

Refletindo sobre a visita de Enfermagem no Domicílio

Isabel Fragoeiro

A intervenção de enfermagem com as pessoas idosas implica o reconhecimento da pessoa idosa na sua plenitude, Ser Humano total, multidimensional, multifacetado, único e irrepetível, dada a sua história biográfica e sócio-cultural. Implica também o reconhecimento do "SER" complexo e diferenciado, que por direito inalienável e com livre arbítrio, deve pronunciar-se e decidir sobre todos os aspetos e ações quotidianas com implicações no respetivo desenvolvimento, até ao fim de vida.

Ao aflorar questões fundamentais relativas às necessidades e à saúde / saúde mental das pessoas idosas, mormente para perspetivar a intervenção do enfermeiro no domicílio das mesmas, sublinha-se que a finalidade desta é no sentido de que preservem o máximo de autonomia e disfrutem de melhor qualidade de vida, mesmo quando sofrem processos de doença.

A abordagem referente à visita de enfermagem no domicílio aos mais idosos ora apresentada, fundamenta-se nos saberes teóricos e experienciais adquiridos ao longo de uma trajetória profissional repleta de experiências diversificadas que ocorreram quer no âmbito da prestação de cuidados diferenciados como enfermeira de saúde mental e psiquiátrica em contexto comunitário, quer da convivência e interface diários e contínuos com pessoas de todas as idades, incluindo as mais idosas. A aprendizagem efetuada é o legado que se revelou indispensável para uma reflexão e análise mais profundas acerca das realidades relativas às pessoas idosas, aos familiares/ conviventes significativos e cuidadores, bem como aos enfermeiros e outros profissionais da área da saúde. Têm sido múltiplos

tiplas e diversificadas as situações e os contextos sócio culturais nos quais agimos como enfermeiros, tendo-nos sido proporcionadas oportunidades significativas de interação com idosos, as quais relevamos por serem únicas e irrepetíveis. Todas se revelaram desafiantes pelo facto de terem sido construídas conjuntamente pelos intervenientes (pessoa cuidada, cuidadores, enfermeira), e por decorrerem em contextos sócio ecológicos e residenciais diversificados.

Pertinência e justificação para a visita no domicílio

A intervenção de enfermagem com as pessoas de idades maiores nas respetivas residências/ domicílios e também nas comunidades de “pertença”, justifica-se no presente com maior acuidade, pois é neles que a maioria dos idosos e muito idosos permanecem, por períodos cada vez mais longos (o que advém entre outros fatores do aumento da longevidade, com conseqüente acréscimo no número de idosos na sociedade Portuguesa (Censos 2011). Sublinhe-se a importância de a concebermos e implementarmos de forma personalizada e culturalmente sensível. Em Portugal, incluindo nas Regiões Insulares (Madeira e Açores), é na comunidade (concebida como contexto de pertença e no qual habitualmente residem) que os idosos mais carecem e procuram apoio e ajuda, seja por razões de saúde ou de doença. Solicitam respostas que satisfaçam as respetivas necessidades quando não as conseguem satisfazer sem apoios/ suportes de outros, incluindo dos profissionais de saúde e enfermagem. As alterações que apresentam nas mesmas são de diferente natureza e de vários níveis, com implicações na autonomia e no autocuidado. Associam-se com frequência a processos de doença e têm implicações diretas nas atividades básicas e instrumentais de vida diária.

Nos dias de hoje os serviços de saúde são cada vez mais solicitados para atuar, quando as pessoas idosas e os seus familiares se confrontam com os processos transacionais associados a doenças de evolução prolongada e incapacitantes, como por exemplo as demên-

cias. As mudanças nos ritmos de vida familiar que as acompanham, obrigam à mobilização de um vasto conjunto de saberes e recursos para assegurar alguma qualidade de vida ao familiar doente, constatando-se que muitas famílias precisam de apoios dos serviços e de equipas de profissionais para se adaptarem às dificuldades que percecionam e sofrem. A concomitância de multimorbilidades e as variadas manifestações na pessoa idosa destas situações, requerem adequação contínua dos recursos e respostas a disponibilizar, mas também uma formação específica mais aprofundada dos enfermeiros, para assegurarem cuidados centrados no cliente, seguros e de qualidade.

As manifestações nas necessidades e os problemas funcionais que se evidenciam são amplos e acometem não só o organismo do idoso mas têm também impacto a nível psicossocial. Interferem com hábitos e rotinas diários, prejudicam o bem-estar e a qualidade de vida daquele e dos conviventes significativos, obrigando à mobilização de recursos quer internos quer externos (dependentes do próprio idoso, das características das famílias e das próprias comunidades com os respetivos recursos) para que a adaptação ocorra, face às circunstâncias que mudaram. A multiplicidade de fatores e dimensões envolvidos variam de acordo com os intervenientes e com os contextos. Desde os fisiológicos, aos psicológicos que incluem os cognitivos e afetivos, aos sociais, aos espirituais, com expressão cultural idiossincrática, quando se conjugam, apresentam-se com frequência complexos e imbricados. Exigem que os profissionais sejam detentores de conhecimentos, de competências técnicas e relacionais, e ainda da sensibilidade cultural necessários para agirem de forma holística e terapêutica.

Âmbito de intervenção dos enfermeiros

Os enfermeiros intervêm na promoção da saúde e na prevenção de alterações nefastas na mesma, mas têm também um papel relevante nas sociedades, facultando cuidados em prol da restauração naqueles que experimentam e vivenciam processos de doença, bem

como na minimização das complicações e danos decorrentes destes (OE, 2009). Contribuem para conferir mais vida aos anos vividos e procuram através da relação terapêutica que estabelecem com os clientes, que os mesmos continuem a desenvolver-se, atribuindo um sentido e um significado positivo ao seu percurso de vida e existencial.

