



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO ALGARVE

**VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS
NO CUIDADO À PESSOA IDOSA INTERNADA
QUE DESENVOLVEU ÚLCERA POR PRESSÃO**

**Trabalho de Dissertação realizado para a obtenção do
grau de mestre em Gerontologia Social**

Orientadora

Professora Doutora Helena Maria Guerreiro José

Maria Fernanda Henriques Pereira de Melo

FARO

2011

AGRADEÇO

À minha bisavó Felisbela...a 1ª lição

A todas as pessoas com úlceras por pressão,

Que se cruzaram na minha vida...muitas lições

À minha Orientadora Doutora Helena José...pela amizade...

E ajuda nesta construção

Aos participantes deste estudo, pela sua disponibilidade

Partilha, exposição e colaboração

Ao meu marido Ângelo, ...pela tolerância

Aos meus pais, família, e amigos ...pela ausência

E a todos os que acreditam em mim, porque é neles

Que encontro a coragem, o empenho,

A motivação e a autodeterminação

Para continuar a remar...

A todos o meu muito

OBRIGADA

"É fácil trocar as palavras,
Difícil é interpretar os silêncios!
É fácil caminhar lado a lado,
Difícil é saber como se encontrar!
É fácil beijar o rosto,
Difícil é chegar ao coração!
É fácil apertar as mãos,
Difícil é reter o calor!
É fácil sentir o amor,
Difícil é conter sua torrente!
Como é por dentro outra pessoa?
Quem é que o saberá sonhar?
A alma de outrem é outro universo
Com que não há comunicação possível,
Com que não há verdadeiro entendimento.
Nada sabemos da alma
Senão da nossa;
As dos outros são olhares,
São gestos, são palavras,
Com a suposição
De qualquer semelhança no fundo”
Fernando Pessoa

RESUMO

As úlceras por pressão são lesões que afectam sobretudo as pessoas idosas dependentes, os seus familiares e cuidadores. Provocam alteração no estado de saúde da pessoa dependente, da sua qualidade de vida e ao mesmo tempo têm uma notável repercussão financeira, porque aumentam os gastos em saúde, a morbilidade, o absentismo e o impacto ambiental indicadores promotores da redução da produtividade do país.

Na actualidade, é consensual que apenas 5% das úlceras por pressão não são preveníveis. Então, se a maioria das úlceras por pressão são preveníveis, elas constituem um potencial atentado à prestação de cuidados seguros e à segurança das pessoas doentes internadas diferentes organizações de saúde, mas também, uma ameaça para os profissionais e organizações de saúde pelo sofrimento que causam às pessoas, custos, aumento da taxa de mortalidade e possíveis implicações legais e éticas.

Por todas estas razões torna-se imprescindível a definição de objectivos, recursos e estratégias necessárias à tomada de decisões políticas e estratégicas orientadas para a prevenção. É necessário o envolvimento de todos os profissionais de saúde com responsabilidade na área de prestação de cuidados de saúde, na definição de metas e de instrumentos de intervenção, com a definição de acções efectivas e sustentadas para que existam ganhos em saúde e desenvolvimento social, ao nível da prevenção e tratamento de úlceras por pressão.

O projecto de investigação que seguidamente se apresenta tem como objectivo compreender o que os enfermeiros de um serviço de Medicina, de um Hospital desta Região, vivenciam, no cuidado à pessoa idosa internada, que desenvolveu úlceras por pressão, durante a sua estadia neste serviço.

O delineamento metodológico em que esta investigação assenta, é numa pesquisa exploratória, de natureza indutiva, que procura, compreender, como vivenciam os enfermeiros de um serviço de Medicina de um Hospital desta Região, os cuidados à

pessoa idosa internada, que desenvolveu úlceras por pressão, durante a sua estadia neste serviço? É assim um estudo qualitativo, com uma amostra intencional, onde os dados recolhidos por entrevista foram submetidos a análise de conteúdo, seguindo as etapas do método fenomenológico. Em acordo com Loureiro (2006), pretende-se ser rigorosa e objectiva, onde todo o percurso foi validado atendendo a critérios de credibilidade, transferibilidade e confirmabilidade dos achados no estudo.

A análise e discussão dos dados, serão feitas à luz de autores de referência na problemática das úlceras por pressão e do cuidado de enfermagem, nomeadamente Collière, Leininger, Soldevilla, European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, World Health Organization e a Ordem dos Enfermeiros Portugueses.

Neste estudo constatou-se que os e enfermeiros vivenciam uma melhoria contínua relativa à prevenção de úlceras por pressão na pessoa idosa. Estas provocam sofrimento nas pessoas envolvidas no cuidado e constrangimentos na pessoa idosa. A política da organização do serviço e do funcionamento da sociedade em geral são, por vezes, promotoras para o desenvolvimento de úlceras por pressão.

