

Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à comunidade – Um desafio

Homecaring families of an dependent elderly by CVA (Cerebral vascular accident: From hospital to community - the Challenger

Isabel Maria Araújo*

Constança Paúl**

Maria Manuela Martins***

Resumo

Com este estudo foi nossa intenção compreender e analisar o apoio fornecido pelos enfermeiros ao cuidador de indivíduos dependentes por AVC, na preparação e continuidade de cuidados e após a alta clínica.

A sua finalidade é contribuir para a melhoria da assistência dos enfermeiros ao indivíduo dependente e sua família.

Para tal, recorremos a um estudo de natureza qualitativa, utilizando a entrevista semi-estruturada para a colheita de dados.

Entrevistamos 12 cuidadores informais de indivíduos idosos dependentes por AVC pertencentes a famílias de quatro regiões geográficas do distrito do Porto e Braga.

Os achados revelaram que a educação para a saúde realizada junto dos cuidadores, foca essencialmente o cuidar instrumental, em que o enfermeiro de cuidados diferenciados identifica mais auto-cuidados não havendo continuidade da orientação, instrução por parte do enfermeiro dos cuidados de saúde primários. Cuidam só do indivíduo dependente descurando o cuidador principal e a família.

Palavras chave: Família; idoso fragilizado; acidente cerebral vascular; enfermagem; educação em saúde

Abstract

The main aim of this study is understanding and analyse how nurses preparing the family members to take care their dependents individuals by CVA at home. With this work we want to contribute and prepare our nurses for a better help aid to the dependent individual and their family.

We used a qualitative study and interviewed 12 carers belonging to families of the Porto and Braga regions.

The results showed that education health with the family care is mostly technical and the nurses who work at the hospital just identify technical needs, however at the community there aren't continuity on education health. So they care the dependent individual but they forget the homecaring and their family.

Keywords: Family; frail elderly; stroke; nursing; health education

* Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Vale do Ave – Vila Nova de Famalicão. Doutoranda em Ciências de Enfermagem

** Professora do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Doutorada em Ciências Biomédicas na especialidade de Gerontologia.

*** Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Doutorada em ciências de Enfermagem.

Recebido para publicação em 18-09-2007

Aceite para publicação em 18-07-2008

Introdução

O envelhecimento da população é um fenómeno universal e o AVC uma doença cuja prevalência tem vindo a aumentar, devido ao envelhecimento da população, sendo a causa mais comum de morbilidade e mortalidade do nosso país (LEAL, 2001), provocando desequilíbrios na família.

A família representa a instituição mais antiga e a que sofreu, ao longo dos tempos, profundas alterações quer na sua constituição quer na sua estrutura, de forma a assegurar a continuidade e o desenvolvimento dos seus membros. A família cresce e desenvolve-se no equilíbrio do contexto de vida e da continuidade geracional, vivendo simultaneamente momentos de estabilidade e mudança (MARTINS, 2002).

Numa família, quando um dos indivíduos sofre um AVC toda a dinâmica familiar pode ser alterada pelo grau de dependência que geralmente esta doença acarreta. A doença não afecta somente o indivíduo doente mas toda a sua família. Assim, “cuidar do doente implica cuidar da família” (MOREIRA, 2001). Neste sentido, afigura-se de primordial importância a preocupação dos enfermeiros em dotar os cuidadores de um conjunto de conhecimentos, de capacidades e recursos da comunidade que lhe permitam ajudar o seu familiar dependente em alguns auto-cuidados, na gestão do regime terapêutico, na prevenção de complicações e no seu bem-estar psicológico (PETRONILHO, 2007). Famílias com um indivíduo dependente por AVC requerem cuidados específicos e continuados. Os enfermeiros têm responsabilidades sobre como estes cuidados devem ser prestados e orientar os familiares face às dificuldades/necessidades com que se debatem. O enfermeiro pode ser o profissional que supervisiona e apoia as famílias sobre como devem prestar os cuidados e como adaptar-se a uma situação instável (ROCA et al, 1999). A realização de ensinamentos e a promoção de um ambiente que apoia o desenvolvimento do indivíduo e da família são métodos de ajuda que o enfermeiro deve ter em conta na prestação de cuidados (OREM, 1991). Assim, podemos afirmar que os enfermeiros têm competências para assistir indivíduos no contexto da sua família mas também para cuidar da família como sistema sendo ela própria foco do cuidar (HANSON, 2004). Recordamos que a família é um espaço natural em relação ao qual a sociedade espera, a reprodução, a educação das crianças, mas também, a estabilização de personalidades adultas (HANSON, 2004).