Apesar de cada vez mais pessoas envelhecerem saudáveis, constata-se, igualmente, que uma fatia considerável daqueles com idades maiores sofre de multimorbilidades (WHO, 2012) com potencial para suscitarem limitações, não só a nível orgânico mas também a nível funcional e instrumental, que interferem com a respetiva autonomia. Tais contingências têm implicações relevantes no bem-estar e saúde mental, associam-se a vivências negativas, a sentimentos de perda, a tristeza, a redução do controlo pessoal real e percebido, os quais nem sempre são integrados de forma adaptativa pelo idoso, originando processos de luto patológicos e muito sofrimento. No referente às doenças crónicas ligadas aos estilos de vida mais frequentes no país, citamos Ribeiro e Paúl (2011) que aludem à Hipertensão Arterial como das mais prevalentes, sendo que em ambos os sexos se observam em 80% da população com idades entre os 45 e os 55 anos, revelando aumentos preocupantes nas idades mais avançadas. De acordo com os mesmos autores, quando considerada a qualidade de vida, apenas 35,3% dos idosos no grupo etário dos 65 aos 74 anos, consideraram que a mesma era boa ou muito boa, percentagem que se reduz para 29,8% nas pessoas com mais de 75 anos. Do ponto da saúde mental um indicador significativo é a constatação de que existe sofrimento psicológico provável numa percentagem relevante de pessoas idosas, sobretudo nas mulheres. Ribeiro e Paúl (2011) referem que 42,2% daquelas na faixa etária dos 75 aos 84 anos, se encontram nesta circunstância, o que deve ser relevado aquando do planeamento da intervenção preventiva em saúde mental a realizar por equipas de saúde integradas nos Cuidados de Saúde Primários.

Sublinha-se que “Não há Saúde sem Saúde Mental” (Prince et al., 2007), e ainda, que os problemas e as perturbações mentais têm

progressivamente acrescido, incluindo nos países desenvolvidos (DGS, 2013). Em Portugal, afetam uma larga percentagem da população (DGS, 2013), incluindo a de mais idade. O Programa de Ação para a Saúde Mental de Portugal (DGS, 2013), contempla a população idosa como grupo de risco, ao qual devem ser dispensados cuidados de Saúde Mental de proximidade, e recomenda que os serviços de saúde se organizem a fim de responderem às necessidades e problemas manifestos, naqueles que sofrem perturbações mentais. Os enfermeiros são profissionais qualificados para fazê-lo.

Muitos idosos têm as suas necessidades básicas afetadas por problemas que decorrem da concomitância de doenças crónicas e de perturbações psicopatológicas. Nestas incluem-se as perturbações depressivas, as demências, as perturbações de ansiedade e as dependências, nomeadamente de álcool ou outras, que cursam com outras morbilidades por vezes dolorosas e causadoras de limitações. A vulnerabilidade ao declínio da pessoa afetada aumenta, quando não são mobilizados os recursos ou não dispõe das ajudas e suportes que atenuem o desconforto, o sofrimento e a angústia. Quando o idoso vive só, entregue à sua solidão, são os enfermeiros que habitualmente se encontram mais disponíveis para facultarem apoio quer instrumental quer emocional, sendo com frequência a exclusiva fonte de suporte.

Saúde mental e comunidade: Visita de enfermagem no domicílio

Ocorre em situações diversificadas mas, mais frequentemente, em que os beneficiários apresentam em comum alguma limitação impeditiva da deslocação aos serviços de saúde. Da responsabilidade das equipas de enfermagem que nos Centros de Saúde intervêm ao nível dos cuidados de saúde primários, as consultas efetuam-se, entre uma variedade possível de outros motivos, com a finalidade de serem proporcionados cuidados de enfermagem dirigidos à restauração da saúde, de manutenção, e para se evitarem complicações mais graves, decorrentes de múltiplas doenças. Paralela-

mente as visitas são aproveitadas para apoio e orientação aos familiares/ conviventes significativos e cuidadores. De referir que no país, muitos dos cuidadores de pessoas idosas dependentes são adultos habitualmente esposas e filhas, na meia-idade ou idosas (Cabral et al., 2013; Laje, 2007). Todavia, muitos daqueles com idade avançada vivem sós, pelo que os serviços de saúde e sociais tornam-se as suas únicas fontes de apoio e suporte (Daniel, Ribeiro & Guadalupe, 2011).

Distinga-se pela frequência, regularidade e continuidade a consulta de enfermagem no domicílio às pessoas idosas dependentes. Existem pessoas idosas em que as consultas de enfermagem no domicílio concretizam-se ocasionalmente, porém, estas não parecem ser as situações predominantes no grupo populacional em apreço. Por vezes, são também realizadas consultas de enfermagem no domicílio em “equipa” com outros profissionais de saúde.

A prática de visitas de enfermagem no domicílio é condicionada por um conjunto de fatores determinantes da deslocação do enfermeiro à residência do idoso. Implica recursos e meios que nem sempre estão disponíveis (e.g. viaturas), sendo necessário aquando da tomada de decisão, que sejam considerados critérios justificativos prioritários, para a efetivação daquelas. Entre outros fatores plausíveis para determinar a consulta no domicílio, os impedimentos na mobilidade associados a níveis de dependência acrescidos na satisfação de necessidades básicas e a situações de risco para complicações das morbilidades presentes, emergem como prevalentes na comunidade (por exemplo úlceras de pressão, quedas, doseamento do INR, substituição de cateter vesical e/ou outros). No espaço geográfico da Ilha da Madeira, a orografia condiciona as acessibilidades e, apesar da evolução favorável nos acessos ocorrida nas últimas décadas, casos persistem em que as dificuldades e meios necessários para que a pessoa dependente se desloque aos serviços de saúde, comparativamente àqueles que serão mobilizados pelo centro de saúde para a ida do enfermeiro ao domicílio, justificam esta última opção. As carências de recursos económicos e suportes humanos necessários à saída e deslocação do idoso com

necessidade de cuidados de enfermagem da respetiva residência são ainda condicionantes com alguma expressão.

