

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO E CUIDAR DE ENFERMAGEM:
A PERSPETIVA DOS IDOSOS

CUIDADOS A LARGO PLAZO E ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:
LA PERSPECTIVA DE LOS ANCIANOS

LONG-TERM CARE AND NURSING CARE:
THE ELDERLY PERSPECTIVE

Eugénia Grilo - Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias, Instituto Politécnico de Castelo Branco/Pt

Felismina R. P. Mendes - Doutora em Sociologia. Professora Coordenadora, Universidade
de Évora/Departamento de Enfermagem. Investigadora do CIIS - Universidade Católica
Portuguesa e Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais CICS.NOVA - FCSH/UNL/Pt

RESUMO

Objetivo: Pretendeu-se com este trabalho obter um conhecimento profundo sobre o cuidar de enfermagem em contexto de cuidados de longa duração, na perspetiva de quem recebe cuidados. Considerados os parentes pobres dos cuidados de saúde, porque prestados fora dos hospitais, os cuidados de longa duração representam um grupo abrangente de assistências destinadas às pessoas que necessitam da ajuda de outros por grandes períodos de tempo, sobretudo idosos. Nos últimos anos, estes contextos têm requerido mais atenção reconhecendo-se que a sua especificidade exige conhecimentos e habilidades específicas que se configuram com o cuidar. **Métodos:** Este estudo, de desenho misto integrou 113 idosos provenientes de 10 contextos de cuidados de longa duração que incluíram lares de idosos e respostas integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados distribuídos por 7 localidades do distrito de Castelo Branco. **Resultados:** A análise tipológica dos discursos dos idosos revelou que as perceções relacionadas com o resultado dos cuidados estão menos presentes nos discursos do que as expressões relacionadas com os cuidados desenvolvidos e o modo como os enfermeiros se comportam nestes contextos. **Conclusões:** Nos contextos analisados o cuidar de enfermagem é percebido como efetivo, é transversal ao modo de ser ou estar dos enfermeiros e ao seu modo de agir e tem expressão significativa nos resultados das suas intervenções.

Descritores: Idosos, assistência de longa duração, cuidados de enfermagem

ABSTRACT

Objective: The aim of this work is to obtain a thorough understanding of nursing care in the context of long-term care, from the perspective of those who receive care. Considering the poor health care relatives because provided outside hospitals, long-term care is a comprehensive set of assistance to persons who need help from others for long periods of time, especially the elderly. In recent years, these contexts have required more attention because there is recognition of the specificity of these contexts, and the recognition that these are essential knowledge and specific competencies, which are configured with care. **Methods:** This mixed-design study integrated 113 seniors from 10 long-term care contexts which included nursing homes and integrated responses in the National Network of Integrated Continuous Care spread over 7 locations in the district of Castelo Branco. **Results:** The typological analysis of the speeches of the elderly showed that the perceptions related to the outcome of care are less present in the speeches of the expressions related to

the developed care and how nurses behave in these contexts. **Conclusions:** In the analyzed contexts, nursing care is perceived as effective, is common to the way of being of nurses and their acting processes and has a significant expression in intervention outcomes.

Keywords: Elderly, Long-Term Care, Nursing Care

INTRODUÇÃO

Os sistemas formais de cuidados desenvolveram-se nas últimas décadas para responder às necessidades dos mais idosos e frágeis quando estes ficam impossibilitados de o fazer, de forma independente e as famílias são incapazes de lhes fornecer o apoio necessário nas suas casas. Este tipo de respostas sociais e de saúde, tuteladas na União Europeia pelo Comité de Proteção Social são designados cuidados de longa duração (CLD) ou *long-term care* (LTC) (Nogueira, 2009).

Os CLD representam assim um grupo diversificado de cuidados de saúde e de apoio social, de natureza, formal e informal, dispensados a pessoas com graus de dependência variados sobretudo idosos como refere a World Health Organization (WHO) e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). Considerados como uma questão política e transversal a várias áreas integram um conjunto significativo de ajudas e serviços, e destinam-se aqueles que dependem de outros nas atividades da vida diária e que não têm capacidade para o autocuidado a longo prazo. Podem ser dispensados por cuidadores informais e formais incluindo profissionais de saúde, sociais e outros (OCDE, 2005; Simoens, Villeneuve & Hurst, 2005; WHO, 2002).

Esta tipologia de assistência apesar de separada, na maior parte dos casos, dos cuidados preventivos e de reabilitação e da gestão das doenças crónicas, é cada vez mais reconhecida como imprescindível para a saúde e bem-estar dos mais velhos, sendo desejável que a lógica desta divisão seja repensada (Kümpers et al., 2010) de modo a garantir o acesso de cuidados globais de longa duração a todas as pessoas que deles necessitem (WHO, 2006).

Considerados parentes pobres dos serviços de saúde, porque prestados fora dos hospitais, os CLD e a sua especificidade tem requerido mais atenção dos investigadores nos últimos anos e a fraca qualidade dos cuidados, frequentemente encontrada, tem sido atribuída a habilidades insuficientes dos prestadores de cuidados e ao número escasso de horas de cuidados de enfermagem (Spilsbury, Hewitt, Stirk & Bowman, 2011). A Organização Mundial de Saúde já reconheceu a especificidade destes contextos e tem sublinhado a exigência de nos mesmos serem requeridos conhecimentos e habilidades que transcendem as fronteiras das disciplinas específicas (Dubois, Singh & Jiwani, 2008) e que se configuram com o cuidar.