O envelhecimento da população é uma manifestação universal, um processo complexo para o qual concorrem factores de ordem biológica, social, económica e cultural, agindo no sistema de relações entre indivíduos, sociedade e meio ambiente. O envelhecimento não é uma doença mas dispõe à doença (PAÚL; FONSECA, 2005; PIMENTEL, 2005).

Este fenómeno, naturalmente, tem as suas repercussões no contexto familiar, as funções da família são agora alargadas, não só às crianças mas também aos idosos. A estas solicita-se: apoiar, ajudar e cuidar dos seus membros mais idosos.

Os idosos apresentam, com muita frequência, a capacidade funcional diminuída, diminuição cognitiva e/ou sensitiva necessitando de ajuda para cuidar de si próprio, seja em tarefas de cuidados pessoais, instrumentais ou de adaptação a meios dele desconhecidos. No contexto actual, em que as políticas de saúde se enquadram, os idosos são cuidados no domicílio porque cuidar faz parte da história, experiência e valores da família. A família tem sido considerada como um lugar de privilégio de ajuda que permite lidar com situações difíceis ligadas ao cuidar de um familiar idoso (HEIERLE, 2004). Assim, as nossas famílias são consideradas como recursos do sistema de saúde.

A saúde pode ser entendida como um processo social de aprendizagem no qual estão implícitas as crenças, as atitudes e as práticas em matéria de saúde vividas pela família ao longo da vida. As transições de apoio são aprendidas dentro da família e podem evoluir de forma positiva para resolver situações problemáticas (KRAVITZ; FREY, 1989).

Tendo por base o modelo de Mc DANIEL (1998), sabemos que o objectivo primário dos cuidados de enfermagem é promover a saúde, decidir cuidados, assistir as famílias a desenvolver o seu potencial em matéria de saúde. Estes cuidados consistem numa colaboração entre o enfermeiro e a família com a finalidade de manter e reforçar a saúde. Neste sentido, o enfermeiro pode cuidar da família como: cliente; contexto; sistema ou componente da sociedade (HANSON, 2004).

Urge questionar que tipo de intervenções podem e devem os enfermeiros fazer para ajudar a família nas mudanças em momentos de crise, para proporcionar um ambiente de bem-estar familiar, mesmo com manifestas dificuldades!

Para a avaliação e planeamento das intervenções deve existir uma estrutura organizada para conceptualizar a intersecção entre um domínio particular do funcionamento da família e intervenção proposta pelo enfermeiro. O Modelo de Calgary de Intervenção na família enfoca a promoção e melhora o funcionamento familiar no domínio: Cognitivo, afectivo e comportamental.

As intervenções para o domínio cognitivo são intervenções que oferecem novas ideias, opiniões, informações ou educação num problema ou risco de saúde particular. O objectivo destas intervenções é mudar a maneira como uma família vê e acredita nos problemas de saúde de forma a descobrir soluções para os seus problemas. As intervenções para o domínio afectivo são destinadas a reduzir ou aumentar emoções que podem bloquear a família a solucionar os seus problemas. Por último as intervenções para o domínio comportamental são orientações, informações no sentido de capacitar os membros da família a interagir e a comportarem-se de modo diferente na relação de uns com os outros. (WRIGHT; LEAHEY, 2002). Assim, o indivíduo ou a família são capazes de aprender novas formas de resolução de problemas quando se deparam com situações ou acontecimentos difíceis, concretamente crises na saúde.

A evolução da análise do problema de saúde não se limita hoje ao indivíduo. Em vários estudos (MARTINS, 2002; PEREIRA, LOPES 2002; NUNES, AIVES, 2003; SOUSA, FIGUEIREDO, CERQUEIRA, 2006; FIGUEIREDO, 2007) confirma-se que as situações patológicas não são apenas preocupantes para o portador da doença, mas proliferam as suas consequências e sequelas à família e à sociedade.

A família pode ser percebida como um todo indissociável em que todos os seus membros são interdependentes e adaptam-se ao seu meio. Um apoio ao nível da informação, formação, treino de competências e habilidades possibilita ao cuidador e família oportunidades para um melhor desempenho (SEQUEIRA, 2007).

Tendo em conta estas considerações, a família com um indivíduo idoso dependente por AVC foi o marco do nosso estudo.

