilitadoras de todo o processo.

Com este estudo, espero contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos idoso nas unidades de cuidados continuados assim como contribuir na ajuda aos seus familiares com vista à reintegração social do idoso.

ABSTRACT

The increasing number of elderly people, the unwillingness of families to provide care and insufficient infrastructure and services creates new demands for health care to people in situations of dependency. The Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados is located at an intermediate level of care between hospital and community-based, pretending to care rehabilitation perspective and/or satisfaction of the dependent person needs, as well as participation and co-responsibility of the family in care while privileged core for balance and well-being of the elderly person or the dependent.

Mindful of this fact, developed this study, which aimed to identify the difficulties in the preparation of nurses for the elderly and their families to the high residence. The study was based on qualitative, exploratory and descriptive. Thirteen nurses participated in this study who work in continuing care units. Qualitative data were collected through semi-structured interviews and recorded on audio tape, with the consent of participants. Data analysis was performed according to Bardin (2011).

From this analysis, it was possible to identify the major difficulties experienced by nurses, with regard to the preparation of the elderly and their families to the high home and identify strategies facilitating the whole process.

With this study we hope to contribute to improving the quality of care provided to elderly continuing care units as well as help contribute to their families for the social reintegration of the elderly.

INDÍCE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Motivo de internamento dos utentes na RNCCI	44
Quadro 2 – Dimensão 1: Atividades de enfermagem que contribuem para a recuperação do idoso/regresso ao domicílio	45
Quadro 3 – Dimensão 2: Dificuldades sentidas pelos enfermeiros na preparação do utente idoso para a alta	46
Quadro 4 – Dimensão 3: Dificuldades sentidas pelos enfermeiros na abordagem/preparação da família para a alta do idoso	47
Quadro 5 – Dimensão 4: Estratégias facilitadoras para a preparação da alta	49

SUMÁRIO

	Pág.
INTRODUÇÃO	19
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1.1 - ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO	21
1.2 - POLÍTICAS DIRIGIDAS AOS IDOSOS	23
1.2.1 – Políticas De Saúde	24
1.2.2 – Políticas Dirigidas Às Famílias	26
1.3 - REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	27
1.3.1 - Criação Da Rede, Princípios E Objectivos	28
1.3.2 - Tipologias De Resposta	29
1.3.3 - Resultados Da Avaliação Da Rede	32
1.4 – O IDOSO E A FAMÍLIA NO CONTEXTO DOS CUIDADOS	33
1.5 - DELIMITAÇÃO DO ESTUDO	35
2 - METODOLOGIA	37
2.1 – CONTEXTO	37
2.2 - PARTICIPANTES DO ESTUDO	38
2.3 - RECOLHA DE DADOS	38
2.4 - ANÁLISE DOS DADOS	39
2.5 - QUESTÕES ÉTICAS	40
2.6 - RIGOR DO ESTUDO	40
3 – RESULTADOS DO ESTUDO	43
3.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS(AS) PARTICIPANTES DO ESTUDO	43
3.2 – CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS/RESULTADOS	44

	Pág.
4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	51
4.1 - ACTIVIDADES DE ENFERMAGEM QUE CONTRIBUEM PARA A RECUPERAÇÃO DO IDOSO/REGRESSO AO DOMICÍLIO	52
4.2 – DIFICULDADES SENTIDAS PELOS ENFERMEIROS NA PREPARAÇÃO DO UTENTE IDOSO PARA A ALTA	54
4.3 - DIFICULDADES SENTIDAS PELOS ENFERMEIROS NA ABORDAGEM/ PREPARAÇÃO DA FAMÍLIA PARA A ALTA DO IDOSO	56
4.4. ESTRATÉGIAS FACILITADORAS PARA A ALTA	63
CONSIDERAÇÃO FINAIS	69

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética

APÊNDICES

Apêndice I – Guião de Entrevista

Apêndice II – Transcrição das entrevistas

Apêndice III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

INTRODUÇÃO

Em Portugal, tal como em toda a Europa, o envelhecimento demográfico é uma realidade, resultado do aumento da esperança média de vida e da baixa natalidade. Verifica-se o aumento do número de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, a indisponibilidade das famílias por atividade laboral, bem como por dificuldades económico-financeiras e as diminutas estruturas de apoio à família e à pessoa com dependência.

Neste âmbito foi criada, em 2006, em Portugal, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrada no Sistema Nacional de Saúde, com o objetivo de dar resposta às carências de cuidados a pessoas em situação de dependência. Trata-se de um modelo de intervenção articulado entre a área da saúde e da segurança social, cujos cuidados se desenvolvem numa perspetiva de promoção de autonomia, através da reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social, situando-se num nível intermédio entre os cuidados de base comunitária e os de internamento hospitalar.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é constituída por inúmeras equipas e serviços, desde os internamentos aos serviços de apoio domiciliário. As unidades de internamento constituem atualmente um forte apoio à população no que diz respeito à prestação de cuidados de saúde, ocupando a enfermagem uma posição de destaque dado que o seu trabalho contribui para a promoção da autonomia dos utentes que usufruem deste serviço.

Desde a sua implementação, tem-se verificado um crescente aumento de número de camas a nível nacional, no entanto a espera de vaga por vezes é demorada. Poucos são os estudos realizados na área dos cuidados continuados e deste modo este estudo é direcionado às dificuldades encontradas pelos enfermeiros no encaminhamento do utente idoso para o domicílio. Pretendo com este estudo, a identificação, em contexto de internamento e na perspetiva dos enfermeiros, de situações que dificultam a reinserção familiar do idoso dependente e com isso poder delinear estratégias com vista à melhoria dos cuidados.

Para a elaboração deste estudo, foi utilizada uma abordagem qualitativa, uma vez que permite uma melhor percepção das experiências dos enfermeiros na prestação de cuidados continuados à pessoa idosa e respetiva preparação para a alta.

Este relatório foi estruturado em três fases: conceptual, metodológica e empírica. Na fase conceptual é feita uma revisão bibliográfica sobre os temas mais relevantes do estudo assim como os respetivos objetivos. Na fase metodológica é descrito o tipo de estudo, participantes, método de recolha e análise de dados, questões éticas e rigor do estudo. Na fase empírica é feita a apresentação dos dados e respetiva discussão.

Como enfermeira dos cuidados continuados, espero poder contribuir com este estudo para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem nestas unidades, através de um trabalho que continuará para além deste estudo.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo pretende expor as principais bases teóricas e conceptuais que têm relevo no contexto deste trabalho. Pretende-se a abordagem do envelhecimento demográfico, assim como das políticas existentes a nível nacional dirigidas aos idosos. Sem esquecer a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados que representa um forte apoio ao idoso tanto na área da saúde como na área social, enquadrando a família em todo o contexto de cuidados.

1.1 – ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

O envelhecimento, se definido apenas numa perspetiva fisiológica, diz respeito unicamente à deterioração dos sistemas orgânicos. No entanto, o envelhecimento é um processo multidimensional influenciado pelas vivências fisiológicas, psicológicas, sociológicas e espirituais ao longo do passar dos anos. Este processo multidimensional facilitou a compreensão de que o envelhecimento é um processo de crescimento e desenvolvimento (Stanhope e Lancaster, 2011).

Em toda a história do Homem, muitas têm sido as dúvidas surgidas em volta do envelhecimento. Apesar de todas as pessoas envelhecerem, este processo ocorre em cada uma de maneiras diferentes e em ritmos igualmente diferentes. O tempo de vida e qualidade de vida que cada um tem varia de pessoa para pessoa (Spirduso, 2005).

O envelhecimento demográfico é um fenómeno social atual característico dos países industrializados muito particularmente da Europa, e Portugal não é exceção. O envelhecimento progressivo da população mundial traduz-se essencialmente pelo aumento da população idosa de 65 e mais anos de idade e pelo acréscimo relativo dos chamados grandes idosos, de 75 e mais anos, em paralelo com a diminuição do grupo dos jovens dos 0-14 anos. É um fenómeno complexo que se tem vindo a acentuar nas últimas décadas. Como explicação para este fenómeno, são apontadas algumas razões de natureza distinta, nomeadamente a diminuição da natalidade (mais

propriamente uma diminuição da fecundidade), o aumento da esperança de vida, a redução das taxas de mortalidade infantil, a dinâmica dos movimentos migratórios e o processo de desenvolvimento socioeconómico (Cónim, 1999).

Em 2050, e segundo as previsões das Nações Unidas, poderá atingir-se um ganho de dois anos na esperança média de vida. Contudo, atualmente, os sinais de envelhecimento da população já são bem visíveis assim como as situações daí decorrentes, tais como o aumento dos problemas de dependência, as conseqüentes necessidades e os custos da criação de respostas adequadas (Gomes, 2010). A grande mudança que se espera conseguir nas próximas décadas será, para além de viver mais tempo, viver de forma saudável e com o mínimo de incapacidades. Espera-se que daqui a 40 anos se viva até mais tarde com qualidade de vida. Segundo os dados de 2007 do Eurostat os homens vivem 58 anos sem incapacidade o que corresponde a 77% da sua vida saudável, enquanto que as mulheres vivem mais tempo, mas apenas 57 anos sem incapacidade o que corresponde a 70% de vida saudável (idem).

Em Portugal, verifica-se que a população residente quase duplicou entre 1900 e 2009, no entanto, este crescimento não foi uniforme ao longo dos anos devido à existência de guerras, epidemias e fatores migratórios. Nos últimos anos o crescimento populacional tem sido muito lento e denota-se um contínuo envelhecimento demográfico, processo que modifica o perfil das pirâmides etárias, ou seja estreitamento da base da pirâmide como resultado do declínio da fecundidade e alargamento do topo da mesma, como resultado do aumento do número de idosos. O fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, continua bem vincado nos resultados do último censo. Em 2011, Portugal apresentava cerca de 15% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população tem 65 ou mais anos de idade (INE, 2011).

De acordo com as projeções divulgadas em 2009, até 2060 a população jovem deverá diminuir dos 15,2% em 2009 para 11,9%, enquanto que a população idosa deverá crescer de 17,9% em 2009 para 32,3% em 2060. Verifica-se assim o contínuo envelhecimento demográfico, podendo o índice de envelhecimento aumentar de 118 em 2009 para 271 em 2060 (INE, 2010).

Com as projeções demográficas a sociedade começa a consciencializar-se que os idosos constituem uma nova ordem social e que é necessário fomentar a integração e

a participação destes na sociedade para que possam ter mais cidadania (Cónim, 1999).

À medida que a população envelhece, as doenças crónicas aumentam e a necessidade de tratamentos também, pelo que os custos crescentes de cuidados de saúde, começam nos dias de hoje e em paralelo com as crises financeiras atuais, a ganhar um novo relevo (OMS, 2010).

1.2 - POLÍTICAS DIRIGIDAS AOS IDOSOS

Pelo acentuado envelhecimento da população, as medidas no âmbito das políticas de saúde, juntamente com o papel e as práticas dos profissionais de saúde têm sido alvo de atenção com apelos a novas formas de agir e ver a população idosa. É imperativo saber cuidar e intervir numa abordagem holística, integradora, dignificante e humanizada, respondendo assim de forma mais adequada às necessidades do idoso (Costa, 2002).

Os cuidados aos idosos inserem-se num quadro de identificação e reconhecimento das suas necessidades, centrando a observação na avaliação das suas capacidades e recursos individuais e familiares. Deste modo, estão conjugados um conjunto de fatores e preocupações que justificam uma reflexão sobre a prestação de cuidados de enfermagem ao idoso (Pereira, 2001).

Diversos organismos internacionais definem pessoas idosas como a população com mais de sessenta e cinco anos. Contudo, esta definição torna-se ambígua e por vezes gera alguma confusão semântica uma vez que integra tudo o que diz respeito aos velhos na sociedade moderna, homogeneizando-os e indiferenciando-os dentro dessa categoria social (Carvalho, 2009).

A conceptualização da política de cuidados na área das pessoas idosas integra as dimensões sociais e da saúde. O social engloba o psicológico, o psicossocial e o serviço social, remetendo para a satisfação das necessidades fundamentais, como a alimentação, a higiene pessoal, o processo de participação, liberdade e direitos de integração social do indivíduo na comunidade. A saúde engloba a enfermagem, a reabilitação e a medicina, e remete para os cuidados de saúde preventivos, de tratamento, de reabilitação e paliativos, permitindo integrar diferentes níveis de intervenção enquanto ações conjuntas pró-ativas. A conceptualização da política de

cuidados na atualidade, implica uma responsabilidade partilhada que permita articular os cuidados formais e informais. Os cuidados formais são prestados por organizações lucrativas, não lucrativas e públicas. Os cuidados informais são prestados por

cuidadores familiares, vizinhos, amigos e voluntários que podem ser pagos ou não. A nova geração de políticas introduz a possibilidade de os cuidados prestados pelo cuidador familiar serem igualmente pagos, valorizando assim o trabalho de “cuidar” efetuado dentro da família (Idem).

1.2.1 - Políticas de Saúde

Antigamente, chegar à velhice era um privilégio para poucos. Nos dias de hoje este facto tornou-se habitual mesmo para países mais pobres. Isto representa um grande desafio, uma vez que o envelhecimento da população é uma aspiração natural de qualquer sociedade, mas implica que esse envelhecimento ocorra com qualidade de vida (Lima e Veras, 2003).

Paralelamente às alterações observadas na evolução da estrutura das pirâmides etárias, as doenças próprias do envelhecimento ganham maior expressão. Em consequência, verifica-se uma crescente procura dos serviços de saúde. O idoso consome mais serviços de saúde, os internamentos hospitalares são mais frequentes e mais longos. Em geral, as doenças dos idosos são crónicas e múltiplas, perduram por muitos anos, exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos. É necessário encontrar meios para integrar os idosos na sociedade, mudar conceitos e utilizar novas tecnologias, com inovação e sabedoria, para que se consiga alcançar de forma justa e equitativa a distribuição de serviços e facilidades para o grupo populacional que mais cresce (Idem).

Em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde representa uma marca de sucesso na democracia portuguesa e o pilar do sistema de saúde. Concretiza uma política de saúde centrada no cidadão e orientada para mais e melhor saúde. Nos últimos 30 anos a sociedade portuguesa sofreu uma profunda alteração com a redução da natalidade e aumento da esperança média de vida o que fez crescer a importância da resposta aos problemas dos cidadãos idosos (Ministério da Saúde, 2009). Os sucessivos governos têm proposto inúmeras atividades na área da saúde do idoso, no entanto nem sempre levadas a cabo. O XVII Governo Constitucional (2005-2009)

propôs na área de envelhecer com saúde: a promoção e criação de serviços comunitários de proximidade sob a forma de parcerias entre centros, extensões de saúde e instituições de apoio social; a articulação entre centros de saúde, hospitais, cuidados continuados e instituições de apoio social; a capacitação dos hospitais para a reabilitação imediata do doente crónico e idoso logo após o episódio agudo e sua reinserção na família, através dos serviços comunitários de proximidade; o planeamento correto dos equipamentos de cuidados continuados; a reativação dos cuidados de saúde no domicílio, em articulação com os serviços comunitários de proximidade e o reforço do apoio à família através de internamento temporário e apoio domiciliário de saúde (Governo da República Portuguesa, 2009).

O XVIII Governo Constitucional (2009-2011) propôs na área da saúde a consolidação da reforma dos cuidados de saúde primários, a antecipação do prazo para a concretização da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) e a forte dinamização da promoção da saúde, através de importantes medidas integradas no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (Ministério da Saúde, 2009). Por sua vez, do programa do atual governo destaca-se a intenção de transferir de forma gradual, alguns cuidados atualmente prestados em meio hospitalar para estruturas de proximidade, nomeadamente ao nível da rede de cuidados primários e da rede de cuidados continuados (Governo da República Portuguesa, 2011).

Para os sucessivos governos, o apoio aos idosos continua a ser uma área privilegiada de parceria entre o setor da saúde e o setor social, com destaque para a RNCCI, cujo reforço permitirá atingir as metas traçadas para 2016 já em 2013. O trabalho já desenvolvido demonstrou que a RNCCI tem uma posição fundamental e complementar ao nível da prestação de cuidados. Representa uma resposta adequada às necessidades dos mais carenciados e dependentes, num esforço de solidariedade e respeito pela dignidade humana. Propõe-se a contínua prestação de cuidados no sistema de saúde, articulando entre si e integrando o apoio social adequado na falta de familiares ou outros cuidadores, assim como o alargamento do apoio domiciliário de cuidados continuados integrados a todo o país e durante toda a semana. Prevê-se ainda a criação de Unidades de Cuidados na Comunidade, abrangendo cuidados domiciliários integrados para idosos e outros serviços de base comunitária, que devem existir em todos os municípios do país até 2012 (Ministério da Saúde, 2009).

1.2.2 - Políticas Dirigidas às Famílias

Relativamente às políticas dirigidas às famílias, em Portugal, o estado sempre teve uma função subsidiária em relação ao apoio familiar, ou seja, este apela ao princípio da subsidiariedade. A instância superior que é o estado, só intervém quando a instância inferior – mercado ou sociedade civil, não têm intervenção. As políticas existentes colocam a família e as redes de solidariedade no centro do sistema de bem-estar dando grande importância às “redes de vizinhança e ao reforço dos vínculos e da solidariedade intergerações (Lesemann e Martin, 1995 apud Carvalho, 2010).

O estado incentiva a existência de serviços privados e de economia social em articulação com as responsabilidades familiares. De entre os apoios prestados pela família destacam-se o doméstico (apoio efetivo e material); afetivo da rede familiar (apoio relacional) e financeiro (apoio económico) (Idem).

Em Portugal, a maioria dos cuidados são prestados no âmbito familiar, sendo a política pública deficitária comparativamente a outros países europeus. Apela-se às chamadas trocas intergeracionais (entre pais e filhos) e aos contratos sociais dentro da própria família (Carvalho, 2009).

As novas famílias e os novos percursos de vida constituem um dos desafios ao modelo social europeu, uma vez que a maior instabilidade familiar e o aumento do número de agregados familiares “atípicos” significam também uma polarização potencial: por um lado o divórcio, as separações e as famílias monoparentais geram riscos graves de pobreza, por outro, a tendência para a existência de agregados familiares com dois rendimentos reforça a base de recursos das famílias, alargando o fosso entre agregados familiares ricos e pobres. Esta revolução da família origina novos riscos e novas necessidades de recursos que têm uma incidência grave nas famílias com jovens e crianças. Assim sendo, deve ser redefinida a política social de maneira a que esta reforce as famílias fortes e viáveis e proteja as pessoas em maior risco (idem).

Atualmente, tanto os mercados de trabalho como as famílias são, de um modo geral, fontes geradoras de insegurança, de precariedade e, muitas vezes, de exclusão social, o que sobrecarrega os sistemas políticos de proteção social. Deste modo, deve ser repensada a política social de maneira a que os mercados de trabalho e as famílias se transformem em fatores de otimização da proteção social, garantindo que os

trabalhadores do futuro sejam tão produtivos e ricos em recursos quanto possível (Ibidem).

Os governos dos países desenvolvidos, estão a reajustar as suas políticas de bem estar social, e a tendência, dada a conjuntura económica, é a redução dos investimentos nos setores da saúde e de benefícios, revertendo para a ampliação das responsabilidades da família no que diz respeito ao sustento e cuidados aos idosos dependentes, uma vez que a permanência destes no domicílio representa uma redução significativa nos custos de assistência hospitalar (Karsch, 2003).

No entanto, para que a responsabilidade do cuidar recaia sobre a família, esta deve seguir um modelo estável nuclear e deve ser assegurado que existe sempre um dos membros da família disponível para assistir às necessidades do idoso. O cuidador familiar do idoso dependente deve ser alvo de orientação de como proceder nas situações mais difíceis e receber em casa periódicas visitas profissionais, quer médicas, de enfermagem, de fisioterapia e outras áreas de relevo para supervisão e capacitação. Este apoio é fundamental quando se trata de casais idosos em que o menos lesado assume os cuidados do outro. É necessário também chamar a atenção dos profissionais de saúde que tenham em consideração as mudanças sociais e económicas que estão a transformar as estruturas familiares (Idem).

1.3 - REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Em Portugal, e ao longo dos últimos anos, tal como em toda a Europa, o envelhecimento demográfico conjugado com o aumento do número de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, a indisponibilidade das famílias por atividade laboral e a insuficiência de estruturas e serviços de apoio à família tem criado novas necessidades de cuidados de saúde a pessoas em situação de dependência assim como fortes necessidades ao nível de apoio psico-social. Neste contexto ganha relevo o conceito de cuidados continuados integrados (CCI) definidos como o:

“Conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua

reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (Decreto-Lei nº101/2006, p.3857)

1.3.1 - Criação da Rede , Princípios e Objectivos

A RNCCI foi criada em Portugal pelo Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho, no âmbito das políticas dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. Formaliza uma estratégia nacional que pretende dinamizar a implementação de unidades e equipas para prestação de cuidados, financeiramente sustentáveis, dirigidos às pessoas em situação de dependência e assentes em parcerias públicas, sociais e privadas sendo o Estado o principal incentivador. “Tal modelo tem de situar-se como um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar” (Decreto-Lei nº101/2006, p.3856). Este modelo visa “contribuir para a melhoria do acesso do cidadão com perda de funcionalidade ou em situação de risco de a perder, através da prestação de cuidados técnica e humanamente adequados” (Idem).

Segundo a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2009), com a finalidade de prestar cuidados à pessoa em situação de dependência, independentemente da sua idade, os principais objetivos da RNCCI são:

- Melhorar as condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados de saúde e apoio social;
- Manutenção das pessoas com perda de funcionalidade, ou em risco de a perder, no domicílio sempre que seja possível garantir os cuidados necessários;
- Apoio, acompanhamento e internamento tecnicamente adequados à situação;
- Melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e apoio social;
- Apoio aos familiares e cuidadores informais;
- Articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação;

- Prevenção de lacunas de serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura nacional, das necessidades das pessoas em situações de dependência.

Com estes objetivos pretende-se a obtenção de ganhos em saúde, o aumento da cobertura da prestação de serviços de CCI a nível nacional, redução da procura dos serviços hospitalares, melhoria de condições de vida e bem-estar e manutenção das pessoas com dependência, sempre que possível, no domicílio. Todos estes objetivos e intervenções contribuem ainda para a diminuição das taxas de ocupação de camas hospitalares, redução do número de internamentos de pessoas em situações de dependência e conseqüente redução de custos ao nível das unidades hospitalares. A criação da RNCCI assenta num plano de desenvolvimento estratégico e progressivo, devendo atingir 100% de cobertura nacional entre 2013 e 2016 (idem).

1.3.2 - Tipologias de Resposta

A prestação de cuidados de saúde e o apoio social é assegurado pela RNCCI através de quatro tipologias de resposta. São elas as Equipas Hospitalares, as Unidades de Ambulatório, as Equipas Domiciliárias e as Unidades de Internamento.

Do grupo das Equipas hospitalares fazem parte as equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos e as equipas de gestão de altas.

As equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos são equipas sediadas em hospitais de agudos com formação em cuidados paliativos e cujo objetivo é prestar apoio técnico diferenciado, transversalmente nos diferentes serviços do hospital, podendo intervir, se solicitada, no plano individual de intervenção do utente (Decreto-Lei nº101/2006).

As equipas de gestão de altas são equipas multidisciplinares hospitalares cuja atividade consiste na preparação e gestão de altas hospitalares dos doentes que necessitam de suporte de continuidade dos seus problemas de saúde e sociais, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio. Estão sediadas em hospitais e requerem no mínimo um médico, um enfermeiro e um técnico de serviço social. As suas funções asseguram a articulação com as equipas terapêuticas hospitalares, as equipas coordenadoras distritais e locais da rede e equipas prestadoras de CCI (Idem).

Das Equipas domiciliárias fazem parte as equipas de cuidados continuados integrados (ECCI) e as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP).

As ECCI são da responsabilidade das unidades de cuidados de saúde primários (CSP) e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários. Têm como principal objetivo a “prestação de serviços domiciliários (...) a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma” (Decreto-Lei nº101/2006, p.3862). Estas equipas apoiam-se nos recursos locais no âmbito de cada centro de saúde em conjunto com os serviços das autarquias locais. Dos serviços prestados destacam-se cuidados domiciliários de enfermagem e médicos; fisioterapia; apoio psicossocial e ocupacional; educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores; coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais (Decreto-Lei nº101/2006).

As ECSCP são da responsabilidade dos serviços de saúde, com formação em cuidados paliativos das quais devem fazer parte, no mínimo, um médico e um enfermeiro. É objetivo destas, prestar apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às ECCI e às equipas de média e longa duração (Idem).

As Unidades de ambulatório, também denominadas por Unidades de Dia e de Promoção de Autonomia existem com a finalidade de prestar “cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatório, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio” (Decreto-Lei nº101/2006, p.3861). Estas unidades devem funcionar no mínimo oito horas por dia nos dias úteis e devem articular-se com as unidades da rede ou com respostas sociais existentes. Asseguram cuidados médicos, cuidados e enfermagem e controle fisiátrico periódicos, atividades de manutenção e estimulação, apoio psicossocial, animação sócio-cultural, alimentação e quando necessário higiene pessoal (Decreto-Lei nº 101/2006).

Das Unidades de internamento fazem parte as unidades de convalescença (UC), as unidades de média duração e reabilitação (UMDR), as unidades de longa duração e manutenção (ULDLM) e as unidades de cuidados paliativos (UCP) (Decreto-Lei nº101/2006).