Entendido, como modo de ser, ou um modo de agir, o cuidar e o cuidado impõem-se pela constatação da fragilidade e vulnerabilidade do ser humano que necessita “de ser alvo de uma preocupação, de um prestar atenção ou de um preocupar-se com e por” (Carrilho, 2010, p.112). A visão de que a capacidade de cuidar ou se preocupar com as coisas, as pessoas, o curso da vida e a sociedade, é fundamental e tem estado presente na reflexão de pensadores como Heidegger (1926) que considerou o cuidar (*cura*) como parte integrante do ser e outros (Mayeroff, 1971; Reich, 1995) que salientaram a sua imprescindibilidade nas relações entre humanos.

Mayeroff (1971) defende que apenas cuidar e ser cuidado, podem dar sentido à vida e ajudar a criar ordem e estabilidade. E, enquanto ideia filosófica o cuidar pode crescer e desenvolver-se pela exploração e descoberta das suas características essenciais. Compreendido como uma filosofia de ação, o cuidado do outro ou cuidado pelo outro reflete pensamentos, emoções e ações que têm implícita uma maneira de estar e de se relacionar que compreende a ajuda do outro sempre no sentido do seu crescimento.

Num trabalho de revisão sobre os CLD e a qualidade da assistência nestes contextos apresentado à União Europeia, Nies et al. (2010) propõem outra perspetiva dos cuidados que completa a perspetiva descrita. Concebidos apenas como análogos a um serviço, a produção dos cuidados e o seu consumo são dois processos separados, e quem os produz e quem os recebe não precisa de se conhecer. Concebidos como um serviço especial, um serviço humano, esse, impõe outros requisitos concretamente a exigência de uma relação interpessoal e emoções mútuas entre quem dispensa os cuidados e quem os recebe e que são parte integrante da troca económica. Nesta perspetiva o processo de produção e de consumo não podem ser separados e a duração do tempo de trabalho é parte integrante do resultado (Nies et al., 2010) porque é na relação que se estabelece com a pessoa que reside o valor terapêutico da intervenção. Estas relações particulares, descritas como terapêuticas (Basto, 2005; Lopes, 2005) são construídas com base nos conhecimentos, na confiança mútua, na compreensão e na partilha de saberes (McCormack, Dewing & McCance, 2011) e são parte integrante dos cuidados de enfermagem.

Estes cuidados ou apenas “cuidar de enfermagem” enquanto prática que “se constrói sobre a interação enfermeiro-cliente com a intenção de contribuir para o seu bem-estar e ou diminuir o seu sofrimento” (Basto, 2009, p.12) refere-se assim à intervenção profissional dos enfermeiros/as junto das pessoas e a sua complexidade faz com que sejam considerados cuidados de saúde (Basto, 2009).

Autores como Watson (2009) e Swanson (2013) têm sublinhado a influência que os ambientes de cuidados exercem nas práticas de cuidar e segundo defendem, nos ambientes em que existe uma cultura de cuidado existe também mais qualidade dos cuidados e maior satisfação dos utilizadores.

MÉTODOS

Esta interdependência e outras constatações levaram-nos a questionar sobre os cuidados de enfermagem em contexto de CLD e como são percebidos pelas pessoas idosas e pelos seus próximos. A pesquisa foi concretizada a partir de um desenho misto integrado na metodologia de estudo de caso, com a finalidade de compreender o fenómeno de modo holístico (Coutinho, 2011) e obter um conhecimento profundo sobre o cuidar de enfermagem nestes contextos. O reconhecimento da interdependência entre os sujeitos e os contextos impôs uma metodologia compreensiva reconhecendo-se que as dinâmicas identificadas poderiam ser tanto causas como efeitos (Guerra, 2010).

Os sujeitos do estudo foram os idosos e ou familiares que receberam cuidados de enfermagem em contexto de CLD e manifestaram desejo de participar. Para além destes, outros critérios de inclusão foram: estar orientado no tempo, espaço e identidade e saber ler e escrever.

Os contextos estudados, 10 no total, incluíram lares de idosos e respostas integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - unidades de cuidados continuados de média e longa duração (UMDR e ULDM) e ainda uma equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) distribuídos por 7 localidades do distrito de Castelo Branco.

A vulnerabilidade deste grupo específico impôs que fossem acautelados os seis princípios éticos que devem guiar a investigação como recomenda o International Council of Nurses referido por Nunes (2013). O princípio da beneficência e o da não maleficência foram assegurados a partir da convicção profunda de que esta pesquisa traria benefícios aos idosos e à sociedade e não era passível de lhes causar danos. O princípio da fidelidade foi garantido estabelecendo com os participantes uma relação de confiança e o princípio da justiça foi salvaguardado não privilegiando nenhum idoso em detrimento de outro. Foi assegurada a veracidade das respostas pela análise atenta dos inventários e da transcrição acurada das entrevistas e na relação de confiança estabelecida com os idosos foi prestada toda a informação sobre os riscos e benefícios acautelando que daí não decorreria nenhum risco para os participantes. As entrevistas apenas foram identificadas com um número e os contextos com uma letra garantido a todos e cada um o anonimato e a confidencialidade.