Palavras-chave: pessoa idosa, cuidado, vivência, prevenção e úlcera por pressão.

ABSTRACT

Pressure wounds are injuries that affect mostly elderly dependent people, their families and carers. They're liable for changes on the elderly dependent person health, quality of life, and still have a huge impact in our economy, increasing healthcare system expenses.

Nowadays, it's consensual that only 5 percent of the wound pressures aren't preventable, which leads us to the fact that pressure wounds endanger the safety of health care, as well as the safety of inpatients on different healthcare organizations, being also a threat for these, as they increase costs mortality, suffering in carers and may have both legal and ethical implications.

For the reasons mentioned above, a straight definition of prevention orientated goals, resources and strategy connected to political decisions is indispensable. The involvement of all healthcare professionals with responsibilities in this matter is absolutely crucial if we want to establish effective measures that can be efficient on pressure wounds treatment, which leads to gains in both health status and social development.

The project developed has as its main goal to understand in which ways the nurses from a Medical ward, in a local hospital, experience their care to the elderly inpatient who have developed pressure wounds during the time spent on the ward.

The methodology in which this project is supported is an exploratory research, of inductive nature, looking to understand how the nurses from a medical ward in a local hospital experience their care to the elderly inpatient that has developed pressure wound, during their stay in the ward? It is, then, a qualitative study, constituted by an intentional sample that follows the steps of the phenomenological method. As Loureiro (2006) stated, it is supposed to be strict, being all the way validated considering credibility criteria, as well as transferability and conformability of all the study findings.

The data analysis and discussion will always consider reference authors on the pressure wound and nursing care themes, like, for instance Collière, Leininger, Soldevilla, European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, World Health Organization and Ordem dos Enfermeiros Portugueses.

By developing this study, we may state that nurses experience continuous improvement concerning pressure wounds on the elderly inpatient. Pressure wounds are a real issue for the increase of suffering and uneasiness on everyone involved. Both ward organization and general society are factors that may guide to the development of pressure wounds.

Key Words: elderly person, care, experience, prevention, pressure wound.

INDICE

	Página
0- INTRODUÇÃO.....	9
I PARTE.....	16
1-ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	17
1.1-PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E CONVICÇÕES DA AUTORA	17
1.2-CONCEPTUALIZAÇÃO DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM	23
1.3- PROBLEMATICA DO ENVELHECIMENTO	32
1.4- PROBLEMATICA RELACIONADA COM O DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO.....	34
II PARTE.....	38
2- PERCURSO METODOLOGICO	39
2.1- PROBLEMETIZAÇÃO.....	39
2.2- TIPO DE ESTUDO	41
2.3-PARTICIPANTES.....	44
2.4 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO.....	46
2.5- OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO.....	46
2.6 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	47
2.7- RECOLHA DE DADOS.....	51
2.8 – PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DE DADOS	53
2.9 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS	56
2.10 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	57
III PARTE	58
3 – ANÁLISE APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	59
3.1– FUNDAMENTOS PARA A VIVÊNCIA DOS ENFERMEIROS	60
4-CONSTATAÇÕES, IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES	135
BIBLIOGRAFIA	138
ANEXOS	143
Anexo 1- Autorização do Conselho de Administração do Hospital	144

Anexo 2 - Consentimento Informado	145
Anexo 3 - Autorização da Unidade de Investigação do Hospital	146
ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS	
Quadro 1 - Caracterização de Úlceras por Pressão	36
Quadro 2 - Caracterização dos Participantes	45
Figura 1 - Organograma das categorias, resultantes da análise indutiva	60

0.INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenómeno mundial e independente do estadio de desenvolvimento do país. Está associado ao crescente número de idosos, o que por sua vez, está associado à melhoria das condições de vida relacionadas com as melhores condições habitacionais, ambientais, alimentares, de trabalho e ao acesso dos cuidados de saúde, o que promove o aumento da esperança média de vida. Como factor desfavorável e associado temos a baixa taxa de fecundidade relacionada com o desenvolvimento social e o aumento do custo de vida.

Estamos perante um desafio, que caracteriza o século XXI como o século dos idosos. Em Portugal e de acordo com os Censos (2002) existe um crescimento da população com idade igual ou superior a 65 anos, com uma representatividade de 16.6%. A título de exemplo, em 1941 este grupo etário tinha uma representatividade de 6.5%.

O Departamento de Estatística da União Europeia (EUROSTAT, 2010) faz uma projecção traçando um cenário em que a percentagem de idosos portugueses praticamente duplicará entre 2004 e 2050, os quais chegarão a um percentual de 31.9. O mesmo departamento prevê que Portugal será o quarto país da União Europeia com maior percentagem de pessoas idosas. Existe uma estimativa de que nos próximos 11 anos, um em cada cinco portugueses terá 65 ou mais anos, e em meados do século XXI esta relação será praticamente de um para três portugueses.