No entanto, para além destes justificativos devem sublinhar-se a pertinência e oportunidade de realização de consultas de enfermagem no domicílio com cariz promotor da saúde e preventivas, nomeadamente como estratégia/ metodologia interventiva de proximidade nas comunidades e de aproximação às realidades sócio culturais (WHO, 2013), bem como dos contextos socioecológicos que são determinantes fundamentais da saúde/ saúde mental, quer numa perspetiva individual quer coletiva.

Desmistificar estereótipos e crenças inadequadas

Permitam-me o enfoque nas pessoas de idades mais avançadas com síndromes deficitárias. Com frequência são pessoas idosas que quando acompanhadas pelos profissionais e serviços de saúde são identificadas e diagnosticadas com défices cognitivos e síndromes/ perturbações demenciais. A WHO, 2012, considerou as demências uma prioridade de saúde pública. Os enfermeiros, nomeadamente nos cuidados de saúde primários, localizam-se na dianteira para a intervenção de apoio e suporte a estas pessoas e respetivas famílias/ conviventes significativos. Phaneuf (2010) afirma que a demência é habitualmente sinónimo de regressão e enfraquecimento, sendo portadora de uma carga emocional negativa.

A representação social das demências que é partilhada por alguns profissionais de saúde, reflete-se na acentuação das perdas, na irreversibilidade das mesmas, evidenciando-se, com demasiada frequência, a atitude expressa de que “muito pouco ou nada há a fazer” (tal qual como os trapos com os quais pouco se pode fazer...). Numa ótica de análise custo/ benefício, os resultados que são possíveis atingir, não parecem ser suficientes para justificar grandes investimentos. Os recursos poderão ser melhor rentabilizados se empregues noutras situações. Todavia, dadas a incidência e prevalência atuais das demências, incluindo a doença de Alzheimer

(Fernandes, 2014; DGS, 2013; OMS,2002) bem como a inevitabilidade e magnitude dos problemas derivados para os idosos, as famílias, as sociedades, os serviços e para os profissionais de saúde, tornam prioritária uma mudança de atitude social e por parte destes últimos. Tal implica o reforço e aprofundamento da formação específica dos diferentes profissionais da saúde e da área social, a desmistificação de crenças inadequadas e estereótipos e simultaneamente, o sublinhar do valor intrínseco inalienável da pessoa que envelhece, que persiste mesmo quando doente. Na formação dos enfermeiros a integração e reforço destes aspetos tem toda a oportunidade, visando uma maior compreensão do que vivem as pessoas e as suas famílias, e isto, à escala da sociedade (Phaneuf, 2010). Segundo a autora, uma maior adequação dos meios e dos cuidados será indispensável para que o idoso e família recebam cuidados holísticos que sejam suportes efetivos, nas situações em que a progressão da doença já está avançada.

Também de acordo com Phaneuf (2010) “É necessário que se coloquem no terreno meios inéditos a fim de poder manter essas pessoas no seu meio o mais tempo possível e permitir-lhes atravessar este período da vida com dignidade. A profissão de enfermagem será certamente colocada em contribuição. Deverá responder às expectativas da população com meios apropriados, mas também com vontade renovada de ajuda. Compreender estes doentes desprovidos e apoiar as famílias tornar-se-ão um eixo determinante dos cuidados” (p.50).

Papel do enfermeiro

Face ao exposto assumem acuidade as seguintes questões:

Que podem fazer os enfermeiros na comunidade a fim de apoiar os idosos e as respetivas famílias?

Quais os objetivos e resultados esperados da intervenção de enfermagem?

De que modo e que estratégias podem utilizar na intervenção?

Quando se torna fundamental a consulta/ intervenção de enfermagem no domicílio à pessoa idosa?

Perspetiva-se a intervenção de enfermagem na saúde e na saúde mental ao longo do contínuo do desenvolvimento humano. A mesma deve focalizar-se na promoção da saúde ao longo do ciclo de vida incluindo no envelhecimento ativo a fim de que o mesmo bem-sucedido. Inclui a prevenção de perturbações de saúde que interferem com o bem-estar do idoso e daqueles que com ele convivem e tem também como foco as ações implementadas pelos enfermeiros na circunstância em que já estão confirmadas doenças e se reconhece a imprescindibilidade de cuidados de enfermagem de apoio, de suporte ou até de substituição, para que o idoso tenha satisfeitas um conjunto de necessidades básicas, quer quando vive sozinho, quer quando co habita com familiares ou outros conviventes significativos.

No decurso de várias doenças, a progressão para estadios em que a depauperação e dependência física e cognitiva se acentuam, conjuntamente com as manifestações comportamentais disruptivas associadas, evidenciam-se com frequência de difícil manejo e controlo pelos familiares e/ou cuidadores, precipitando o pedido de intervenção dos profissionais de saúde e, até mesmo, de institucionalização. Na impossibilidade daqueles suprirem sozinhos as necessidades e problemas com que se deparam, numa etapa em que a ajuda dos mais próximos já não é suficiente, os níveis de sobrecarga do cuidador tendem a elevar-se, levando à exaustão. A solicitação de apoio dos serviços formais ocorre muitas vezes tardiamente, numa fase em que a dependência está mais que instalada e a deterioração cognitiva é significativa.

Os cuidados de saúde primários direccionam-se à implementação de ações de saúde de proximidade, as quais se desenrolam ao longo do curso de vida dos cidadãos e populações. Desde que assegurada a acessibilidade aos mesmos, pressupõe-se que as equipas de saúde estão dotadas com os conhecimentos e detêm as competências e

ferramentas adequadas para intervirem promovendo a saúde e prevenindo as alterações da mesma. Estão incumbidas do acompanhamento regular e periódico da situação de saúde das populações, nas diferentes faixas etárias e encontram-se “na linha da frente” para detetarem atempadamente aqueles em risco (do baixo ao elevado) e com sinais e sintomas que indiciem doença ou sofrimento. Não existindo descontinuidade no contacto com as populações, pode pressupor-se que as equipas de saúde dispõem dos elementos necessários à formulação de um diagnóstico de saúde das comunidades que assistem, e têm capacidade bem como recursos, para intervirem proativamente, diminuindo os riscos, amenizando dificuldades, apoiando na doença, favorecendo a restauração e evitando complicações mais deletérias decorrentes das mesmas. Nestas equipas os enfermeiros são imprescindíveis pelo papel que detêm junto das populações.