Participaram 113 utentes e a parte qualitativa do estudo integrou informação proveniente de 15 entrevistas de utentes dos diferentes contextos de modo a garantir “diversidade de características” (Guerra, 2010, p. 46) suscetível de fazer variar a apreciação do fenómeno.

Depois de obtido consentimento para “mergulhar” nas instituições e identificar os potenciais participantes, numa primeira etapa foi realizada uma reunião com as diretoras técnicas

e/ou os responsáveis pelo serviço de enfermagem, aos quais foram explicitados os objetivos do estudo e metodologia adotada. Seguidamente foi marcada outra reunião com os idosos e a investigadora. Nessa, foram informados e esclarecidos em pormenor dos objetivos da pesquisa e dos modos de recolha da informação. Foi-lhes garantido o total anonimato das respostas e assegurada a confidencialidade da informação que viesse a ser obtida e foi-lhes permitido contactarem com o Inventário de Comportamentos de Cuidar (ICC) de Ferreira e Cruz (2011) e explicado como este deveria ser preenchido.

A informação quantitativa, como já foi referido, foi obtida a partir do Inventário do ICC traduzido, adaptado e validado para a população de doentes portugueses por Ferreira e Cruz (2011) a partir do “Caring Behaviors Inventory” (Wolf et al., 1994, in Watson, 2009). Apoiado conceitualmente na literatura do cuidar e na teoria do cuidar transpessoal, este inventário de comportamentos assume o cuidar em enfermagem como “um processo interativo e intersubjetivo que ocorre em momentos de vulnerabilidade partilhada” (Watson, 2009, p. 53). É constituído por 30 itens ou comportamentos de cuidar agrupados em 4 dimensões: “disposição e atenção positiva ao utente”, “investimento compreensivo e técnico”, “investimento comunicacional” e “investimento ético” pontuados numa escala de Likert que varia entre 1 (nunca) e 6 (sempre) pontos. Em relação a cada uma das afirmações pediu-se ao idoso que manifestasse o grau de concordância com os comportamentos que os enfermeiros assumiam na relação.

Posteriormente agendaram-se as entrevistas com os idosos que manifestaram desejo de as realizar. Alguns provenientes da 1ª amostra e outros, que por apresentarem dificuldades na leitura e na escrita, apenas foram integrados nesta parte do estudo por terem sido considerados “informadores privilegiados” (Guerra, 2010). A cada um foi explicado com clareza o objetivo da entrevista e foi-lhes dado conhecimento do guião estabelecendo assim uma relação de parceria propícia a gerar “a possibilidade de reflexividade nos dois elementos da interação” (Guerra, 2010, p. 51) e solicitada a autorização para divulgar o conteúdo das entrevistas que foram gravadas em áudio e duraram em média 45 minutos. Foi-lhes também proporcionado ouvir as suas falas, defendendo e garantindo a sua liberdade e dignidade, mas apenas três idosos manifestaram vontade de o fazer.

Os dados de características mensuráveis foram organizados e interpretados com recurso à estatística descritiva (SPSS, versão 15.0) e os comportamentos de cuidar, submetidos a análise fatorial em componentes principais, com rotação ortogonal (Varimax) para divulgar os comportamentos que reuniram mais consenso entre os idosos e o seu peso em cada uma das dimensões. Retivemos, em cada dimensão, as propostas com um peso superior a 0,40 reduzindo assim o número de variáveis ou “fatores” para maximizar o poder de explicação do conjunto de todos os comportamentos o que possibilitou a identificação de subgrupos de questões que avaliaram o mesmo comportamento (Yanai & Ichikawa, 2007).

A informação proveniente das entrevistas foi analisada e interpretada através da técnica da análise de conteúdo, classificando o material recolhido segundo critérios pertinentes que permitiram encontrar variáveis escondidas suscetíveis de explicar as variações das diferentes dimensões (Guerra, 2010). Privilegiámos as “tipologias por semelhança”, reagrupando por critérios de proximidade de conteúdo as opiniões sobre a relação de cuidar “em agrupamentos exclusivos” (Guerra, 2010, p. 78) que posteriormente foi triangulado com a informação quantitativa e com a teoria.

RESULTADOS

A informação obtida entre maio de 2012, e março de 2013 foi proveniente de 113 idosos 70 (62,5%) do sexo feminino e 42 (37,5%) do sexo masculino. Predominaram idosos com idade superior a 80 anos (58,0%) e a moda foi de 84 anos.

A maioria referiu ter frequentado apenas o ensino básico (entre 0 e 4 anos de escolaridade) e as participantes do sexo feminino, revelaram maior nível de escolaridade, 13 referiram 10 ou mais anos. No grupo dos indivíduos de sexo masculino, apenas 5 referiram níveis de escolaridade idênticos.

Dos idosos estudados, 66 (58,4%) recebiam cuidados há menos de 24 meses e a duração média dos cuidados foi de 30 meses.