As UC são unidades de internamento, independentes, que podem estar integradas em hospitais de agudos ou noutras instituições. A sua finalidade é “a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos” (Decreto-Lei nº101/2006, p.3860). Os internamentos nestas unidades prevêm-se até 30 dias consecutivos. São assegurados cuidados médicos e de enfermagem permanentes, prescrição e administração de fármacos, exames complementares de diagnóstico, cuidados de fisioterapia, apoio psicossocial, higiene, conforto, alimentação, convívio e lazer (Decreto-Lei nº101/2006).

As UMDR, são unidades de internamento com espaço físico próprio mas que articulam com o hospital. Têm por finalidade responder a necessidades transitórias promovendo a reabilitação e independência, em situação clínica decorrente de um processo agudo ou descompensação de processo crónico, cuja previsibilidade de dias de internamento seja superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos. Estas unidades devem assegurar cuidados médicos diários, enfermagem permanente, fisioterapia e terapia ocupacional, prescrição e administração de fármacos, apoio psicossocial, higiene e conforto, alimentação, convívio e lazer (Idem).

As ULDM destinam-se à prestação de cuidados de saúde de manutenção a pessoas com diferentes níveis de dependência e que não reúnem condições para serem cuidadas no domicílio. Tem por finalidade prestar cuidados a fim de prevenir e retardar o agravamento da situação de dependência favorecendo conforto e qualidade de vida, num período de internamento superior a 90 dias consecutivos. Pode, porém, este período ser até 90 dias por ano em situações temporárias, em caso de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do cuidador. São assegurados cuidados médicos, cuidados diários de enfermagem, atividades de manutenção e estimulação, prescrição e administração de fármacos, apoio psicossocial, controlo fisiátrico periódico, fisioterapia e terapia ocupacional, higiene, conforto e alimentação (Decreto-Lei nº101/2006).

As UCP localizam-se preferencialmente no hospital para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa, avançada, incurável e progressiva. Os serviços prestados assemelham-se aos anteriormente referidos para as restantes tipologias acrescentando-se a consulta de acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços ou unidades e o acompanhamento psicossocial e espiritual (idem).

1.3.3 - Resultados da Avaliação da Rede

Segundo a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2012), a 30 de Junho de 2012, existiam em Portugal, 906 camas contratadas para UC, 1808 camas em UMDR, 3041 camas em ULDM e 193 em UCP, representando estes valores um aumento de 6,3% em relação ao final de 2011. Verifica-se que ao nível das tipologias de internamento na RNCCI, continuam a aumentar o número de camas, tanto ao nível da contratação com as Santas Casas da Misericórdia, como com instituições privadas com fins lucrativos.

No que diz respeito aos apoios ao nível do domicílio, e nomeadamente às ECCI, existiam até ao final de 1º semestre de 2012 um total nacional de 258 equipas correspondendo a 6964 lugares. No que diz respeito à região centro existem 50 ECCI num total de 1188 lugares. Estes números revelam que comparativamente a 2011 o número de ECCI a nível nacional teve um aumento de 2% no entanto o número de lugares diminuiu 6%. Na região centro o número de equipas cresceu 10% (45 no final de 2011 para 50 a 30 de Junho de 2012) mas o número de lugares diminuiu 22% (1522 no final de 2011 para 1188 no final do 1º semestre de 2012). O desenvolvimento das respostas a nível domiciliário continua a ser uma prioridade mas uma vez que as ECCI dependem dos recursos dos centros de saúde, isso dificulta o cumprimento do objetivo e leva à necessidade de reflexão sobre o modo de satisfazer esta prioridade (Idem).

Verifica-se que, até ao final de Junho de 2012, 37% dos utentes da RNCCI se situa na faixa etária dos 65 aos 79 anos (18,7% do sexo feminino e 18,3% do sexo masculino) e 44,5% tem mais de 80 anos (27,1% do sexo feminino e 17,4% do sexo masculino). Por sua vez, 35% das referências foram feitas pelos centros de saúde (34% em 2011) e 65% feitas pelos hospitais (66% em 2011). Especificamente na região centro os hospitais referenciaram 58% dos casos enquanto que os centros de saúde 42%. Os motivos de referência mais identificados foram a dependência nas atividades de vida diária (95%), ensino utente/cuidador informal (88%), reabilitação (61%), cuidados pós cirúrgicos (23%), tratamento de feridas/ulceras de pressão (17%) (Ibidem).

1.4 - O IDOSO E A FAMÍLIA NO CONTEXTO DOS CUIDADOS

O envelhecimento é acompanhado de um declínio funcional progressivo que está associado a quadros de dependência responsáveis por cuidados específicos. A dependência em si constitui o maior receio dos idosos. O processo de envelhecimento encontra-se estreitamente ligado ao conceito de capacidade funcional ou autonomia funcional, a qual inclui a capacidade dos indivíduos para a realização de várias atividades de vida diária, atividades instrumentais e atividades relacionadas com a mobilidade. O conceito de incapacidade representa a consequência da disfunção de um órgão ou sistema no estado funcional do indivíduo em termos de limitações de funções ou restrição de atividades (Rodrigues, 2009).

Os avanços alcançados na área da saúde têm possibilitado que cada vez mais as pessoas consigam viver mais tempo, mesmo portadores de algum tipo de limitação, dando origem à necessidade de prestação de cuidados, tanto pela capacitação dos próprios no que diz respeito à adaptação às incapacidades como na capacitação das famílias para o cuidar preconizando-se o cuidado no domicílio.

Cuidado significa atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é também perceber a outra pessoa como ela é, e como se mostra, os seus gestos e falas, a sua dor e as suas limitações. O cuidar deve ir além dos cuidados com o corpo físico, pois além do sofrimento físico decorrente de uma doença ou limitação, há que ter em conta as questões emocionais, a história de vida, os sentimentos e emoções da pessoa a ser cuidada (Brasil, 2008).

O autocuidado significa cuidar de si próprio. Diz respeito às atitudes e comportamentos que a pessoa tem em seu próprio benefício, com a finalidade de promover a sua saúde e preservar, assegurar e manter a sua vida. O autocuidado ou cuidar de si representa a essência da existência humana. A pessoa acamada ou com limitações, mesmo necessitando da ajuda do cuidador, pode e deve realizar atividades de autocuidado sempre que possível. O cuidador é aquele que observa e identifica o que a pessoa pode fazer por si, avalia as condições e ajuda a pessoa a fazer as atividades. Cuidar não é fazer pelo outro, mas ajudar o outro quando ele necessita,

estimulando a pessoa cuidada a conquistar a sua autonomia, mesmo que seja em pequenas tarefas (Idem).

A ação educativa tem um papel preponderante na expectativa de maior qualidade de vida. Devem ser desenvolvidos esforços para garantir a capacidade funcional, mental e cognitiva dos idosos. Acredita-se que a educação para o autocuidado nos idosos é um dos caminhos que pode contribuir para que eles ao cuidar-se, possam dirigir a sua vida de forma mais positiva, preservando a sua autonomia e mantendo a sua independência o mais possível (Celich e Bordin, 2008).

Por seu lado, e no que diz respeito às famílias, atualmente devido aos inúmeros estilos de vida, torna-se difícil definir família. No entanto, esta continua a ser considerada um núcleo primário promotor do suporte emocional, social e psicológico indispensável às crianças, adultos e idosos. Hoje considera-se que os três pilares no atendimento à saúde são o indivíduo, a família e a comunidade, estando o indivíduo inserido numa família que por sua vez faz parte de um sistema mais alargado que é a comunidade. Assim, a família passou a ser considerada sujeito de atenção à saúde, não só no sentido de receber atendimento, mas também para prestar assistência aos seus membros (Silva et al, 2009).

A família é parte integrante da intervenção em saúde em todas as fases da doença e contextos de assistência, tendo um grande potencial como aliada na manutenção e restauração da saúde dos seus membros. É essencial compreender a família uma vez que pelas suas características próprias de proximidade e convivência, tem melhores condições para acompanhar os processos de saúde e doença dos seus membros. É necessário conhecer como cada família cuida, identificar as suas forças, as suas dificuldades e os seus esforços para partilhar responsabilidades (Idem).

A família é entendida como a mais direta e imediata fonte de apoio social ao indivíduo dependente. É considerada o suporte e o lugar privilegiado para a pessoa carenciada, sendo que os cônjuges e os filhos se encontram na primeira linha de prestação de cuidados, pelo que são considerados cuidadores informais (Augusto et al, 2005).

O processo de doença, afeta o indivíduo assim como a estabilidade da família. Perante a doença de um dos seus membros, a família sofre uma rutura que implica a mudança do sistema, originando por vezes situações de crise. Ultrapassar estas situações de crise está relacionado não só com a capacidade da família em lidar com a situação como também com as fontes de apoio externos. A família está sujeita a sentimentos de ansiedade, stress e angustia perante a doença de um membro, sentimentos esses devidos à ameaça sentida, ao desconhecimento da evolução e das necessidades de mudança. Por sua vez, os familiares cuidadores encontram-se sujeitos a sentimentos

de isolamento social, privação do descanso, redução do rendimento económico, conflitos familiares, cansaço, angustia e irritabilidade. A perturbação da doença na família vai estar diretamente relacionada com os laços afetivos entre o doente e os restantes membros da família, e das consequências materiais originadas pelo aparecimento da doença. No que toca à doença crónica, o seu aparecimento requer longos períodos de tratamento o que implica um ajuste da família em todas as áreas (Augusto et al, 2005).

Face às repercussões da doença no seio familiar, há necessidade de uma correta atenção à família considerando esta uma instituição fundamental na vida das pessoas e sociedade, uma vez que o bem estar da mesma, enquanto prestadora de cuidados, se irá refletir no bem estar dos que recebem esses cuidados (Idem).

A reabilitação do idoso é um processo dinâmico, contínuo, progressivo e principalmente educativo, tendo como objetivos a restauração funcional do indivíduo e a sua reintegração na família e sociedade. A família do idoso dependente e fragilizado na maioria das vezes procura ajustes entre os seus membros com vista à satisfação das necessidades do seu familiar. Procuram alternativas de suporte social para o apoio no domicílio, numa tentativa de mantê-lo no seu ambiente antes de pensar em institucionaliza-lo (Diogo, 2000).

A ação da enfermagem na reabilitação do idoso deve ser centrada na educação para a saúde e no cuidar, tendo como base de conhecimento o processo de senescência e senilidade e no retorno da capacidade funcional para a realização das atividades de vida diária, assim como na adaptação da família à nova situação. Não esquecendo que cada idoso possui a sua história de vida pelo que o que para ele significa qualidade de vida pode ser diferente do que pode significar para o profissional de saúde. Devemos ser cuidadosos para atender aos seus valores e costumes.

1.5 - DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

A população mundial está a envelhecer e as pessoas em situação de dependência requerem respostas sociais e de saúde que exigem uma maior integração dos cuidados. Do ponto de vista social e da saúde os desafios são incontestáveis, devendo ser garantidos a acessibilidade, a equidade e a qualidade na prestação de cuidados de forma sustentada (Dias e Santana, 2009).

Em Portugal verifica-se o progressivo envelhecimento da população resultante do aumento da esperança média de vida e da baixa natalidade. O aumento do número de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, a indisponibilidade das famílias para prestar cuidados e a insuficiência de estruturas e serviços cria novas necessidades de cuidados de saúde a pessoas em situação de dependência.

A RNCCI situa-se num nível intermédio de cuidados entre os de internamento hospitalar e os de base comunitária, pretendendo a prestação de cuidados numa perspetiva de reabilitação e/ou satisfação de necessidades à pessoa dependente, assim como a participação e co-responsabilização da família na prestação de cuidados enquanto núcleo privilegiado para o equilíbrio e bem-estar da pessoa idosa ou em situação de dependência. Representa atualmente uma das mais relevantes respostas a nível nacional no que diz respeito à satisfação de cuidados à população, nomeadamente à pessoa idosa, destacando-se as tipologias de internamento onde equipas multidisciplinares trabalham para a promoção da saúde. A enfermagem ocupa um lugar de destaque uma vez que é o grupo profissional mais representativo e o único que se encontra 24 sobre 24 horas junto do utente, segundo as exigências definidas pela UMCCI.

Ao desenvolver este estudo pretendo dar um contributo para a investigação numa área ainda pouco trabalhada tentando igualmente contribuir para a contínua melhoria de prestação de cuidados ao idoso utente da RNCCI na perspetiva do seu regresso ao domicílio.

Assim, o objetivo geral deste estudo é identificar as dificuldades dos enfermeiros na preparação da alta do idoso dependente. Para dar resposta ao objetivo geral são definidos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as principais áreas de atuação de enfermagem que contribuem para a alta domiciliária do idoso;
- Identificar as dificuldades dos enfermeiros na preparação do idoso para a alta domiciliária;
- Identificar as dificuldades dos enfermeiros na abordagem e preparação dos familiares para a alta domiciliária do idoso;
- Identificar estratégias de ensino/aprendizagem, facilitadoras da reinserção do idoso no domicílio.

2 - METODOLOGIA

O presente estudo insere-se numa abordagem qualitativa. Os métodos qualitativos constituem um conjunto de estratégias que visam colecionar imagens da realidade. A ciência começa com observações e através delas se determinam parâmetros conceptuais da disciplina, testando e refinando um crescente corpo de conhecimentos, pelo que tem sido feito trabalho importante através da investigação qualitativa (Morse, 2004).

Os métodos qualitativos têm muito a oferecer aos estudos em saúde estando em grande crescimento nesta área. Esta pesquisa é frequentemente definida com referência à pesquisa quantitativa, sendo os seus métodos vistos como a antítese dos quantitativos ou estatísticos. No entanto, apesar da pesquisa qualitativa ser geralmente lida com falas ou palavras em vez de números, isto não significa que seja destituída de mensuração, uma vez que esta é feita através de taxonomia ou classificação. Um dos pontos fortes da pesquisa qualitativa é que estuda pessoas nos seus ambientes naturais e não em contextos experimentais (Pope e Mays, 2005).

A opção por este método permite compreender melhor as experiências dos enfermeiros no cuidado à pessoa idosa em unidades de internamento da RNCCI com vista à sua reabilitação e posterior regresso ao domicílio. Os enfermeiros que exercem funções nestas unidades têm experiências únicas e repletas de significados que englobam o cuidado ao idoso mas também o conhecimento do seu meio sociofamiliar o que permite enquadrar a RNCCI num nível de cuidados intermédios. Foi efetuada uma abordagem exploratória-descritiva, dada a falta de estudos nesta área.

2.1 - CONTEXTOS

O contexto deste estudo centrou-se nos enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados (UCC) – internamento, da cidade de Coimbra. A cidade possui 6 instituições pertencentes à RNCCI das quais 2 têm unidades de CV, 4 têm UMDR e 5 têm ULDM.

A escolha é motivada pelo conhecimento da área geográfica, assim como dos recursos de saúde e sociais nela existentes. As unidades integrantes da RNCCI têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que se encontrem em situações de dependência.

Sendo que o objetivo destas instituições se centra na prestação de cuidados de saúde e apoio social com vista à melhoria das condições de vida e de bem estar das pessoas em situação de dependência, pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder e ainda o apoio aos familiares e cuidadores informais na perspectiva da sua qualificação para a prestação de cuidados.

2.2 - PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram neste estudo 13 enfermeiros(as). Como critérios de inclusão dos participantes considerei exercerem funções em unidades de cuidados continuados da cidade de Coimbra há pelo menos 12 meses consecutivos com um mínimo de 20 horas de trabalho semanal nas mesmas e aceitarem participar no estudo. Foram seleccionados os enfermeiros uma vez que se trata da classe profissional em maior número nestas unidades, estão 24 horas por dia nas unidades e que contactam de forma mais próxima com os utentes e também com os seus familiares/cuidadores informais.

2.3 - RECOLHA DE DADOS

Uma vez que se trata de uma investigação qualitativa, foi escolhido como método para a colheita de dados a entrevista. A entrevista é uma técnica de recolha de dados já largamente utilizada em investigação. É vantajosa em relação aos questionários uma vez que possibilita a obtenção de informação mais rica. Por outro lado tem limitações no que diz respeito à obtenção de informação sobre assuntos delicados e a fraca possibilidade de aplicação a grandes universos (Pardal e Correia, 1995).

De entre os vários tipos de entrevista foi escolhida a entrevista semi-estruturada que nem é inteiramente livre e aberta, nem orientada segundo um leque inflexível de perguntas pré-estabelecidas. Pretende a obtenção de percepções e interpretações que o entrevistado faz de um determinado acontecimento, assim como as suas

experiências, memórias, práticas, sistema de valores, emotividade, atitudes, reconstitui processos de ação ou mudança e denuncia elementos e relações que ajudam à compreensão de fenómenos. O entrevistador possui um referencial de perguntas-guia, suficientemente abertas que serão feitas no desenrolar da entrevista, não necessariamente pela ordem estabelecida no guião. O entrevistador deve encaminhar a entrevista para os objetivos da mesma, sempre que o discurso se desvie das intenções da investigação (Idem).

O guião da entrevista usado nesta investigação está estruturado em duas partes distintas. A primeira parte corresponde à caracterização dos enfermeiros participantes no estudo e a segunda parte por questões semi-estruturadas (Apêndice I). A realização das entrevistas e respetiva transcrição (Apêndice II) decorreu entre Fevereiro e Agosto de 2012, através de marcação prévia com os(as) enfermeiros(as) que preenchiam os critérios de inclusão e que aceitaram participar no estudo. Cada entrevista teve uma duração que variou entre os 15 e os 30 minutos. No decorrer das entrevistas, procurei explorar e clarificar o discurso, abster-me de juízos de valor e proporcionar um ambiente calmo que facilitasse a livre expressão das opiniões e experiências de cada enfermeiro(a). O guião inicial de perguntas foi ajustado após a realização da terceira entrevista, pela necessidade sentida de orientação sequencial no que diz respeito ao encadeamento de ideias e temas. Para isso, a ordem de perguntas foi alterada.

2.4 - ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados recolhidos foi efetuada recorrendo à análise de conteúdo segundo Bardin (2011). Trata-se de um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Um leque de apetrechos, ou um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo muito vasto, as comunicações. A sua classificação é feita através de análise categorial e temática, sendo o seu objetivo a manipulação das mensagens, conteúdo e expressão, para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a da mensagem.

Os dados obtidos foram sujeitos a um processo de codificação, ou seja, os dados brutos foram transformados de forma organizada em agregados que permitem a descrição de características pertinentes do conteúdo das mensagens. Posteriormente, durante a interpretação dos resultados e recorrendo aos marcos teóricos é possível

orientar a investigação no sentido de procurar o que aparentemente se esconde sob a realidade.

2.5 - QUESTÕES ÉTICAS

A investigação aplicada a seres humanos requer procedimentos que permitam tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nos estudos, uma vez que pode causar danos aos direitos e liberdades das pessoas envolvidas (Fortin, 1996).

Durante a realização desta investigação foram respeitados o direito à autodeterminação, à intimidade, à proteção contra o desconforto e prejuízo e a um tratamento justo e equitativo. Todos os participantes foram previamente informados quanto aos objetivos do estudo e natureza da sua participação no mesmo assim como esclarecidos quanto a eventuais dúvidas. O direito ao anonimato e confidencialidade foi garantido pelo termo de consentimento livre e esclarecido que cada participante assinou (Apêndice III).

Foi ainda solicitado parecer à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra que após apreciação do estudo, entendeu que nada se opõe à realização do mesmo (Anexo I).

2.6 - RIGOR DO ESTUDO

É fundamental que todo o investigador se preocupe com o rigor na investigação pois sem ele, a mesma não tem valor tornando-se ficção e perdendo a sua utilidade (Coutinho, 2008 citando Morse, 2002). Considera-se que o rigor científico deve ser central para quem investiga, quer no âmbito quantitativo, quer ao nível do paradigma interpretativo (Coutinho, 2008).

Enquanto que para quem investiga dentro do paradigma quantitativo o rigor se atinge buscando a validade interna e externa, a fiabilidade e a objetividade, para o paradigma qualitativo os critérios propostos são entre outros a credibilidade (capacidade dos participantes confirmarem os dados) e a transferibilidade (capacidade dos resultados

do estudo serem aplicados noutros contextos) (Lincoln e Cuba, 1991 citado por Coutinho, 2008).

Para aumentar o rigor do estudo estes dois critérios referidos anteriormente foram tidos em conta na medida em que se procurou selecionar como participantes do estudo enfermeiros mais experientes na área, preferencialmente pessoas que trabalham a tempo inteiro nas unidades de cuidados continuados.

3 - RESULTADOS DO ESTUDO

Os resultados do estudo são apresentados neste capítulo por forma a atender aos objetivos do mesmo. Assim, início o capítulo com a caracterização dos participantes, seguido dos resultados obtidos categorizados e posterior discussão dos resultados.

3.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS(AS) PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram neste estudo treze enfermeiros(as), dez do sexo feminino e três do sexo masculino. O participante mais novo tem 22 anos e o mais velho 32 anos, verificando-se uma média de idades dos participantes do estudo de 26 anos. Trata-se de uma população muito jovem, aquela que encontramos a exercer funções nas unidades de cuidados continuados dado o panorama atual de oferta de emprego na área. Verifica-se também a predominância do sexo feminino, já constatado no seio da classe profissional. Dos participantes são de nacionalidade portuguesa e residentes no distrito de Coimbra, sendo 8 solteiros e 5 casados.

São licenciados em enfermagem, tendo o grau académico sido obtido nas escolas de Coimbra entre os anos 2007 e 2009. A formação contínua é uma preocupação dos participantes tendo todos eles realizado algumas formações posteriores à licenciatura. Entre as formações realizadas temos seis participantes com formação em tratamento de feridas, cinco com formação em suporte básico e avançado de vida, quatro com formação em cuidados paliativos (dos quais dois são pós graduação), três com formação em cuidados continuados, um com pós graduação em feridas e dor crónica, um a frequentar o mestrado em gestão de instituições de saúde e um a frequentar a pós licenciatura de especialização em enfermagem de reabilitação.

Os treze participantes trabalham a tempo inteiro em unidades de cuidados continuados, todos com contrato de trabalho de 40 horas semanais. No que diz respeito ao tempo de serviço em cuidados continuados o participante com menos

experiência tem 18 meses de trabalho na área e o mais experiente, de entre os participantes, 55 meses, verificando-se deste modo uma média de tempo de serviço de 36,5 meses. Todos os participantes exercem funções em unidades onde existem três valências de cuidados – convalescença; média duração e reabilitação; e longa duração e manutenção. Apesar de no momento da entrevista todos se encontrarem adstritos a uma ou duas valências, todos têm experiência profissional nas três valências dada a necessidade de rotatividade ou preenchimento de falhas que por vezes ocorre nas unidades. Deste modo, no momento da colheita de dados, quatro enfermeiros exerciam funções em convalescença, cinco em média duração e reabilitação, um em longa duração e manutenção e três simultaneamente em média duração e reabilitação e longa duração e manutenção.

3.2 - CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS/RESULTADOS

Para melhor entendimento da população idosa utente da RNCCI, foi questionado aos participantes do estudo qual a sua perceção em relação ao motivo de internamento dos utentes na rede. Os resultados encontrados foram os seguintes:

Quadro 1 - Motivo de internamento dos utentes na RNCCI

Motivo de Internamento Referidos	Referências dos participantes
Patologia Neurológica – AVC, Demências	10
Patologia Ortopédica – Fraturas trocântéricas	9
Patologia Psiquiátrica – Depressão, Esquizofrenia	1
Patologia Neoplásica/Paliativos	3
TCE	1
Insuficiências Cardíacas/Respiratórias	1

No decurso da análise do conteúdo das entrevistas surgem as seguintes dimensões:

1. Atividades de enfermagem que contribuem para a recuperação do idoso/ regresso ao domicílio;

2. Dificuldades sentidas pelos enfermeiros na preparação do utente idoso para a alta;
3. Dificuldades sentidas pelos enfermeiros na abordagem/preparação da família para a alta do idoso;
4. Estratégias facilitadoras para a preparação da alta

Das referidas dimensões emergem 12 categorias e 31 subcategorias (Quadros 2 a 5):

Quadro 2 – Dimensão 1: Atividades de enfermagem que contribuem para a recuperação do idoso/regresso ao domicílio

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	EXEMPLOS
Cuidados diretos/tratamento	Prestação de cuidados necessários	E1: “Então (...) a parte de tratamento, no que toca por exemplo se ele vem com uma ferida, tentar tratá-lo (...)”.
Promoção do autocuidado	Treino de atividades de vida diárias	E12: “Tentar que eles se tornem o mais autónomos possível a nível de cuidados de higiene, transferências, alimentação, na toma da medicação (...)”.
	Ensino de técnicas e cuidados preventivos	E5: “(...) ensiná-los a andar de andarilho, a andar de canadianas, a terem cuidados de prevenção quando eles têm PTA (...)”.
	Auxílio na adaptação à dependência	E5: “Então, nos AVC por exemplo temos que os ensinar a viver com o lado parético e potenciar ao máximo o lado melhor”.
	Manutenção da independência existente	E6: “Nós em “longa” fazemos muito à base da manutenção, tentamos sempre preservar a independência que o utente ainda tem”.

Quadro 3 – Dimensão 2: Dificuldades sentidas pelos enfermeiros na preparação do utente idoso para a alta

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	EXEMPLOS
Desconhecimento das características do meio familiar	Condições físicas do domicílio	E1: “A principal é mesmo não saber, por exemplo, as condições do domicílio, as condições económicas da família, porque uma pessoa até pode aparentar ter muito dinheiro e não ter, como vice-versa (...) acho que nós deveríamos saber o que espera o doente em casa”.
	Recursos económicos da família	
Dependência dos idosos	Incapacidade para o autocuidado	E3: “(...) e a maioria dos doentes que temos aqui tem de 80 anos para cima, também já não tem condições para autocuidar-se”.
	Acomodação/Falta de motivação	E2: “Às vezes eles adaptam-se a isto, ficam no meio deles e depois sair daqui é um bocado complicado (...) motivá-los é um bocado complicado”.