As alterações na estrutura demográfica são representadas quando comparamos as pirâmides de idades em 1960 e 2000, originando o estreitamento da base, com redução de efectivos populacionais jovens e o alargamento do topo, com acréscimo de efectivos populacionais idosos (EUROSTAT, 2010). Os 65 anos é a idade cronológica aceite para definir a pessoa como idosa, apesar de ser um critério pouco preciso, este, é aceite pela World Health Organization (WHO, 2002), que considera idosa qualquer pessoa com 65 e mais anos independentemente do género ou estado de saúde. Esta idade também é

aceite segundo a mesma fonte, pela Organização das Nações Unidas, para os países desenvolvidos.

Em acordo com Fernandes (1997)

estas projecções demográficas apresentam, de maneira geral, colaborações bastante negativas ao acentuarem os aspectos extremos (...). É o que se tem verificado relativamente ao problema do envelhecimento das populações, fenómeno que tem preocupado cientistas e governantes e que se faz acompanhar de um espectro de dificuldades relacionadas com o encargo dos idosos sobre as gerações futuras, os custos que o seu grande número representa, a falência dos sistemas de reforma e, quando se acentuam os aspectos mais negativos, o *conservadorismo* e a falta de vitalidade e dinamismo que tal envelhecimento acarretará para as sociedades de um futuro já próximo. O prognóstico para as sociedades gerontocráticas é tão negativo quanto a imagem da velhice nas sociedades ocidentais e industrializadas (p.6).

Perante estas afirmações geradoras de inquietação e de conflitos de opinião existem dois níveis de posição: os mais alarmistas, que não acreditam na possibilidade de reequilíbrio, admitindo que a população vai continuar a envelhecer; e os outros que têm uma atitude mais moderada com a expectativa de que o desenrolar dos acontecimentos poderão ter uma versão satisfatória devido aos fenómenos demográficos, relacionados com a imigração e com o aumento da taxa de fecundidade.

Este fenómeno relacionado com o aumento da fecundidade/taxa de natalidade é actualmente vivenciado nas maternidades da Região de Saúde do Algarve, onde existem parturientes de dez nacionalidades estrangeiras (Administração Regional de Saúde do Algarve, IP, 2010) (ARS). Nasceram na região do Algarve 4.772 crianças, mais 59 do que em 2009, das quais 1.200 são filhas de mãe estrangeira. Números que confirmam a crescente importância da população migrante no desenvolvimento socioeconómico do Algarve e na sua contribuição para o rejuvenescimento da população desta região.

Neste contexto, deveremos entender o envelhecimento como um processo bio-psico-social, económico, multifactorial e universal, ou seja, de acordo com Imaginário (2004, p.42), “entender o processo de envelhecimento é compreender de forma holística os aspectos individuais e colectivos da vida e, por sua vez, uma consciencialização de que as pessoas não envelhecem todas da mesma maneira”.

Está associado ao envelhecimento uma maior longevidade de vida das pessoas, ao número de idosos mais idosos, isto é, um aumento da esperança de vida, que se traduz no aumento do número de anos que contamos vir a viver depois de atingir uma qualquer idade. De acordo com INE (2002) verifica-se que existe uma “alteração progressiva das capacidades de adaptação do corpo, verificando-se conseqüentemente, um aumento gradual das probabilidades de morrer devido a determinadas doenças que podem precipitar o fim da vida” (p.187).

Para que haja um entendimento do fenómeno em estudo, vivências dos enfermeiros de um serviço de Medicina, de um Hospital desta Região (Algarve), no cuidado à pessoa idosa internada, que desenvolveu úlceras por pressão, durante a sua estadia neste serviço, torna-se fulcral entender a importância que assumem os cuidados de enfermagem e o modo como o fenómeno está inserido na disciplina e na profissão, bem como, a abordagem que lhe foi sendo dada ao longo do seu desenvolvimento. Para além disto, sendo as vivências dos enfermeiros relacionadas com a prática de cuidados de enfermagem, a base de todo o desenvolvimento deste estudo, considero de extrema importância conhecer os processos que constituem os cuidados de enfermagem e os tornam únicos.

Se as situações de doença e de internamento provocam desconforto, tanto na pessoa idosa vulnerável como nos seus familiares, que estão, na maioria das vezes, associadas à dor e ao sofrimento. Muitas vezes, agravadas pelas intervenções a que são submetidas e pelo afastamento da pessoa idosa do seu contexto habitual. Percebe-se assim e de acordo com Kolcaba (1992) que o seu desconforto durante o internamento pode ser agravado por dimensões físicas, sociais, ambientais e psico-espirituais.

As as úlceras por pressão são lesões que afectam as pessoas idosas dependentes, os seus familiares e cuidadores. Provocam alteração no estado de saúde da pessoa, na sua qualidade de vida, têm uma notável repercussão financeira, porque aumentam os gastos em saúde, reduzem a produtividade de qualquer país, provocada pela morbilidade, absentismo e aumentam os custos ambientais, entre outros.