Relativamente ao planeamento dos cuidados de enfermagem, o mesmo implica o conhecimento objetivo das realidades de saúde das comunidades em geral e dos diferentes cidadãos em específico, assim como a identificação/inventariação das necessidades em cuidados de enfermagem (Phaneuf, 2002; 2012).

A intervenção de enfermagem a dispensar às pessoas idosas em particular, devem enquadrar-se no âmbito do planeamento em saúde formulado para a comunidade em geral e contemplar não só medidas e ações promotoras do envelhecimento ativo (WHO, 2002), mas também preventivas de problemas e patologias. Os indicadores demográficos e epidemiológicos referentes à população com mais idade, devem ser considerados no delineamento de planos, projetos e programas dirigidos a este grupo populacional visando a atenuação e a resolução dos problemas cuja magnitude é mais relevante. As respostas a oferecer devem ajustar-se às necessidades identificadas pelos enfermeiros, mas sobretudo, àquelas que os idosos, famílias, cuidadores e comunidades locais relevem. O contacto com as populações deve ser proativa e motivadora da respetiva participação. Caso sejam detetadas alterações e problemas de saúde mental será cuidativa e preventiva de complicações.

O planeamento e a intervenção de enfermagem na área especializada da saúde mental e psiquiátrica, mormente a dirigida aos idosos que estejam referenciados com síndromes deficitárias cognitivas e demências, incluindo aqueles com idades mais elevadas, pressupõe que o profissional é detentor do conhecimento e das competências especializadas.

Visita de enfermagem no domicílio: Etapas

A opção pela visita de enfermagem no domicílio tem frequentemente por base, a situação relatada por terceiros (habitualmente familiares ou cuidadores informais) sobre a pessoa idosa. Pode ou não inscrever-se num plano de cuidados de enfermagem previamente definido, se já se iniciou o processo de enfermagem com o cliente, no entanto, muitas vezes a consulta na residência é que proporciona o primeiro contacto face a face, com o mesmo. Aquando da visita o enfermeiro depara-se com circunstâncias variáveis: desde as provocadas pela doença, pelo isolamento, pela degradação pessoal e/ou social, pelos riscos ao nível da segurança, por negligência ou maus tratos, por outras carências, num vasto leque de possibilidades. O enfermeiro de referência ou gestor de caso (Alves et al., 2003; Weitt, 2001), que se responsabilizará pelo acompanhamento do idoso, tem que preparar-se para a visita no domicílio. Deve prever em que circunstâncias a realizará: o local e a acessibilidade à residência, quando e com quem, o tempo que poderá dispensar, os objetivos da respetiva concretização. Deve ainda prever as etapas de desenvolvimento da mesma, as possíveis ações a implementar, as estratégias e as metodologias de avaliação. Da sua ação no domicílio deve antecipar a obtenção de resultados específicos, os quais necessita objetivar. Sempre que possível, deve validá-los com a equipa de saúde, desde que sejam vários os envolvidos nos cuidados à pessoa idosa doente.

De suma importância são os condicionantes relativos à sensibilidade cultural, a flexibilidade no estabelecimento de limites no relacionamento e intervenção no domicílio, a confiança a trabalhar

com o idoso, os cuidadores e os familiares, bem como a segurança, incluindo a do próprio profissional.

Tratando-se de uma consulta de enfermagem planeada, não deixará com certeza, de colocar alguns imprevistos, face aos quais o enfermeiro terá in loco de ajustar o plano de consulta delineado.

Implementação do processo de enfermagem

O confronto direto com a pessoa idosa, familiares ou cuidadores assim como com os contextos em que se encontram são cruciais e determinantes para a relação que se inicia ou a que é prosseguida, dado que a visita no domicílio se poderá enquadrar no desenvolvimento do plano de cuidados de enfermagem personalizado e previamente definido (Phaneuf, 2002; 2012).

Nas pessoas idosas afetadas por demência, incluindo a Doença de Alzheimer a apreciação/ avaliação inicial a efetuar pelo enfermeiro baseia-se na observação de um conjunto vasto de características relativas à situação do idoso, que são necessárias para que este faça o balanço das capacidades conservadas e das necessidades do cliente (Phaneuf, 2011, p. 311). O profissional poderá ou não utilizar um guião específico para orientar a colheita de dados e onde posteriormente fará o registo do que observou. Deve ter por base um referencial teórico de enfermagem, englobando os parâmetros considerados oportunos pela equipa de enfermagem. A apreciação efetuada sustentará a formulação/ reformulação dos diagnósticos de enfermagem que determinarão o planeamento das ações personalizadas a implementar.

O Plano de Cuidados deve contemplar as necessidades e alterações detetadas a nível físico (e.g. cuidados de higiene), o conforto, a segurança (a prevenção de úlceras de pressão e de quedas), manutenção da máxima autonomia, a necessidade de estimulação motora e intelectual, a supervisão do regime medicamentoso, do regime alimentar, a satisfação de necessidades de eliminação, entre um conjunto de outras intervenções que serão planeadas de forma

ajustada à pessoa idosa (Phaneuf, 2011). Sublinhe-se que a inter-relação corpo/ mente é biunívoca, para destacar a importância de um planeamento multidimensional, que integre ações que consubstanciem o cuidado holístico à pessoa, ser humano único e irrepetível.