Quadro 4 – Dimensão 3: Dificuldades sentidas pelos enfermeiros na abordagem/preparação da família para a alta do idoso

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	EXEMPLOS
<p>Processo de preparação para alta</p>	<p>Desresponsabilização e falta de interesse da família</p>	<p>E4: “Fala-se que esse é um dos objetivos. Na realidade como enfermeira acho que há de tudo. Acho que há famílias que sim que se sentem co-responsabilizadas, que fazem e que até tentam e sentem-se mal por não conseguirem levá-los para casa e há famílias que pensam que isto é um lar e deixam-nos aqui e pronto”.</p>
	<p>Perceção do estado real do idoso</p>	<p>E3: “E há casos, por exemplo uma pessoa que tenha sonda nasogástrica, nós podemos incentivar a família, mas muitos não querem porque não gostam de os ver assim e acham que eles não vão assim para casa (...)”.</p>
	<p>Dificuldade de conjugação de horários</p>	<p>E9: “A principal dificuldade muitas vezes é nós termos um horário compatível com eles (...)”.</p>
<p>Recetividade dos familiares aos ensinamentos</p>	<p>Adequação da linguagem</p>	<p>E12: “Muitas vezes também é complicado explicar-lhes alguma coisa, tentar usar palavras que eles percebam. Às vezes sinto dificuldade em tentar que eles entendam aquilo que eu quero transmitir...”.</p>

	Perceção e medo do cuidar	E13: “Notam-se muito receosos, nos ensinos, na colaboração. (...) Acho que têm muito medo de lidar com a pessoa doente, principalmente quando é um familiar próximo”.
Áreas com necessidade de orientação	Presença de sondas (nasogástrica ou vesical)	E12: “Imaginando um familiar que não tem qualquer conhecimento na área da saúde, nós temos de lhes dizer como é que se prestam cuidados de higiene, transferências... troca de fralda, alimentação... quando a alimentação é feita por sonda nasogástrica... Será as transferências e os posicionamentos, alimentação e a medicação, saber gerir a medicação”.
	Presença de feridas	
	Posicionamentos/Transferências	
	Cuidados de Higiene	
	Alimentação	
	Cuidados inerentes à diabetes	
Dificuldades institucionais	Logística e pouca flexibilidade de horários das unidades	E10: “O utente é que se adequa às nossas rotinas, nem sempre somos nós a adequar as nossas rotinas ao utente. Acho que as principais barreiras não estão no doente, não estão na família, estão nos profissionais de saúde e nas instituições de saúde, infelizmente”.
	Auto-responsabilização em Enfermagem	

Quadro 5 – Dimensão 4: Estratégias facilitadoras para a preparação da alta

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	EXEMPLOS
Participação da família nos cuidados	Sensibilização da importância do cuidar por parte dos familiares	E13: “Devíamos tentar mostrar que o mais importante para aquela pessoa não somos nós, mas são eles, porque no futuro seja num lar ou no domicílio, vão ser sempre eles a presença deles e não a nossa (...)”.
	Desmistificação das técnicas inerentes ao cuidar	E1: “(...) verem que realmente aquilo com a prática ultrapassa-se todos os obstáculos”.
	Treino dos familiares na realização de atividades de vida diária ao idoso	E10: “Se nós investirmos naquela família, se nós ensinarmos, instruímos e treinarmos aquela família, de certeza que a colaboração vai ser muito maior”.
Conhecimento das características familiares	Condições habitacionais	E3: “Também se nós conhecêssemos o ambiente e as casas era mais fácil adequarmos os ensinamentos porque tínhamos outra perceção das coisas”.
Apoios às famílias/cuidadores	Apoios monetários	E5: “(...) haver mais apoios em termos económicos, para toda a despesa que muitas vezes um doente grande dependente obriga uma família a ter (...)”.

	<p>Visitas domiciliárias periódicas de profissionais qualificados</p>	<p>E10: “Se calhar nos primeiros tempos terem o apoio de um enfermeiro que lá vá a casa ver se está tudo bem, tirar dúvidas, porque eles encontram-se numa situação nova”.</p>
	<p>Maior número de instituições de apoio diurno</p>	<p>E4: “Devia haver mais apoio domiciliário sem ser só dos centros de dia (...)”.</p>
<p>Flexibilidade das instituições e maior consciencialização dos seus profissionais</p>	<p>Maior aproximação às famílias</p>	<p>E8: “(...) é preciso que os familiares passem mais tempo nas unidades, que os enfermeiros passem mais tempo com os familiares (...)”.</p>
	<p>Quebra de rotinas/Atividades mais arrojadas</p>	

4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A RNCCI constitui-se como uma área intermédia de cuidados entre os “pós agudos” e os de “longa duração” tentando dar resposta a uma população cada vez mais envelhecida e necessitada de apoios e cuidados qualificados no que concerne à recuperação e manutenção da saúde e da qualidade de vida.

No que diz respeito ao motivo de internamento dos utentes na RNCCI, os participantes no estudo, identificaram como principais motivos as patologias neurológicas (AVC, demências) seguido de patologias da área ortopédica (fraturas trocantéricas).

Segundo a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2012), 18,3% dos utentes da RNCCI encontram-se na faixa etária entre os 65 e 79 anos e 17,4% tem idade igual ou superior a 80 anos. Verifica-se que a grande maioria dos utentes são idosos (81,5% dos utentes referenciados em 2012 tem mais de 65 anos de idade) e cada utente que é referenciado para a rede poderá ter um ou mais motivos para o fazer. A maioria dos utentes é referenciado por dependência nas atividades de vida diária (95%), ensino ao utente e/ou cuidador informal (88%) e reabilitação (61%). Verifica-se assim que a realidade vivida pelos participantes do estudo vai de encontro ao verificado a nível nacional, uma vez que as patologias identificadas pelos enfermeiros, como sendo as que mais levam os utentes ao internamento na RNCCI, estão diretamente relacionadas com níveis variáveis de dependência nas atividades de vida diária resultantes de um processo patológico, a respetiva necessidade de reabilitação e conjuntamente a necessidade de ensino aos utentes e familiares uma vez instalada uma nova condição de saúde/doença.

Preconiza-se que as UCC sejam instituições de prestação de cuidados de saúde intermédias, pelo que os utentes do serviço nacional de saúde podem usufruir destes serviços na perspetiva de posteriormente serem encaminhados para domicílio ou para instituições de apoio social de longa duração. É neste processo intermédio que os enfermeiros ocupam um lugar importante no que diz respeito à preparação/capacitação do idoso e família e é neste contexto que dos resultados do estudo emergem quatro dimensões analisadas seguidamente.

4.1 - ACTIVIDADES DE ENFERMAGEM QUE CONTRIBUEM PARA A RECUPERAÇÃO DO IDOSO/REGRESSO AO DOMICÍLIO

Na dimensão 1 surgem duas categorias, o cuidado direto/tratamento e a promoção do autocuidado.

Relativamente ao cuidado direto/tratamento, ele é parte integrante das funções do enfermeiro uma vez que “o exercício da atividade profissional dos enfermeiros tem como objetivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social” (Decreto-Lei n.º 161/96).

Os participantes do estudo identificam como principal área de atuação de enfermagem, no que diz respeito ao cuidado direto/tratamento, a questão das feridas/úlceras de pressão:

E1: “Então (...) a parte de tratamento, no que toca por exemplo se ele vem com uma ferida, tentar tratá-lo (...)”.

E12: “Neste caso em concreto, se o utente tiver feridas, úlceras, fazer os tratamentos de modo que quando vá para casa não precise de cuidados de enfermagem a esse nível”.

Esta é uma área cuja atuação de enfermagem é cada vez mais autónoma e muito frequente nas UCC uma vez que é uma das razões pela qual o utente entra para a RNCCI. O tratamento de úlceras de pressão representa 16% dos internamentos a nível nacional (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2012).

No entanto, o que os enfermeiros dos cuidados continuados consideram que é o essencial do seu trabalho, diz respeito à promoção da autonomia do idoso, sendo que todos os entrevistados o referiram.

E2: “Nós tentamos sempre com que eles consigam a maior autonomia nas necessidades humanas básicas (...) às vezes somos um bocado chatos porque eles é que têm de fazer e nós não. (...) Por exemplo a comer nós não damos pela boca, incentivamos a eles comerem”.

E3: “Incentivo os doentes a participarem nos cuidados, a autocuidar-se”.

E10: “(...) muito daquilo que é a promoção do autocuidado dos nossos idosos. Acho que é no autocuidado que se centra a nossa intervenção. Autocuidado é muita coisa, o autocuidado é a autonomia do utente nos cuidados de higiene, mas

também é a autonomia de um diabético na administração de insulina, na avaliação da glicemia capilar. Eu acho que o autocuidado é um conceito central da intervenção do enfermeiro nos cuidados continuados, tanto junto do utente como do cuidador informal”.

Estas afirmações vão de encontro ao encontrado na bibliografia sendo autocuidado definido como as atividades desenvolvidas pelo próprio com características específicas, desde tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diárias (ICN, 2005 citado por Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Os cuidados de enfermagem procuram prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença. Procura-se, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida diária, bem como se procura a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do utente. As intervenções de enfermagem são otimizadas quando a família é incluída no processo de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

Os enfermeiros dos cuidados continuados identificam na categoria da promoção da autonomia diferentes subcategorias que contribuem para o sucesso da primeira. As principais ações identificadas para a promoção da autonomia do idoso são o treino das atividades de vida diárias, o ensino de técnicas e cuidados preventivos, o auxílio na adaptação à dependência e a manutenção da independência existente.

E12: “Tentar que eles se tornem o mais autónomos possível a nível de cuidados de higiene, transferências, alimentação, na toma da medicação (...)”.

E7: “Quando eles são orientados é começar a fazer os exercícios por etapas, explicamos, depois verifico se ele entendeu mesmo e depois se ele começa a praticar em todas as áreas”.

E5: “Nos doentes de fratura trocantérica desde ensiná-los a andar de andarião, a andar de canadianas, a terem cuidados de prevenção quando eles têm PTA, ou os ângulos em que se devem sentar, colocar almofada no meio das pernas (...)”.

E4: “Tentamos que o idoso fique o mais autónomo possível, readaptar à sua realidade atual (...)”.

E5: “Então, nos AVC por exemplo temos que os ensinar a viver com o lado parético e potenciar ao máximo o lado melhor”.

E6: “Nós em “longa” fazemos muito à base da manutenção, tentamos sempre preservar a independência que o utente ainda tem, de modo a que eles não agravem (...) não fiquem mais dependentes (...) porque torna muito mais difícil a preparação da alta”.

Verifica-se que os enfermeiros dos cuidados continuados trabalham diariamente com o idoso no sentido de lhe proporcionar a maior autonomia possível de modo a que a permanência na RNCCI seja uma passagem temporária que permitirá o regresso ao domicílio tal como é preconizado pela UMCCI. A aquisição dessa autonomia passa inevitavelmente pela reabilitação, pelo treino das AVD, pelos ensinamentos e pela adaptação à dependência irreversível.

4.2 - DIFICULDADES SENTIDAS PELOS ENFERMEIROS NA PREPARAÇÃO DO UTENTE IDOSO PARA A ALTA

A segunda grande dimensão que emerge da colheita de dados é as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na preparação do utente idoso para a alta. Nesta dimensão surgem duas categorias: o desconhecimento das características do meio familiar e a dependência dos idosos.

Relativamente ao desconhecimento das características do meio familiar, são destacadas as condições físicas do domicílio e os recursos económicos das famílias.

Na conjuntura atual de crise económica e austeridade, cada vez mais surgem políticas de saúde orientadas para a assistência domiciliária em detrimento da hospitalização tradicional, preconizando-se internamentos mais curtos, pelo que os doentes vítimas de doenças crónicas são encaminhados para o cuidado das suas famílias independentemente das suas condições sociais, económicas, psicológicas, físicas, conhecimentos ou condições habitacionais adequadas (Veríssimo e Moreira, 2004 citado por Marques e Dixe, 2010).

Constatamos que na preparação de um idoso para a alta, as preocupações dos enfermeiros vão de encontro a esta nova realidade social que se verifica no país,

referindo o desconhecimento dos recursos económicos e de toda a envolvente familiar como uma grande dificuldade.

E1: “A principal é mesmo não saber, por exemplo, as condições do domicílio, as condições económicas da família, porque uma pessoa até pode aparentar ter muito dinheiro e não ter, como vice-versa (...) acho que nós deveríamos saber o que espera o doente em casa”.

Os enfermeiros entendem que o conhecimento das condições físicas do domicílio e recursos económicos familiares permitem adequar o planeamento de atividades que permitam a recuperação do utente adaptada à realidade que posteriormente encontrarão no domicílio.

Por outro lado, referem ainda que a própria dependência dos idosos é condição bastante para dificultar a preparação da alta para domicílio nomeadamente no que diz respeito à incapacidade para o autocuidado resultante de limitações físicas e mentais irreversíveis, assim como a acomodação ou falta de motivação dos idosos em participar no seu processo de recuperação.

E2: “Muitos são completamente dependentes por isso coitados não vão participar”.

E3: “(...) e a maioria dos doentes que temos aqui tem de 80 anos para cima, também já não tem condições para autocuidar-se”.

E9: “(...) atendendo às patologias deles, eles não têm qualquer tipo de possibilidade de prestarem cuidados a eles mesmos”.

E2: “Às vezes eles adaptam-se a isto, ficam no meio deles e depois sair daqui é um bocado complicado (...) motivá-los é um bocado complicado”.

E3: “Em relação ao doente é a questão da acomodação”.

As condições que envolvem a manutenção da saúde mental da pessoa idosa estão condicionadas por fatores pessoais e ambientais, no entanto as alterações observadas, decorrentes do processo de envelhecimento, abrangem desde disfunções cognitivas até à demência em diferentes graus de gravidade. Os estudos apontam para uma diminuição do controlo pessoal com o avançar da idade (Rodrigues, 2009). As demências são caracterizadas pela perda cognitiva progressiva, suficiente para comprometer o dia-a-dia do utente, normalmente acompanhadas de alterações de comportamentos (Sagiorato, 2009).

Por seu lado, o comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações significativas para a família, comunidade, sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem estar e da qualidade de vida dos idosos (Silva, 2009). Uma vez que o investimento na reabilitação no idoso não é muito visto, origina uma “acomodação” por parte do mesmo e a uma aceitação no sentido de resignação, por pensar que realmente já tenha cumprido seu papel social (Diogo, 2000).

4.3 - DIFICULDADES SENTIDAS PELOS ENFERMEIROS NA ABORDAGEM/ PREPARAÇÃO DA FAMÍLIA PARA A ALTA DO IDOSO

Uma vez que a maioria dos idosos utentes das UCC são pessoas com grande dependência nas AVD's, devido à sua idade avançada e às múltiplas patologias de que são portadores, a família ocupa um lugar de extrema importância no que diz respeito ao apoio aos idosos. No entanto, a abordagem da família com vista à alta do idoso e conseqüente preparação da mesma no sentido da continuação de cuidados no domicílio nem sempre se verifica um processo fácil. Neste sentido, os enfermeiros identificam quatro grandes categorias nas quais referem as principais dificuldades da abordagem e preparação dos familiares para a alta do idoso: o processo de preparação para a alta, a receptividade dos familiares aos ensinamentos, as grandes áreas com necessidade de orientação e dificuldades institucionais.

Apesar das diversas transformações ocorridas nas famílias ao longo dos anos, esta constitui ainda a linha da frente no apoio ao idoso dependente uma vez que os apoios comunitários a este grupo de pessoas são insuficientes assim como as condições económicas de muitas famílias, não permitindo a estas a procura de serviços privados especializados.

No entanto, e apesar do importante papel da família no cuidar do idoso dependente, os enfermeiros identificam que o processo de preparação para a alta é dificultado pela desresponsabilização e falta de interesse da família, pela percepção do estado real do idoso e por vezes pela dificuldade de conjugação de horários entre equipas prestadoras de cuidados e familiares.

O Decreto Lei nº101/2006 de 6 de Junho, refere que um dos objetivos da RNCCI é o apoio aos familiares ou prestadores informais na respetiva qualificação e na prestação de cuidados, e um dos seus princípios é a participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação de cuidados.

Branco (2005) refere que perante a doença de um dos membros da família, o equilíbrio familiar é alterado, originando mudanças que conduzem muitas vezes a situações de crise. Esta crise dependerá de fatores diversos tais como a perceção e gravidade do problema, existência de recursos familiares disponíveis, existência de fontes de suporte externo e recursos financeiros da família.

Os enfermeiros entendem que a família muitas vezes se desresponsabiliza da obrigação de cuidar dos seus membros, e isso é visível pela ausência das famílias durante o internamento, e também pela falta de interesse em cuidar do idoso.

E1: “Vejo famílias aqui que realmente estão cá para os doentes se reabilitarem e com o intuito de os tornarem mais independentes (...), mas grande parte dos casos até é o contrário. Encaram uma unidade de cuidados continuados como um lar, uma forma de colocarem aqui o seu familiar que sabem que são bem tratados (...).”

E4: “Fala-se que esse é um dos objetivos. Na realidade como enfermeira acho que há de tudo. Acho que há famílias que sim que se sentem co-responsabilizadas, que fazem e que até tentam e sentem-se mal por não conseguirem levá-los para casa e há famílias que pensam que isto é um lar e deixam-nos aqui e pronto”.

E5: “Há pessoas que têm plena noção que são co-responsáveis na recuperação do utente e há outros que não, que acham que nós é que os temos de recuperar e eles chegam ao final e vão para casa da forma como estão”.

E7: “(...) dos exemplos clássicos é que a família é responsável por acompanhar o utente às consultas (...), nós vemos os familiares completamente a descartar-se (...).”

E12: “Poucas vezes, poucas vezes. Há poucas famílias que participam e que são interessadas”.

E6: “Não, olha acho que não (...) informamos que podem participar nos cuidados (...) mas isso de todo não se verifica, para já hoje em dia, como eu disse não há disponibilidade do familiar vir cá, não há porque a própria sociedade nos impõe isso”.

E2: “Eu acho que é deixá-los aqui... e pronto. Muitas vezes as unidades, (...) eles pensam que são lares, mais do que uma transição, isso é-lhes explicado, tudo bem que é mas não é atingido”.

E7: “Mas a maioria não, (...). É aquela tendência de a rede é uma salvação, põem-nos cá e acham que isto é um lar e que nós temos a obrigação de tudo e eles descartam-se completamente”.

Nestes testemunhos é visível a perceção de que tanto existem famílias interessadas como as que não mostram qualquer interesse em cuidar do idoso, no entanto prevalece a ideia do pouco acompanhamento por parte dos familiares, quer por indisponibilidade, quer por medo ou por desinteresse.

Outro dos aspetos referidos como dificultadores da preparação das famílias para a alta é a de que nem sempre a família tem a perceção correta do estado real do idoso e daquilo que ele necessita.

E6: “Primeiro ponto a aceitação de que o familiar está realmente doente e dependente. Segundo ponto a aceitação de que precisam dispendir algum tempo para os ensinamentos de enfermagem”.

E3: “E há casos, por exemplo uma pessoa que tenha sonda nasogástrica, nós podemos incentivar a família, mas muitos não querem porque não gostam de os ver assim e acham que eles não vão assim para casa (...)”.

Os enfermeiros referem ainda que a preparação dos familiares para a alta é grandemente dificultada pela dificuldade na conjugação de horários entre equipa de saúde e familiares.

E7: “O tempo que nós temos. Com as rotinas de cada turno, com o número de enfermeiros reduzido e os ensinamentos são o que nos demora mais tempo, porque não é só falar, temos de saber o feedback, temos de saber se eles perceberam ou não, então é a falta de tempo que os enfermeiros têm para (...)”.

E9: “A principal dificuldade muitas vezes é nós termos um horário compatível com eles (...)”.

E10: “O tempo é uma dificuldade. (...) Sempre que o familiar vem, estar ali junto a ensinar. Acho que o tempo é sim senhor uma dificuldade, sabemos bem dos rácios e é inegável que o tempo é uma dificuldade”.

E11: “É a disponibilidade das pessoas, porque por vezes até temos tempo entre o momento em que foi definida a alta e a alta efetiva, mas por vezes não há disponibilidade, ou por falta de tempo, ou por falta de interesse dos familiares, muitas vezes”.

No que diz respeito à recetividade dos familiares aos ensinamentos são identificadas no estudo duas subcategorias que de alguma forma dificultam os próprios ensinamentos. A adequação da linguagem, a perceção e medo do cuidar.

Existe uma preocupação constante por parte dos profissionais de saúde em adequar a linguagem usada nos ensinamentos à pessoa que está a receber esses ensinamentos. No entanto verifica-se que mesmo fazendo essa adequação, nem sempre se conseguem bons resultados, uma vez que grande parte das pessoas desconhece por completo as necessidades inerentes ao cuidar de um idoso dependente, assim como os materiais e técnicas que ajudam no cuidar.

E12: “Muitas vezes também é complicado explicar-lhes alguma coisa, tentar usar palavras que eles percebam. Às vezes sinto dificuldade em tentar que eles entendam aquilo que eu quero transmitir...”.

E13: “(...) às vezes não somos é bem percecionados, ou não nos explicamos da melhor forma. Acho que quando tentamos explicar ao encontro da cultura daquela pessoa e quando nos preocupamos em saber o que está em casa e não fazer os ensinamentos “tipo bate chapa” acho que são recetivos, quando nos pomos no lugar deles”.

Concordamos com Stanhope e Lancaster (2011) ao referirem que a informação transmitida pelo enfermeiro deve ser clara, relevante, e ir ao encontro das necessidades do cuidador. O enfermeiro deve mostrar-se confiante, paciente, flexível e imaginativo, abordando os temas com exatidão e convicção por forma a evitar expressões vagas e confusas. Deve ter cuidado com a linguagem utilizada, escolhendo palavras perceptíveis e que o idoso e família entendam e dominem, pois o uso de terminologia técnica faz com que eles se sintam confusos.

Outra questão que dificulta a recetividade aos ensinamentos é a perceção do cuidar. O familiar ao começar a perceber através dos ensinamentos o necessário para o cuidar do idoso torna-se por vezes mais renitente ao necessário para a preparação da

alta. Muitos familiares mostram também medo no cuidar, uma vez que tudo é novidade e desconhecido.

E1: “A renitência em levar para casa já torna a pessoa renitente aos ensinamentos”.

E12: “Sente-se dificuldade quando eles se apercebem que não é tão fácil quanto isso e que vai haver desgaste dessas pessoas”.

E13: “Notam-se muito receosos, nos ensinamentos, na colaboração. (...) Acho que têm muito medo de lidar com a pessoa doente, principalmente quando é um familiar próximo”.

E10: “(...) de repente para vir participar na troca de uma placa de colostomia, quando aquilo se calhar até vai ser uma coisa que o vai impressionar muito e temos de compreender que impressiona, porque é a primeira vez que está a ver aquilo (...)”.

Na preparação das famílias para a alta dos idosos, muitas são as áreas identificadas cujas famílias têm necessidades de orientação e ensinamentos. De uma forma geral, e uma vez que grande parte das pessoas desconhece tudo o que envolve o cuidado a um idoso dependente, e porque muitas famílias se encontram pela primeira vez em contato com situações de dependência, os ensinamentos necessários acabam por ser um pouco transversais a todas as áreas.

E6: “Mas eu acho que todas as áreas são importantes, desde os posicionamentos, massagem de conforto, eles não têm esse tipo de informação e quanto maior a informação que nós pudermos dar melhor para a preparação da alta do utente”.

E10: “Os procedimentos mais técnicos, da experiência que eu tenho, são os procedimentos mais facilmente apreendidos. É muito mais fácil ensinar um familiar a fazer a pesquisa de glicémia capilar e a administrar insulina do que ensiná-lo a prestar uns cuidados de higiene, mas não tenhamos dúvidas disto. Para já porque é um processo de muito maior intimidade, de maior dificuldade. Acho que os procedimentos técnicos são mais facilmente aprendidos. Depois há sempre, para os procedimentos técnicos, maior apoio da sociedade no domicílio...”.

E12: “Imaginando um familiar que não tem qualquer conhecimento na área da saúde, nós temos de lhes dizer como é que se prestam cuidados de higiene, transferências... troca de fralda, alimentação... quando a alimentação é feita por sonda nasogástrica... Será as transferências e os posicionamentos, alimentação e a medicação, saber gerir a medicação”.

No entanto, os enfermeiros participantes no estudo destacam com maior frequência os ensinamentos referentes à presença de sondas, presença de feridas, posicionamentos e transferências, cuidados de higiene, alimentação e cuidados inerentes à diabetes:

E1: “Uma pessoa que tenha uma sonda nasogástrica que leve para casa, se não for bem preparada cá e se já não tiver treinado várias vezes, é muito complicado eles aceitarem isso”.

E1: “Se a pessoa tiver feridas ... a maior parte das vezes não encaram muito bem o doente ir para casa com feridas...”.

E3: “Nas transferências, não têm muita orientação a esse nível, transferências, posicionamentos, é mais por aí”.

E4: “Em relação aos posicionamentos e corretos posicionamentos e as almofadas, acho que é onde eles sentem mais dificuldade”.

E9: “A nível dos posicionamentos, a nível de material de prevenção de úlceras de pressão...”.

E13: “Muitas, desde os posicionamentos, que é uma das áreas onde se falha mais vezes, onde se falha mais facilmente, porque pensam que conseguem...”.

E10: “Os cuidados de higiene, os cuidados de higiene deve ser algo que assusta qualquer pessoa”.