Por todas estas razões, percebe-se a importância dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa idosa internada no serviço, embora o cuidar seja universal e definido por

Leininger (1998) “como aqueles actos de assistência, suporte ou facilitação para com um outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou previsíveis, de forma a melhorar a sua condição humana ou o seu modo de vida” (p.9).

Compreende-se que com o desenvolvimento da sociedade capitalista sejam profissionalizados os cuidados e organizados no que se designa cuidados de enfermagem. O cuidar profissional é definido por Leininger (1998) “como os comportamentos, técnicas e processos cognitivos culturalmente aprendidos, que permitem a um indivíduo, família ou comunidade, melhorar ou manter uma situação ou modo de vida, mais favoráveis e saudáveis” (p.9).

Entende-se a importância do cuidar e da profissão de enfermagem face ao envelhecimento da população e ao enfoque dado aos cuidados prestados ou orientados pelos enfermeiros, porque cada enfermeiro faz um julgamento independente de cada situação, tendo em consideração o contexto único em que ocorre a vivência de cuidar. Esta exige aos enfermeiros o envolvimento, a preocupação com cada um daqueles a quem presta cuidados, que de acordo com Benner (1989) é a capacidade de dar “ ao outro o poder de ser aquilo que ele quer ser, e isto é o objectivo último das relações de cuidar em enfermagem ” (p.49).

Na actualidade, a maioria das úlceras por pressão são preveníveis e estas constituem um potencial atentado à prestação de cuidados seguros, à segurança das pessoas doentes internadas nas nossas organizações de saúde. Constituem uma ameaça aos profissionais de saúde pelas suas possíveis implicações éticas e legais o que torna imprescindível a definição de objectivos, de estratégias e de prioridades ao nível organizacional, mas também ao nível dos decisores políticos. É necessária a definição de uma política de saúde orientada para a prevenção de úlceras por pressão.

Simultaneamente é preciso incentivar, em todas as vertentes a possibilidade de investigação, de desenvolvimento e de inovação, com a aquisição de novos materiais e equipamentos para a prevenção e tratamento das úlceras por pressão, que devem estar disponíveis para todas as pessoas que dele necessitem.

Verifico que quando se fala na temática, prestação de cuidados à pessoa idosa internada no Hospital desta Região, em conformidade com as suas necessidades e de acordo com os guidelines publicados pela European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUA e NPUAP, 2009) geraram-se e intensificaram-se tensões sendo que, para Green (1990) vivemos “numa sociedade horrivelmente negligente. Administrada, sistematizada, burocratizada, violenta como é, essa sociedade requer de nós uma resistência deliberada a muitos dos seus valores dominantes” (p.29).

Vivenciamos na nossa prática quotidiana uma situação de exaustão física, psicológica e espiritual acompanhadas de uma pobreza moral, que com toda a exaustão, sobrecarga de trabalho e solicitações nos enfraquece enquanto pessoas e profissionais de enfermagem e nos conduz ao definido por Maslach (2003) como a perda do cuidar humano.

É necessário e importante melhorar a formação graduada e pós-graduada, assim como as actividades de formação contínua e em serviço, que devem ser extensíveis a todos os profissionais de saúde desde os prestadores formais e informais, aos gestores dos vários níveis de decisão, passando pelos estudantes e professores, sobre a prevenção e tratamento deste tipo de lesões.

Como contributo à melhoria dos cuidados deveriam existir equipas específicas e dedicadas com um enfoque interdisciplinar e com profissionais de referência, na temática úlceras por pressão e outras feridas crónicas, para apoiar, orientar e fortalecer os conhecimentos dos profissionais colocados nos diversos serviços. É necessária a implementação de uma política de formação activa nos serviços prestadores de cuidados de saúde e o envolvimento de todos os prestadores de cuidados de saúde.

No âmbito da prestação de cuidados de enfermagem deveria existir um gestor de caso, dedicado à discussão de caso e à prescrição dos cuidados de enfermagem nesta vertente, para prevenção e tratamento, a fim de se normalizar a utilização dos produtos, de se aumentar o consenso e o respeito profissional pela prescrição de enfermagem. É responsabilidade das organizações e profissionais da área da gestão a selecção dos materiais de prevenção e tratamento, cujo critério se deve basear em evidências científicas e não exclusivamente financeiras e políticas.

Acredito, que é necessário o envolvimento de todos os profissionais de saúde com responsabilidade na área de prestação de cuidados de saúde, a definição de estratégias e de instrumentos de intervenção, com a definição de acções efectivas e sustentadas para que existam ganhos em saúde e desenvolvimento social, ao nível da prevenção e tratamento de úlceras por pressão.