O contexto onde receberam cuidados foi para 75 idosos (66,4%) equipamentos do sector social (lares) e para 28 estruturas da RNCCI (24,8%) em regime de internamento ou ambulatório (8 cuidadores informais) e 10 dos idosos (8,8%) receberam cuidados em unidades de sistema misto (RNCCI e setor social).

Comportamentos de Cuidar Percebidos em Cuidados de Longa Duração

A análise estatística dos comportamentos de cuidar percebidos a partir do ICC, agrupados nas 4 dimensões que o constituem revelou uma moda de 6 em todos os comportamentos e a dimensão disposição e atenção positiva foi a que obteve valores médios maiores (5.49) por oposição à dimensão investimento comunicacional que apresentou valores médios mais baixos (tabela 1).

Tabela 1: Estatística descritiva das dimensões de cuidar percebidas pelos utentes

		Investimento ético invertido	Investimento Comunicacional	Investimento Compreensivo e Técnico	Disposição e Atenção Positiva
N	Válidos	113	113	113	113
	Perdidos	0	0	0	0
Media		5,38	4,66	5,04	5,49
Mediana		6,00	4,83	5,17	5,75
Moda		6	6	6	6
Desv. típ.		,967	1,212	1,014	,746
Varianza		,934	1,468	1,028	,557
Rango		5	5	5	5
Mínimo		1	1	1	1
Máximo		6	6	6	6

A análise fatorial da dimensão investimento comunicacional permitiu extrair dois fatores com valores próprios superiores a um, os quais explicam 69% da variância. A matriz rodada informou que foram as variáveis “Ajudam-me a crescer como pessoa” e “São meus confidentes” os comportamentos percebidos, que contribuíram com maior peso para esta dimensão. Em relação à dimensão Investimento Compreensivo e Técnico, apenas se extraiu um fator com valor próprio superior a um e que explica 48% da variância. Nesta dimensão foram os comportamentos “Asseguram uma presença tranquilizadora” e “Escutam a opinião sobre os cuidados que me vão prestar” que contribuíram com maior peso. Na dimensão Investimento Ético extraíram-se dois fatores com valores próprios superiores a um os quais explicam 64% da variância. A matriz rodada informou que foram os comportamentos “Escolhem horas pouco apropriadas para falar da minha situação” e “Transmitem informações confidenciais a meu respeito em frente de outros utentes” (apresentados com a pontuação invertida) que nunca ou quase nunca aconteceram, que mais contribuíram para esta dimensão.

Quanto à dimensão do cuidar, Disposição e Atenção Positiva, extraíram-se três fatores com valores próprios superiores a um que explicam 60% da variância. Segundo a matriz rodada, foram os comportamentos “Ajudam a aliviar a minha dor”, “Respeitam a minha privacidade”, “São simpáticos”, “Usam uma voz suave e simpática” e “Cuidam de mim como ser humano” que mais contribuíram, ou seja, que mais peso tiveram na percepção dos utentes.

Cuidar em Cuidados de Longa Duração: Percepções dos idosos

As percepções de cuidar foram obtidas a partir das 15 entrevistas em profundidade com os idosos e da reflexão sobre a sua interação com os enfermeiros nos diferentes contextos.

Das expressões dessa interação foi possível extrair opiniões e percepções suscetíveis de serem agrupadas em três tipologias do cuidar por semelhança (Guerra, 2010), concretamente o “cuidar como modo de ser ou estar dos enfermeiros” que agregou as percepções relacionadas com o modo de ser ou de estar dos enfermeiros nestes contextos; o “cuidar como um modo de intervir” que inclui as percepções relacionadas com os cuidados ou atividades desenvolvidas e o “cuidar como o resultado da intervenção” que agrupou as percepções e expressões relacionadas com o resultado concreto das intervenção ou seja dos cuidados de enfermagem (quadro 1).

Quadro 1: Tipologias do cuidar por semelhança (Guerra, 2010). Percepções dos idosos

Tipologia	Principais opiniões dos idosos	Frequência
1º TIPO: Cuidar como modo de ser ou estar dos enfermeiros	Percepções relacionadas com o modo ser ou estar dos enfermeiros	E1(B); E2(B); E3(B); E4(C);E5(C); E6(D); E7(D); E9(A); E11(H); E13(H); E14(J); E15(J)
2ºTIPO: Cuidar como um modo de intervir	Percepções relacionadas com os cuidados desenvolvidos	E1(B); E2(B); E4(C); E6 (D); E7(D); E8(D); E9(A); E10(G); E11(H); E12(H); E13(H); E15(J)
3º TIPO: Cuidar como o resultado da intervenção	Percepções relacionadas com o resultado dos cuidados	E3(B); E4(C); E6(D); E7(D); E8(D); E10(G); E11(H); E12(H); E13(H); E14(J)

A análise tipológica dos discursos e a sua interpretação revelou ainda que as percepções dos idosos, relacionadas com o resultado dos cuidados estão menos vezes presentes nos discursos do que as expressões relacionadas com os cuidados desenvolvidos ou o modo como os enfermeiros se comportam nestes contextos. Quer isto dizer que o cuidar como um modo de ser ou estar dos enfermeiros e o cuidar como um modo de intervir são mais percebidos e melhor definidos pelos idosos do que o cuidar como resultado da intervenção.