E5: “Eu acho que essencialmente na alimentação. Há ainda muitos erros que as famílias cometem em termos de alimentação tanto de uma pessoa sem qualquer tipo de restrição como de outra pessoa”.

E8: “Estamos a falar muito de pesquisa de glicémia mais nessa área. Quando o doente em casa não o fazia, às vezes os telefonemas pós a alta têm muito a ver com essa parte...”.

E9: “Nos diabéticos saber quais são os sinais e sintomas manifestados numa hipoglicémia ou hiperglicemia, tentamos explicar para eles estarem mais alertas”.

Todos os ensinamentos efetuados são uma mais valia, tanto para o idoso que beneficia dos corretos cuidados prestados, como para o familiar, que adquire ao longo de todo o processo conhecimentos e confiança que o tornam capaz de cuidar e capaz de responder a situações diversas do dia a dia do idoso. Os ensinamentos realizados pelos enfermeiros permitem a continuidade da qualidade dos cuidados para lá das

instituições de saúde, podendo assim o idoso permanecer no seu domicílio com qualidade de vida.

As dificuldades institucionais, são apontadas pelos enfermeiros como uma das categorias que dificultam a preparação das famílias para a alta. Aqui os participantes do estudo referem que a logística e a pouca flexibilidade de horários das instituições são um obstáculo recorrente.

E10: “O utente é que se adequa às nossas rotinas, nem sempre somos nós a adequar as nossas rotinas ao utente. Acho que as principais barreiras não estão no doente, não estão na família, estão nos profissionais de saúde e nas instituições de saúde, infelizmente”.

Entendemos que as instituições têm regras demasiado rígidas. Essa rigidez não se adequa às necessidades dos idosos e famílias uma vez que limita o contato com as instituições. No entanto, esta pouca flexibilidade, está de tal forma enraizada naquilo que se entende por instituição de saúde, que as famílias aceitam e não questionam.

Por seu lado a enfermagem demite-se da sua responsabilidade em desenvolver intervenções autónomas que permitam a integração do idoso no domicílio, seja pela recuperação deste ou pelo trabalho junto da família. De igual forma, a equipa de enfermagem tem a responsabilidade de articulação entre si, no que diz respeito à continuidade de cuidados, o que nem sempre se verifica, sendo essa continuidade de cuidados essencial para a bom sucesso no encaminhamento do idoso para o domicílio.

E10: “Eu acho que as maiores dificuldades são muitas vezes internas. (...) muitas vezes da mentalidade dos próprios profissionais de saúde, com que os profissionais de saúde encaram este tipo de intervenções como intervenções secundárias, que adotam uma importância secundária naquelas que são as nossas intervenções”.

E10: “A continuidade é outra, digamos a organização da equipa de enfermagem por forma a fazer estes treinos, de uma forma contínua. Acho que é outra dificuldade”.

4.4 - ESTRATÉGIAS FACILITADORAS PARA A ALTA

Na dimensão 4, foram descritas estratégias facilitadoras para a preparação da alta sendo que foram consideradas quatro categorias: a participação da família nos cuidados; o conhecimento das características familiares; os apoios às famílias e cuidadores; e flexibilidade das instituições e maior consciencialização dos seus profissionais.

Na primeira categoria os enfermeiros sugerem que para facilitar todo o processo de preparação da alta de um idoso, seria vantajoso que a família participasse mais ativamente na prestação cuidados. Nesse sentido será importante que seja feita uma sensibilização junto dos familiares da importância do cuidar por parte destes.

E6: “A necessidade do apoio familiar, do carinho (...)”.

E13: “Devíamos tentar mostrar que o mais importante para aquela pessoa não somos nós, mas são eles, porque no futuro seja num lar ou no domicílio, vão ser sempre eles a presença deles e não a nossa (...)”.

Menicalli *et al* (2009) refere que o bem estar do idoso está muito associado à sua satisfação em relação ao seu ambiente familiar. Ao longo do tempo eles apegam-se de uma forma muito característica à sua casa. A família surge como suporte social, sendo primordial na satisfação das necessidades do idoso e local privilegiado de solidariedade, acolhimento e troca afetiva e material. Dentro da família deve predominar uma atmosfera saudável e harmoniosa entre membros, possibilitando o crescimento de todos, inclusive do idoso, pois todos têm o seu papel e o seu lugar dentro da família. A família deve ser fonte de apoio afetivo e social no envelhecimento dos seus membros.

Para o idoso, sentir o apoio da família representa sentir-se incluído dentro da família, numa fase de vida em que os papéis se começam a inverter e tendo ele perdido alguma da sua autoridade dada a sua dependência face ao avançado da idade. Os enfermeiros entendem que as famílias devem ser sensibilizadas no sentido de perceberem que o idoso dependente continua a fazer parte da família e que o apoio desta é fundamental para o bem estar de todos, mas principalmente do idoso.

Por outro lado, referem que para facilitar a participação das famílias no cuidar, é necessário a desmistificação das técnicas inerentes ao cuidar, uma vez que para a maioria dos familiares, o confronto com situações de dependência representa o

desconhecido, mas que com ensinamentos e prática trata-se de atividades perfeitamente alcançáveis.

E1: "(...) verem que realmente aquilo com a prática ultrapassa-se todos os obstáculos".

E10: "Os profissionais de saúde têm de criar o interesse dos familiares em cuidar do idoso, (...) porque as pessoas assustam-se. Vêem uma sonda nasogástrica, vêem um objeto estranho no seu familiar e automaticamente a reação é de rejeição, é de se assustarem com isso. Se não forem os profissionais de saúde a criarem esta proximidade, a facilitarem este processo, as famílias de certeza que não vão participar".

Hoje em dia, é essencial que a família seja preparada para a continuidade dos cuidados iniciados no internamento. Nem sempre o doente recebe o apoio necessário da família no seu domicílio, pois esta depara-se com algumas dificuldades, tais como o desconhecimento dos cuidados e das técnicas, as condições no ambiente doméstico desajustadas e a falta de apoios. Tudo isto associado ao medo de falhar, com o consequente agravamento do estado clínico do idoso, causa ansiedade e preocupação ao cuidador (Castro, 2009).

O enfermeiro deve ser capaz de reconhecer as necessidades da pessoa bem como os seus recursos, de modo a planear as intervenções capazes de o ajudar. Deve ser um momento contínuo e constante, efetuado com base na observação e no exame físico do doente ou através de informações fornecidas pelos familiares. Em qualquer momento do internamento, desde a admissão até à alta, pode haver necessidade de ensinar, pois existem sempre dúvidas e necessidades. É um processo que deve ter início o mais cedo possível, para que as dificuldades sejam resolvidas durante o internamento (*Idem*).

Para facilitar o processo de preparação para a alta é necessário o treino dos familiares na realização de atividades de vida diária ao idoso. Todo o processo de envelhecimento e dependência de um idoso envolve um leque de mudanças que o tornam incapaz de se autocuidar pelo que a família terá de o substituir. As áreas com necessidade de ensinamentos são as mais variadas, necessitando todas elas de treino e tempo de aprendizagem.

E1: "Deveriam cá estar, prestarem eles próprios os cuidados (...) de forma a eles estarem mais capacitados a levarem o indivíduo para casa (...)".

E2: “Devíamos ter a ‘hora da família’, para nós podermos fazer ensinamentos, eles estarem presentes (...) porque muitas vezes nós marcamos (...) e eles não vêm”.

E6: “Cada vez mais os ensinamentos, reforçar os ensinamentos à família”.

E8: “Talvez ter oportunidade de trabalhar mais com as famílias quando eles cá estão internados (...)”.

E10: “Se nós investirmos naquela família, se nós ensinarmos, instruímos e treinarmos aquela família, de certeza que a colaboração vai ser muito maior”.

E12: “(...) uma família que tem logo a perspectiva de levar o utente para casa começar logo desde o primeiro dia a fazer ensinamentos, a tirar dúvidas, poder permitir virem cá às unidades quando prestam cuidados”.

E13: “Acho que devíamos capacitá-los mais, integrá-los mais, mesmo quando eles tentam fugir e não colaborar”.

As famílias necessitam de ensinamentos e treinamentos no sentido da satisfação das necessidades do idoso pois muitas dessas necessidades não podem ser respondidas simplesmente pela intuição mas sim com conhecimento efetivo. Os ensinamentos à família permitem a transmissão de conhecimentos com vista à correta prestação de cuidados e o treino acompanhado permite a correção de procedimentos e a consolidação de conhecimentos e técnicas, com vista à maior autonomia e confiança da família na satisfação das necessidades do seu familiar.

Os enfermeiros têm nesta área um papel perfeitamente autónomo e primordial na ajuda aos familiares no sentido de estes levarem os seus idosos para o domicílio com a certeza de serem bem cuidados. Devem avaliar diversos fatores tais como, o nível de conhecimento do cuidador sobre o estado da doença do seu familiar, os tratamentos necessários e as suas implicações, os conhecimentos pré existentes e as capacidades que os cuidadores têm para executar as atividades afetadas do idoso, assim como as experiências anteriores vividas pelo cuidador que possam influenciar as necessidades de aprender (Branco, 2005).

Quando os enfermeiros valorizam a aprendizagem da família, nomeadamente do cuidador principal, contribuem para que esta esteja preparada para assumir uma nova responsabilidade, a de cuidar do seu familiar. O ensino efetuado em contexto institucional, é um instrumento que o enfermeiro deve usar com o objetivo de garantir a qualidade dos cuidados prestados no domicílio (Castro, 2009).

Os ensinamentos realizados em contexto institucional, devem sempre ter em consideração as características familiares, nomeadamente no que diz respeito às condições habitacionais.

E1: “(...) nós poderemos também visualizar um bocadinho nem que seja por fotografia, as condições da casa (...)”.

E2: “E nós próprios antes da alta devíamos lá ir para ver as condições o que é que... imagina tinham uma casa de banho que não era adaptada”.

E3: “Também se nós conhecêssemos o ambiente e as casas era mais fácil adequarmos os ensinamentos porque tínhamos outra perceção das coisas”.

Os enfermeiros entendem que os ensinamentos feitos à família devem ser adequados às características físicas do domicílio do idoso. Para isso referem que seria facilitador o conhecimento efetivo desse espaço físico. Não sendo possível essa visita devem os enfermeiros tentar obter o maior número de informação possível para que os familiares percebam que apesar de estarem a receber ensinamentos e treinos num espaço ideal que é o da instituição de saúde, podem transportar esses mesmos conhecimentos para o espaço familiar.

Na terceira subcategoria os enfermeiros referem que os apoios às famílias/cuidadores deviam ser maiores, o que facilitaria a preparação da alta do idoso, nomeadamente os apoios monetários a quem é cuidador.

E5: “(...) haver mais apoios em termos económicos, para toda a despesa que muitas vezes um doente grande dependente obriga uma família a ter (...)”.

Sabemos que a conjuntura atual de crise económica e austeridade restringe cada vez mais os apoios económicos às famílias e cuidadores de idosos dependentes. No entanto, e dado o previsível envelhecimento da população para o futuro, será espetável que as políticas dirigidas ao idoso continuem a contemplar entre outros os apoios económicos.

Por outro lado, os enfermeiros consideram que as visitas domiciliárias periódicas de profissionais qualificados podem ser uma grande ajuda aos idosos e também suas famílias uma vez que permitem um maior acompanhamento das necessidades do idoso.

E2: “As visitas domiciliárias, ir lá ver como é que está, se está tudo a correr bem, poder ajudar nalguma coisa, por aí também iria ajudar, para as famílias ganharem alguma confiança”.

E3: “(...) haver um suporte inicial, poder ir alguém a casa e explicar lá no ambiente deles”.

E10: “Se calhar nos primeiros tempos terem o apoio de um enfermeiro que lá vá a casa ver se está tudo bem, tirar dúvidas, porque eles encontram-se numa situação nova”.

As visitas domiciliárias permitem um acompanhamento dos idosos, a orientação dos familiares, a avaliação dos cuidados prestados, a orientação nos tratamentos e o auxílio na organização do ambiente, devendo ser essas visitas programadas e sistematizadas de acordo com as necessidades do idoso ou família e da capacidade de resposta da equipa de saúde (Souza e Caldas, 2008).

Por seu lado as instituições de apoio diurno tornam-se insuficientes uma vez que cresce o número de idosos necessitados deste tipo de apoio. Um maior número de instituições prestadoras de serviços diurnos ajudariam as famílias a ter os idosos em casa.

E4: “Devia haver mais apoio domiciliário sem ser só dos centros de dia (...)”.

E5: “(...) maior facilidade em os utentes entrarem em centros de dia”.

E7: “Acho que facilitava mais as famílias se houvesse um apoio maior na comunidade”.

No que diz respeito à responsabilidade das instituições e profissionais de saúde na ajuda aos familiares, os enfermeiros referem que seria vantajoso maior flexibilidade das instituições e maior consciencialização dos seus profissionais, ou seja, defendem que as instituições deveriam permitir horários mais alargados e em situações devidamente justificadas a quebra de algumas regras, nomeadamente nos tempos de visitas. Por parte, especificamente da enfermagem, referem que os enfermeiros devem trabalhar no sentido de uma maior aproximação às famílias assim como na quebra de rotinas desenvolvendo atividades mais arrojadas junto dos idosos e suas famílias.

E8: “(...) é preciso que os familiares passem mais tempo nas unidades, que os enfermeiros passem mais tempo com os familiares (...)”.

E8: “Para já a alteração de algumas rotinas que as pessoas têm como sagradas e sermos mais arrojados, irmos para além da rotina (...)”.

Isto na prática significa a consciencialização dos enfermeiros no sentido de se mostrarem mais disponíveis para as famílias e idosos, tentando desenvolver com eles atividades se necessário fora dos horários pré estabelecidos de rotinas. Abrir-se-á uma porta para uma maior confiança entre enfermeiro-idoso-família assim como um caminho para uma comunicação mais eficiente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objectivo geral a identificação das dificuldades dos enfermeiros na preparação da alta do idoso dependente. Teve por base, um ainda recente contexto de cuidados que se situam num nível intermédio entre o internamento hospitalar e os de base comunitária numa interação conjunta entre os serviços de saúde e de apoio social, ou seja, a RNCCI.

Nos cuidados continuados, encontramos uma população de utentes, na sua maioria idosos, que sofrem de inúmeras patologias em simultâneo e que dada a sua progressiva dependência necessitam de cuidados especializados.

Por outro lado encontramos uma população de profissionais, neste caso enfermeiros, motivados e preparados para o cuidado ao idoso. Trata-se de enfermeiros com plena noção da sua função dentro das unidades e, acima de tudo, com a plena consciência do objectivo da RNCCI. Todos entendem que os cuidados continuados existem para dar apoio a pessoas com dependência e suas famílias, encontrando-se estes cuidados num nível intermédio pelo que o objetivo final será o de preparar o idoso e sua família para o regresso deste ao domicílio.

Neste contexto de cuidados, entendem os enfermeiros que o seu papel junto do idoso é essencialmente a promoção do autocuidado. Diariamente, o seu trabalho é desenvolvido no sentido de proporcionar ao idoso a maior independência possível ou a sua manutenção. Destaco as principais ações desenvolvidas pelos enfermeiros no seu contexto de trabalho que contribuem para a reabilitação do idoso, o treino de atividades de vida diárias, o ensino de técnicas e cuidados preventivos, o auxílio na adaptação à doença e a manutenção da independência existente. Consideram os enfermeiros que estas atividades facilitam o regresso ao domicílio após uma situação aguda de doença ou descompensação de estados crónicos.

Em toda esta envolvência muitas são as dificuldades encontradas pelos enfermeiros no encaminhamento do idoso para domicílio. Relativamente ao idoso, os enfermeiros realçam que a grande dificuldade se encontra na grande dependência da maioria dos

que usufruem dos cuidados continuados. Sendo uma população muito idosa, encontramos associados défices físicos, mas também mentais, que contribuem para situações de grande dependência, muitas das vezes irreversíveis. Por outro lado a idade avançada desencadeia no idoso falta de motivação e consequente acomodação, pelo que o seu esforço frente à possível reabilitação é insuficiente.

No que diz respeito à família, esta é considerada um apoio fundamental na vida do idoso, estando a cargo dela a responsabilidade no cuidar. No entanto, deparamo-nos atualmente, por um lado com crises económicas e políticas de austeridade que impedem a procura de apoios especializados privados, e por outro lado a impossibilidade das famílias para o cuidar dada a conjuntura social e a necessidade de permanência no mercado de trabalho. Concluimos, neste estudo, que o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros junto das famílias é dificultado pela falta de interesse das mesmas para o cuidar, uma vez que não sentem essa responsabilidade. Para as que mostram alguma preocupação pelos seus familiares a grande dificuldade existe no combate aos receios da família na prestação de cuidados, nomeadamente no medo de não responder adequadamente às necessidades do idoso e também uma grande dificuldade na conjugação de horários e na falta de tempo disponível para ensinos, falta de tempo essa, quer dos profissionais de saúde, quer dos familiares.

A realização de ensinos aos familiares por forma a capacitá-los para o cuidar, abrangem quase todas as áreas, desde os cuidados de higiene, aos posicionamentos, à alimentação, à manutenção de sondas, entre outros, uma vez que a grande maioria das famílias desconhece tudo o que envolve o cuidado ao idoso dependente pois é confrontada pela primeira vez com situações de dependência.

As dificuldades na preparação da alta do idoso surgem também devido à pouca flexibilidade de horários por parte das instituições de saúde o que limita o contacto entre enfermeiros e família. Por outro lado, os enfermeiros muitas vezes são pouco arrojados e pouco ativos junto das famílias no sentido de prepará-las para a alta do idoso dependente.

Entendem os enfermeiros que todo o processo de preparação para a alta será facilitado se as famílias forem despertas para a importância de serem elas a cuidar do idoso dentro do seu meio familiar. Agregado a esta sensibilização será importante o treino dos familiares na prestação de cuidados, por forma a capacitá-los para o cuidar, desmistificando possíveis receios. Os ensinos e o treino de procedimentos será tanto mais eficaz quanto melhor for adaptado à realidade do idoso e família, pelo que o

conhecimento das características das condições do domicílio é fundamental. Os apoios à família, quer monetários, quer do ponto de vista da comunidade, pela existência de centros de dia e instituições prestadoras de serviços, quer mesmo visitas domiciliárias de profissionais de saúde qualificados será uma mais valia no incentivo às famílias para que tenham os seus idosos em casa.

Os enfermeiros que exercem funções nas unidades de internamento da RNCCI, têm um papel de elevada importância na recuperação dos idosos e apoio às suas famílias e devem trabalhar no sentido de lhes proporcionarem os melhores cuidados e também os melhores ensinamentos. Devem ser arrojados o suficiente para quebrarem rotinas e irem de encontro ao que os idosos necessitam para que a sua passagem pela RNCCI seja um momento de transição entre o internamento hospitalar e o domicílio, tal como preconizado pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

A RNCCI prevê a participação e co-responsabilização da família nos cuidados por forma a prepará-la para o regresso do idoso ao domicílio. Verifica-se que a preparação da família para cuidar do idoso é um processo difícil e influenciado por inúmeros fatores, desde o desinteresse da família pela prestação de cuidados, o medo do desconhecido e o medo no cuidar.

Relativamente às limitações deste estudo, considero que dada a sua dimensão não será possível a generalização dos resultados. Por outro lado, a entrevista como único método de recolha de dados restringe os resultados, sendo que a observação dos cuidados possibilitaria maior riqueza de dados. Este estudo envolveu participantes de apenas duas unidades de cuidados continuados, sendo que foram analisadas as suas experiências que naturalmente são influenciadas pelos métodos de trabalho instituídos em cada uma dessas unidades apesar de muito se assemelharem.

Será vantajoso a realização de outros estudos na área, no sentido de aprofundar as experiências vividas pelos enfermeiros assim como os seus contextos de trabalho e projetos desenvolvidos, considerando também a perspetiva das famílias e idosos, no sentido de criar estratégias dentro das unidades que facilitem todas as partes envolvidas no encaminhamento do idoso dependente para domicílio. Será igualmente vantajoso ampliar as pesquisas a todos os outros profissionais envolvidos deste a área clínica, fisioterapia e serviço social.

Espero com este estudo contribuir acima de tudo para a boa prestação de cuidados ao idoso e o apoio às suas famílias no sentido de fazer cumprir um dos objectivos da

RNCCI que é o de que esta existe como passagem entre os cuidados hospitalares e o domicílio, para que seja possível ajudar um maior número de pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AUGUSTO, Berta Maria de Jesus [et al.] - **Cuidados Continuados – família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar**. 2º ed. Coimbra: Formasau, 2005. ISBN 972-8485-60-3

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 4ªed. Lisboa: Edições 70 LDA. Outubro 2011. ISBN 978-972-44-1154-5

BRANCO, Maria Zita Pires Castelo. **Necessidades dos cuidadores familiares dos doentes oncológicos em fase terminal**. [em linha]. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto. Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2005. [consult. 27 Out. 2012]. Disponível em: http://porbase.bnportugal.pt/ipac20/ipac.jsp?session=13550719148T6.64750&profile=porbase&uri=link=3100027~!8216137~!3100024~!3100022&aspect=basic_search&menu=search&ri=2&source=~!bnp&term=Necessidades+dos+cuidadores+familiares+dos+doentes+oncol%C3%B3gicos+em+fase+terminal+%5B+Texto+policopiado%5D&index=ALITTLE#focus

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 64 p. Disponível em: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fbvsm.sau.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fguia_pratico_cuidador.pdf&ei=C3yfUNpG8OphAesnIDwCw&usq=AFQjCNFMghB_ULqPjv5CVOj4Z6YFsu40Q&sig2=2wsK8_XKZ_OS1DTRT6RtkZMA

CARVALHO, Maria Irene Lopes B. – **Modelos de Política de Cuidados na Velhice em Portugal e em Alguns Países Europeus**. Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, 12 (2), 2009: 119-33

CARVALHO, Maria Irene Lopes B. - **Uma Abordagem do Serviço Social à política de Cuidados na Velhice em Portugal**. *Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social* [em linha] (2010) [Consult. Abr, 2012]. Disponível em: [http://www.cpihts.com/PDF02/Uma Abordagem do Serviço Social à Política de Cuidados na Velhice em Portugal Maria Irene Lopes de Carvalho .pdf](http://www.cpihts.com/PDF02/Uma%20Abordagem%20do%20Serviço%20Social%20à%20Política%20de%20Cuidados%20na%20Velhice%20em%20Portugal%20Maria%20Irene%20Lopes%20de%20Carvalho.pdf)

CASTRO, Susana Cristina Pereira - **Como aprende o cuidador principal do doente oncológico em fase terminal a cuidar no domicílio**. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. *Instituto de ciências biomédicas de Abel Salazar*. [em linha] Porto, 2009. [Consult. Out, 2012] Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19379/2/TeseSusana.pdf>

CELICH, Kátia Lilian Sedrez; BORDIN, Alexandra - **Educar para o autocuidado na terceira idade: uma proposta lúdica**. [em linha] RBCEH, Passo Fundo, v. 5, n. 1, p. 119-129, Jan./Jun. 2008 [Consult. Out, 2012]. Disponível em: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=12&ved=0CFgQFjAL&url=http%3A%2F%2Fwww.upf.br%2Fseer%2Findex.php%2Frbceh%2Farticle%2Fdownload%2F102%2F186&ei=KXufUJ7nE8WChQeE7oHoAg&usq=AFQjCNF_9m7h9k7ES43WVZMimgn30ePZMQ&sig2=tWgkyQMeXq2TN9y0uNCTqQ

CÓNIN, C. **Geografia do Envelhecimento da População Portuguesa Aspectos Sociodemográficos 1970-2021**. Lisboa, Departamento de prospectiva e Planeamento, Comissão para o Ano Internacional das Pessoas Idosas 1999.