Quando o profissional planeia a visita no domicílio, baseado na percepção que construiu quando a situação do idoso foi apresentada por terceiros, precisa considerar a subjetividade inerente ao relato dos factos. Apesar do esforço de objetivação, o modo como o enfermeiro configurou o Plano de Cuidados previamente à ida ao domicílio (Phaneuf, 2001, 2011; Sequeira, 2006, 2010) resultou desse relato, com o qual terá que lidar, ajustando-o após ter-se deparado com as realidades. Estas são referentes ao idoso, aos familiares e ou conviventes (que têm também expectativas relativas à visita), à habitação, ao nicho onde se encontra a pessoa idosa, ao ambiente sócio cultural e ecológico circundantes, entre outras variáveis que podem implicar reajustes na condução da intervenção à medida que a consulta de enfermagem progride. Perante cada contexto particular o enfermeiro precisa revelar sensibilidade. Deve dispor de tempo e da disponibilidade necessários para observar, ouvir, identificar, compreender e sentir as peculiaridades de cada pessoa, revelando sensibilidade afetiva e ajustando a sua atitude e ações às realidades da pessoa de quem cuida, conferindo sentido e significado ao encontro entre ambos.

Este encontro com finalidade terapêutica e de ajuda pode ou não ser mediado por terceiros, mais ou menos significativos, com quem o enfermeiro terá de interagir para aceder ao contacto direto com o cliente. No entanto, é também possível que a pessoa esteja só, o que implica que configure a intervenção de forma distinta.

Considerações relevantes

O local onde se encontra a residência pode ser mais ou menos seguro, pode inclusivamente intimidar o profissional. No caso em

que o enfermeiro corra riscos de segurança, deve retirar-se, voltando caso se justifique, após ter assegurado algum tipo de apoio. Contrariamente, podem não existir dificuldades dessa natureza, sendo o acolhimento ao enfermeiro muito positivo.

O enfermeiro detém formação para adequar o seu desempenho conferindo-lhe sustentação do ponto de vista científico e técnico. Guia-se e regula a sua ação norteado pelo Código Deontológico Profissional dos Enfermeiros (OE, 2005), que determina que nas múltiplas situações e contextos de saúde ou de doença, do nascimento à morte, são imperativos: o respeito pelo bem do Outro e pela dignidade da Pessoa Humana enquanto SER holístico e com uma identidade singular. Não deve condicionar a disponibilização/ prestação de cuidados de enfermagem por juízos de valor, crenças e preconceitos, que coloquem em causa os direitos inalienáveis da Pessoa, por mais idosa ou dependente que se encontre.

O enfermeiro não deixa também de ser Pessoa, na qual emergem emoções e sentimentos, mais ou menos positivos, quando se encontra com o Outro, para iniciar e desenvolver um processo relacional terapêutico. Deve assim aprender a conhecer-se a si próprio, reconhecendo forças e fragilidades, equilibrando a emoção e a razão, selecionando e equacionando estratégias bem como metodologias de trabalho que o ajudem a lidar com o inesperado e a controlar-se face a circunstâncias que o “toquem” mais profundamente. Na casa do idoso encontra-se exposto a circunstâncias que não conhece nem controla. Habitualmente está só para gerir a situação e as ocorrências, o que se espera faça com profissionalismo e humanidade. No regresso ao serviço pode apoiar-se na equipa de trabalho partilhando com esta dificuldades e constrangimentos, o seu sofrimento e angústia, sentimentos de impotência, face às adversidades. A equipa pode ajudá-lo a manter-se atento, compassivo e sensível à dor e sofrimento daqueles de quem tem que cuidar, ajudando-o a vivenciar as diferentes situações com que se depara nos processos transacionais associados à doença e à morte (Meleis, 2009; Moreira, 2005; Fonseca, 2004), com conforto físico, emocional e espiritual.

Acompanhar os cuidadores nos processos de doença

Os processos transacionais que cursam com a evolução da doença envolvem não apenas a pessoa doente (eventualmente idosa) mas também os familiares, conviventes significativos e cuidadores. No domicílio o enfermeiro está num espaço privado, íntimo até, e é fundamental para o curso favorável do processo de cuidados de enfermagem que adquira a confiança do idoso e dos familiares e/ou cuidadores. No mínimo precisa ser aceite pelos mesmos, para que seja viável a intervenção de enfermagem (Meleis, 2009; Townsend, 2002; Stuart, 2001).

Quando o nível de dependência do idoso se torna acrescido e/ou está em risco a respetiva segurança, as exigências de cuidados com que os familiares/cuidadores se deparam, comportam frequentemente sobrecarga, quer a nível físico quer a nível psicossocial (Sequeira, 2010; Lajes, 2008, Brito, 2000). Certos idosos têm redes de suporte social muito limitadas o que torna a satisfação das respetivas necessidades pelos cuidadores mais difícil ou até penosa (estão muitas vezes sós), comprometendo a satisfação das necessidades próprias (Brito, 2000).

Em Portugal, a maioria dos cuidadores de pessoas idosas são do género feminino, habitualmente filhas, na meia-idade ou com mais anos. Para além de serem cuidadoras assumem outros papéis e responsabilidades, papeis esses muito pouco valorizados a nível familiar e social (como domésticas por exemplo). Perante a conjugação destes fatores, múltiplas vezes, com escassos suportes quer de outros familiares quer dos serviços formais, sentem-se sós, desamparadas e desesperançadas, para enfrentarem e gerirem as exigências e dificuldades quotidianas, que não visualizam conseguir alterar (há também cuidadores homens, mas em menor percentagem (Ribeiro, 2011; Brito 2000). Facultam cuidados de substituição à pessoa idosa com elevada dependência, que se apresenta nos âmbitos físico, cognitivo e afetivo progressivamente mais diminuída. Com a progressão irreversível da demência e nos estádios mais avançados, costumam ocorrer alterações comportamentais

(agressividade, agitação psicomotora, desinibição, entre outras possíveis) e dificuldades no reconhecimento das realidades bem como desorientação, que ocasionam dificuldades sérias de comunicação, inclusive com os cuidadores, que não conseguem compreendê-las. Com frequência, acrescem os riscos relativos à segurança, pela falta de controle dos comportamentos disruptivos (as fugas de casa por exemplo).