Este estudo surge no âmbito do curso de mestrado em Gerontologia social, no qual ingressou, acreditando que o perfil do Gerontólogo Social comporta uma preparação, ao nível dos saberes e das competências, indispensáveis para criar organizações abertas ao aperfeiçoamento e à mudança, no cuidado à pessoa idosa.

As pessoas idosas são um grupo social complexo, assim como as organizações prestadoras de cuidados a estas pessoas, o que torna necessário manter uma comunicação aberta, que permita revelar e debater os diversos pontos de vista e motivações, identificar os problemas, a fim de evitar que se consolidem rotinas organizacionais que acabam por precipitar a morte, das pessoas idosas. Favorecer a interiorização de uma cultura aberta à auto-avaliação organizacional e à intervenção de um processo de melhoria, onde existam soluções coerentes com essa avaliação, a fim de se garantirem ganhos em saúde, independência e qualidade de vida.

Trata-se da necessidade de introdução de medidas preventivas e correctivas relativas à capacidade de inovar de forma a recriar, com recursos limitados, um ambiente onde a vida faça sentido e que continue a preservar a autonomia da pessoa idosa. Mas para que isso aconteça são necessárias pessoas com competências, sensibilidade para formas de organização compatíveis com as necessidades, a preservação da curiosidade pelas coisas da vida, por via da fixação de objectivos acessíveis, que protejam eficientemente a pessoa idosa da marginalização social e da auto-desvalorização.

Por acreditar que as pessoas envolvidas e motivadas conseguem melhores resultados no seu agir quotidiano e simultaneamente são mais felizes, optei pelo estudo do fenómeno: como vivenciam os enfermeiros de um serviço de Medicina, de um Hospital desta Região, no cuidado à pessoa idosa internada, que desenvolveu úlceras por pressão, durante a sua estadia neste serviço.

Através de uma amostra intencional e como método de colheita de dados, foram realizadas entrevistas, procedendo-se a uma análise de conteúdo das mesmas para encontrar as categorias e subcategorias relativas à vivência dos enfermeiros, perante o fenómeno em estudo.

O presente trabalho divide-se em três partes, sendo elas: um enquadramento conceptual, para uma fundamentação teórica de suporte para o estudo do fenómeno a desocultar; um percurso metodológico, que se divide pelo trajecto percorrido durante a investigação; e por uma análise, apresentação e discussão dos dados obtidos, através das falas dos enfermeiros. As normas bibliográficas, utilizadas neste estudo, são as que estão de acordo com as “Normas Básicas de Citação de Trabalhos Académicos”, utilizadas pela Universidade do Algarve.

I PARTE

1.ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

As úlceras de pressão de reduzem a qualidade de vida das pessoas idosas aumentam os dias de internamento e os gastos em cuidados de conforto e saúde. A característica mais notável das úlceras por pressão é que a sua maioria, são evitáveis. Cabe aos enfermeiros e decisores políticos identificar todas as pessoas em risco de desenvolver úlcera por pressão e a necessidade da utilização dos recursos necessários e eficazes para reduzir ou aliviar esse risco. São necessárias pessoas com conhecimentos, sensibilidade e competências no cuidado à pessoa idosa, em todas as dimensões relacionadas com gestão, prevenção e tratamento de úlceras por pressão.

1.1-PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

As úlceras por pressão na actualidade são um problema de saúde pública e um atentado à qualidade de vida da pessoa idosa, porque sendo a saúde entendida como um dos domínios mais importantes da qualidade de vida das pessoas, que assenta em componentes como a saúde física, psicológica, social, ambiental. O nível de independência da pessoa, parece pertinente e aliciante, que estudos mais aprofundados sobre a prevenção de úlceras por pressão sejam efectuados, a fim de promover a qualidade de vida das pessoas idosas e da sociedade em geral.

Vivemos numa sociedade, onde a maioria das pessoas idosas ou com deficiência são discriminadas socialmente, onde os critérios como a idade, a doença e a pobreza, os torna num grupo vulnerável ao abandono e ao aparecimento precoce de doenças crónicas na maioria das vezes acompanhadas de úlceras por pressão.

É necessário e urgente, um olhar e uma tomada de decisão que permita a prestação de cuidados à pessoa idosa, por pessoas com formação específica e adequada na área da Gerontologia e Geriatria. Este grupo de pessoas requer cuidados especializados, adequados e em conformidade com as suas potencialidades, capacidades e preferências,

do mesmo modo e com o mesmo enfoque dado à área da mulher e da criança, ou seja, à saúde materno-infantil.

No processo de envelhecimento da pessoa, a qualidade de vida é determinada pela capacidade e habilidade de manter a autonomia e a independência. A autonomia é (WHO, 2002, p.15) “a habilidade de controlar, tomar e arcar com decisões pessoais como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras de preferência”. A mesma organização (2002) entende a independência “como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária, isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros” (p.15).