Com este trabalho pretendemos:

- Descrever a percepção do papel do enfermeiro, de cuidados diferenciados e de cuidados primários, pelo familiar cuidador do indivíduo dependente por AVC;

- Identificar áreas de educação para a saúde abordadas pelos enfermeiros de cuidados primários e diferenciados;

- Identificar os domínios de intervenção realizados pelos enfermeiros;

- Analisar se as áreas de educação para a saúde desenvolvidas pelos enfermeiros vão de encontro com as necessidades sentidas pelos familiares do indivíduo dependente;

- Identificar sentimentos que as famílias desenvolveram face à dependência de um dos seus indivíduos;

- Descrever as fontes de suporte identificadas pelas famílias com doentes dependentes.

Fazendo um percurso no paradigma qualitativo, desenvolvemos este estudo a fim de contribuir para a melhoria da assistência dos enfermeiros ao indivíduo dependente e à sua família.

Material e métodos

A opção metodológica que orientou este estudo foi uma abordagem qualitativa de natureza exploratória descritiva. Esta selecção é compatível com a nossa inquietação em compreender e analisar o apoio fornecido pelos enfermeiros ao cuidador de indivíduos dependentes, na preparação e continuidade de cuidados.

População e amostra

A nossa população são famílias com um idoso dependente por AVC. A amostra foi constituída por 12 cuidadores informais de indivíduos idosos dependentes pertencentes a famílias de quatro regiões geográficas do distrito do Porto e Braga. Os participantes foram seleccionados de forma intencional. Para a selecção recorremos a casos referenciados pelos enfermeiros de saúde comunitária da área a que pertenciam.

Os critérios de inclusão: Ser cuidador principal de um indivíduo idoso dependente, por AVC, que necessita de ajuda em pelo menos um auto-cuidado (CIPE, 2002). O idoso com 65 anos ou mais, com primeiro episódio de AVC, que esteve internado numa unidade de cuidados diferenciados e após alta clínica foi referenciado para continuidade de cuidados pelo cuidados de saúde primários.

Instrumento de colheita de informação

Tendo em conta o tipo de estudo e os actores participantes procuramos construir e utilizar o instrumento de recolha de informação capaz de nos dar as respostas procuradas. Assim, recorremos a uma entrevista semi-estruturada. Foi elaborado um guião constituído por 11 perguntas. Na entrevista incluímos perguntas que nos permitiram analisar diferentes contextos: hospitalar e do centro de saúde. As primeiras questões referiam-se a dados sociodemográficos para caracterização da amostra. A colheita de informação foi realizada de Janeiro a Março de 2006 em casa dos participantes.

Processo de recolha de informação

No nosso percurso metodológico foi garantido o respeito de todos os pressupostos deontológicos inerentes à ética da investigação.

Foi solicitado à direcção dos centros de saúde autorização, por escrito, para a colheita de dados e para a colaboração dos enfermeiros, que trabalham na visita domiciliária, para a identificação e selecção de famílias com um indivíduo dependente.

Posteriormente, aquando de uma visita domiciliária, o enfermeiro do centro de saúde apresentou o investigador à família e este solicitou a participação do cuidador principal no estudo, após dar a conhecer a finalidade e objectivos do estudo assim como instrumento a utilizar para a recolha de informação.

Num outro momento, o investigador reuniu com os cuidadores informais, no domicílio do idoso dependente, relembrou objectivos e solicitou o livre consentimento para gravar a entrevista em fita magnética. As entrevistas tiveram uma duração de 20 a 45 minutos por participante. As entrevistas decorreram sem incidentes. Fomos bem recebidos, os cuidadores principais demonstraram disponibilidade e à vontade face às questões colocadas. Todas as entrevistas foram gravadas em fita magnética, e posteriormente transcritas. Com este procedimento construimos o corpus de análise do nosso estudo.

Cada entrevista foi codificada com uma letra e um número. Desta forma, nenhum dos participantes foi identificado.

Para realizar a análise de conteúdo, optámos pelas etapas propostas por Bardin “*em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise; a exploração do*

material e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação” (BARDIN, 1977:95).

Resultados

A nossa amostra foi constituída por 12 cuidadores principais informais, 11 dos quais do sexo feminino e 1 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 40-80 anos de idade, em que 27% destes cuidadores têm mais de 65 anos de idade. O grau de parentesco que tinham com o indivíduo dependente era: 8 (67%) conjugues; 3 (25%) noras/genro e 1 (8%) filha. O idoso dependente, na maioria, era do sexo masculino (67%). Estes resultados vão de encontro a outros estudos realizados que referem que o risco de AVC aumenta com a idade, tem uma prevalência mais elevada no sexo masculino (MARTINS, 2002) e quem cuida destes indivíduos dependentes são mulheres idosas (HEIERLE, 2004; SOTTO MAYOR, SEQUEIRA, PAÚL, 2006; FIGUEIREDO, 2007).