DISCUSSÃO

Analizado a partir das percepções dos idosos em contexto de cuidados de longa duração e tendo como base o inventário de comportamentos de cuidar agrupados nas 4 dimensões (Ferreira & Cruz, 2011) o cuidar em enfermagem foi expressado como efetivo, efetividade que foi confirmada pelos valores altos de todas as dimensões sugerindo uma filosofia de ação ou seja um certo modo de estar e de agir dos enfermeiros nestes contextos específicos. A orientação prática do cuidar e a sua exigência ética requerem de quem cuida conhecimentos e habilidades e a consciência de preservar a dignidade do outro, passível de ser comprometida, se esse outro, em vez de sujeito se tornar objeto para o cuidador (Gadow, 1984 referido por Swanson, 2013), mas nos contextos analisados, o cuidado ético e a percepção de que a dignidade dos idosos é protegida e preservada pelos enfermeiros e enfermeiras foi percecionada como presente na relação e expressada como um direito e uma exigência do cuidar de enfermagem como referiu uma idosa. *“Vou andando mas é só à base de comprimidos e de injeções...mas vou andando até um dia parar... mas os enfermeiros tratam a gente como deve de ser, não deixam a gente ao abandono, tratam de nós como deve de ser, senão não estariam cá (...) mas o dever deles é esse!” [E5(C)].*

O investimento ético (Ferreira & Cruz, 2011) que foi colocado na relação também encontrou expressão nos comportamentos percecionados pelos idosos já que, alguns desses comportamentos como, escolher horas pouco apropriadas para falar da situação do idoso ou transmitir informações confidenciais à frente de outros idosos foram comportamentos que nunca ou quase nunca foram percecionados.

Ao contrário destes, os comportamentos “ser simpático”, “usar uma voz suave e simpática”, respeitar a privacidade do utente e cuidar do utente como pessoa, que integram a dimensão *disposição e atenção positiva* (Ferreira & Cruz, 2011) foram percecionados como quase sempre ou sempre presentes na interação e encontraram similaridades nos discursos dos idosos quando falaram da sua relação com os enfermeiros: *“Anda aí um que tem barbas, esse é muito simpático (...). Esse alto...puxa-me o nariz e diz que pareço uma rapariga de 20 anos. Não gosto de ser velha”[E1(B)].*

Na interação, descrita pelos idosos, assumiu particular importância, o andar bem-disposto, conhecer os problemas dos utentes, estar disponível e mostrar boa vontade, mostrar respeito e ser amável e amigável, ser bom ou boa ouvinte, ter moral e bom feitio, ter paciência e consideração, ser imprescindível ou muito importante e ser simpático e alegre, ser tratado como se fosse da família e tratado pelo nome, percepções relacionadas com o *modo ser ou estar dos enfermeiros* e que também são formas de cuidar como foi sublinhado. *“São muito*

carinhosos (...) e muito meus amigos. Um bate-me nas costas outro beija-me, são todos muito meus amigos (....) e é muito importante que eles [os enfermeiros] sejam carinhosos [E8(C)].

Este modo de ser ou estar assume uma importância fundamental porque, ao contrário do que acontece com os domínios cognitivo e funcional, o bem-estar afetivo e a estabilidade emocional podem estar presentes em níveis elevados nas pessoas idosas, como resultado de estratégias de coping centradas nas emoções (Afonso, 2012) experimentadas e que foram expressadas a partir da relação do cuidado.

Embora o comportamento carinhoso não tenha sido muito explorado nas pesquisas de enfermagem, os idosos consideraram-no fundamental salientando o ser carinhoso e dar atenção como formas de se centrar no utente porque tem implícito um modo de estar que aprecia a pessoa em pormenor e que envolve prestador e recetor de cuidados (Swanson, 2013). A paciência e a capacidade de ouvir foram também destacadas e sugerem a centralidade dos cuidados no idoso e na pessoa significativa como referiu outra recetora de cuidados. *“A enfermeira L. demonstra muita paciência... e é boa ouvinte...trata-o sempre pelo nome, tem essa preocupação”[E7(D)].*

A paciência, aqui identificada, mais do que uma espera passiva é antes uma espécie de participação com o outro (Mayeroff, 1971) e é um elemento importante do cuidar porque permite ao outro crescer ao seu tempo e à sua maneira.