Na actualidade o envelhecimento é uma preocupação da sociedade, dos governantes e políticos actuais, só porque se percebeu que existe um aumento dos gastos em saúde e na segurança social onde, além dos custos das reformas surge um mercado emergente de necessidades de organizações e de serviços organizados com pessoas que trabalhem e prestem cuidados às pessoas idosas. A dimensão social do envelhecimento populacional também é enfatizada, porque existe a consciência de que o idoso se torna mais dependente consoante a sua idade vai avançando, o que permite que o envelhecimento da pessoa seja encarado como problemas de natureza económica, política e social.

É necessário assegurar a sustentabilidade do envelhecimento e talvez por isso, actualmente começam a surgir movimentos políticos relacionados com as pessoas idosas, enfatizadas pela WHO (2002) que tem reflectido sobre o papel da pessoa idosa na sociedade actual, afirmando que “os países podem custear o envelhecimento se os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil implementarem uma política e programas de envelhecimento activo que melhorem a saúde, a participação e a segurança dos cidadãos e das cidadãs mais velhos” (p.7).

Surgiu o Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas e Pessoas em Situação de Dependência (2004), que apresenta, como metas gerais, a promoção da independência e da qualidade de vida das pessoas idosas, quer através de um envelhecimento activo, dando primazia à sua permanência no contexto familiar, quer através da articulação dos serviços de saúde, com a rede de cuidados continuados de saúde, criada pela Lei nº281/2004, de 8 de Novembro. Mas, este programa que apresenta metas progressivas,

ainda não dá resposta, na globalidade, às necessidades da nossa população idosa e seus familiares. Embora, esta implementação, possa parecer um processo lento, para as necessidades e solicitações, sobretudo a nível de internamento, existe a previsão de cobertura a 100% do Território Nacional, no ano de 2016. Está prevista a criação de estruturas de apoio para as pessoas com patologia da área de saúde mental e psiquiátrica (Dec. lei nº101/2006, de 6 de Junho), patologia que afecta um grupo de pessoas idosas.

Perante o contexto de pobreza, de escassas fontes de suporte formal, de redes de apoio de suporte formal (informado) e informal, dificuldade de adaptação, escassez de recursos humanos e materiais, surgem em alguns casos, situações geradoras de maus-tratos e de negligência aos idosos dependentes. Por dependência entende-se, de acordo com (Dec. lei nº101/2006, de 6 de Junho)

a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades de vida diária.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada pelo Decreto-Lei n.º 101/06, de 06 de Junho, tem como principal objectivo dar resposta às necessidades das pessoas idosas e cidadãos em situação de dependência. A RNCCI na Região do Algarve (ARS, 2011) actualmente é concretizada nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (domiciliários) e em acordos existentes com várias Organizações, criando 377 camas de internamento destinadas a cuidados continuados, para pessoas idosas e dependentes. Destas são: 80 camas de convalescença, 10 camas de paliativos, 104 camas para internamentos de média duração e reabilitação e 183 camas para internamentos de longa duração e manutenção.

Mas estes números apresentam-se aquém da resposta às necessidades das pessoas porque nas últimas décadas, temos vindo a constatar um efeito cumulativo da diminuição da mortalidade e da natalidade o que traduz uma população duplamente envelhecida. A melhoria do nível de saúde dos Portugueses, patente nas últimas décadas é concretizada no acréscimo da esperança média de vida à nascença. Isto implica, a existência de novas necessidades de saúde e sociais, que requerem respostas novas,

diversificadas e criativas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida.

Tais respostas devem ser ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais. Simultaneamente, deveriam ser facilitadoras da autonomia, da participação dos destinatários, do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, nomeadamente no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados vem cumprir uma das metas estipuladas pelo Programa do Governo Constitucional ao nível da implementação de políticas de saúde e de políticas de Segurança Social. Configura uma estratégia inovadora de articulação entre a Saúde e a Segurança Social no sentido de dar resposta a novas necessidades emergentes de saúde e sociais, que requerem respostas novas e diversificadas. A promoção da funcionalidade, a prevenção, a redução e o adiamento das incapacidades, constitui uma das políticas sociais que mais pode contribuir para a qualidade de vida e para a consolidação de uma sociedade mais justa e solidária.

Está em concordância com o programa referido anteriormente e que perspectiva um envelhecimento activo ao longo da vida. Prevê a adopção de estilos de vida saudáveis ao longo do ciclo vital, dando enfoque: à alimentação equilibrada; à redução do consumo do tabaco e do álcool; à promoção de factores de segurança, entre outros. Também, as condições de vida e a pobreza das pessoas idosas, têm sido objecto de estudo no nosso País, conforme, referido pelo INE (2002)

alguns estudos efectuados nesta área evidenciam que os idosos são um dos grupos populacionais mais vulneráveis à pobreza e à exclusão social, quer por serem um grupo socialmente marginalizado, quer por, na sua maioria, usufruírem de rendimentos que se situam abaixo do limiar de pobreza. A população idosa acumula, baixos níveis de instrução, baixos rendimentos, isolamento físico e social, baixa participação social e cívica, a que se juntam condições de saúde, de habitação e conforto desfavoráveis (p.203).