Na procura de compreender os sentimentos vividos por estes cuidadores, no momento da alta clínica, e identificar as áreas de educação para a saúde abordadas na preparação da alta hospitalar do indivíduo dependente após AVC, realizada pelo enfermeiro dos cuidados diferenciados, levou-nos a debruçar sobre as respostas dos nossos participantes. Assim, pelos discursos analisados no momento da alta clínica os cuidadores referiram sentir algo de negativo como revolta, tristeza “ *senti-me bastante triste... revoltei-me até um bocado*” (E8); medo “ *bastante receio, não sabia muito bem como lidar com ele*” (E9); “ *não me senti muito bem...custou-me muito*” (E3); choque transtorno, desamparo, insegurança, sobrecarga e muita responsabilidade “ *senti que ia ter mais responsabilidade em cima de mim*” (E11).

Atribuem a origem destes sentimentos à falta de apoio dos profissionais de saúde, “ *não tive apoio de nada, nem do hospital, nem do centro de saúde*” (E2); à debilidade “ *já não tinha forças*” (E3); por sentirem dúvidas para a continuidade de cuidados “ *oh meu Deus como é que vou fazer isto?*” (E7) “ *não sabia nada de enfermagem*” (E4) “ *o meu maior medo foi por causa da sonda*” (E5). Em paralelo com estes sentimentos, mas menos referenciado, houve cuidadores que descrevem sentimentos de ambivalência “ *por um lado fiquei satisfeita por não ter que ficar hospitalizado, mas havia*

muitas dúvidas, muitos receios.” (E9), *“fiquei contente”* (E12). Resultados derivados de investigação recente salientam um conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos que decorrem da tarefa de cuidar de um idoso dependente susceptíveis de afectar diversos aspectos da vida do indivíduo, nomeadamente, as relações familiares e sociais, a carreira profissional, a intimidade, a liberdade e o equilíbrio emocional (SOUSA, FIGUEIREDO, CERQUEIRA, 2006; FIGUEIREDO, 2007).

Estas famílias enfrentam um grande desafio e têm um papel fundamental na assistência e na manutenção do idoso no seu contexto habitual (SEQUEIRA, 2007).

O modo como a família vive a situação de doença de um dos seus membros vai determinar a saúde ou a doença da família enquanto sistema apoiado em relações humanas. Neste sentido, a expressão de sentimentos positivos ou negativos podem ser encarados como indicadores da saúde ou da doença familiar. Pelos depoimentos analisados, a maioria dos cuidadores expressaram sentimentos negativos, o que pode reflectir doença familiar, sendo confirmado pelo dizer de alguns cuidadores *“sentia revolta a filha, sentia revolta a mãe, sentia revolta o pai”* (E2).

Estudos levados cabo por outros autores apontam diversos sentimentos negativos vividos pelas famílias em situação de doença de um dos seus elementos. Afirmam que perante situações adversas e na ausência de mecanismos de resolução de problemas imediatos, o cuidador informal, frequentemente, experimenta sentimentos como medo, culpa e ansiedade (MARTINS, RIBEIRO, GARRETT, 2003; FIGUEIREDO, 2007). Estes sentimentos estão relacionados com a falta de informação/educação/orientação dos cuidadores, tal como também já outros autores tornaram evidente (PERLINI, FARO, 2005).

A doença vivida no seio de uma família representa, sempre, uma situação de crise das mais difíceis de ultrapassar e, sendo o AVC uma doença crónica de aparecimento súbito, torna-se desgastante e exige da família a aceitação, compreensão e uma rápida adaptação (RADOVANOVIC et al, 2004).

Assim, tivemos interesse em saber porque assumiram estes membros destas famílias serem cuidadores e, pelos discursos analisados, deduz-se que o que leva a ser cuidador foi: a) o dever moral ou social *“não havia mais ninguém”* (E1); *“porque estava em casa e não trabalho”* (E10); *“já vivia com ela”* (E12); b)

evitar a institucionalização *“não vou desprezar o meu marido, pô-lo num lar enquanto for viva”* (E6); *“que remédio tenbo eu de o aguentar, não o ia pôr na rua”* (E7); c) a fé religiosa *“tenbo que aceitar o que Deus me deu”* (E2), d) os sentimentos de amor ou piedade *“por amor...carinho”* (E3) *“pena”* (E11). À assunção do papel de cuidador estão subjacentes motivações, de um domínio complexo, que envolvem uma amálgama de razões. É um domínio que se encontra fortemente marcado pelas tradições, pelos padrões e normas sociais vigentes em cada cultura, pela própria concepção de vida e pela história de cada indivíduo ou família (LAGE, 2005; SOUSA, FIGUEIREDO, CERQUEIRA, 2006; SEQUEIRA, 2007).