COSTA, M. A. **Cuidar de Idosos - Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros**. Coimbra: Formasau, 2002

COUTINHO, Clara Pereira - **A qualidade da investigação educativa de natureza qualitativa: questões relativas à fidelidade e validade**. Educação Unisinos [Em linha] volume 12, nº1 (Janeiro – Abril 2008). [Consult. 13 Out. 2012]. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/7884>

DECRETO-LEI nº 161/96. **D.R. I SÉRIE-A**. 205 (96-09-04) 2959-2962

DECRETO-LEI nº 101/2006. **D.R. I Série – A**. 109 (06-06-06) 3856-3865

DIAS, Ana; SANTANA, Silvina – **Cuidados Integrados: um novo paradigma na prestação de cuidados de saúde**. [em linha]. Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão, 2009. [consult. 01 Outubro 2012] Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-44642009000100003&script=sci_artt_ext

DIOGO, M.J.D'E. **O papel da enfermeira na reabilitação do idoso**. Revista Latino-am.enfermagem. Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 75-81, Janeiro 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n1/12437.pdf>

FORTIN, Marie-Fabienne – **O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização**. Loures: Lusociência, 1996. ISBN: 972-8383-10-X

GOMES, Catarina - **Em 2050, os idosos viverão mais tempo com saúde e autonomia**. O Público [em linha] (2010). [Consult. 08 Nov 2011]. Disponível em: <http://jornal.publico.pt/noticia/07-03-2010/em-2050-os-idosos--viverao-mais-tempo-com-saude-e-autonomia-18943784.htm>

GOVERNO DA REPÚBLICA PORTUGUESA – Portal da Saúde: Programa do XVII Governo Constitucional para a Saúde - 2005-2009. 2009. [em linha] [Consult. 08 Nov

2011] Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/politica+arquivo/programa.htm>

GOVERNO DA REPÚBLICA PORTUGUESA – **Portal do Governo: Programa do Governo – Saúde**. 2011. [em linha] [Consult. 08 Nov 2011]. Disponível em: http://www.portugal.gov.pt/pt/GC19/Governo/ProgramaGoverno/Pages/ProgramadoGoverno_33.aspx#

INE – **Estatísticas Demográficas 2009** [em linha]. Lisboa: Instituto Nacional de estatística. 2010. [consult. 08 Nov. 2011]. Disponível em: www.ine.pt

INE - **Censos - Resultados provisórios – 2011** [em linha]. Lisboa. Instituto Nacional de Estatística. 2011 [consult. 27 Out 2012]. Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=122073978&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554

KARSCH, Ursula M. – **Idosos dependentes: família e cuidadores**. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. Maio-Junho (2003). [consult. 27 Out 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v19n3/15890.pdf>

LIMA, Maria Fernanda; VERAS, Renato – **Saúde Pública e Envelhecimento**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, nº19 (Mai-Jun, 2003) p.700-701

MARQUES, Rita Margarida Dourado; DIXE, Maria dos Anjos – **Dificuldades dos Cuidadores de Doentes Dependentes**. [em linha]. 2010 [consult. 27 Out 2012]. Disponível em: <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/354>

MENICALLI, Ana Maria Faria et al – **O Idoso na Sociedade** In SILVA, José Vitor – *Saúde do Idoso: processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos*. São Paulo: Iátria, 2009. ISBN 978-85-7614-059-7

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Portal da Saúde: **Programa do XVIII governo Constitucional para a Saúde – “Saúde: um valor para todos”** Novembro 2009. [Consult. 08 Nov 2011]. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/programa/programa+xviii.htm>

MORSE, Janice M. – **Aspectos Essenciais da Metodologia de Investigação Qualitativa**. Trad. de Ana Paula Sousa Santos Espada. Coimbra: Formasau, 2004. ISBN 978-972-8485-89-4

OMS – **Relatório Mundial da Saúde – Financiamento para os Sistemas de Saúde: o caminho para a cobertura universal** [em linha]. Lisboa: Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. 2010. [consult. 08 Nov. 2011]. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/coordenacao-internacional/multilaterais/oms/>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro**. [em linha]. 2009. [consult. 27 Out. 2012] Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Paginas/cuidados-continuados.aspx>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais**. [em linha]. Lisboa, 2004 [consult. 27 Out. 2012]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>

PARDAL, Luís; CORREIA, Eugénia – **Métodos e Técnicas de Investigação Social**. Porto: Areal Editores, 1995. ISBN 9726273447

PEREIRA, M. **Cuidar de Idosos Dependentes – Expectativas dos Prestadores de Cuidados**. Lisboa: ESEMFR, 2001.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas – **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2005. ISBN 85-363-0455-3

RODRIGUES, Rogério – **Avaliação Comunitária de Uma População de Idosos: da funcionalidade à utilização de serviços**. 1ª edição. Coimbra: Mar da Palavra, 2009. ISBN: 978-972-8910-40-2

SAGIORATO, Rita De Cássia – **Demências: uma visão ampla**. In SILVA, José Vitor – *Saúde do Idoso: processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos*. São Paulo: Iátria, 2009. ISBN 978-85-7614-059-7

SILVA, José Vitor *et al* – **A Família e o Idoso**. In SILVA, José Vitor – *Saúde do Idoso: processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos*. São Paulo: Iátria, 2009. ISBN 978-85-7614-059-7

SOUZA, Iracema Radael, CALDAS, Célia Pereira - **Atendimento domiciliário gerontológico: contribuições para o cuidado do idoso na comunidade**. [em linha] Revista Brasileira em Promoção da Saúde. Vol1. Fortaleza: 2008. [consult. 27 Out. 2012]. Disponível em:
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=40821109>

SPIRDUSO, W. Waneen – **Dimensões Físicas do Envelhecimento**. Trad. de Paula Bernardi. São Paulo: Manol, 2005. 482 p. ISBN 85-204-1341-2

STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem em Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População**. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-29-1

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS. **Guia da Rede nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)**. Setembro 2009. Disponível em: http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/Guia_RNCCI.pdf

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS. **Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados continuados Integrados (RNCCI) 1º Semestre de 2012**. Julho 2012. Disponível em: <http://www.rncci.min-saude.pt/documentacao/Paginas/Relatorios.aspx>

ANEXOS

ANEXO 1

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC)**

Parecer Nº 62-12/2011

Título do Projecto: **Dos cuidados continuados ao domicílio: dificuldades dos enfermeiros na abordagem dos familiares para a alta do idoso dependente**

Identificação do(s) Proponente(s)

Nome(s): Joana dos Santos Baptista

Filiação Institucional: Residências do Montepio – Coimbra e ESEnC

Investigador Responsável: Prof. Doutor Rogério Rodrigues

Relator(es): José Carlos Amado Martins

Parecer

A investigadora propõe-se, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, a realizar um estudo qualitativo do tipo exploratório com recurso à análise de conteúdo”, junto de enfermeiros que exercem funções em Unidade de Cuidados Continuados, com o objectivo central de “ identificar as dificuldades dos enfermeiros na abordagem/preparação dos familiares no encaminhamento do idoso dependente para domicílio e identificar estratégias de ensino/aprendizagem, dirigidas aos familiares, facilitadoras da reinserção do idoso dependente no domicílio”.

Para atingir o objectivo serão entrevistados enfermeiros, utilizando guião semi-estruturado para a entrevista e recorrendo à técnica de análise de conteúdo de Bardin.

Os critérios de inclusão estão claramente definidos.

O anonimato, a confidencialidade e a voluntariedade na participação são garantidos. A proponente garante a destruição das gravações das entrevistas após a sua transcrição e análise.

Será utilizado documento para obtenção de Consentimento Informado, que anexa, e está de acordo com os requisitos habituais.

Face ao exposto, somos de entender que nada há a opor à realização do estudo.

O relator: _____

José Carlos Amado Martins

Data: 25/01/12

O Presidente da Comissão de Ética: _____

Abel Soares



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE COIMBRA

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

Portugal

APÊNDICES

APÊNDICE I

I - Caracterização da(o) Enfermeiro(a)

1. Participante: _____

2. Local de residência: _____

3. Sexo: Feminino () Masculino ()

4. Idade: _____ anos.

5. Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____(concelho)

6. Estado Civil: Solteiro (.....) Casado (.....) União de Facto (.....) Viúvo (.....) Divorciado (.....)

7. Habilitação Académica: _____

8. Ano de fim do curso de enfermagem: _____ Instituição: _____

9. Instituição onde trabalha: _____

10. Horário de trabalho semanal: _____

11. Tempo de serviço em cuidados continuados: _____

12. Trabalha em mais alguma instituição? Sim ___ Não ___ Qual? _____

12a. Tempo de serviço: _____

12b. Horário de trabalho: _____

13. Outros Cursos/Formações: (especificar o tipo, tempo de duração e ano de conclusão)

II – Questões de entrevista

1. Segundo a sua experiência quais as principais patologias/diagnósticos de entrada dos utentes na rede?
2. De que forma o seu trabalho de enfermeiro/a se dirige ao objectivo de levar o utente idoso a regressar ao domicílio. Dê exemplos.
3. Quais as maiores dificuldades que sente na preparação de um utente para a alta?
4. Quais as situações/casos que considera serem mais facilmente encaminhados para domicílio? E quais os mais difíceis?
5. Um dos princípios da RNCCI é a participação das famílias e co-responsabilização na prestação dos cuidados. Segundo a sua experiência verifica este princípio? Dê exemplos.
6. Pela sua experiência há interesse por parte dos familiares em cuidar do idoso?
7. Em que altura do internamento os familiares começam a questionar a alta?
8. Os familiares interessam-se pelo processo de preparação para a alta?
9. Os familiares são receptivos aos ensinamentos feitos pelos enfermeiros, no sentido de encaminhar o idoso para domicílio?
10. Quais as suas maiores dificuldades na realização dos ensinamentos aos familiares?
11. Pela sua experiência quais as áreas que identifica como sendo as que os familiares mais precisam da orientação dos técnicos?
12. O que pensa que poderia ser feito para incentivar/facilitar as famílias a levar os idosos para o domicílio?

APÊNDICE II

Transcrição das Entrevistas

ENTREVISTA 1

1. Um dos princípios da RNCCI é a participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados. Segundo a sua experiência verifica este princípio? Dê exemplos.

50% - 50%.

Então? Exemplos?

Vejo famílias aqui que realmente estão cá para os doentes se reabilitarem e com o intuito de os tornarem mais independentes possível para levar para casa e retomarem a vida que anteriormente tinham, mas grande parte dos casos até é o contrário. Encaram uma unidade de cuidados continuados como um lar, uma forma de colocarem aqui o seu familiar que sabem que são bem tratados, estão a pagar uma percentagem muito mínima comparativamente com um lar e na altura em que têm alta eles fazem tudo por tudo para não os levarem para casa, inventam um sem número de desculpas.

2. De que forma o seu trabalho de enfermeiro/a se dirige ao objectivo de levar o utente idoso a regressar ao domicílio. Dê exemplos.

Então, para além da parte de tratamento ... no que toca por exemplo se ele vem com uma ferida, tentar trata-lo tentar pô-lo o mais autónomo possível, também estabelecemos uma grande comunicação com os outros elementos da equipa, como por exemplo a parte da fisioterapia em que eles também têm um grande intuito de os tornarem independentes, mas a maior parte dos casos somos nós cá em cima no nosso piso que estamos 24 horas com eles que vamos supervisionando as actividades que eles executam, ou seja o deambular, seja na parte da higiene, na parte do vestir e despir... basicamente nós tentamos estimulá-los mais para a independência possível e quando não dá para isso, tentar que com as contrariedades que eles ganharam pelas doenças, seja paresias, seja o quê...eles tentarem ultrapassar um bocadinho esse obstáculo e conseguirem ter uma actividade normal de vida.

3. Quais as maiores dificuldades que sente na preparação de um utente para a alta?

A principal é mesmo não saber por exemplo as condições do domicílio, as condições económicas da família, porque uma pessoa até pode aparentar ter muito dinheiro e não o ter, como vice-versa, e apesar dessa tarefa estar um bocadinho à responsabilidade da assistente social, acho que nós deveríamos saber o que espera o doente em casa. Se tem por exemplo rampas, se não tem rampas, se tem condições para terem banho numa casa de banho com condições especiais, por exemplo num doente de AVC, e nós nunca temos essa visão, por mais que queiramos a família até pode dizer que tem ou que não tem e na realidade até nem ter, porque nós não vamos lá, não visualizamos e essa perspectiva e assim.

4. Quais as situações/casos que considera serem mais facilmente encaminhados para domicílio?

Sei lá...

Em termos de patologias, p. ex. há algumas situações...

As fracturas talvez, porque aqui as fracturas vêm basicamente para haver a sua consolidação e posteriormente haver aquela recuperação da mobilidade que foi perdida temporariamente. E após essa mobilidade ser recuperada por norma não têm dificuldades.

5. E quais os mais difíceis?

Por exemplo quando é um doente que vem com um AVC que vem com uma paresia que é uma limitação que se torna definitiva, acho que a família encara de forma diferente a patologia e tem mais tendência a ficar com medo de os levar para casa, de como vão agir, por exemplo acamados... terem alguém que lá vá posicionar, dar as higiènes, alimentar, se tiver SNG ou necessidade de aspirar secreções, a família encara como um grande obstáculo

6. Pela sua experiência há interesse por parte dos familiares em cuidar do idoso?

Eles cuidarem dos idosos?

Sim

Como na primeira pergunta 50%-50%. Tanto tenho familiares que são extremamente preocupados querem saber tudo e mais alguma coisa, querem saber fazer tudo e mais alguma coisa para levarem para casa e realmente considerarem-se completamente capazes de fazerem tudo, como outros que basicamente tentam passar todas as tarefas ao lado, ou porque têm medo ou porque encaram aquilo como um grande obstáculo, ou porque realmente não lhes interessa saber para levarem para casa.

7. Em que altura do internamento os familiares começam a questionar a alta?

Uma ou duas semanas antes de eles terem alta. Na altura em que a assistente social fala com eles para preparar a alta então aí é que eles começam a preparar-se ou a aceitar a alta ou então a recusarem a alta alegando não sei quantas desculpas.

8. Os familiares interessam-se pelo processo de preparação para a alta?

Não muito. Sinceramente uns 30% dos familiares procuram saber o que têm de fazer e isso tudo, a maior parte não se interessa.

9. Os familiares são receptivos aos ensinamentos feitos pelos enfermeiros, no sentido de encaminhar o idoso para domicílio?

A maior parte quando sabem que o doente tem mesmo de ir e não há outra forma de haver prorrogação da alta ou isso, ou seja quando eles encaram mesmo que tem de ser que têm de ir, depois procuram saber as coisas para também não irem às escuras para casa. Mas também existe outra parte que não quer saber.

10. Quais as suas maiores dificuldades na realização dos ensinamentos aos familiares?

Algumas pessoas... a renitência em levar para casa já torna a pessoa renitente aos ensinamentos. Outra questão é mesmo a personalidade das pessoas. Por exemplo nós tentamos abranger, tentar abranger uma linguagem que seja facilmente entendida por todos, algumas pessoas ou porque exercem cargos p. ex um médico ou ... que têm cargos superiores tentam-se mostrar ali um bocadinho superiores e não querem saber muito disso. E depois temos o contrário, pessoas que têm baixos conhecimentos que tentamos atingi-los com uma linguagem e eles também parece que eles ficam muito confusos e não conseguem perceber muito bem aquilo que é... e fazem de um simples acto um bicho de sete cabeças.

11. Pela sua experiência quais as áreas que identifica como sendo as que os familiares mais precisam da orientação dos enfermeiros?

Por exemplo a área da alimentação, uma pessoa que tenha uma sonda nasogástrica que leve para casa, se não for bem preparada cá e se já não tiver treinado várias vezes eles é muito complicado eles aceitarem isso. Se o doente também tiver sonda vesical apesar de eles não terem cuidados assim directamente assim de mudar e isso é só despejar o saco eles também encaram com alguma dificuldade olharem a pessoa com aquele tubo a mais. Se a pessoa tiver feridas, encararem o doente com feridas, também é complicado apesar de provável esses doentes terem apoio domiciliário, da equipa do centro de saúde, a maior parte das vezes não encaram muito bem o doente ir para casa com feridas... seja pelo cheiro como também pelo exsudado. E principalmente quando um doente está completamente acamado e que necessite de vários cuidados que estão inerentes à sua situação, como seja o posicionamento, mesmo a higiene, se não tiverem um apoio de uma equipa que vá lá ajudar, nos primeiros tempos eles encaram mal a situação.

12. O que pensa que poderia ser feito para incentivar/facilitar as famílias a levarem os idosos para o domicílio?

Eu acho, que no meu ver, uma semana antes do indivíduo ter alta as famílias deviam estar presentes nos cuidados de higiene. Deveriam ser obrigadas a cá estar prestarem eles próprios os cuidados, seja de higiene, de alimentação, de vestir despir de forma a eles estarem mais capacitados a levarem o indivíduo para casa e verem que realmente aquilo com a prática ultrapassa-se todos os obstáculos. Outra forma até seria nós podermos também visualizar um bocadinho nem que seja por fotografias ou quê, as condições da casa, olharmos e visualizarmos se existe ali algum obstáculo que até possa estar ali a impedir a melhoria do doente e nós ajudarmos a família a ultrapassá-los.

ENTREVISTA 2

1. Um dos princípios da RNCCI é a participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados. Segundo a sua experiência verifica este princípio? Dê exemplos.

Na maioria das vezes não.

Então, Exemplos?

Porque muitas vezes, (...) é que isto, isto infelizmente é um bocado pronto, nós entre aspas, se é uma família complicada ou assim eles tentam-nos mandar embora e às vezes as pessoas até precisam e eles vão. Depois há casos como por exemplo nós temos agora uma senhora que até precisa de cuidados só que também se calhar não tem a tal cunha e vai-se embora, muitas vezes a equipa de enfermagem tá bem que temos o chefe que nos representa e nos pergunta mas se calhar depois a nossa opinião não vale nada lá no meio.

2. De que forma o seu trabalho de enfermeiro/a se dirige ao objectivo de levar o utente idoso a regressar ao domicílio. Dê exemplos.

Nós tentamos sempre com que eles consigam a maior autonomia nas necessidades humanas básicas e é aquela história de... às vezes somos um bocado chatos porque eles é que têm de fazer e nós não. Por exemplo a comer nós não damos pela boca, incentivamos a eles comerem e às vezes as famílias não nos percebem, dizem é que nós não queremos trabalhar, mas estamos a insistir para que eles sejam autónomos, acho que vai por aí.

3. Quais as maiores dificuldades que sente na preparação de um utente para a alta?

Muitos são completamente dependentes por isso coitados não vão participar. Quando participam tentamos motivá-los às vezes eles adaptam-se a isto, ficam no meio deles e depois sair daqui é um bocado complicado e até dizem que tão muito mal e tudo e não querem sair daqui. Motivá-los é a maior dificuldade.

4. Quais as situações/casos que considera serem mais facilmente encaminhados para domicílio?

Por exemplo em termos de patologias ou outros

Os AVC's... há alguns... aqueles que não são muito extensos, nós temos aqui bons resultados que a nível de fisioterapia e tudo têm ganhos e mesmo nós, com algumas ajudas técnicas conseguem sair daqui e refazer a vida deles, claro com ajuda, mas conseguem sair daqui minimamente autónomos.

5. E quais os mais difíceis?

Carcinomas, já cuidados paliativos já nem encaminha-mos.

Mas vai pela dependência da pessoa?

Vai muito pela dependência da pessoa. Os mais dependentes custam mais.

6. Pela sua experiência há interesse por parte dos familiares em cuidar do idoso?

Não. Eu acho que é deixá-los aqui... e pronto. Muitas vezes as unidades, (...) eles pensam que são lares, mais do que uma transição, isso é-lhes explicado, tudo bem que é mas não é

atingido. Então acho que a família... é tipo um depósito. Só que agora com a crise vamos ver porque o rendimento deles ainda vai fazer falta para o orçamento. Só pela parte económica.

7. Em que altura do internamento os familiares começam a questionar a alta?

Ah só mesmo no final. Só mesmo quando têm... quando a assistente social diz vai ter alta neste dia.

8. Os familiares interessam-se pelo processo de preparação para a alta?

A maioria das vezes não.

9. Os familiares são receptivos aos ensinamentos feitos pelos enfermeiros, no sentido de encaminhar o idoso para domicílio?

Mais ou menos.

Exemplos?

Depende de família para família. Porque há alguns que acatam todos os ensinamentos que nós fazemos, agradecem e tudo e estão receptivos e há outros que não querem saber, tanto que vão para casa mas já estão a pensar em pô-los noutra unidade logo quando saírem. E aí não se interessam minimamente, não querem ter o trabalho e nem perguntam sobre os cuidados.

11. Pela sua experiência quais as áreas que identifica como sendo as que os familiares mais precisam da orientação dos enfermeiros?

Por exemplo, ainda agora temos aí um exemplo de uma senhora que não sei como é que ela chegou aquele ponto, com 6 úlceras de pressão. Eu acho que os cuidados de higiene, e ver a pessoa... tipo a pele. As pessoas não têm noção. E depois é a tal história... tem de fazer levantar diário como aquela senhora, não vêem que isso está a ser prejudicial para a pessoa. Porque neste caso 6 úlceras é assim um bocado complicado. A nível da alimentação se for normal ou seja se não se tiver de passar a comida nem nada eles até vão tendo alguma atenção, mas quando se tem de triturar tudo, as quantidades certas.

E a receptividade p. ex. há presença de sondas?

A presença de sonda também dificulta. Temos aí uma pessoa que diz que não leva a mãe para casa por tem sonda. Já começamos a fazer ensinamentos e tudo mas ela não está muito receptiva a isso.

12. O que pensa que poderia ser feito para incentivar/facilitar as famílias a levarem os idosos para o domicílio?

Sei lá... agora é tão difícil. Eu percebo as famílias porque não têm disponibilidade. Eu acho que ... sei lá... é utopia mas tipo os serviços que soubessem que havia pessoas... ou seja imagina que eu tinha uma pessoa a cargo, facilitassem em termos de horários por exemplo sair mais cedo ou entrar mais tarde para poder deixar a pessoa bem. Acho que isso era bom. Eu acho que se houvesse assim uma maior disponibilidade das pessoas... claro que a parte económica

também vai falar mais alto. Se receberes por cuidares das pessoas acho que também iria ajudar.

E a equipa multidisciplinar, o que é que podíamos fazer para facilitar e ajudar as famílias?

As visitas domiciliárias, ir lá ver como é que está se está tudo a correr bem, poder ajudar nalguma coisa, por aí também iria ajudar, para as famílias ganharem alguma confiança.

E antes da alta achas que também é importante?

Acho que devíamos ter a “hora da família” uma hora ou meia hora, tipo para nós podermos fazer ensinamentos eles estarem presentes. Porque muitas vezes nós marcamos... ah venham neste dia para nós ensinarmos a fazer alguma coisa e eles não vêm. Acho que devia ser estabelecido, que era para eles saírem daqui com algumas noções mínimas. E nós próprios antes da alta devíamos lá ir para ver as condições o que é que... imagina tinham uma casa de banho que não era adaptada. Íamos lá ver para podermos dar soluções, fazer uma pré-visita.

ENTREVISTA 3

1. Um dos princípios da RNCCI é a participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados. Segundo a sua experiência verifica este princípio? Dê exemplos.

Às vezes!

Exemplos? O que é que a tua experiência te diz?

Há pessoas que não participam porque não querem, mesmo a incentivá-las não há hipótese. E há outras que é falha nossa. Não participam porque nós falhamos nesse aspecto. Acho que há um bocado falha nisso.

Nós não os incentivamos, não os chamamos?

Não sei também é assim... não sei. O pá, nós temos aí doentes que é assim... acho que temos aí doentes que ... temos aqui um que a mulher dele coitadita, o que é que nós vamos estar a incentivar para quê. Muitos têm falta de condições, e até mesmo condições em termos da própria pessoa não consegue. Outros, às vezes acho que podíamos incentivar mais, outras vezes...

2. De que forma o seu trabalho de enfermeiro/a se dirige ao objectivo de levar o utente idoso a regressar ao domicílio. Dê exemplos.

O que é que tu fazes para que o utente regresse ao domicílio?

Presto os cuidados que são necessários.

Mas incentiva-os a participar nos cuidados?

Incentivo os doentes a participarem nos cuidados, a auto cuidar-se. Alguns são receptivos a isso, outros temos aí que têm boas capacidades mas que “ò menina faça-me isto, faça-me aquilo”. Acomodam-se muito.

3. Quais as maiores dificuldades que sente na preparação de um utente para a alta?

Em relação às famílias há certos momentos que nós até temos oportunidades de ensinamentos e eles não estão cá nessas alturas, falta um bocadinho nessa parte. Em relação ao doente é a questão da acomodação e a maior parte dos doentes que temos aqui tem de 80 anos para cima, também já não têm condições para auto cuidar-se basicamente sozinhos em casa.

4. Quais as situações/casos que considera serem mais facilmente encaminhados para domicílio?

Os casos ortopédicos. As fracturas e assim acho que são os que têm melhores resultados a nível de recuperação.

5. E quais os mais difíceis?

Os TCE. Da minha experiência são os mais difíceis. Já tivemos um que foi caso de sucesso, mas a maioria não há grande hipótese.

6. Pela sua experiência há interesse por parte dos familiares em cuidar do idoso?

Poucos. Há alguns sim, nota-se que têm interesse em aprender e a fazer e ajudá-los e levá-los para casa. Há outros que é mais “ah não posso”, “ah não consigo”, “não tenho condições”.

7. Em que altura do internamento os familiares começam a questionar a alta?

Quando está a chegar ao final do mês. E é assim, eles a nós não nos questionam muito porque o serviço social vai-lhes falando disso. Quando eles vêm aqui e dizem que “ah havia de ir falar com a doutora porque ela disse-me que daqui a X tempo me dizia” por isso eles aqui não recorrem muito a perguntar disso.

E quando perguntam? O que achas que os leva a perguntarem sobre as altas?

Quando perguntam alguns é com medo da alta porque não têm condições ou porque não encontram lar, outros porque é mesmo porque os querem levar para casa, dois ou três.

8. Os familiares interessam-se pelo processo de preparação para a alta?

Acho que eles não se interessam muito, há casos e casos vá. Temos alguns que vêm e perguntam como é que eu faço, posso cá vir aprender, há outros que é preciso nós estarmos a dizer olhe se puder venha, nós precisamos de lhe ensinar.

E se tivesses de quantificar?

Tipo 10% têm iniciativa de vir perguntar e 90% temos de ser nós a procurar.

9. Os familiares são receptivos aos ensinamentos feitos pelos enfermeiros, no sentido de encaminhar o idoso para domicílio?

Eu acho que sim, acho que de um modo geral são receptivos. No entanto já houve casos em que perguntamos se quer aprender e dizem logo que não. E há casos, por exemplo uma pessoa que tenha sonda nasogástrica, nós podemos incentivar a família, mas muitos não

querem porque não gostam de os ver assim e acham que eles não vão assim para casa, o caso também é esse. Depende da situação.

10. Quais as suas maiores dificuldades na realização dos ensinamentos aos familiares?

Em termos de técnicas, tipo BMT e essas coisas, alguns sentem dificuldade, mas isso também quando fazemos esses ensinamentos é mais ao utente, os que temos tido quase todos é ao próprio utente. Alguns não é fácil estar a ensiná-los a prestar cuidados. A maioria dos cuidadores são os filhos por causa da faixa etária dos utentes. Os cônjuges a maioria também já têm uma certa idade, apesar de alguns terem capacidade e conseguem aprender, mas a maioria é os filhos que tomam conta deles.