Factores contributivos para o processo de maus tratos às pessoas idosas. Foram definidos, como maus-tratos, (Vendrell e Riera, 2004) “qualquer acto ou omissão

sofrido por pessoas com idade superior a 65 anos, que vulnere ou ponha em perigo a integridade física, psíquica, sexual ou económica, incluindo também os princípios da autonomia e outros direitos humanos” (p.2). Os maus-tratos são entendidos como crime, mas as parcas adaptações do meio ambiente às necessidades da pessoa idosa são uma realidade, das quais destaco o abandono, o isolamento e a solidão. Variáveis que são responsáveis pela instalação de um padrão de inactividade, síndrome de desuso e alterações da integridade tecidual onde se destaca o desenvolvimento de úlceras por pressão, que tornam dependente a pessoa idosa, provocando aumento do seu sofrimento e do risco acrescido de morte.

Segundo o estudo "Violência contra os mais velhos uma realidade escondida" (2010), das psicólogas Cristina Verde e Ana Almeida, quanto maior for o índice de dependência da pessoa idosa e a precariedade social, mais provável é ocorrerem situações de maus-tratos. Os maus-tratos não ocorrem apenas nos domicílios, segundo Paula Guimarães¹ no Jornal o Público (2006,15 de Junho), afirma que os maus-tratos ocorrem na família, dentro das instituições, a diferentes níveis, incluindo alguma violência física, desde a violação ao aparecimento de escaras, (refere-se a úlceras por pressão).

São sinais destes maus tratos as lesões denominadas úlceras por pressão, por fricção, por humidade e lesões combinadas (PUCLAS2, 2009) geralmente consequência da deficiente prestação de cuidados de conforto e saúde resultante da escassez de recursos humanos, materiais e em algumas situações associado a parcas competências dos profissionais. Caracterizam-se por alteração da integridade tecidual, que as pessoas idosas dependentes, deixadas ao seu destino, desenvolvem. Além do sofrimento físico como a dor, é o sofrimento psicológico provocado pela dependência, pelo odor e exsudado, o que provoca simultaneamente isolamento social, porque os conviventes e outros evitam o contacto, devido ao cheiro fétido.

As úlceras por pressão não são um fenómeno recente, desenvolvem-se desde a origem do ser humano. Ininterruptamente relacionado com uma elevada necessidade de cuidados de conforto e de saúde, relacionadas com o processo de doença, em pessoas prostradas, com ausência de mobilidade e actividade e em idosos debilitados. Mas o

¹ Paula Guimarães, actualmente Jurista do Montepio Geral e Coordenadora do Grupo de Trabalho da Direcção-Geral da Saúde para a Prevenção da Violência contra as Pessoas Idosas

olhar sobre os cuidados a feridas crónicas desde a pré-história até à actualidade está associado à condição fragilizada da pessoa que sofre desta enfermidade e associado ao desprestígio relacionado com o desenvolvimento deste tipo de lesões.

Ao citarem um autor não identificado Soldevilla e Torra (2004, p.183), escrevem que as úlceras por pressão não são uma doença, são um acidente no decurso da prestação de cuidados de saúde. Os mesmos autores (2004), referem que, não considerar estas lesões como um processo de doença, não é em absoluto correcto, porque estas causam graves complicações com risco evidente de perda de qualidade de vida e da própria vida.

Considera-se que a utilização do termo acidente serve para enfatizar a evitabilidade do seu desenvolvimento, como na maioria dos acidentes, independentemente da sua causa. Em conformidade, Galhardo, Blanes, Magalhães e Ferreira (2008) reflectem que a

úlcera por pressão é um sério e comum problema entre a população geriátrica. Mais de 50% dos pacientes com úlceras por pressão estão com 70 anos ou mais de idade, e entre a população geriátrica as úlceras por pressão são associadas ao aumento do risco de morte, afectando a interacção social, diminuindo a qualidade de vida, causando dor e desconforto, além do elevado custo do tratamento com grande impacto económico (p.61).

Atendendo a Strapp (2008, p.28), refere que “as úlceras de pressão são um problema de saúde significativo, que não só afecta negativamente a qualidade de vida do indivíduo, como também aumenta as despesas com os cuidados de saúde”. A mesma autora (2008) refere que “os enfermeiros desempenham um papel essencial na prevenção de úlceras de pressão; no entanto, uma prática eficaz exige uma boa base de competências e conhecimentos apropriados” (p.28).