Quando questionados os nossos participantes, no sentido de identificar quais os conteúdos abordados para a continuidade de cuidados no domicílio, concluímos que a educação para a saúde realizada em contexto hospitalar é essencialmente dirigida para o cuidado instrumental: alimentação por sonda (E3,E5,E10,E11,E12), eliminação vesical (cuidados com algália) *“a fazer a papa para a sonda...mudar a fralda”* (E5) *“explicaram-me como se trocava o saco”* (E6) *“como havia de lidar com algália...lidar com sonda: tirar a tampa, meter a comida muito devagar e tudo muito líquido”* (E12) (E6,E11,E12), cuidados de higiene (E3,E4), posicionamentos (E4,E6) e administração de medicação *“dar os medicamentos a hora e essas coisas que precisava”* (E3).

Contudo, cinco dos nossos participantes referiram não terem tido nenhum apoio ou esclarecimento sobre os cuidados para a satisfação das necessidades humanas básicas do seu familiar durante o período de internamento no sentido da continuidade de cuidados *“nada... não fizeram nada... deram-lhe alta e pronto”* (E7), *“nada, absolutamente nada. A única coisa que disseram é que ela depois podia tirar a sonda...”* (E8).

Assim, na sequência da nossa inquietação, procurámos saber que cuidados recebem estas famílias, estes cuidadores, estes indivíduos dependentes, em contexto domiciliário, ou seja, qual o apoio dos enfermeiros de centro de saúde. E, numa primeira abordagem, os cuidados referidos são essencialmente técnicos, como tratamento de feridas *“curativos em dias alternados”* (E1); *“Tratamento de feridas duas vezes por semana”* (E10); substituição de sondas *“quando é preciso meter algália”* (E7) e, raramente, avaliação de pressão arterial *“avaliar tensão de três*

em três meses” (E8). Estes cuidados são direccionados para o indivíduo dependente. A educação para a saúde é direccionada para o tratamento e vai ao encontro dos auto-cuidados afectados *“bote-lhe um andarilho que o seu marido tem muita força, muita força de andar... olhe, dê-lhe água pelos cantinhos da boca... sobre higiene ”* (E3) *“explicaram-me como se trocava o saco”* (E6); *“como havia de lidar com algália... lidar com sonda: tirar a tampa, meter a comida muito devagar e tudo muito líquido”* (E12). Um outro achado neste estudo, e com alguma importância, é que alguns dos inquiridos não recebem nenhum apoio do enfermeiro do centro de saúde a que pertencem *“Nada”* (E2, E4, E5, E9) ; *“Nunca”* (E9, E11).

Analisando a adequação dos ensinamentos durante o internamento, se foram de encontro às necessidades expressas pelos cuidadores, quatro (E1, E7, E8, E9) reagiram com silêncio, cinco (E2, E4, E5, E6, E10) referiram que não ou pouco se adequaram às suas necessidades *“não, nada, eu é que tive de aprender por mim própria”* (E2), *“Foi muito pouco. Só fui lá uma vez e tudo muito a correr”* (E10) e três (E3, E11, E12) referiram que sim *“se não me ensinassem... eu certamente não sabia o que fazer pelo doente”* (E3) *“Explicaram-me bem”* (E12).

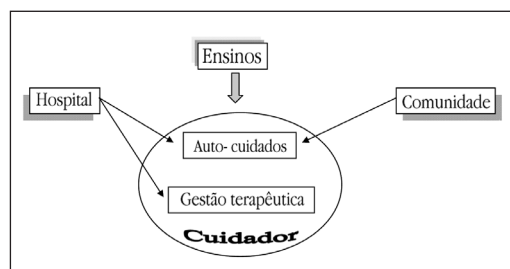


DIAGRAMA N°1: Ensinos efectuados pelos enfermeiros

Os cuidadores que foram esclarecidos pelos enfermeiros quando questionados se os ensinamentos foram de encontro às suas necessidades, (Quadro nº1) a resposta foi afirmativa *“sim”* (E3, E4, E6, E10) *“eles explicam muito bem o que vêm cá fazer e como tenho de fazer”* (E12) mas deixam transparecer alguma falta de disponibilidade *“sim, mas, no início vinham apenas uma vez por semana... eu tive insistir para virem mais vezes. Agora vêm duas vezes por semana”* (E11). Foram suficientes e adequados para outros *“comecei a ver melhor como se faziam as coisas... já não tenho medo de olhar por ela”* (E10), gerando confiança e segurança *“pelo que os enfermeiros me explicam o que faço, está bem”* (E11).