Os sentimentos negativos, de tristeza, de impotência, perda e culpa, podem afetar os cuidadores (todavia, existem cuidadores que manifestam sentimentos positivos pelos cuidados e ajuda que proporcionam aos idosos que deles dependem), os quais não vislumbram estratégias alternativas, para lidarem com os mesmos. Nestas circunstâncias e em exaustão, pedem ajuda para o idoso ou inclusive a respectiva institucionalização em lar ou no hospital, evidenciando-se neles próprios a necessidade de ajuda e apoio. O reconhecimento desta necessidade nem sempre é expresso ao profissional, sendo importante que este esteja atento aos sinais que a indiciam, abordando o assunto logo que conveniente.

Os serviços de saúde na proximidade das populações são os mais chamados a intervir (Fragoero, 2008). Os enfermeiros são profissionais que se encontram em posição privilegiada para apoiarem os familiares e cuidadores de modo a que assegurem o conforto e a dignidade dos idosos e minimizem as complicações decorrentes da sobrecarga que percebem e sentem (Machado, 2012; Sequeira, 2010; Laje, 2008; Luísa Brito, 2000).

A intervenção para alívio do cuidador deve ser contemplada no planeamento e implementação da consulta de enfermagem no domicílio. A caracterização objetiva das necessidades dos vários intervenientes no cuidado ao idoso bem como dos contextos e ritmos de vida diários são imprescindíveis, aquando da formulação do plano de cuidados de enfermagem. Destaque-se a importância da relação do enfermeiro com o cuidador com vista a serem proporcionados cuidados de qualidade ao idoso, mas também para facultar-lhe suporte instrumental e até básico.

A relação a desenvolver no domicílio deve assumir-se como relação de ajuda, na verdadeira aceção e com as características que lhe são reconhecidas como nucleares, por diferentes teóricos, incluindo de enfermagem (Phaneuf, 2005, 2002; Lazère, 1994; Rogers, 1980). Outro tipo de ferramentas, estratégias e recursos podem ter de ser mobilizados pelos enfermeiros. Detentores do conhecimento específico e personalizado acerca da pessoa e da família (Phaneuf, 2001), incumbem-lhes orientá-los na obtenção dos apoios que se justifiquem, advogar pela segurança e melhor qualidade de vida, indicando-lhes ou referenciando-os para os apoios complementares sociais locais. Por exemplo, podem justificar-se adaptações com vista à otimização do ambiente e à compensação de dificuldades ou carências identificadas. Os profissionais não devem substituir o idoso nem o cuidador quando detêm capacidade para agirem. Contudo, há circunstâncias em que poderão fazê-lo, nomeadamente, quando vive sozinho e/ou quando o cuidador e conviventes significativos se encontram demasiado fragilizados.

A educação e a psicoeducação dos familiares e cuidadores (Machado, 2012; Pereira e Sampaio, 2011; Sequeira, 2010; Dornelles, 2010; Laje, 2008) sobre o curso previsível da demência e alterações que esta implica a nível pessoal, familiar e social, bem como a orientação para possíveis adequações nos ritmos de vida e condições habitacionais e ambientais, no sentido da otimização do espaço. São muito importantes a comunicação, a segurança, o conforto e o equilíbrio do ambiente para a melhor qualidade de vida. O plano de cuidados deve também incorporar o apoio direto às necessidades do cuidador, através da disponibilização do tempo para esse fim. A presença atenta e individualizada por parte do enfermeiro aos cuidadores concede-lhes a oportunidade de expressão de sentimentos, mais ou menos positivos, sem constrangimentos.

Através de estudos realizados em Portugal sabe-se que as redes de suporte dos mais idosos continuam a ser fontes essenciais de apoio para a permanência mais longa na comunidade e nos contextos sócio ecológicos de pertença (Cabral et al, 2013; Daniel, Ribeiro & Guadalupe, 2011). Todavia, conhecem-se também as contingên-

cias presentes na sociedade portuguesa, quer sejam as demográficas, quer sejam as económico sociais, quer as relativas ao nível de literacia em saúde das populações, incluindo as que se referem à representação social associada às demências. Ambas reforçam a prioridade de estratégias formativas de apoio aos familiares e cuidadores para lidarem de forma mais adequada com os problemas advindos da doença assim como de ações de sensibilização e educativas das comunidades, favorecedoras da participação e inclusão social daqueles que, na situação de doença, não deixam de ser pessoas. Os enfermeiros devem ter uma intervenção bem definida nesta matéria.

Continuidade de cuidados de enfermagem no domicílio

Torna-se oportuno tecer algumas considerações acerca da continuidade do processo de cuidados de enfermagem, através da concretização de outras visitas no domicílio.

Da avaliação do processo em curso e tendo presente os resultados atingidos e os que se pretendem alcançar (objetivados na fase inicial de planeamento) com a intervenção do enfermeiro ou até da equipa de saúde (dependendo das metodologias de trabalho adotadas nos serviços, ainda que pareça vantajoso que exista congruência e complementaridade da intervenção dos vários profissionais sem colocar em causa as intervenções autónomas do enfermeiro), a evolução da situação do idoso deve ser avaliada, se possível com o próprio e com os cuidadores/ familiares, após o que será decidida a continuidade do processo de cuidados e a pertinência da mesma decorrer através de consultas de enfermagem no domicílio ou noutra local. O enfermeiro está ciente de que existem contingências e problemas que não conseguirá minimizar, pois não são da sua área exclusiva de competência profissional. A avaliação do decurso da 1ª consulta permitirá a redefinição de objetivos para as seguintes, caso as mesmas se justifiquem, assim como o reajuste de resultados a atingir conjuntamente com o idoso e cuidadores.

São imprescindíveis os registos e a documentação dos factos ocorridos que sejam relevantes para o reajustamento do plano de cuidados de enfermagem, como também, reavaliações globais conjuntas com a equipa de saúde e com outros profissionais de enfermagem envolvidos no processo de cuidados. Tais reavaliações permitirão a validação dos resultados alcançados (mais ou menos positivos), a partilha de dificuldades e das concretizações bem-sucedidas, e ainda, serão oportunidades para formação e enriquecimento contínuos dos enfermeiros e das equipas de trabalho.