11. Pela sua experiência quais as áreas que identifica como sendo as que os familiares mais precisam da orientação dos enfermeiros?

Nas transferências, não têm muita orientação a esse nível, transferências, posicionamentos, é mais por aí.

12. O que pensa que poderia ser feito para incentivar/facilitar as famílias a levarem os idosos para o domicílio?

O que é que nós podemos fazer para facilitar?

O ideal era eles levarem os utentes e haver um suporte inicial, poder ir alguém a casa e explicar lá no ambiente deles e assim.

E antes da alta?

Também se nós conhecesse-mos o ambiente e as casas era mais fácil adequarmos os ensinamentos porque tínhamos outra percepção das coisas, talvez fossem um pouco mais receptivos ou mais fácil.

ENTREVISTA 4

1. Quais as principais patologias/diagnósticos de entrada dos utentes na rede?

AVC, fracturas trocântéricas principalmente e muitas demências.

2. De que forma o seu trabalho de enfermeiro/a se dirige ao objectivo de levar o utente idoso a regressar ao domicílio. Dê exemplos.

Nós tentamos e uma vez que estamos em média duração e reabilitação tentamos fazer com que o idoso fique autónomo naquilo que for possível, readaptar à sua realidade actual, se for uma hemiparesia, não é, tentar que ele exercite aquele lado parético para quando voltar a casa conseguir fazer pelo menos o máximo de coisas possível como fazia na altura em que teve a patologia.

3. Quais as maiores dificuldades que sente na preparação de um utente para a alta?

Da nossa parte penso que não falamos muito com a família. Vêm nas visitas esporádicas, às vezes nem vêm, e depois não temos muito como fazer ensinamentos, como falar, como saber como é a casa, depois bate um bocadinho com a parte social... ò não nos transmitem ou não fazem essa pesquisa, não há interligação se calhar, acho que é um grande problema.

4. Quais as situações/casos que considera serem mais facilmente encaminhados para domicílio? E os mais difíceis?

Penso que são aqueles ou que têm um bom apoio em casa, porque se tiverem só filhos em que todos trabalhem também é difícil deixar o idoso em casa. E depois é pela parte económica, podem ter alguém para pagar para estar em casa com o idoso ou não e depois eles precisam de acompanhamento.

E em termos de patologias? Há algumas que sejam mais fáceis de encaminhar?

Acho que quando se trata de AVC em que a hemiparesia consegue ser ... conseguimos dar a volta às deficiências do utente acho que é mais fácil do que propriamente quando são as demências que é muito mais difícil conseguirem tratar porque acaba por ser quase psiquiátrico e tratar dos utentes em casa é muito difícil penso eu.

5. Um dos princípios da RNCCI é a participação das famílias e co-responsabilização na prestação dos cuidados. Segundo a sua experiência verifica este princípio? Dê exemplos.

Como familiar de um utente que também já cá tive, penso que na entrada até se fala. Fala-se que esse é um dos objectivos. Na realidade como enfermeira acho que há de tudo. Acho que há famílias que sim que se sentem co responsabilizadas, que fazem e que até tentam e sentem-se mal por não conseguirem levá-los para casa e há famílias que pensam que isto é um lar e deixam-nos aqui e pronto. Acho que há de tudo.

6. Pela sua experiência há interesse por parte dos familiares em cuidar do idoso?

É como eu acabei de dizer. Acho que há de tudo mas a maior parte até pode ter interesse, mas ou não tem disponibilidade ou não faz um esforço para ter essa disponibilidade.

7. Em que altura do internamento os familiares começam a questionar a alta?

Quando lá em baixo lhes dizem "tem alta para a semana". Acho que é muito por aí, não têm a noção que são três meses ou o que for e a maior parte das vezes é mesmo para ser ou então... é mesmo no fim que eles começam a ... não é quando entram como deveria ser, com a perspectiva da alta.

8. Os familiares interessam-se pelo processo de preparação para a alta?

Se calhar temos de fazer um bocadinho de esforço para que eles se interessem, á partida são poucos aqueles que se interessam. Temos de os motivar para isso.

9. Os familiares são receptivos aos ensinamentos feitos pelos enfermeiros, no sentido de encaminhar o idoso para o domicílio?

Quando temos essa possibilidade penso que têm sido receptivos, pelo menos até ver aqueles que apanhamos para ensinar alguma coisa, têm sido receptivos, não me lembro assim de nenhum que não tenha sido.

10. Quais as suas maiores dificuldades na realização dos ensinamentos aos familiares?

Um bocadinho a adequação do tempo, por exemplo, os cuidados de higiene, é difícil orientar na nossa manhã, deixar aquele utente à espera que o familiar venha para cuidados de higiene e muitas vezes marcamos e eles não vêm à hora ou não aparecem e acabamos por deixar o utente para o fim, e não apareceu. Em relação à alimentação é mais fácil, por exemplo, não vêm ao pequeno almoço ou almoço mas estão ao lanche a ao jantar. Portanto acho que conseguimos, mais ou menos.

11. Pela sua experiência quais as áreas que identifica como sendo as que os familiares mais precisam da orientação dos enfermeiros?

Penso que precisam muito no adequar o espaço físico e depois em caso de acamados os posicionamentos. Por exemplo os cuidados de higiene toda a gente consegue ou melhor ou pior não é, ou até o dar comida, mas em relação aos posicionamentos e correctos posicionamentos e as almofadas e assim acho que é onde eles sentem mais dificuldade.

E a presença de sondas? As pessoas têm algum receio?

No início têm receio mas talvez seja a parte em que conseguimos melhor porque quando estão aqui presentes nós insistimos logo para começarem a dar alimentação por sonda. Se forem renitentes agente percebe logo aqui e tentamos insistir mais um bocadinho.

12. O que pensa que poderia ser feito para incentivar/facilitar as famílias a levarem os idosos para o domicílio?

Não sei mas a nossa sociedade actual e as dificuldades actuais principalmente económicas também não ajudam. As pessoas têm cada vez mais uma vida mais agitada, com um emprego, dois empregos, também compreendo que não seja fácil ter mais uma pessoa dependente em casa. Eu imagino os meus pais se ficarem um dia dependentes de mim também será difícil, mas acho que ... sensibilizar.

Achas que há receio de os levar para casa e medo de cuidar deles?

Acho que às vezes eles têm receio de os levar para casa e devia haver mais apoio domiciliário sem ser só dos centros de dia que vão lá dar banho e pouco mais, e voltam ao fim do dia para deitar. Era preciso um apoio durante o dia. O idoso que à noite tem a família mas durante o dia se não pode ir ao centro de dia e fica em casa precisa de outro apoio sem ser as auxiliares que têm de ser pagas, lá vamos outra vez para o problema do dinheiro, devia haver mais incentivos.

1. Quais as principais patologias/diagnósticos de entrada dos utentes na rede?

AVC

Fracturas Trocântéricas

2. De que forma o seu trabalho de enfermeiro/a se dirige ao objectivo de levar o utente idoso a regressar ao domicílio. Dê exemplos.

Então, nos AVC's p.exemplo temos de os ensinar a viver com o lado parético e potenciar ao máximo o lado melhor. Nos doentes de fractura trocântérica desde ensiná-los a andar de andariho, a andar de canadianas, a terem cuidados de prevenção quando eles têm PTA ou os ângulos em que se devem sentar, colocar almofada no meio das pernas, mais... acho que é basicamente isso.

3. Quais as maiores dificuldades que sente na preparação de um utente para a alta?

A ausência da família. Aqui é uma comédia, por muito programa que tu tenhas de fazer, por muitas reuniões que tu marques com eles, àquela hora, no sítio X eles nunca vêm. É praticamente impossível eles cumprirem e depois muitas vezes chegam cá e estão em contra-relógio, ou seja, tu nunca tens meia hora disponível deles para treinares com eles tudo o que eles precisam saber. Eles basicamente querem chegar, dar o jantar e ir-se embora.

E com os utentes?

Com os utentes não temos tido grande dificuldade. Eles por norma quando entram já sabem que têm aquele período de tempo, dependendo da valência para recuperar e nós tentamos ao máximo potenciar as capacidades deles, não tem sido difícil.

4. Quais as situações/casos que considera serem mais facilmente encaminhados para domicílio?

Famílias presentes, são mais facilmente encaminhados para domicílio e doentes que não vivem sozinhos, que têm alguém presente, seja família ou seja vizinhos, que tenham um bom suporte com eles, independentemente de ser família directa ou não. São basicamente os casos mais fáceis.

E em termos de patologias, os mais fáceis de encaminhar?

As fracturas claramente.

E os mais difíceis?

Os AVC's hemorrágicos, são os mais difíceis de recuperar como tal de encaminhar para domicílio e os psiquiátricos são os mais difíceis.

5. Um dos princípios da RNCCI é a participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados. Segundo a sua experiência verifica este princípio? Dê exemplos.

Em termos de percentagem, 50-50. Depende um bocadinho. Há pessoas que têm plena noção que são co-responsáveis na recuperação do utente e há outros que não, que acham que nós é que os temos de recuperar e eles chegam ao final e vão para casa da forma como estão. Ou então quando não atingem os objectivos finais ficam extremamente revoltados porque não atingiram os objectivos deles. No entanto há famílias que são precisamente o contrário, colaboram connosco em tudo, participam nos cuidados, querem muitas vezes até antecipar as altas porque vêem que eles já estão bem, já estão no potencial máximo deles, por isso é que eu acho que é 50-50. Depende.

6. Pela sua experiência há interesse por parte dos familiares em cuidar do idoso?

Eu acho que depende um bocadinho também da experiência das próprias pessoas. Se as pessoas em si não têm experiências muito traumáticas com idosos, eu acho que sim, que estão na disponibilidade de tratarem de um idoso que está na rede. Se no entanto já tiverem experiências traumáticas porque não correu bem ou porque tiveram muito dependentes e porque de certa forma impossibilitaram muito a vida da família, não. Acho que depende um bocadinho da experiência que as pessoas têm.

7. Em que altura do internamento os familiares começam a questionar a alta?

Eu trabalho em média, portanto 90 dias. Nos últimos 30.

Sempre no final? Nunca falam nisso antes?

Falam mas são raros os casos que acabam por ser significativos, para nós. Por muito que nós digamos que vocês têm 90 dias para preparar a alta do utente, têm 90 dias para arranjar uma solução se não quiserem levar para domicílio, eles só pensam nisso nos últimos 30.

8. Os familiares interessam-se pelo processo de preparação para a alta?

Sim, quando têm consciência que... interessam.

E o que é que eles procuram?

Olha essencialmente procuram-nos quando querem levar para domicílio têm interesse em saber qual o material que têm à disposição em termos de ajudas para tratar deles. Tanto da parte mais social, que tem a ver com aqueles subsídios que eles podem adquirir, como tanto da nossa parte de enfermagem, querem saber tudo o que podem fazer, desde as melhores fraldas, aos melhores cremes, aos meios auxiliares de marcha, meios preventivos de úlceras de pressão, tudo isso eles querem saber, desde as almofadas de gel aos colchões de pressão alterna.

9. Os familiares são receptivos aos ensinamentos feitos pelos enfermeiros, no sentido de encaminhar o idoso para domicílio?

Sim, eu acho que sim. Se pensarmos em termos de fractura trocantérica, sim são receptivos às formas como os utentes têm de andar, que meios têm de usar para o fazer, aos cuidados que

têm de ter e até muitas vezes eles perguntam-nos especificamente se os cadeirões que têm em casa se têm de fazer alguma adaptação.

Os doentes de AVC é um bocadinho mais difícil, porque eles muitas vezes têm muita coisa adaptada para o lado parético e para o lado funcional. Aí torna-se um bocadinho mais difícil, mas eles são receptivos.

10. Quais as suas maiores dificuldades na realização dos ensinamentos aos familiares?

O tempo que os familiares têm disponíveis para eles. Porque nós muitas vezes precisamos de muito tempo, ou pelo menos horas e eles têm 30 minutos. Eu acho que essencialmente é o tempo.

11. Pela sua experiência quais as áreas que identifica como sendo as que os familiares mais precisam da orientação dos enfermeiros?

Eu acho que essencialmente na alimentação. Há ainda muitos erros que as famílias cometem em termos de alimentação tanto de uma pessoa sem qualquer tipo de restrição como de outra pessoa. Então nos diabéticos há aqueles conceitos clássicos que estão completamente errados. E muitas vezes isso leva a que as pessoas cheguem aqui com descompensações bastante grandes na diabetes e depois a família por trás dá aquelas coisinhas boas que ainda fazem descompensar mais. Alimentação é daquelas que se nota mais.

12. O que pensa que poderia ser feito para incentivar/facilitar as famílias a levarem os idosos para o domicílio?

Actualmente com o nosso ritmo de vida é bastante difícil, porque a maioria das pessoas trabalha bastantes horas. Se houvesse maior facilidade em os utentes entrarem em centros de dia, não tem de necessariamente lá estarem a dormir, mas estarem ocupados durante o dia isso facilitava bastante, porque as vagas são extremamente reduzidas e os próprios centros de dia criam imensas dificuldades, porque o doente tem de andar, porque o doente não pode ter dificuldade em subir degraus. Uma pessoa de 90 anos tem dificuldade em subir degraus. Não há outra forma de pôr a coisa. Acho que também havia de haver mais apoios em termos económicos, para toda a despesa que muitas vezes um doente grande dependente obriga uma família a ter e nem sempre é fácil adquirir esses subsídios porque depois há uma enorme burocracia a preencher, é preciso relatórios de tudo e mais alguma coisa. E nem sempre é fácil eles aceitarem. Acho que é essencialmente isso.

ENTREVISTA 6

1. Quais as principais patologias/diagnósticos de entrada dos utentes na rede?

Olha eu neste momento estou em longa duração e manutenção e dou apoio ao hospital que é a aparte privada que nós temos. Começo a aperceber-me cada vez mais que não há um diagnóstico. Antigamente apercebia-me que era muito AVC's, quedas, fracturas do colo. Neste momento não, há uma maior diversificação de diagnósticos. Temos vários AVC's, a base

acaba por ser mesmo os AVC's também, se bem que neste momento em longa acaba por não haver reabilitação mas sim a manutenção das capacidades que os nossos utentes têm. Há também muitas patologias de origem psiquiátrica, esquizofrenias, algumas depressões também... temos também ... sei lá... deixa-me ver... cada vez mais patologias neoplásicas, bastantes, cada vez mais que acabam por falecer connosco. E é basicamente isto... cada vez mais há maior diversificação de diagnósticos mas basicamente é mais AVC's.

2. De que forma o seu trabalho de enfermeiro/a se dirige ao objectivo de levar o utente idoso a regressar ao domicílio. Dê exemplos.

Olha nós em longa, fazemos muito à base da manutenção, tentamos sempre preservar a independência que o utente ainda tem, de modo a que eles não agravem, não fiquem mais agudizados, não fiquem mais dependentes porque vai implicar um dia mais tarde arranjar lares de dependentes o que torna muito mais difícil a preparação da alta do utente e também que a família aceite. Neste momento posso-te então dizer que o meu trabalho basicamente é na manutenção do... da independência do utente e também... e também nos ensinamentos possíveis a fazer à família. Se existe uma dependência que tu consegues fazer alguma reabilitação da parte de enfermagem... se um doente entra com uma sonda nasogástrica vindo do domicílio tendo com o apoio do terapeuta da fala, tentamos tornar que essa pessoa seja cada vez mais capaz na sua independência, seja cada vez mais capaz p. ex. neste caso de se alimentar de forma própria e haver mais uma independência, haver uma maior aceitação da família, da pessoa em ir para casa. Porque isto às vezes preparar uma alta não é assim tão fácil quanto isso.

3. Quais as maiores dificuldades que sente na preparação de um utente para a alta?

A falta de tempo dos familiares, e também a aceitação em que longa não é um lar. Há muitos utentes, há muitos familiares que vêm ter com os profissionais e que pensam que vão estar ali até... até... até falecerem, não é, coisa que não é verdade. Primeiro há a aceitação em que realmente longa é temporário, não é um lar, e depois realmente a aceitação, o tempo, o ter o tempo para virem preparar a alta. Porque há ensinamentos a serem feitos e é preciso as pessoas estarem disponíveis para isso.

4. Quais as situações/casos que considera serem mais facilmente encaminhados para domicílio?

Situações ou casos?

Sim p. ex em termos de patologias ou assim

Olha... se um utente entra para descanso do cuidador, que neste momento também temos bastantes em longa que apesar de ser tempo máximo de 6 meses estão cá 3 meses connosco, há uma maior facilidade em encaminhar o utente novamente para domicílio ou para um lar.

E o mais difícil?

Mais difícil é realmente eles aceitarem, eu volto a bater na mesma tecla, é realmente eles aceitarem que o... isto é temporário, independentemente da patologia. Mesmo que seja uma situação pontual, podem não aceitar. E o não aceitação... a não aceitação da família ou do próprio utente condiciona bastante, é muito difícil preparar a alta e encaminhar o utente. Há realmente aquela dificuldade em arranjar lares de dependentes, há realmente dificuldade em arranjar vagas com ajudas sociais, há muita dificuldade e procurar um lar não é fácil.

5. Um dos princípios da RNCCI é a participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados. Segundo a sua experiência verifica este princípio? Dê exemplos.

Não, olha acho que não... porque realmente temos... informamos os nossos utentes quando são de referência que podem vir de manhã, que podem participar nos cuidados e higiene, que podem participar na alimentação, mas isso de todo não se verifica, para já hoje em dia, como eu disse não há disponibilidade do familiar vir cá, não há porque a própria sociedade no impõe isso, temos os nossos trabalhos, temos as nossas vidas, é difícil às vezes acompanhar o familiar e vir cá cuidar dele, vir ajudar ou vir aprender a cuidar do nosso familiar. Mas não, de todo não verifico esse princípio.

6. Pela sua experiência há interesse por parte dos familiares em cuidar do idoso?

Olha depende. Eu acho que depende um bocadinho dos familiares. Se for familiares que estejam disponíveis para... acho que sim. Acho que eles têm interesse em cuidar e em levar para casa, os familiares. Agora há outros que não.

7. Em que altura do internamento os familiares começam a questionar a alta?

Olha... eu tenho a experiencia que eles às vezes nem sequer questionam a alta. Somos mesmo nós que começamos a falar da alta. A pensar, começamos a questionar se já começaram a procurar um lar ou se têm intenção de leva o familiar pra casa. Eles não se interessam muito para a alta. Gostam dos familiares, não põem de parte, não deixam de estar preocupados mas se eles puderem aguentar até à última a preparação da alta, para eles tanto melhor. Por isso somos mesmo só nós os profissionais até mesmo a assistente social que começamos a pressionar para que o momento da alta até possa ser antecipado, às vezes eles não estão muito para aí virados.

8. Os familiares interessam-se pelo processo de preparação para a alta?

Alguns...alguns.

Alguma experiência?

Olha alguns. Lá está udo depende dos familiares, tudo depende da disponibilidade, há familiares que nem sequer querem saber, há familiares que têm imensas quezílias, e depois há... eu quero isto, mas depois o meu irmão não quer isto para a mãe. É difícil... não é fácil. As

peças não são fáceis de trabalhar e quando se trata de um familiar... é difícil, mas não... acho que não.

9. Os familiares são receptivos aos ensinamentos feitos pelos enfermeiros, no sentido de encaminhar o idoso para o domicílio?

Olha eu acho eu sim... apesar de tudo, apesar de por vezes não se interessarem muito pelo processo da alta eles são muito receptivos aos nossos ensinamentos e colaboram... falo mais no caso p.ex. de uma administração de alimentação por sonda nasogástrica. Quando os ensinamentos são realizados eles são muito bem aceites e eles por vezes, na maioria das vezes, quando os familiares estão presentes são eles que alimentam o seu familiar. Nesse aspecto acho que sim, são bastante receptivos aos ensinamentos. Agora não sei até que ponto são receptivos ao facto de que quando a alta estiver realmente preparada, no momento da alta eles sejam receptivos e estejam preparados para cuidar do familiar em casa.

10. Quais as suas maiores dificuldades na realização dos ensinamentos aos familiares?

Maiores dificuldades... olha primeiro ponto a aceitação de que o familiar está realmente doente e dependente. Segundo ponto a aceitação de que precisam despende algum tempo para os ensinamentos de enfermagem. Terceiro ponto... acho eu são só estes dois.

11. Pela sua experiência quais as áreas que identifica como sendo as que os familiares mais precisam da orientação dos enfermeiros?

Olha os familiares acho que precisam de toda a informação necessária... acho que não há um... talvez a alimentação, se calhar seja um ponto fundamental, para fazer um bom ensinamento. Mas eu acho que todas as áreas são importantes desde os posicionamentos, massagem de conforto, eles não têm esse tipo de informação e quanto maior a informação que nós pudermos dar melhor para a preparação da alta do utente.

12. O que pensa que poderia ser feito para incentivar/facilitar as famílias a levarem os idosos para o domicílio?

Não é uma pergunta fácil. Porque aí teríamos de falar de muita coisa desde aos incentivos que o estado dá, desde, as poucas vagas que realmente existem, desde os poucos lares de dependentes que existem... ah... acho que ainda há muita coisa a poder-se fazer para que os nossos idosos seja cada vez mais bem aceites, mais bem cuidados, acho que há ainda alguma negligência, não só da nossa parte, mas também da parte dos familiares, nos cuidados ao idoso. Mas o que é que poderia ser feito? Eu creio que da nossa parte cada vez mais os incentivos, cada vez mais os ensinamentos, reforçar os ensinamentos à família. A necessidade do apoio familiar, do carinho, não é eu ele não seja dado, mas acho que faz falta por vezes no momento exacto haver aquele conforto, tem que ser, acabou este tempo então vamos preparar, vamos então para uma nova etapa, para uma nova casa, para continuar a qualidade de vida que até agora têm tido, não é. Mas acho que basicamente são os ensinamentos.

Achas que esses ensinios, combatem os receios ou os medos dos familiares?

Alguns, alguns, porque a ansiedade, o medo a incerteza. Será que o meu familiar vai ser tão bem recebido, vai ser tão bem cuidado, como te sido até aqui? Acho que sim, cada vez mais sim, sempre apoios da nossa parte, tanto da parte psicológica, terapeuta daa fala, os próprios auxiliares por vezes eles ainda passam mais, cada vez mais os ensinios à família e ao próprio utente deve se continuar a incentivar nesse aspecto, claro há toda a parte social que aí já não passa por nós, não, que também devia ser isto e devia-se ter atenção, porque neste caso, eu falo por experiencia pessoal, há muita dificuldade, e tive uma familiar aqui internada, e que começamos a preparar a alta com alguma antecipação, também mal seria não preparar uma alta antecipada, só que foi muito difícil. era uma familiar bastante dependente depois agudizou, necessitou de cuidados O2, SNG, SV, várias infecções urinárias e respiratórias repetitivas e depois condicionava o lar que a pessoa escolhia, não podia ser um lar d independentes mas os de dependestes também eram poucos, e quando íamos inscrever não havia vagas, mas quando houvesse vaga só daqui a 1 ou 2 anos provavelmente. Por isso como experiência pessoal posso dizer que a parte familiar fi excelente, a parte dos profissionais da casa também foi excelente, agora a parte social, a parte a outra parte fiou muito aquém. Muitas das vezes a alta até pode ser preparada muito bem uma alta antecipada mas depois há uma quebra no seguimento da ata. E depois o que é que acontece. Mais tempo na casa, podem voltar a agudizar, complicações...

ENTREVISTA 7

1. Quais as principais patologias/diagnósticos de entrada dos utentes na rede?

Onde eu estou actualmente que é a convalescença são as fracturas. A grande maioria é as fracturas... depois temos aqueles casos que não têm bem um diagnóstico. Vêm das medicinas e querem despacha-los e vêm para a convalescença para entrar na rede que é mais rápido.

2. De que forma o seu trabalho de enfermeiro/a se dirige ao objectivo de levar o utente idoso a regressar ao domicílio. Dê exemplos.

O que é que tu fazes no teu dia-a-dia que ajude o utente a regressar ao domicílio.

O meu horário é um bocado ingrato porque eu só faço manhãs e o mais engraçado é que hoje tive uma das minhas utentes que de repente teve alta e deparei-me com o facto de ela iniciou insulina aqui na unidade e eu deparei-me... epá os familiares sabem lidar com a administração de insulina?, sabem fazer a pesquisa da glicémia? Já sabem ver quais os sinais e sintomas da hipoglicémia e sabem como actuar? Então virei-me para a colega da tarde e perguntei se tinham sido feitos ensinios para o utente poder ir pra casa. Os familiares não estão presentes. De manhã é muito complicado e depois as tardes há famílias muito presentes de facto mas há outras que não estão e depois é assim os familiares não vêem a preparação a alta como desde o início em que têm de ter uma data de ensinios e aprender uma data de técnicas, administração de insulina ou posicionamentos ou coisas assim. Só vêem a alta quando está mesmo a chegar.

Então e no teu trabalho na manhã? Especificamente com o utente?

Com o utente quando eles são orientados é começar a fazer os exercícios por etapas, explicamos, depois verifico se ele entendeu mesmo e depois se ele começa a praticar em todas as áreas.

3. Quais as maiores dificuldades que sente na preparação de um utente para a alta?

Muitas... muitas. É assim, a maior que eu acho, e agora como estou na convalescença é a tal coisa, um mês para muitas altas é pouco, principalmente quando, eu acho que é o grande problema dos cuidados continuados isto abrange as valências todas, eu acho que cada vez mais as famílias pensam ou confundem os cuidados continuados como um lar, e então vêm pô-los cá e não pensam na alta e pensam que eles vão ficar cá para sempre. Depois há muita dificuldade em preparar a alta porque, pois à não posso levar para casa... não tenho condições em casa...o lar já inscrevi mas a lista de espera é enorme. E então isso para mim é um dos factores que dificulta muito. E depois é o tempo que nós temos, não ter tempo. E depois também noto muito, utentes que da parte de enfermagem nós dizemos ele tem condições para ir par casa e da parte social ou da parte cunha eles vão para uma longa. Faz-me muita confusão actualmente eles entrarem para uma convalescença e depois passarem directamente para longa, sem ter critérios para ir para longa. Por mais que uma pessoa trabalhe, não conseguimos preparar a alta convenientemente.