QUADRO N° 1 – Opinião sobre adequação de ensino em cuidados diferenciados e cuidados primários

Adequação do ensino		
Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Enfermeiro de cuidados diferenciados	• Adequados às necessidades	<i>“se não me ensinassem essas certas coisas eu com certeza não sabia o que fazer pelo doente”</i> (E3); <i>“sim, não tinha mais dificuldades, aprendi logo”</i> (E11); <i>“explicaram-me bem”</i> (E12)
	• Não adequadas às necessidades	<i>“não, eu é que tive de aprender por mim própria”</i> (E2), <i>“deviam ensinar mais”</i> (E4); <i>“foi muito pouco, só fui lá uma vez e tudo muito a correr”</i> (E10),
Enfermeiro de cuidados primários	• Adequados às necessidades	<i>“sim, comecei a ver melhor como se faziam as coisas”</i> (E10); <i>“pelo que os enfermeiros me explicaram o que faço, está bem”</i> (E12); <i>“foram sempre muito bons”</i> (E3)
	• Não adequadas às necessidades	<i>“não, quando ele veio cá era uma coisa que a gente estava ceguinha... podiam ajudar mais”</i> (E4); <i>“não tudo que fosse em benefício do doente deveríamos ter esse conhecimento... pormenores... sinto falta de conhecimentos”</i> (E8).

Estes cuidadores identificam como fontes de suporte os agentes que efectuaram a educação para a saúde, sendo que seis participantes (E1, E4, E5, E6, E11, E12) referiram enfermeiros, três os médicos (E1, E7, E9) e um participante (E2) a assistente social.

Procurámos ainda identificar que apoio social é que estas famílias recebem no momento de planeamento da alta e, pelos discursos apura-se que é pouco ou mesmo nenhum (E1, E5, E9, E10, E11). Alguns cuidadores referiram ter apoio no sentido de alugar

de cadeira de rodas (E2,E4,E6,E7) ou cama articulada (E6,E7) e outros foram orientados para a compra deste material técnico de apoio à necessidade de eliminação (E5). Informaram também a existência de instituições de apoio ao domicílio (apoio informal) para os cuidados de higiene e alimentação. Uma cuidadora referiu *“deram-me uma carta para entregar ao médico de família e chamaram a ambulância para me vir embora”* (E12).

Ao abrigo do regulamento do exercício profissional, os enfermeiros têm como *“objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social”*, organizando, coordenando, executando, supervisionando e avaliando as intervenções (Ordem dos Enfermeiros, 2003:6-8). O relato destes cuidadores faz-nos pensar na forma como desempenhamos esta responsabilidade social. A forma como o processo de educação para a saúde está a ser implementado nas nossas instituições pode pôr em risco a continuidade dos cuidados.

O conceito de continuidade de cuidados pressupõe, à partida, a não quebra da prestação de cuidados, mesmo que os prestadores não sejam os mesmos ou com formação diferente. Como escreve CABETE (1999:98), continuidade de cuidados é *“um conjunto de acções que visam garantir uma transição adequada de cuidados quando há mudança de prestadores (...) é um direito da pessoa assistida e um dever dos profissionais e instituições envolvidas”*.

Para alguns cuidadores, o apoio ou orientações do enfermeiro não foram suficientes para ultrapassar as dificuldades sentidas no domicílio *“a gente estava ceguinha, eles podiam ajudar a dar banho, já não digo todos os dias, mas pelo menos uma vez por semana...a fazer fisioterapia enquanto ele não começasse”* (E4), assumem a falta de informação e conhecimentos *“tudo que fosse em benefício do doente deveríamos ter esse conhecimento... pormenores... sinto falta de conhecimentos”* (E8).