Reconhecidas como fundamentais em cuidados de longa duração as pessoas significativas (Lage, 2005) requerem atenção idêntica à dispensada ao próprio idoso e essa atenção, também foi percebida na relação tal como a confiança. *“Vêm tratar do meu marido [as enfermeiras] mas também tratam de mim. E dão-me muitos bons conselhos e estão sempre a apoiar-me, quando preciso de saber alguma coisa pergunto-lhes, e elas estão sempre em meu favor e encorajam-me muito”[E6(D)].*

Percecionado como uma atitude, o cuidar enquanto condição ou capacidade fundamental para entender as necessidades do outro, pode centrar-se tanto no geral como no particular (Mayeroff, 1971) e requer tempo e conhecimento que os idosos também percecionaram. *“Não mostram pressa e quando vêm que são problemas para o médico resolver mandam-me logo à médica. E tratam-me sempre com boa vontade”[E3(B)].*

Outros comportamentos como assegurar uma presença tranquilizadora, escutar a opinião dos idosos sobre os cuidados que vão ser prestados e conhecer os seus principais problemas e necessidades também foram percebidos como frequentes. Para além destes, gestos e atitudes como, acalmar, acarinhar, ajudar, encorajar, defender, esclarecer, tratar com carinho, fazer tratamentos, dar medicamentos e dar tempo que o médico não dá, foram percebidos

como cuidados desenvolvidos e constituem nestes contextos os modos de intervir ou o *cuidar como um modo de intervir dos enfermeiros* elucidando sobre o investimento compreensivo e técnico (Ferreira & Cruz, 2011) que é colocado na relação.

O *cuidar como um modo de intervir* integrou assim o conjunto dos fazeres por e para o outro (Swanson, 2013) percecionado por cuidados de natureza mais instrumental ou por outros de supervisão e de proteção como referiu outra idosa. *“Põem-me o selo duas vezes por semana mas estão sempre a dizer que não é preciso andar com dores, que posso tomar outros medicamentos para não andar com dores”*[E4 (C)]. E estas intervenções, deliberadas e previamente planeadas resultam terapêuticas por terem como finalidade proporcionar saúde e bem-estar ao utente e serem consideradas formas de cuidar em enfermagem (Watson, 2009) e que outra recetora de cuidados percecionou: *“E até as brincadeiras que ela faz, as brincadeirazitas que vai fazendo com ele são no sentido de o pôr mais atuante”* [E7(D)].

Cuidar é também ajudar o outro a crescer (Mayeroff, 1971) e no *modo de intervir* dos enfermeiros nestes contextos o cuidar de enfermagem foi percebido pelos idosos como capaz de possibilitar o seu crescimento apoiando emocionalmente, prestando informação e validando a informação prestada, comportamentos fundamentais em termos de saúde e gestão do auto cuidado (Swanson, 2013) e que foram também salientadas na dimensão investimento comunicacional (Ferreira & Cruz, 2011) com os comportamentos ajudar o idoso a crescer como pessoa e ser seu confidente.

Como resultado da intervenção, o cuidar foi identificado nestes contextos e a partir das percepções dos utentes, como uma cumplicidade benéfica, intervenções pertinentes que permitem manter a vida, presença gratificante, contributo na resolução de problemas, melhorias clínicas, sensação de tranquilidade e segurança, sentir-se acarinhado, sentir-se acompanhado e sentir-se bem com os cuidados. E embora na literatura não exista consenso absoluto sobre a importância do cuidar no tratamento da doença, existe o reconhecimento do seu valor na saúde, no bem-estar e na qualidade de vida dos mais velhos (Nies et al., 2010; Watson, 2009). Este reconhecimento articula-se com a definição da Organização Mundial de Saúde de CLD como sendo um sistema que associa atividades realizadas por cuidadores informais ou formais, família, ou profissionais de saúde e de serviços sociais que deverão ser capazes de garantir a melhor qualidade de vida da pessoa de acordo com as suas preferências individuais, preservando o mais possível a sua autonomia, independência e a participação pessoal (WHO, 2006).

Medir os resultados do cuidar, nas pessoas idosas pode parecer complexo, contudo, os resultados das intervenções de cuidar concretizam-se pela resolução das necessidades físicas e afetivas dos utentes e expressam-se em sentimentos de autocuidado, autonomia,

conforto, segurança, paz e relaxamento (Sherwood, 2013) também expressados pelos idosos nestes contextos concretamente a sensação de segurança. *“Sinto-me muito mais tranquila quando sei que os enfermeiros cá estão muito mais...sinto-me muito melhor ao pé deles porque se a gente tem qualquer coisa chama logo por eles, vêm” [E4(C)].*

Para outros, o resultado do cuidar foi o conforto proporcionado pelo controlo da dor. *“Os enfermeiros sabem que eu tenho aqui artroses nos joelhos. De vez em quando põem-me cá uma pomada e fazem-me uma massagem..., Não desincha tudo, mas desincha um bocadito e dor fica melhor...alivia” [E11(D)].*

A dor é uma das causas de doença e de mal-estar que mais idosos referiram neste estudo. Este sintoma acompanha, de forma transversal situações agudas de doença e problemas crónicos de saúde e o seu controlo eficaz é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Considerada desde 2003 como o quinto sinal vital (Direção Geral da Saúde, 2003), a dor é frequentemente, subvalorizada, na medida em que em muitos contextos de cuidados, a sua avaliação não é realizada de modo sistematizado nem é monitorizado o resultado da intervenção desenvolvida para a reduzir ou minimizar.

São pois estes e outros, os desafios que as pessoas mais velhas oferecem, porque a presença de dor, para além de reduzir a qualidade de vida e tornar suscetível o aparecimento de outras condições clínicas, como a depressão, distúrbios do sono, ansiedade e eventualmente, comportamento agressivo, constitui-se também como uma ameaça à identidade da pessoa, à sua dignidade e respeito e contribui para uma maior vulnerabilidade e para a erosão da sua autonomia e independência (Brown & McCormack, 2011) e que por isso é importante retardar e minimizar.