4. Quais as situações/casos que considera serem mais facilmente encaminhados para domicílio?

Por exemplo em temas de patologias achas que há situações que são mais facilmente encaminhadas para casa?

A parte das fracturas é aquela que nós vimos mais evolução.

E as mais difíceis?

Os mais difíceis... quando estão acamados, quando têm pensos, feridas... em que são difíceis de cicatrizar e aí temos muita dificuldade em mandá-los para casa.

5. Um dos princípios da RNCCI é a participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados. Segundo a sua experiência verifica este princípio? Dê exemplos.

Não. E de exemplos logo as consultas. É dos exemplos clássicos, é que a família é responsável por acompanhar o utente às consultas e agora que até mudou o sistema de arranjar o transporte, nós vê-mos os familiares completamente a descartar-se de acompanhar às consultas, mesmo quando vão... olha eu tenho a minha filha pequena, vai a uma consulta eu enho os dias para acompanhamento à família e tenho de tirar o dia par ir acompanhá-la. Não se passa isso com os idosos infelizmente, as pessoas não têm essa facilidade. E depois há aquele tipo de familiares que até estão muito presentes que perguntam tudo e mais alguma

coisa, mas depois quando uma pessoa pede para participarem ou na alimentação ou... ah não consigo... ah é com vocês.

6. Pela sua experiência há interesse por parte dos familiares em cuidar do idoso?

Acho que não. Há famílias que de facto, tenho por exemplo na convalescença que a família está a adaptar a casa para levar para casa e nós aí louvamos, tenho uma senhora que era para ter alta só para aí daqui a 20 dias e já vai ter domingo para casa porque a família já arranjou condições e apoio e vêem que ela está melhor em casa do que, proto perto das pessoas, não criticam nada dos cuidados, sempre elogiam o cuidados mas pronto dizem que ela está ao pé eles em casa. Temos estes exemplos fantásticos.

Mas a maioria não, vai um pouco ao encontro do que eu falei. É aquela tendência de a rede é uma salvação, poem-nos cá e acham eu isto é um lar e que nós temos a obrigação de tudo e eles descartam-se completamente.

7. Em que altura do internamento os familiares começam a questionar a alta?

Quando a directora de valência lhes telefona a dizer que vai ter alta. E quando... um exemplo de uma senhora que ía ter alta no sábado e a filha chega cá na quarta feira a dizer que não tenho condições em casa, não pode ficar aqui mais uns dias? Não se preocupam minimamente.

Por isso aquela questão de preparar desde o primeiro dia?

Esquece, não se verifica infelizmente.

Por exemplo quando u tive na longa, a nossa longa tinha utentes que estavam cá há muitos anos, e não ei se com alguma culpa da parte socia que nunca encaminhou, eles nunca tinham vagas em lares. Até que um dia houve uma reunião na ARS e foi dito que ao fim de 15 dias eles têm alta, no entanto de um momento para o outro houve vagas em vários lares. Aí a família já participou na parte final da alta.

8. Os familiares interessam-se pelo processo de preparação para a alta?

Alguns. Depende também das patologias. Eles quando é mais, quando eles se apercebem que é transitório aí preocupam-se e há casos em que nos pedem conselhos para preparar a casa, come devem adaptar a casa, o que têm de comprar e aí tudo bem. Mas quando já vemos que da parte dos familiares já não há aquela cultura dos idosos de ter as pessoas em casa aí não há interesse nenhum nenhum nenhum e temos casos em que a assistente social tem mesmo de dizer olhe vai ter alta neste dia e tem mesmo de ir embora.

9. Os familiares são receptivos aos ensinamentos feitos pelos enfermeiros, no sentido de encaminhar o idoso para domicílio?

Sim. Quando há a consciência mesmo que é para voltar para casa aí temos, são muito receptivos mesmo. Em termos de comprarem as almofadas que é preciso, em termos de aprenderem a ... eu acho que a receptividade dos familiares se eles estão mesmo a querer

levar o utente para casa então estão muito receptivos e querem logo dar uma SNG e isso. Agora quando não há aquela coisa de levar para casa aí também não há receptividade.

10. Quais as suas maiores dificuldades na realização dos ensinios aos familiares?

O tempo que nós temos. Com as rotinas de cada turno, com o numero de enfermeiros reduzido e os ensinios são o que nos demora mais tempo, porque não é só falar temos de saber o feedback, temos de saber se eles perceberam ou não, então é a falta de tempo que os enfermeiros têm para... porque é assim, não é só ensinar uma vez é depois convém conciliar os dias quando o utente vem e apanha o mesmo enfermeiro, porque convém ser o mesmo enfermeiro, o que é que já falou o que não falou era isso...

11. Pela sua experiência quais as áreas que identifica como sendo as que os familiares mais precisam da orientação dos enfermeiros?

Tem a parte dos ensinios da diabetes, e a nível de pensos como é o centro de saúde que vai lá a casa o tratamento não é uma dificuldade, mas os posicionamentos aí sim, a alimentação, e os cuidados de higiene mas se for o apoio domiciliário acaba por não ser... tudo mais técnicas que seja os familiares a fazer.

12. O que pensa que poderia ser feito para incentivar/facilitar as famílias a levarem os idosos para o domicílio?

Uma lavagem ao cérebro. Porque nós não mudamos atitudes e comportamentos das pessoas, não é. Infelizmente não. Acho que facilitava mais as famílias se houvesse um apoio maior na comunidade, se houvesse uma rede na comunidade que apoiasse essas famílias em casa, centros de saúde mesmo os cuidados continuados ao domicílio aí acho que era um grande incentivo. Mas infelizmente a família é um bocado abandonada, vão para casa e ficam abandonados. Eu já tive uma avó em casa, acamada. A minha mãe cuidou da minha avo durante 6 anos em que a certa altura tinha feridas ía lá as enfermeiras do centro de saúde mas o que nos valeu foi o facto de vivermos no bairro dos enfermeiros apesar de na minha família não haver enfermeiros ao meu lado vivia um enfermeiro que nos apoiavam 24h por dia e foi um grande incentivo para a minha mãe ter a minha avó em casa, porque a minha mãe nunca pôs a questão de a levar para um lar mas a certa altura teve de por a questão, bem eu já não consigo mas com o apoio dos vizinhos.

ENTREVISTA 8

1. Quais as principais patologias/diagnósticos de entrada dos utentes na rede?

AVC's

Fracturas

E uma pequena % de paliativos

2. De que forma o seu trabalho de enfermeiro/a se dirige ao objectivo de levar o utente idoso a regressar ao domicílio. Dê exemplos.

Primeiro identificamos quais são as necessidades, por exemplo se é diabético, se já fazia em casa a administração de insulina e a pesquisa de glicémia, se fazia... quem é que fazia?, se era o doente se era a família. No caso do doente tentamos que, se for possível, no caso dos AVC não é muito possível, que ele mantenha essa autonomia. Se não começamos a fazer ensinamentos como aqui há aquela oportunidade de eles, de volta e meia eles irem a casa, se isso não forem ensinamentos já previstos e que já se tenha de ter alguma atenção caímos no risco de quando for para ir a casa não há ninguém que saiba fazer isso.

Coloca-se essa questão das glicémias, a questão também às vezes das lovenox, quando eles vão a casa nesse período. Se há alguém para administrar, se não há temos de fazer os ensinamentos ao utente. Em alguns utentes transferências. E às vezes nos cuidados de higiene tentar que eles façam o que eles conseguirem para não estarem sempre à espera que alguém faça por eles.

3. Quais as maiores dificuldades que sente na preparação de um utente para a alta?

Às vezes a disponibilidade da família, por vezes tentasse marcar para eles venham cá e eles não aparecem ou então o facto de não concordarem que o utente tenha alta ou não estarem com essa disposição. Acharem que ele não está bem para ir para casa, acabam por tentar retardar ao máximo os ensinamentos para que, depois chega a altura "ah eu ainda não sei, então ainda não pode ir para casa". Mais nesse aspecto.

4. Quais as situações/casos que considera serem mais facilmente encaminhados para domicílio?

As fracturas. Quando são utentes em que a patologia que os trouxe cá foi uma fractura, normalmente são mais fáceis porque recuperam, fazem fisioterapia, acabam por recuperar quase na totalidade, se não também vão de canadianas ou andarilho e acaba por ser mais fácil, porque em termos de fisioterapia acabam por ganhar uma mobilidade boa com o andarilho de depois o resto...

E os mais difíceis?

Os AVC's porque mesmo saindo muitas vezes vão com algumas sequelas ainda e podem ir de bengala mas sempre com um risco, vá... moderado de queda de uma possível em casa, de uma possível queda em termos de equilíbrio e a marcha ainda vai com algum défice, mais esses... não falando dos paliativos, que esses não saem daqui.

5. Um dos princípios da RNCCI é a participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados. Segundo a sua experiência verifica este princípio? Dê exemplos.

Em algumas situações, outras nem tanto.

Por exemplo, na altura da volta, pressupõe-se uma participação da família na maioria das vezes até porque tem outros utentes ao lado mandamos sair, quando eles podiam aproveitar e in logo a realização de ensinios não é... nas transferências, posicionamentos essas coisas assim, mas acho que é mais nessas situações, quando é na volta, de cuidados de higiene, não têm autorização para subir nas horas em que há cuidados de higiene, logo aí não podem participar, em termos da alimentação tentamos que eles participem, até mesmo na administração da alimentação por sonda nasogástrica. Mas acho que tem mais a ver com isso, posicionamentos, transferências e na altura dos cuidados de higiene, também alguns vão para casa e são as famílias que prestam esses cuidados era bom que pudessem estar presentes.

6. Pela sua experiência há interesse por parte dos familiares em cuidar do idoso?

Na maioria não. Não.

Com o que é que te tens confrontado?

É assim noto que as pessoas, a maioria como trabalha, são filhos mais novos, põem alguns entraves nas questões do cuidar. Preferem... temos tido algumas altas para lar por exemplo, de utentes que durante o internamento aqui até vão a casa mas que depois a alta em vez de ser para o domicilio será para um lar. Nós também muitas vezes não sabemos o que é que poderá estar por trás disto tudo mas tem acontecido, ou então um sucessivo... entram com essa intenção de levar para casa, depois quando cá está vão então e mais um mês e depois de um mês ah se calhar é melhor ir para média. E isso, não quer dizer que não tenha interesse. Eles estando aqui alguns até demonstram algum interesse, agora o levar propriamente para casa e o saber que vão cuidar deles dia e noite às vezes já colocam algum entrave. Pode ser por questões profissionais, ou de tempo mas...

7. Em que altura do internamento os familiares começam a questionar a alta?

Alguns logo à entrada, porque lhes é perguntado pela parte da assistente social daqui a um mês como é que... como aqui o tempo é curto, acabam por ser questionados pela assistente social então depois também nos vêm colocar essa questão ou informar-nos "*pois já sei que ele só pode estar um mês, mas depois logo se vai ver*" pronto. Outros é mais na altura, quando se aproxima, quando alguém fala disso da alta então eles aí "*mas falaram que eu tinha de levar para casa*", então mas isto, então mas aquilo, alguns receios outros quando nós queremos fazer os ensinios pronto pensam mais nisso porque nós já estamos a prepará-lo para ir. E depois há aqueles casos como eu falei antes, estão sempre a falar na alta mas quando esse dia se pode vir a aproximar deixam de o fazer. E então aceitam mais um mês, aceitam mais três meses, pronto depende, acho que depende muito das famílias.

9. Os familiares são receptivos aos ensinios feitos pelos enfermeiros, no sentido de encaminhar o idoso para domicilio?

A maioria sim, acho que sim. Pelo menos aqueles que têm efectivamente alta e que essa alta está prevista e que o familiar vai levar mesmo para casa então aí eles são receptivos. Já

tivemos casos de familiares que por situações anteriores de outros familiares não lidavam bem com a administração de insulina pronto pela parte das agulhas, mas que depois com tempo foram aprendendo e acabaram por ser receptivos e a coisa resolveu-se.

10. Quais as suas maiores dificuldades na realização dos ensinamentos aos familiares?

Às vezes pelo tipo de formação que os familiares têm. Se também eles são idosos é uma baralhação, porque questionam tudo e mais alguma coisa mas depois nós explicamos e eles já estão a baralhar tudo. Por vezes mesmo no dia da alta colocam novamente todas as questões e mais uma data de dúvidas e muitos deles vai com tudo explicadinho para casa e depois ligam para cá a perguntar “teve o valor X o que é que eu faço?” “Dou não dou?” Tem acontecido até com alguma frequência.

11. Pela sua experiência quais as áreas que identifica como sendo as que os familiares mais precisam da orientação dos enfermeiros?

Estamos a falar muito de pesquisa de glicémia mais nessa área. Quando o doente em casa não o fazia, às vezes os telefonemas pós a alta têm muito a ver com essa parte. Mas também das transferências, há muitos utentes que saem em cadeira de rodas, portanto acho que tem de haver um trabalho nessa parte e da dificuldade porque a maioria dos familiares se não tiverem um apoio do centro de dia acabam por fazê-lo praticamente sozinhos. Se são doentes acamados a dificuldade passa pela alimentação, administração por SNG, o facto de saber se podem dar, se não podem se vier algum conteúdo se será muito conteúdo ou não. Pronto é um bocado por aí.

12. O que pensa que poderia ser feito para incentivar/facilitar as famílias a levarem os idosos para o domicílio?

Talvez ter oportunidade de trabalhar mais com as famílias quando eles cá estão internados, mas isso também depende do tempo do familiar. Já tivemos o exemplo de uma senhora acamada, que já estava acamada em casa, mas a situação alterou-se, neste momento tinha SNG, e foi um bocado complicado nós marcarmos um dia, uma hora para que a família pudesse vir cá para realizarmos os ensinamentos acerca disso. Porque era:

F: Ai não posso, ai ela vai para casa e vai assim, então e se for daqui a 4 dias pode ser?

Enf: Olhe mas está a aproximar-se a alta.

F: Ah está bem mas nós vimos cá.

Pronto, passa um bocadito assim por estas coisas

O tempo com as famílias é pouco?

Eu acho que sim, o horário das instituições também limita um bocado se bem que para o cuidador acaba por ser alargado e há sempre as excepções quando eles nos chamarem se alguém quiser vir assistir aos cuidados de higiene podem vir, mas também já aconteceu eles faltarem, estarem duas vezes programados e os familiares faltarem. Acho que tem muito a ver com o tempo da família e às vezes também com o nosso dependendo dos turnos em que se

marca, mas também com a vontade. Acaba por ser ali tudo junto, depende da dinâmica familiar, da relação que o familiar tem com o doente, acho que vai um bocadinho por isto. Há aqueles familiares que querem muito levar para casa então mesmos que não tenham grande tempo fazem todos os possíveis e até nos questionam e querem aprender, fazem questões, há outros que demonstram que querem mas quando se chama à participação não há tempo.

ENTREVISTA 9

1. Quais as principais patologias/diagnósticos de entrada dos utentes na rede?

AVC isquémico

Fracturas do colo do fémur

TCE

2. De que forma o seu trabalho de enfermeiro/a se dirige ao objectivo de levar o utente idoso a regressar ao domicílio. Dê exemplos.

Tanta coisa. Olha primeiro com os ensinamentos à família na preparação da alta... depois instruir o doente ao nível da medicação depois no domicílio, cuidados de higiene e conforto... a nível da alimentação, dos hábitos de alimentação.

Mas mais numa perspectiva da autonomia dele ou na perspectiva da família?

Os dois, englobar a família nos cuidados e deforma a que o doente fique o mais autónomo e independente possível.

3. Quais as maiores dificuldades que sente na preparação de um utente para a alta?

Uma das principais dificuldades é a família muitas vezes não são presentes, outras vezes a comunicação com eles não é fácil porque atendendo às patologias deles eles não têm qualquer tipo de possibilidade de prestarem cuidados a eles mesmos... sei lá, acho que não há assim mais nada.

4. Quais as situações/casos que considera serem mais facilmente encaminhados para domicílio?

Pessoas por exemplo com AVC isquémico que já consigam deambular com andador, essas pessoas depois em casa mais facilmente conseguem...

AVC's com sequelas menos graves?

Sim

E a nível ortopédico? Falaste nas fracturas como um dos principais diagnósticos de entrada, também são facilmente encaminhados, ou nem por isso?

Pois eles ficam cá três meses, se a fisioterapia achar que eles não têm mais ganhos, na autonomia na deambulação tem condições para ir para casa.

E tens casos que sejam muito difíceis de encaminhar para casa?

Há situações, nomeadamente a nível das famílias, quando elas não têm qualquer tipo de apoio social, não têm condições económicas aí é difícil ir para casa.

5. Um dos princípios da RNCCI é a participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados. Segundo a sua experiência verifica este princípio? Dê exemplos.

Acho que isso não se verifica muito. Porque primeiramente eu acho que se devia alargar o horário do cuidador responsável, vir de manhã prestar os cuidados de higiene ou conosco ou com uma auxiliar, a nível dos posicionamentos, ensinamentos ao nível da alimentação, para depois em casa ser muito mais fácil. Eu penso que aqui não se faz muito isso. Faz-se por exemplo ao nível da alimentação por SNG ou o controlo da diabetes a nível dos cuidados de higiene e posicionamentos não se vê muito.

6. Pela sua experiência há interesse por parte dos familiares em cuidar do idoso?

Depende das famílias, mas penso que até há algum interesse.

7. Em que altura do internamento os familiares começam a questionar a alta?

Perto do final do internamento, quando começam a ter aquelas reuniões com a assistente social ou o médico, quando está muito em cima é que eles começam a pensar na alta. Nunca no início.

8. Os familiares interessam-se pelo processo de preparação para a alta?

Eles interessam, quando eles estão quase a ter alta eles preocupam-se em saber que condições é que precisam de ter, que tipo de apoios podem ter na comunidade, mas é muito em cima do acontecimento.

9. Os familiares são receptivos aos ensinamentos feitos pelos enfermeiros, no sentido de encaminhar o idoso para domicílio?

Sim são receptivos.

10. Quais as suas maiores dificuldades na realização dos ensinamentos aos familiares?

Eu não tenho dificuldades em comunicar com os familiares, comunico, tendo adequado a linguagem ao nível da escolaridade deles, e... a principal dificuldade muitas vezes é nós termos um horário compatível com eles, porque tentamos ter aqui... há o enfermeiro de referência e é difícil muitas vezes é a compatibilidade de horários. Às vezes mesmo os familiares tentam estabelecer um contacto mais directo com determinado enfermeiro para saber... como está a ser, pronto a continuidade dos cuidados ao familiar. É a gestão do tempo o mais difícil.

11. Pela sua experiência quais as áreas que identifica como sendo as que os familiares mais precisam da orientação dos enfermeiros?

A nível da alimentação, principalmente por SNG, a nível dos posicionamentos, a nível de material de prevenção de úlceras de pressão... por exemplo nos diabéticos saber quais são os sinais e sintomas manifestados numa hipoglicémia ou hiperglicémia, tentamos explicar para eles estarem mais alertas.

12. O que pensa que poderia ser feito para incentivar/facilitar as famílias a levarem os idosos para o domicílio?

Acho que os enfermeiros, acho que não devia ser sempre o Emanuel (enf. Chefe) a ir às reuniões. Acho que devia ser um enfermeiro do piso a ir às reuniões com a família do utente que vai ter alta. Estamos sempre muito mais por dentro dos problemas e das capacidades que o utente tem e isso para a família também era mais fácil porque está em contacto, vê-nos mais vezes, estabelece comunicação connosco e o Emanuel para eles é muitas vezes um desconhecido. E acho que se podia melhorar por aí.

E achas que a família nos poderia ajudar, ou dar-nos informações que nos poderiam também ajudar...?

Sim sim o facto de termos uma relação mais próxima, elas também se expõem os problemas que vão nas cabeças deles e mais facilmente podíamos ajudar.

ENTREVISTA 10

1. Quais as principais patologias/diagnósticos de entrada dos utentes na rede?

Essencialmente, da experiencia que tenho tido tem sido a patologia neurológica, nomeadamente os AVC's, tem sido o grosso da nossa intervenção aqui na unidade, também alguma da patologia ortopédica, com as fracturas trocantéricas também a terem uma grande percentagem dos utentes da unidade. E as próteses totais da anca, PTJ.

2. De que forma o seu trabalho de enfermeiro/a se dirige ao objectivo de levar o utente idoso a regressar ao domicílio. Dê exemplos.

Essencialmente, naquilo que é o trabalho com as famílias, da preparação das famílias... da família para a alta e muito daquilo que é a promoção do autocuidado dos nossos idosos. Acho que é no autocuidado que se centra a nossa intervenção. Autocuidado é muita coisa, o autocuidado é a autonomia do utente nos cuidados de higiene, mas o autocuidado também é a autonomia de um diabético na administração de insulina, na avaliação da glicémia capilar. Eu acho que o autocuidado é um conceito central da intervenção do enfermeiro nos cuidados continuados, tanto junto do utente como do cuidador informal.

3. Quais as maiores dificuldades que sente na preparação de um utente para a alta?

Eu acho que as maiores dificuldades são muitas vezes internas. Internas, quando digo internas digo institucionais, digo de muitas vezes da mentalidade dos próprios profissionais de saúde, com que os profissionais de saúde encaram este tipo de intervenções como intervenções secundárias, que adoptam uma importância secundária naquelas que são as nossas

intervenções. Às vezes dá-se mais valor à cicatrização, à administração... aquilo que são as intervenções interdependentes com as quais nós somos forçados a despende muito tempo não é... e deixando este tipo de intervenções completamente autónomas para segundo plano. E eu acho que esta é a grande barreira, acho que é nomeadamente, por exemplo, se nós queremos trabalhar um autocuidado do utente com o cuidador informal... se há muitas limitações, algumas limitações aos horários de visita... se mesmo quando é possível infringir, infringir entre aspas, essa regra, nem sempre, nós profissionais de saúde vê-mos com bons olhos, por exemplo, a presença de um familiar durante os cuidados de higiene. E achamos, porque logisticamente é complicado, porque as manhãs são muito confusas, mas se calhar não ponderamos que naquele dia em que o familiar está disponível, os cuidados de higiene possam ser feitos por exemplo numa tarde, porque achamos que as nossas rotinas da tarde são outras. Nós adequamos, o utente é que se adequa às nossas rotinas, nem sempre somos nós a adequar as nossas rotinas ao utente. Acho que as principais barreiras não estão no doente, não estão na família, estão nos profissionais de saúde e nas instituições de saúde, infelizmente.

4. Quais as situações/casos que considera serem mais facilmente encaminhados para domicílio?

Situações em termos de diagnósticos?

Sim por exemplo achas que existem situações patológicas que sejam mais facilmente encaminhadas para domicílio?

Não, não há patologias, há doentes com a mesma patologia e que têm comportamentos totalmente diferentes, ou pela aceitação da doença, ou pela própria participação dos familiares, ou pela recuperação que têm. Não há patologias que sejam mais facilmente preparadas para a alta. Há doentes e há cuidadores informais. Há cuidadores que por limitações, seja monetárias, seja de aprendizagem, seja de limitações físicas, por exemplos esposas ou maridos idosos, pelo qual a situação da alta torna-se mais complicada. Mais uma vez fica aqui apresenta... a alta é essencialmente de enfermagem, não é por excelência um cuidado médico. Não é nas patologias que está a alta, é na preparação que se faz dos utentes e das famílias. Portanto eu não acho que haja especificidades patológicas que possam... que facilitem. Há é condições de aprendizagem, essencialmente condições de aprendizagem do utente e dos cuidadores que podem dificultar este processo.

5. Um dos princípios da RNCCI é a participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados. Segundo a sua experiência verifica este princípio? Dê exemplos.

Não, não. Verifica-se, eu tenho pouco experiência da área hospitalar, é essencialmente dos ensinamentos clínicos curriculares. Verifica-se mais do que no hospital, porque aí a sectorização é completa. No entanto, não é aquela participação que eu considero ser a ideal. Vamos a outro exemplo: num caso em que nós vamos por exemplo posicionar alguém, alternar o decúbito,

fazer a higiene perineal, etc. é frequente nós viramo-nos para um marido e pedirmos para ele sair, porquê? Não sei se é por acharmos que se trata de uma invasão da intimidade. Mas a invasão da intimidade ali quem a está a fazer somos nós. Se há ali um elemento estranho na intimidade ali somos nós e acho que às vezes por questões de despachar, de rotinas achamos que se torna mais fácil assim, se calhar para a família é melhor que até nem tem trabalho. E prontos, estamos a negligenciar este processo que é a responsabilização da família, quer é a preparação para a alta, que são intervenções autónomas. Estamos a negligenciar. Cada vez que nós fazemos isso e às vezes também usamos como desculpa o vizinho por serem quartos duplos, mas é perfeitamente possível fazer primeiro um de cada vez. Já o temos feito com algumas famílias, mas se calhar se pensarmos bem é mais porque é a família a solicitar esse apoio e não pelo convite que nós enquanto instituição fazemos enquanto profissionais de saúde fazemos à família na participação. Pronto vá, também temos outros bons exemplos, já temos preparado muitas famílias na questão dos treinos da pesquisa da glicémia, administração de sondas nasogástricas, mas é possível fazer muito mais, sem dúvida.