O processo de educação para a saúde iniciado nos cuidados diferenciados tem pouca continuidade nos cuidados primários. Pelas respostas dos participantes, os assuntos abordados mantêm-se no cuidar instrumental, mas limitando a informação, a instrução sobre *“alimentação, cuidados à ferida, cuidados com algália”* (E11); *“tratamento de ferida e banho”* (E3, E4); e complicações da imobilidade *“o que eu deveria fazer-lhe com a perna esquerda,*

quando está ali sentada... para ela movimentar e os músculos não atrofiar nem nada.” (E8). Não foram identificados nos discursos intervenções destinadas aos cuidadores, bem como à família, porém, alguns cuidadores (E1,E2,E5,E6,E8,E9) expressaram necessidades desses cuidados, sugerindo intervenções do domínio afectivo, cognitivo e comportamental *“para os familiares cultivarem sentimentos... transmitir conhecimentos adequados a todos os elementos da família”* (E8), *“apoio para lidar com a situação... informação... dizerem o que os médicos não nos dizem”* (E9), *“mais vigilância à família e ao doente”* (E5).

O enfermeiro tem o papel de orientar, procurar ir de encontro às necessidades e expectativas dos indivíduos, fazendo-lhes acreditar nas suas capacidades para gerirem os seus recursos (CUSTÓDIO; CABRITA, 2002).

Pela análise das narrativas emerge uma opinião diferente sobre o papel do enfermeiro de cuidados diferenciados do enfermeiro comunitário. Apesar de terem sido orientados, informados, treinados em mais áreas de intervenção durante o internamento no hospital, consideram que os enfermeiros dos cuidados diferenciados podiam ajudar mais na preparação para a continuidade de cuidados. O enfermeiro comunitário é menos interventivo, no entanto, estão mais satisfeitos com o seu trabalho. Esta percepção do papel do enfermeiro pode ter influência nas reacções que a doença aguda/crónica provoca na família. Os níveis de stresse são diferentes, os reajustes na estrutura, nos papéis para a resolução de problemas encontram-se em fases diferentes assim como o contexto onde os cuidados são prestados. No hospital, o cuidador aprende a lidar com o ambiente hospitalar e os procedimentos terapêuticos, tudo lhe é estranho e novo, no domicílio, o único factor menos conhecido é o enfermeiro.

Conclusões

Julgamos, pois, que a profundidade da análise foi alcançada, os participantes estiveram motivados, partilharam experiências, deram opiniões, expressaram sentimentos...

Os nossos actores foram predominantemente mulheres idosas que cuidam dos seus maridos, em que no momento da alta clínica sentiram tristeza,

medo, revolta, desamparo, insegurança, sobrecarga e muita responsabilidade. Estas mulheres assumiram o papel de cuidadoras por dever moral, sentimentos de amor e piedade, solidariedade conjugal e para evitar a institucionalização do idoso dependente. Identificam o enfermeiro como a principal fonte de suporte de apoio. A educação para a saúde realizada por estes profissionais foca essencialmente o cuidar instrumental, em que os enfermeiros de cuidados diferenciados abordam mais auto-cuidados que o enfermeiro dos cuidados primários. Pelos relatos podemos afirmar que a continuidade de cuidados

ainda não é uma realidade e que os ensinamentos, orientações, instruções, treinos não vão de encontro às necessidades expressas pelos cuidadores. Os enfermeiros cuidam só do indivíduo dependente, descurando-se do cuidador principal e da família.

A doença crónica de um membro numa família gera transformações esperadas e inesperadas. Assim, surgem desafios nas diferentes tarefas, funções e papéis de todos os membros dessa família. Lançamos um desafio (quadro nº 2) para cuidar das famílias com idosos dependentes desde o seu internamento na instituição hospitalar até ao regresso ao seu lar

QUADRO Nº2 – Cuidar holístico

Cuidar			
Análise	Foco do cuidado	Exemplo de intervenções	Visão da família
O constatado	O indivíduo dependente	“Substituição da algália” (E1) “pensos” (E2) “avaliação T.A” (E8) “alimentação por sonda, medicação e higiene” (E3) “higiene e posicionamentos” (E4) “ensino sobre mobilidade” (E8)	Família como contexto
O Que falta fazer: desafio	O Cuidador informal	• Apoio instrumental • Apoio emocional • Orientação social/espiritual • Exercício de relaxamento e postura • Utilização de dispositivos de compensação • ...	Família como sistema
	A família	• Oferecer informação sobre a situação a vários membros da família • Ajudar a verbalizar sentimentos entre os vários membros da família • Instruir e treinar os membros da família de acordo com os seus papéis familiares • Discutir as implicações da dependência na sexualidade • Ajudar a exteriorizar medos • Promover a exteriorização de afectos • ...	