Para além da resolução de necessidades físicas e afetivas a melhoria do “empoderamento” é também considerada um importante resultado do cuidar (Swanson, 2013) como referiu outra idosa. *“Informam-me e ensinam-me muito. Ensinaram-me a fazer muitas coisas, porque eu não estava preparada. A melhor coisa que poderiam ter feito foi arranjar os cuidados continuados e as enfermeiras virem cá a casa...porque nós sentimo-nos mais acompanhadas” [E6(D)].*

A gestão efetiva e o “empoderamento” das pessoas idosas e das suas famílias, também identificada por outros investigadores, ajudam os idosos e famílias a serem competentes nos cuidados e devem ser um objetivo dos profissionais de saúde na interface entre os cuidados formais e os informais (Lage, 2005). Esta “gestão da informação”, já referida e identificada por Lopes (2005), permite aos cuidadores informais fazerem um uso adequado dos seus recursos porque os sistemas formais e informais de cuidados não constituem processos independentes (Lage, 2005) e o ensino e educação eficazes são também formas importantes de cuidar porque permitem ao utente e ou à família aprender a viver com a situação de

dependência geri-la e desenvolver comportamentos de adaptação. Inicia-se pela avaliação de necessidades educativas e de informação e os resultados são medidos pela capacidade que a pessoa tem de incorporar novos comportamentos de “empoderamento” ou de saúde no estilo de vida preferido (Habel, 2011).

A convergência entre os objetivos clínicos e os da pessoa cuidada, desenvolvida no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel é transportada para a prática pela parceria entre os enfermeiros e enfermeiras e o utente/família e faz parte do processo de intervenção profissional ou terapêutica de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001) que, implementados de modo sistemático e avaliados, permitem também identificar os resultados do cuidar como uma intervenção terapêutica.

CONCLUSÕES

A capacidade das sociedades para prestarem cuidados de longa duração de boa qualidade, a todas as pessoas que deles necessitem, deve ser protegida e preservada como defende a Comissão Europeia, porque às alterações normais da idade juntam-se as doenças crónicas, que exigem uma abordagem interdisciplinar identificada como fundamental para retardar o declínio e manter a saúde, e não menos importante é o conhecimento sobre os desafios que são colocados aos diferentes profissionais.

Este estudo teve como objetivo principal obter um conhecimento profundo sobre o modo como os idosos percebem e interpretam esses desafios concretamente os que são colocados aos enfermeiros em cuidados de longa duração ou seja sobre o cuidar de enfermagem nestes contextos específicos. A informação, ainda escassa sobre o cuidar de idosos, enquanto terapêutica de enfermagem, que se reconhece complexa, porque os idosos carregam consigo vulnerabilidade, riscos e dependências, ficou melhorada e enriquecida com este estudo. A informação obtida, proveniente de dados de natureza quantitativa e dados de natureza qualitativa ao ser triangulada com a teoria, permitiu concluir que nos contextos analisados o cuidar de enfermagem é efetivo e transversal ao modo de ser ou estar dos enfermeiros e ao seu modo de agir com expressão nos resultados das intervenções e contribui significativamente para a saúde e bem estar dos mais velhos nestes contextos de cuidados.

REFERÊNCIAS

- Afonso, M. (2012). Stress, coping e resiliência em pessoas idosas. In M. C. Paúl, & O. Ribeiro, *Manual de Gerontologia: aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 163-178). Lisboa: Lidel.
- Bastos, M. L. (2005). Da (in) visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num centro de saúde. *Revista portuguesa de saúde pública*, 23, (1), 25-41.
- Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. *Pensar enfermagem*, 13, pp. 11-18. Recuperado de [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_11-18\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_11-18(1).pdf)
- Brown, D., & Brendan G McCormack. (2011). Developing the practice context to enable more. *Implementation Science*, 6,(9), 1-14. Recuperado de <http://www.implementationscience.com/content/pdf/1748-5908-6-9.pdf>.
- Carrilho, M. R. (2010). O cuidado como ser e o cuidado como agir. *Ex aequo*, (21), 107-114. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-55602010000100008&lng=pt&tlng=pt.
- Comissão Europeia. (2008). *Cuidados de longa duração na união europeia*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias. doi:10.2767/37656.
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Direcção-Geral da Saúde (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/06/2003. Obtido em 07 de 01de 2015 de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>
- Dubois, C.-A., & Debbie, S. (2008). The human resource challenge in chronic care. In E. Nolte, & M. McKee, *Caring for people with: a health system perspective* (pp. 143-171). Maidenhead: Open University Press. Recuperado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96468/E91878.pdf.
- Ferreira, R. J., & Gaspar, S. (2011). Estudo da validade do inventário de comportamentos de cuidar na versão para doentes internados. (E. S. Coimbra, Ed.) *Referência*, 1, III Série.

Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso*. Cascais: Principia.

Habel, M. L. (2011). Educação do doente e da família orientada para resultados. In S. P. Hoeman, *Enfermagem de reabilitação: intervenção e resultados esperados*, (4ª ed.), pp. (61-72). Loures: Lusodidacta.