6. Pela sua experiência há interesse por parte dos familiares em cuidar do idoso?

Pela minha experiencia os profissionais de saúde têm de criar o interesse dos familiares em cuidar do idoso. Porque se não, não. Porque as pessoas assustam-se. Vêem uma sonda nasogástrica, vêem um objecto estranho no seu familiar e automaticamente a reacção é de rejeição, é de se assustarem com isso. Se não forem os profissionais de saúde a criarem esta proximidade, a facilitarem este processo, as famílias de certeza que não vão participar. É um trabalho que cabe aos profissionais de saúde, acho que as vezes temos essa tendência de fazer estes juízos de valor que são juízos de valor bastante precipitados porque se calhar se nós investirmos naquela família, se nós ensinarmos, instruímos e treinarmos aquela família, de certeza que a colaboração vai ser muito maior. Claro que todos os casos são casos e haverá sempre uma família no meio de 100 que não vai participar.

7. Em que altura do internamento os familiares começam a questionar a alta?

Eu vou aproveitar a resposta anterior para continuar a responder a esta. É facto, que os familiares, que eu enquanto familiar, de pessoas em situação de dependência, me preocupei mais com a alta quando esta se avizinha, é um facto. Mas mais uma vez digo, se forem os profissionais de saúde, desde cedo a solicitarem a participação da família, claro que isto tudo tem de ser preparado, não é pedir a um familiar de repente para vir participar na troca de uma placa de colostomia quando aquilo se calhar até vai ser uma coisa que o vai impressionar muito e temos de compreender que impressiona, porque para ela é a primeira vez que está a ver aquilo. Mas quando as coisas são devidamente pensadas, solicitar primeiro, quando lhes é descrito o que é que o familiar tem e assim as coisas por etapas o processo acho que é perfeitamente possível ter mais adesão das famílias e não só quando se está a preparar a alta, mas sim desde cedo.

9. Os familiares são receptivos aos ensinamentos feitos pelos enfermeiros, no sentido de encaminhar o idoso para domicílio?

São. Eu acho que nós às vezes pensamos que as pessoas acham que nós não temos um papel preponderante nos cuidados essencialmente das pessoas idosas, mas essa é uma percepção que é nossa, não é das famílias de certeza. Acho que a sociedade em geral valoriza bastante aquilo que são os cuidados de enfermagem, nomeadamente na preparação para a alta.

10. Quais as suas maiores dificuldades na realização dos ensinamentos aos familiares?

As minhas maiores dificuldades...o tempo é uma dificuldade. Por vezes a continuidade destes cuidados. Por vezes alguém vai fazer um ensinamento, mas depois no dia a seguir, porque estas coisas fazem sentido quando estamos todos a fazer, quando temos todos o mesmo objectivo, não é as coisas não podem estar dependentes de um enfermeiro que depois vai de férias ou de folgas e depois os ensinamentos perdem-se. Tem de ser tudo numa base de continuidade. Sempre que o familiar vem, estar ali junto a ensinar. Acho que o tempo é sim senhor uma dificuldade, sabemos bem dos rácios e é inegável que o tempo é uma dificuldade. A continuidade é outra, digamos a organização da equipa de enfermagem por forma a fazer estes treinamentos, de uma forma contínua. Acho que é outra dificuldade.

11. Pela sua experiência quais as áreas que identifica como sendo as que os familiares mais precisam da orientação dos enfermeiros?

As áreas... os cuidados de higiene, os cuidados de higiene deve ser algo que assusta qualquer pessoa. O medo do desenvolvimento das úlceras de pressão, o medo da dor. Portanto são tudo questões que estão perfeitamente ao alcance dos enfermeiros. A prevenção das úlceras de pressão sabemos que é um resultado perfeitamente sensível aos cuidados de enfermagem, e eu acho que as maiores preocupações dos familiares devem ser essas, o desenvolvimento das úlceras de pressão é uma questão que costumam manifestar e sem dúvida a questão das transferências, cuidados de higiene.

Achas que por exemplo os procedimentos mais técnicos, são mais facilmente ultrapassados? Ou aprendizados?

Os procedimentos mais técnicos, da experiência que eu tenho são os procedimentos mais facilmente aprendidos. É muito mais fácil ensinar um familiar a fazer a pesquisa de glicémia capilar e a administrar insulina do que ensinar-lo a prestar uns cuidados de higiene, mas não tenhamos dúvidas disto. Para já porque é um processo de muito maior intimidade, de maior dificuldade. Acho que os procedimentos técnicos são mais facilmente aprendidos. Depois há sempre, para os procedimentos técnicos, maior apoio da sociedade no domicílio, o centro de saúde que vai mudar a sonda nasogástrica ou a sonda vesical. Mas para estes tipos de cuidados mais do dia-a-dia, a sociedade se calhar não oferece tantos serviços, tanta ajuda. Há, sabemos que há os serviços de apoio domiciliário, têm uma... são serviços ainda muito limitados, em número e em qualidade.

12. O que pensa que poderia ser feito para incentivar/facilitar as famílias a levarem os idosos para o domicílio?

O que poderia ser feito pelas instituições?... para já a alteração de algumas rotinas que as pessoas têm como sagradas e sermos mais arrojados, irmos para além da rotina e isto parte muito das instituições e dos líderes das instituições. A questão do horário da visita ou do alargamento ou inexistência de horário da visita. Nós aqui na instituição temos casos de doentes paliativos, em que familiares passaram aqui a noite, e nada mas nada daquilo que é a rotina e a logística da unidade foi comprometida por causa disso. E a satisfação do utente foi muito melhor. Portanto eu defendo que para isso é preciso que os familiares passem mais tempo nas unidades, que os enfermeiros passem mais tempo com os familiares e muito passaria por aqui. Acho que devíamos pensar mais naquilo que pode ser o nosso papel e quebrar rotinas, sermos mais arrojados. E assim que quebrems estas barreiras de certeza que faremos um trabalho muito melhor.

ENTREVISTA 11

1. Quais as principais patologias/diagnósticos de entrada dos utentes na rede?

Normalmente é mais AVC's e fracturas do colo do fémur. Assim mais é isso.

2. De que forma o seu trabalho de enfermeiro/a se dirige ao objectivo de levar o utente idoso a regressar ao domicílio. Dê exemplos.

Basicamente o objectivo é promover a independência dentro das possibilidades do utente na realização das actividades de vida diária, ou seja, temos de tentar incentivar... inicialmente quando os utentes são mais dependentes temos tendência a substituir e às vezes temos mesmo que substituir uma vez que têm de cumprir as actividades de vida diária. E depois o objectivo é eles cada vez mais serem autónomos nessas actividades.

3. Quais as maiores dificuldades que sente na preparação de um utente para a alta?

Às vezes o problema é que nem sempre sabemos quando é que os utentes têm alta. Às vezes as altas são dadas com alguma antecedência e outras vezes há pouco tempo entre o momento em que nós sabemos que vai ter alta e a alta efectiva. E depois há também a questão da família. Há famílias que não são muito receptivas à questão dos cuidados, algumas também não têm muita noção daquilo que vai ser necessário em casa e ... das duas uma, ou não estão muito interessados ou não têm noção daquilo que os espera em casa. Penso que será essa a maior dificuldade.

4. Quais as situações/casos que considera serem mais facilmente encaminhados para domicílio?

É assim, as situações mais fáceis de encaminhar depende. Quando as pessoas têm vontade e têm condições, normalmente é relativamente fácil encaminhar, independentemente da

patologia que o utente possa ter. já tivemos aí muita gente em que as pessoas até estavam bastante dependentes e os familiares faziam questão, queriam levar as pessoas. E temos outros casos em que as pessoas até são bastante independentes e parece que as pessoas não estão muito receptivas, não sei se não têm disponibilidade, não sei qual será o motivo, mas depende muitas vezes até das condições financeiras e da disponibilidade das pessoas para ter as pessoas em casa.

5. Um dos princípios da RNCCI é a participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados. Segundo a sua experiência verifica este princípio? Dê exemplos.

É assim, a questão da co-responsabilização, na prática tá mais direccionada quando as pessoas têm alta marcada. Não é assim tão continua como seria desejável. Penso que as pessoas incidem mais nessa parte quando já está programada a alta.

6. Pela sua experiência há interesse por parte dos familiares em cuidar do idoso?

Isso depende das pessoas. Há pessoas que se nota que não têm capacidade, nem disponibilidade para isso e depois há outras pessoas que fazem questão, mesmo quando as pessoas estejam muito dependentes. Isso depende de pessoa para pessoa. Já temos tido experiências tanto dum lado como de outro.

7. Em que altura do internamento os familiares começam a questionar a alta?

Normalmente é mais para o fim do internamento. Normalmente não há uma grande preocupação em relação à alta. Ou melhor inicialmente às vezes perguntam no sentido de saber quanto tempo vão ficar, mas depois ao longo do internamento não se nota uma grande preocupação em relação a isso.

8. Os familiares interessam-se pelo processo de preparação para a alta?

Normalmente não, normalmente não é uma coisa muito usual excepto se tiverem algumas dúvidas, algumas coisas que vão precisar em casa. Normalmente não há grande interesse nessa parte.

9. Os familiares são receptivos aos ensinamentos feitos pelos enfermeiros, no sentido de encaminhar o idoso para domicílio?

Sim, normalmente são bastante receptivos, desde que as coisas sejam feitas com antecedência. Às vezes as coisas são feitas muito em cima e depois nem sequer temos tempo de fazer ensinamentos. Mas normalmente sim.

10. Quais as suas maiores dificuldades na realização dos ensinamentos aos familiares?

Muitas vezes é a disponibilidade das pessoas, porque por vezes até temos tempo entre o momento em que foi definida a alta e a alta efectiva mas por vezes não há disponibilidade, ou por falta de tempo, ou por falta de interesse dos familiares, muitas vezes.

11. Pela sua experiência quais as áreas que identifica como sendo as que os familiares mais precisam da orientação dos enfermeiros?

Talvez questões ligadas aos posicionamentos, transferências. Noto muitas dúvidas por vezes em questões de feridas também, cuidados a ter nesse aspecto e coisas às vezes mais técnicas como o caso das colostomias, traqueostomias também, são sempre situações que suscitam dúvidas e são coisas que deixam os familiares um pouco apreensivos.

12. O que pensa que poderia ser feito para incentivar/facilitar as famílias a levarem os idosos para o domicílio?

O que poderia ser feito... talvez começar mais cedo, o mais depressa possível a integração da família nos cuidados. E depois também temos de consciencializar as pessoas de que o internamento tem um tempo limitado porque por vezes não têm essa noção.

ENTREVISTA 12

1. Quais as principais patologias/diagnósticos de entrada dos utentes na rede?

Aqui é muito AVC, fracturas e a nível tumorais, pessoas com tumores, é mais o que se encontra.

2. De que forma o seu trabalho de enfermeiro/a se dirige ao objectivo de levar o utente idoso a regressar ao domicílio. Dê exemplos.

O nosso trabalho tem sempre em vista a alta. Preparamos a alta desde o primeiro dia. Especificamente nós é com as actividades de vida diária, tentar que eles se tornem o mais autónomos possível a nível de cuidados de higiene, transferências, alimentação, na toma da medicação, ou eles ou alguém que esteja responsável, que gira a parte terapêutica e ... neste caso em concreto se o utente tiver feridas, úlceras, fazer os tratamentos de modo que quando vá para casa não precise de cuidados de enfermagem a esse nível.

3. Quais as maiores dificuldades que sente na preparação de um utente para a alta?

A maior dificuldade que eu sinto é mesmo a família. A família acomoda-se um pouco á rede dos cuidados continuados, ao conforto que proporcionamos quer do utente, quer monetário, a família acomoda-se um bocado a ter aqui o utente, em boas condições e nunca está assim preparada para o término do internamento. Agora em relação aos utentes que estejam conscientes eles também não gostam porque criam laços, e sabem que aqui estão bem, que estão a ser cuidados 24 horas por dia, o que em casa pode não ser, ou num lar, não têm os mesmos cuidados que aqui são prestados. Mas as maiores dificuldades que eu encontro na alta é mesmo da família.

4. Quais as situações/casos que considera serem mais facilmente encaminhados para domicílio?

Por norma os casos de fracturas em pessoas que eram independentes e que vêm aqui mais no sentido de fazer fisioterapia têm uma perspectiva maior de ir para domicílio, do que por exemplo pessoal que tenha AVC's que acabam por ir mais para lares. Acho que a nível de fracturas, de utentes que eram independentes ou que tinham só algum apoio em casa acaba por ser mais fácil ir novamente para casa.

5. Um dos princípios da RNCCI é a participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados. Segundo a sua experiência verifica este princípio? Dê exemplos.

Poucas vezes, poucas vezes. Há raramente famílias que participam e que são interessadas, que querem... às vezes não é preciso levarem-nos para casa para isso. Às vezes as pessoas pensam que só quando levam para casa é que estão a ser boas famílias. Não a gente também tem que saber se pode ou não cuidar dessa pessoa. Agora é poucas as famílias que nós aqui temos, então em longa duração, raras as famílias que temos cá que façam participação na prestação de cuidados, interessados em participar, são muito poucas.

6. Pela sua experiência há interesse por parte dos familiares em cuidar do idoso?

Há sempre uma excepção à regra, mas por norma não. É assim, as vidas hoje em dia também não permitem tanto o que o idoso precisa, as famílias não estão preparadas para dar, principalmente para quem não tem noção do que é tratar de um idoso, cuidar de um idoso a nível de saúde. Agora, há pessoas... vê-se até no meio mais pobre, as pessoas com maiores dificuldades ou pelo menos que não têm tanta facilidade vê-se mais a querer levar os familiares, os idosos para casa, para cuidar deles, do eu às vezes os utentes que estão cá com um nível socio económico mais favorável. Mas há excepções à regra, já tivemos aqui pessoas que nos surpreenderam bastante, mas por norma poucas são aquelas que querem cuidar deles ou que mostram interesse nisso.

7. Em que altura do internamento os familiares começam a questionar a alta?

Quando está próxima, é mais no final quando sabem que o tempo está a acabar é que começam a questionar. Aqueles que vêm para descanso do cuidador acabam também por no início tentarem reorganizar as vidas e tentarem descansar, porque não é fácil cuidar de um idoso em casa e só mais para o fim de terminar o internamento é que as pessoas começam a questionar a alta.

8. Os familiares interessam-se pelo processo de preparação para a alta?

Alguns, alguns... mais no final principalmente as pessoas que levam os familiares para casa vê-se perguntar como é que se faz isto, como é que se faz aquilo e a querer participar nos

cuidados porque como vão para casa também para saberem como é que vão fazer. Agora as pessoas que levam os familiares para lares ou para outras instituições por norma não têm grande interesse em saber.

9. Os familiares são receptivos aos ensinamentos feitos pelos enfermeiros, no sentido de encaminhar o idoso para domicílio?

Aqueles que os idosos vão para casa acabam por ser receptivos, porque como sabem que vão ser eles a cuidar ou que pelo menos vão ter grande parte dos cuidados a cargo deles acabam por estar receptivos e questionam e tiram dúvidas mas é aquela pequena minoria que leva os familiares para casa. Sim.

10. Quais as suas maiores dificuldades na realização dos ensinamentos aos familiares?

Inicialmente eles não estão preparados para algumas coisas, acabam por não sei... ou por verem um tia que já teve em casa ou a sogra que também já esteve com alguém não estão preparados para algumas situações, ou pensam que é mais fácil do que é, depois acabam por perceber que se despende de muito tempo. Acaba-se por despende também de alguma força. Muitas vezes também é complicado explicar-lhes alguma coisa, tentar usar palavras que eles percebam. As vezes sinto dificuldade em tentar que eles entendam aquilo que eu quero transmitir e depois é também quando eles se começam a aperceber que não é tão fácil, aqueles que vão para casa, que não é tão fácil como imaginam, não é só deitá-la numa cama e ir lá dar de comer de vez em quando. Sente-se dificuldade quando eles se apercebem que não é tão fácil quanto isso e que vai haver desgaste dessas pessoas.

11. Pela sua experiência quais as áreas que identifica como sendo as que os familiares mais precisam da orientação dos enfermeiros?

Aqui é quase tudo. Imaginando um familiar que não tem qualquer conhecimento na área da saúde, nós temos de lhes dizer como é que se prestam cuidados de higiene, transferência. Nos cuidados de higiene a gente ainda vai pelo bom senso, pronto, nas transferências não, é preciso muito tempo, muita ajuda com eles para as transferências, para os posicionamentos. A troca de fralda não, eles acabam por ir pelo bom senso, a alimentação também a não ser que o utente tenha algum tipo de disfagia ou assim em que seja preciso ensinar-lhe, ou então sondas, quando a alimentação é feita por sonda nasogástrica também se despende mais tempo nos ensinamentos, também é mais importante. E é a medicação.

Será as transferências e os posicionamentos, alimentação quando é por sonda nasogástrica e a medicação, saber gerir a medicação e saber transmitir-lhes que não os podem automedicar, quando eles passam mal uma noite ou estão mais agitados, que muitas vezes agente apanha cá familiares assim que automedicam os utentes. Acho que são as nossas áreas assim mais... pois para prevenir eventualmente úlceras e quedas, será as áreas mais importantes.

12. O que pensa que poderia ser feito para incentivar/facilitar as famílias a levarem os idosos para o domicílio?

Se calhar também terem mais apoio no domicílio. Se calhar nos primeiros tempos terem um apoio de um enfermeiro que lá vá a casa ver se está tudo bem, tirar dúvidas, porque eles encontram-se numa situação nova para eles, estão em casa com uma pessoa que precisa de cuidados e depois a partir do momento em que saem daqui nunca mais têm ligação, a não ser eventualmente no centro de saúde, mas que também infelizmente está mal. Não têm esclarecimentos, a partir do momento em que eles os levam para casa depois tem de se desenrascar. Podia haver esse tipo de facilidade, de haver uma equipa que lá fosse passado um tempo perguntar se está tudo bem, se tem dúvidas, ver realmente o estado do utente, ver se a família está a fazer as coisas como deve ser e também prepara-los desde o início, uma família que tem logo a perspectiva de levar o utente para casa começar logo desde o primeiro dia a fazer ensinamentos, a tirar dúvidas poder permitir virem cá às unidades quando prestam os cuidados de higiene, quando o levantam para a cadeira de rodas quando o deitam, haver uma maior abertura nesses familiares para visitas, para ensinamentos, para estarmos também mais disponíveis para esse tipo de situações e seria então uma equipa que pode-se ir avaliando a evolução da pessoa em casa, olhe não faça assim faça desta maneira ou está a ir bem, seria se calhar isso que eu achava o principal.

ENTREVISTA 13

1. Quais as principais patologias/diagnósticos de entrada dos utentes na rede?

AVC; insuficiências cardíacas, insuficiências respiratórias. Acho que esses são os três mais aqui.

2. De que forma o seu trabalho de enfermeiro/a se dirige ao objectivo de levar o utente idoso a regressar ao domicílio. Dê exemplos.

Tentar que as famílias integrem os cuidados. Acho que é mais por aí, nos ensinamentos. Explicar, ensinar as diversas coisas para depois fazerem em casa.

3. Quais as maiores dificuldades que sente na preparação de um utente para a alta?

A receptividade da família. Muitas vezes estão receosos, sentem-se incapazes. Não se sentem capazes de cuidar da pessoa que está doente. Acho que é mais essa a dificuldade que se encontra tanto logo na entrada como depois na preparação para a alta.

4. Quais as situações/casos que considera serem mais facilmente encaminhados para domicílio?

Acho que não tem a ver com patologias, tem mais a ver com o estado do utente. Uma insuficiência respiratória até pode fazer com que o familiar pense que não consegue reagir, num episódio de engasgamento ou em alguma coisa que dificulte. Acho que tem a ver mais

com o que vêm no familiar em termos de recuperação, mas se calhar a mais fácil é um AVC bem resolvido pelo que eu avalio aqui.

E a mais difícil?

Uma diabetes descontrolada, ou uma pessoa totalmente dependente a nível físico pronto que tenha ficado com um AVC mal resolucionado, seja mais pesado, mais dependente.

5. Um dos princípios da RNCCI é a participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados. Segundo a sua experiência verifica este princípio? Dê exemplos.

Não. Acho que muitas vezes até vêm mal referenciados da rede e logo aí este principio não é de todo verificado. E acho que também não é muito bem explicado o intuito para o qual o utente vem para aqui. Muitas vezes até temos a confusão de uma unidade de cuidados continuados ser um lar, e as pessoas não estarem capacidades e vêm mentalizadas para o que vêm e qual o objectivo desta unidade que é ir para o domicílio ou ir para um lar.

6. Pela sua experiência há interesse por parte dos familiares em cuidar do idoso?

Alguns sim, outros nota-se que não. É triste mais às vezes vemos um bocadinho as desresponsabilização da família.

7. Em que altura do internamento os familiares começam a questionar a alta?

Muito perto fim infelizmente. Talvez às vezes por falha nossa também não prepararmos a alta logo desde o inicio como é preconizado mas muito perto do fim. Grande parte deles não se preocupa com isso e tentam sempre protelar e afastar o momento da alta.

8. Os familiares interessam-se pelo processo de preparação para a alta?

Alguns sim, outros notam-se muito receosos, nos ensinios, na colaboração. Mas outros sim, acho que sim, nós a fazer os ensinios até colaboram. Acho que têm muito medo de lidar com a pessoa doente, principalmente quando é um familiar próximo.

9. Os familiares são receptivos aos ensinios feitos pelos enfermeiros, no sentido de encaminhar o idoso para domicílio?

Acho que sim, às vezes não somos é bem percepcionados, ou não nos explicamos da melhor forma. Acho que quando tentamos explicar ao encontro da cultura daquela pessoa e quando nos preocupamos em saber o que está em casa e não fazer os ensinios tipo bate chapa acho que são receptivos, quando nos pomos no lugar deles.

10. Quais as suas maiores dificuldades na realização dos ensinios aos familiares?

Acho que isso mesmo, não nos pormos no lugar deles. Apesar de todos nós passarmos por esses momentos e por ter um familiar dependente em casa, acho que o maior problema é esse. Não nos questionarmos quais são os meios que têm em casa para cuidar daquela

pessoa, se têm capacidade ou não se sabem quais são os apoios que têm na comunidade, que grande parte deles não sabem. Acho que a maior falha é essa e a minha maior dificuldade é essa.

11. Pela sua experiência quais as áreas que identifica como sendo as que os familiares mais precisam da orientação dos enfermeiros?

Muitas, desde os posicionamentos, que é uma das áreas onde se falha mais vezes, onde se falha mais facilmente, porque pensam que conseguem, que sabem e se prejudicam tanto a eles como ao utente. A alimentação, cuidados com a alimentação, o que fazer quando há algum episódio de disfagia alguma coisa que os prejudique. Acho que é mais nesta área, transferências, posicionamentos e cuidados na alimentação. E nos utentes com diabetes o que fazer quando estão com hipoglicémia, hiperglicemia, também por aí.

12. O que pensa que poderia ser feito para incentivar/facilitar as famílias a levarem os idosos para o domicílio?

Primeiro acho que havia de haver mais apoios no domicílio, pronto que isso não é tão directamente ligado a nós, mas acho que deveria ser mais por aí, um grande apoio no domicílio porque eles sentem muita falta de apoio tanto a nível de apoio domiciliário como pronto. Depois o que tem a ver directamente connosco acho que devíamos capacita-los mais, integra-los mais mesmo quando eles tentam fugir e não colaborar, devíamos tentar mostrar que o mais importante para aquela pessoa não somos nós mas são eles, porque no futuro seja num lar ou no domicílio, vão ser sempre eles a presença deles e não a nossa, e estamos aqui mais para capacitar do que para sermos fazedores de coisas.

APÉNDICE III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Joana dos Santos Baptista, Enfermeira, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, venho requerer, respeitosamente, a sua participação num estudo que pretende conhecer quais as experiências dos enfermeiros (as), que trabalham em unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, na preparação das famílias no processo de encaminhamento do utente idoso dependente para domicílio. Trata-se de um estudo exploratório com vista à procura das maiores dificuldades dos enfermeiros na preparação dos familiares para a alta do idoso. Será desenvolvido sob orientação do Professor Doutor Rogério Manuel Clemente Rodrigues.

A decisão de estudar os Cuidados Continuados Integrados surge da minha vivência como profissional de saúde da Rede que se propõe a desenvolver actividades a um nível intermédio de cuidados entre os de internamento hospitalar e os de base comunitária, pretendendo-se também a prestação de cuidados numa perspectiva de reabilitação e/ou satisfação de necessidades à pessoa dependente, assim como a participação e co-responsabilização da família na prestação de cuidados enquanto núcleo privilegiado para o equilíbrio e bem-estar da pessoa idosa ou em situação de dependência.

A sua participação é fundamental para a concretização deste estudo e consistirá em responder algumas questões relativas ao tema. Esta participação é voluntária e a sua recusa não lhe trará qualquer consequência. Todas as informações obtidas através de entrevista gravada possuirão um cariz confidencial e o seu anonimato garantido. As gravações serão transcritas e posteriormente destruídas. Terá acesso ao estudo através de pedido pessoal ao investigador.

Espero com este estudo poder contribuir para melhorar a qualidade do cuidado de enfermagem às pessoas idosas que estão nestas unidades, a partir da perspectiva de enfermeiros que nelas actuam.

Disponibilizo-me a esclarecer qualquer dúvida que possa ter em relação a este estudo. Para isso pode contactar-me através do telemóvel 965892162 ou e-mail joanasbatista@gmail.com

Eu, _____, declaro que fui informado acerca de todas as condições inerentes ao estudo a efectuar e aceito nele participar de forma voluntária.

Assinatura, data