Fonte: Adaptado (HANSON, S. M., 2004; WRIGHT, L. M; LEAHEY, M. 2002; entrevistas dos cuidadores).

Pelo supra citado, consideramos que, cuidar de famílias com um idoso dependente do hospital à comunidade, é um verdadeiro desafio. Os profissionais de saúde, concretamente os enfermeiros, devem avaliar o estado de saúde dos seus membros, prever o estado de saúde da família, trabalhar com a família, no sentido de alcançar o bem-estar do indivíduo, da família e por consequência de toda a comunidade.

A característica do instrumento e a natureza da amostra tornam o estudo limitado e com impossibilidade de generalizar os resultados, contudo o seu valor fica circunscrito à amostra aplicada.

Da análise dos resultados emerge a necessidade de novas investigações de carácter qualitativo, no

sentido de uma maior compreensão do que pode ser a Enfermagem no cuidar de famílias com idosos dependentes. O confronto dos valores defendidos pela Enfermagem e a singularidade dos valores e da cultura familiar ainda não foram identificados por este estudo. Os resultados do estudo apontam ainda para a necessidade de criar instrumentos de avaliação quantitativa que avaliem as famílias face à possibilidade de intervenções de Enfermagem.

Evidencia-se uma forte componente de cuidados instrumentais o que nos sugere a necessidade de melhorar as práticas de cuidados no sentido de uma evolução dos cuidados à família como sistema e ainda a importância da assistência à saúde familiar.

Bibliografia

- BARDIN, L. (1977) - **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70.
- CABETE, D. (1999) - Cuidados continuados e continuidade dos cuidados. In COSTA, M. A. [et al.] - **O idoso - problemas e realidades**. Coimbra: Formasau. p. 93-113.
- GOTTLIEB, N. ; ROWAT, K. (1987) - The McGill model of nursing: a practice-derived model. *Advances in Nursing Science*. Vol. 9, nº 4, p. 51-61.
- HANSON, S. M. (2004) - **Enfermagem de cuidados de saúde à família : teoria, prática e investigação**. Camarate: Lusodidacta.
- HEIERLE, C. (2004) - **Cuidando entre cuidadores intercambio de apoyo en la familia**. Granada : Cuadernos Index/3.
- KRAVITZ, M. ; FREY M. A. (1989) - The Allen nursing model. In FITZPATRICK, J. J. ; WHALL, A. L. - **Conceptual models of nursing analysis and application**. Norwalk: Appleton et Lange. p. 313-329.
- LEAL, F. (2001) - Intervenções de enfermagem no acidente vascular cerebral. In PADILHA, J. [et al.] - **Enfermagem em neurologia**. Coimbra: Formasau.
- MARTINS, M. M. (2002) - **Uma crise acidental na família: o doente com AVC**. Coimbra: Formasau.
- MARTINS, T. ; RIBEIRO, J. ; GARRETT, C. (2003) - Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia Saúde & Doenças*. Vol. 4, nº 1, p. 131-148.
- MCDANIEL, S. [et al.] (1998) - **Orientation familiar en atención primaria**. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica.
- MOREIRA, I. (2001) - **O doente terminal em contexto familiar**. Coimbra: Formasau.
- NUNES, I. ; ALVES, P. (2003) - As dificuldades sentidas pelas famílias do doente com AVC no domicílio – contributos para melhor cuidar. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*. Vol. 15, nº 153, p. 10-19.
- OREM, D. (1991) - **Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica**. Barcelona: Masson.
- PAÚL, M. C. ; FONSECA, A. F. (2005) - **Envelhecer em Portugal**. Lisboa: Climepsi Editores.
- PEREIRA, M. G. ; LOPES, C. (2002) - **O doente oncológico e a sua família**. Lisboa: Climepsi Editores.
- PERLINI, N. ; FARO, A. (2005) - Cuidar da pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Nº 39, p. 154-163.
- ROCA, M. [et al.] (1999) - Se cuida a la familia de los enfermos crónicos? *Revista ROL de Enfermería*. Vol. 22, nº 1, p. 75-78.
- RODOVANOVIC, C. [et al.] (2004) - Caracterizando os problemas de saúde e o cuidado domiciliar oferecido às famílias do projecto “promovendo a vida na vila Esperança”. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. Vol. 26, nº 1, p. 27-34.
- SOUSA, L. ; FIGUEIREDO, D. ; CERQUEIRA, M. (2006) - **Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice**. Porto: Ambar
- WRIGHT, L. M. ; LEAHEY, M. (2002) - **Enfermeiras e famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família**. São Paulo: Roca.