Heidegger, M. (2005). *Ser e tempo* (15ª ed.). Petrópolis: Editora vozes. Recuperado de http://www.olimon.org/uan/heidegger-ser_e_tempo_i.pdf.

Kümpers, S., Allen, K., Campbell, L., Dieterich, A., Glasby, J., Kagialaris, G., ... & Vagner L. (2010). *Prevention and rehabilitation within long term care across Europe: European overview paper*. Berlin: Interlinks. Recuperado de Interlinks: http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP3_Overview_FINAL_04_11.pdf.

Lage, I. (2005). Cuidados familiares em idosos. In C. Paúl, & A. M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 203-239). Lisboa: Climepsi.

Lopes, M. J. (2005). Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. *Rev Esc Enferm USP*, 39, (2), 220-228. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/13.pdf>.

Mayeroff., M. (1971). *On caring*. New York: Harper Perennial.

McCormack, B., Dewing, J., & McCance, T. (2011). Developing person-centred care: addressing contextual challenges through practice development. *The online journal of issues in nursing*, 16, (2). Recuperado de <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No2-May-2011/Developing-Person-Centred-Care.html#TanyaMcCance>

Nies, H., Leichsenrin, K., Veen, R., Rodrigues, R., P., Holdsworth, L., Mak, S., ... & Turk, E. (2010). *Quality management and quality assurance in long-term care: European overview paper*. Utrecht: Interlinks. Recuperado de http://www.euro.centre.org/data/1278594919_52528.pdf

Nogueira, J.M. (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. In J. Gonçalves (Coord.). Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (Ed. lit.). Gabinete de Estratégia e Planeamento. Recuperado de <http://www.infoeuropa.euroid.pt/registo/000042918/>

Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Departamento de Enfermagem ESS|IPS. Recuperado de 2016 de <http://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Recuperado de 2013, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2005). *The OECD Health Project. Long-term Care for Older People*. Recuperado de, http://www.euro.centre.org/data/1216815268_61772.pdf

Reich, T. W. (1995). *Classic Article. History of the Notion of Care*. Recuperado de, <https://theology.georgetown.edu/ClassicArticle>.

Sherwood, G. D. (2013). Meta- Syntesis of Qualitative Analises of Caring. In M.C.Smith; M.C.Turkel, & Z. R. Wolf (Ed), *Caring in Nursing Classics. An Essential Resource* pp. (357-370). New York: Springer Publishing Company, LLC.

Simoens S., Villeneuve M. & Hurst J. (2005). Tackling Nurse Shortages in OECD Countries. OECD Health Working Papers, 19. DELSA/ELSA/WD/HEA (2005)1. France. Recuperado de, <http://www.oecd.org/els/health-systems/34571365.pdf>

Spilsbury, K., Hewitt, C., Stirk, L., & Bowman, C. (2011). The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing. *International journal of nursing studies*, 48, 732-750. Recuperado de http://ac.els-cdn.com/S0020748911000538/1-s2.0-S0020748911000538-main.pdf?_tid=cef1d776-bb7b-11e5-9133-00000aab0f01&acdnat=1452857793_2acb6cf2a

Swanson K. (2013). What is Known About Caring in Nursing Science. In M.C.Smith, M.C.Turkel, & Z. R. Wolf (Ed), *Caring in Nursing Classics. An Essential Resource* (357-370). New York: Springer Publishing Company, LLC.

Watson, J. (2009). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences*. (2. ed). New York: Springer Publishing Company.

World Health Organization (2002). Lessons for Long-Term Care Policy. The Cross-Cluster Initiative. on Long-Term Care [em linha]. Recuperado de, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67275/1/WHO_NMH7CCL_02.1.pdf.

World Health Organization (2006). *Quality of care. A process for making strategic choices in health systems*, Geneva, WHO.

Yanai, H., & Ichikawa, M. (2006). Factor analysis. *Handbook of Statistics*, 26, 257-296. Recuperado de [https://books.google.pt/books?id=4YtB63kdK0AC&pg=PA257&lpg=PA257&dq=ISSN+0169-7161%2Bfactor+analysis&source=bl&ots=1JCnLkpAWA&sig=dXHt7jo3iHEJSe9OFPxpsCIVA9k&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwiC3_f45KvKAhWGAXoKHbIQCbWQ6AEIHTAA#v=onepage&q=ISSN%200169-7161%2Bfactor%](https://books.google.pt/books?id=4YtB63kdK0AC&pg=PA257&lpg=PA257&dq=ISSN+0169-7161%2Bfactor+analysis&source=bl&ots=1JCnLkpAWA&sig=dXHt7jo3iHEJSe9OFPxpsCIVA9k&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwiC3_f45KvKAhWGAXoKHbIQCbWQ6AEIHTAA#v=onepage&q=ISSN%200169-7161%2Bfactor%20analysis).

Yanai, H., & Ichikawa, M. (2007). Factor analysis. In C.R.Rao & S.Sinharay (Ed.). *Handbook of statistics 26: Psychometrics* pp. (257-296). The Netherlands: Elsevier B. V.

Correspondência: eugenia@ipcb.pt