Etapa final das visitas de enfermagem no domicílio

Destaque-se, pela sua relevância esta fase. A imprescindibilidade de preparar o final das consultas no domicílio pode ser ou não determinada pelo enfermeiro. Pode, entre outros aspetos, dever-se ao agravamento da situação vital do idoso.

Sempre que previsível, é preciso planear o desfecho da relação terapêutica estabelecida com a pessoa idosa e também com os cuidadores. Quando necessário, o enfermeiro deve ajudá-los a aceitar as perdas inevitáveis e a fazerem o luto. O impacto da morte, quer seja do idoso quer seja da pessoa significativa, deve ser foco da atenção do enfermeiro, sendo essencial compreender e respeitar o respetivo significado para quem sofreu a perda.

Uma última referência à necessidade de apoio que poderá evidenciar-se, pela mudança do enfermeiro que acompanha o idoso com quebra na relação terapêutica estabelecida. A mesma deve ser antecipada na equipa, que precisa prepará-la (desde que previsível). A passagem de testemunho ao novo profissional que acompanhará a pessoa idosa no domicílio, assegurando a continuidade de cuidados, deve englobar a preparação deste, para que do ponto de vista relacional e afetivo, a sua presença, nova para o idoso e familiares, possa ser aceite e compreendida. A mudança implica um recomeço da relação e diferentes reinvestimentos afetivos e emocionais. O idoso pode encarar a partida do enfermeiro que o cuidou

como uma perda e, deverá sentir-se confortável para poder expressar os seus sentimentos relativos à situação de mudança. Perspetiva-se que esta influencie o curso dos cuidados e o processo relacional subjacente à intervenção terapêutica. A equipa de enfermagem deve compreender e organizar-se para minimizar eventuais efeitos negativos nos mesmos. Deve lidar de forma consciente com a necessidade da mudança e antever o possível impacto no idoso e no cuidador. Para além de ser um imperativo ético planear a finalização da relação de ajuda, o qual se associa à boa prática da enfermagem, os ganhos e benefícios advindos de tal prática, quer para os clientes idosos, quer para os que lhe são próximos, emergem como mais-valias no curso do processo de cuidados. É fundamental que os procedimentos previstos para esta etapa sejam respeitados pelos enfermeiros e por outros profissionais em benefício da saúde mental.

Considerações finais

De acordo com as estimativas e projeções de organismos avaliados na matéria, aumentarão nas próximas décadas o número de idosos e os problemas ligados à área da saúde mental, incluindo limitações e dependências associadas às demências que implicarão um acréscimo e diversificação de respostas facultadas pelos serviços de saúde às comunidades incluindo nos domicílios em que os enfermeiros serão imprescindíveis (DGS, 2013; Nazareth, 2009). A formação requerida aos profissionais de diferentes áreas, bem como aos enfermeiros, precisa configurar-se ampla, multifacetada, multidimensional e promotora do desenvolvimento de sensibilidade transcultural, de modo a serem asseguradas boas práticas de cuidados às populações, incluindo as mais envelhecidas e as deslocadas. Estas devem ser apoiadas para suprirem dificuldades e limitações resultantes de patologias cuja magnitude é reconhecida como preocupante. Só assim poderão disfrutar de melhores qualidade de vida e saúde. Igualmente os enfermeiros devem desenvolver competências relacionais que lhes possibilitem compreender as expectativas relativas à saúde e à realização pessoal daqueles de quem

cuidam, contribuindo para que as concretizem. Pretende-se a obtenção de ganhos efetivos sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A educação para a saúde das populações que envelhecem e das comunidades implica o uso de estratégias e metodologias de trabalho específicas (Squire, 2005), bem como urge o aumento de literacia relativamente ao modo como lidar com circunstâncias complexas decorrentes de doenças emergentes. São requeridos investimentos substanciais em recursos e saberes aprofundados por parte dos profissionais incluindo de enfermagem, nomeadamente preparando-os para atuarem respondendo às necessidades de cuidados das populações, na proximidade das mesmas e nos diferentes contextos onde residem.

Só sustentando a intervenção numa sólida formação humana e multicultural, baseada na inovação e na evidência científica assim como aproveitando os avanços tecnológicos e o conhecimento, para benefício real dos Homens e das Sociedades, é que os enfermeiros contribuirão para promover a saúde mental, evitar fenómenos desencadeadores de doenças causadoras de sofrimento e, apoiar na satisfação, restauração e compensação das necessidades e problemas associados, que acarretam custos elevados para as populações e comunidades.

Como diria Collière “Cuidar é ajudar a viver” ao que se acrescenta que é condição indispensável, que os enfermeiros se formem reconhecendo que na sua essência “Cuidar do Outro” é conferir-lhe a oportunidade de continuar a sentir que é PESSOA, única, insubstituível e digna de uma vida com sentido e significado. É ainda, ser capaz de demonstrar sensibilidade e oferecer à Pessoa e aos que para ela são significativos, um espaço de interação e diálogo (mesmo quando em silêncio), que permitam a expressão plena da Humanidade, acompanhando-os até à morte.

Entenda-se a Humanidade como “o conjunto de oferendas que os humanos se deram uns aos outros no decurso das gerações, desde que têm consciência do SER e que podem ainda fazer um enrique-

cimento sem limites.” Albert Jaquart, 1987, citado por Phaneuf, M. trad. Por Nídia Salgueiro).

Cuidar com humanidade dos mais idosos e mais vulneráveis é um dos grandes desafios que se coloca aos enfermeiros na atualidade.

No próximo capítulo aborda-se a visita domiciliária do doente psicogeriatrico, realizada no Continente, com uma vertente transdisciplinar.

Referências bibliográficas

Brito, Maria Luísa da Silva (2000). A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto/Faculdade de Medicina. Portugal

Cabral, Manuel Villaverde; Ferreira, Pedro Moura; Silva, Pedro Alcântara da Silva; Jerónimo, Paula; Marques, Tatiana (2013). Processos de Envelhecimento em Portugal, Usos dos tempos, redes sociais e condições de vida. Lisboa: FUNDAÇÃO FRANCISCO MANUEL dos SANTOS. ISBN: 978-989-8662-00-2.

Casarin, Santana Nunes Alves; Villa, Tereza Cristina Scatena; Cardozo-Gonçales, Roxana Isabel; Caliri, Maria Helena Larcher; Freitas, Célia Maria (2003). Case Management: analysis of the concept. *Investigación y Educación en Enfermería*, 21, 26-36. ISSN 0120-5307. Retrieved from <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/3034/2798>

Cardozo Gonzales, Roxana Isabel; Casarin, Santana Nunes Alves; Caliri, Maria Helena Larcher; Sasaki, Cinthia Midori; Monroe, Aline Aparecida; Villa, Tereza Cristina Scatena (2003). Gerenciamento de caso: o de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(2), 227-31. Retrived from <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a13.pdf>

Collière, Marie François (1989). Promover a Vida. Damaia: Printipo Indústrias Gráficas. ISBN 972-95420-0-7.

Daniel, F., Ribeiro, A.M., & Guadalupe, S. (2011). Recursos sociais na velhice: um estudo sobre as redes sociais de idosos beneficiários de apoio domiciliário. In A.D. Carvalho (coord.), *Solidão e solidariedade: entre os laços e as fracturas sociais* (pp.73-85). Porto: Edições Afrontamento.

Dornelles, Andreia Rosana Andrade (2010). *Uma intervenção psicoeducativa com cuidadores de idosos com demência* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de São Carlos/ Departamento de Psicologia. Brasil

Fernandes, Lia (2014). Envelhecimento e Demências. In Fonseca, António Manuel (coord.). *Envelhecimento, Saúde e Doença Novos Desafios para a Prestação de cuidados a Idosos* (pp. 93-121). Lisboa: Editora Coisas de Ler,. ISBN 978-989-8659-35-4.

Fonseca, Manuel António (2004). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-156-8.

Fragoieiro, Isabel (2008). *A Saúde Mental das Pessoas Idosas na Região Autónoma da Madeira* (Tese de Doutoramento). Universidade do Porto/Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal.

Laje, Isabel (2007). *Avaliação dos Cuidados Informais aos Idosos: Estudo do Impacte do Cuidado no Cuidador Informal* (Tese de Doutoramento). Universidade do Porto/Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal

Laje, Isabel (2005). Cuidados Familiares a Idosos. In Paúl, Constança; Fonseca, António Manuel (coord.). *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 223-229). Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-185-1.

Laje, Isabel; Araújo, Odete (2014). A construção discursiva do cuidado informal a idosos dependentes: percepções, constrangimentos e práticas. In Fonseca, António Manuel (coord.). *Envelhecimento, Saúde e Doença Novos Desafios para a Prestação de cuidados a Idosos* (pp. 221-260). Lisboa: Editora Coisas de Ler. ISBN 978-989-8659-35-4.

Lazùre, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta

Machado, Soraya (2012). *Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, no Desempenho das suas Funções, à Pessoa Idosa Dependente, no Concelho de Santana* (Tese não publicada, para

obtenção do grau de mestre em Gerontologia Social). Universidade da Madeira. Portugal.

Meleis, Afaf Ibrahim (2009). Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Meleis, Afaf Ibrahim (ed.). *Nursing Research and Practice* (pp. 52-65). New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6. Retrived from https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__mid-dle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf

Moreira, Paulo; Melo, Ana (2005).Saúde Mental: do Tratamento à Prevenção. Porto: Porto Editora Lda. ISBN 972-0-34751-1.

Nazareth, Manuel J. (2009). Crescer e Envelhecer. Constrangimentos e Oportunidades do Envelhecimento Demográfico. Lisboa: Editorial Presença. ISBN: 978-972-23-4113-4.

Nunes, Lucília; Amaral, Manuela; Gonçalves, Rogério (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2.

Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem, (2009). *Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE). Individualização e Reconhecimento de especialidades Clínicas em Enfermagem. Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. (Caderno Temático, 2) Retrived from <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/cadernostematicos2.pdf>

Paúl, Constança (2014) Envelhecimento e Prestação de Cuidados. In, Fonseca, António Manuel (coord.). *Envelhecimento, Saúde e Doença Novos Desafios para a Prestação de cuidados a Idosos*. Lisboa: Editora Coisas de Ler, (pp. 353 -366). ISBN 978-989-8659-35-4.

Pereira, Manuel Gonçalves; Sampaio, Daniel (2011). Psicoeducação Familiar na Demência: da Clínica à Saúde Pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 29(1), 3-10.

Phaneuf, Margot (2002). Communication, entretien, relation d'aide et validation. Montréal: Chenilière éducation. ISBN 10: 2894618573.

Phaneuf, Margot (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência. ISBN: 9789728383848.

Phaneuf, Margot (2007) - Le concept d'humanité: une application aux soins infirmiers généraux. Retrived from WWW:<URL: [http://pagesperso-orange.fr/cecformation.net/phaneuf .pdf](http://pagesperso-orange.fr/cecformation.net/phaneuf.pdf)>.

Phaneuf, Margot (2007) O conceito de humanidade: uma aplicação aos cuidados de enfermagem gerais. (tradução por Nídia Salgueiro). Retrived from http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/O_conceito_de_humanidade_-_uma_aplicacao_aos_cuidados_de_enfermagem_gerais.pdf

Phaneuf, Margot (2010). Envelhecimento Perturbado: a doença de Alzheimer. 2ª ed. Loures: Lusodidacta. ISBN 13: 978-989-8075-27-7.

Phaneuf, Margot (2001). Planificação de Cuidados. Um Sistema Integrado e Personalizado. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-78-3.

Prince, Martin; Patel, Vikram; Saxena, Sherkhar; Maj, Mario; Maselko, Joanna; Phillips, Michael R.; Raham, Atif. (2007). Global Mental Health 1. No health without mental health. *The Lancet*,