Esta argumenta que no seu país, a Irlanda, nem a prevalência nem a incidência do problema, referindo-se às úlceras por pressão, está a reduzir, apesar do investimento contínuo na utilização de equipamento preventivo. Com base num inquérito descritivo e quantitativo Strapp, (2008) infere que,

os enfermeiros que trabalham em cuidados de saúde irlandeses mostraram ter um bom conhecimento da maior parte dos aspectos pertinentes relativos à prevenção de úlceras de pressão. O êxito na prevenção de úlceras por pressão depende dos conhecimentos, competências e atitude do pessoal envolvido neste aspecto dos cuidados a pacientes (p.28).

Referido (Strapp, 2008), que os enfermeiros que participaram no seu estudo mostraram ter um bom conhecimento sobre prevenção de úlceras por pressão “ o que sugere que existem outros factores contributivos que influenciam a prevalência e incidências de úlceras de pressão” (p.28). Sugeriu que seria útil explorar esta área a fim de determinar as áreas visadas no planeamento de estratégias de prevenção.

1.2 - CONCEPTUALIZAÇÃO DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

Para que haja um entendimento do fenómeno em estudo, bem como da importância que assumem os cuidados de enfermagem, torna-se fulcral compreender de que forma as vivências dos enfermeiros estão inseridas ou relacionadas com a disciplina que orienta a profissão de enfermagem, bem como, a abordagem que lhe foi sendo dada ao longo do seu desenvolvimento.

Por estas razões entendo que este subcapítulo permite compreender a evolução da concepção dos cuidados de enfermagem, bem como a importância que foi dada desde sempre, ao bem-estar e ao conforto, assim como a influência do meio, no desenvolvimento da saúde da pessoa independentemente do seu grupo etário; compreender o cuidado de enfermagem na sua essência, o que será facilitador para a minha prática quotidiana e pensamento em enfermagem durante o decorrer deste estudo.

No século XIX, Florence Nightingale salienta a importância do conhecimento em enfermagem focando-o na pessoa saudável ou doente em detrimento dos conceitos de saúde e doença, sendo a sua preocupação principal a prevenção da doença. Nightingale especifica o campo de competência dos cuidados de enfermagem, como dependendo não apenas dos sintomas da doença, mas dando importância à observação das condições que fazem prever ou favorecer esses sintomas quando se adoecer, condições estas sobre as quais é possível actuar. Neste sentido, a autora (2005) explicita que nunca se deve perder de vista para que serve a observação: para salvar a vida e aumentar a saúde e conforto. Por todas estas razões, a acção de enfermagem visa por um lado melhorar as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, com o objectivo de prevenir, limitar a doença e por outro lado, revitalizar quem se encontra doente.

Após Nightingale, no início do século XX, efectuam-se diversas descobertas a nível científico e os cuidados médicos vão-se tornando cada vez mais complexos. A profissão de enfermagem, tal como as restantes profissões de saúde, passa a ter uma orientação mais centrada na doença e, também por isso, a ser marcada por uma lógica de dependência, de auxílio e assistência à prática médica, onde se inscreve, segundo Kérouac (1994), o paradigma da categorização. Estes factores influenciaram a transformação do sistema de valores, dos objectivos e do conhecimento em enfermagem, o que a levou a ser predominantemente dominada pelos valores inerentes ao modelo biomédico.

Através da evolução das ciências humanas e da sociedade surgiu a necessidade da criação de um corpo próprio de conhecimentos, que se deu a partir dos anos cinquenta com o surgimento do paradigma da integração que contempla uma visão holística e humanística do ser humano, valorizando a globalidade deste. Um modelo incontornável surgiu em 1956, com Virgínia Henderson (1994) que explicita, o conceito de enfermagem como uma ajuda à pessoa, de forma a responder às suas necessidades, conforme refere

a função essencial da Enfermagem é assistir o indivíduo, doente ou não, na realização das actividades que contribuem para a sua saúde ou recuperação (ou a uma morte digna) e que ele levaria a cabo, sem ajuda, se tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários. E fazer isto de maneira a ajudá-lo a adquirir independência, o mais rapidamente possível (p.21).

A mesma autora desenvolve a teoria de cuidado (1956), Teoria das Necessidades Humanas Básicas, na qual o cuidado é centrado na pessoa doente e família. Nesta, identifica catorze necessidades fundamentais que compreendem os componentes dos cuidados de enfermagem e que, uma vez satisfeitas, garantem a promoção do bem-estar. Tal como Henderson perspectivava, o saber em enfermagem tem evoluído no sentido de desenvolver um quadro conceptual, uma estrutura da prática que lhe é próprio, singular e distinto dos demais no âmbito da saúde, ou seja, explicitar qual é a essência dos cuidados de enfermagem, qual a sua função específica e autónoma.

Desta forma os cuidados de enfermagem aparecem conceptualizados por Bento (1997) como sendo

toda a assistência prestada à pessoa considerada no seu todo em interacção permanente com o meio, qualquer que seja o contexto em que se encontra e tendo em conta a sua história de vida, na satisfação das suas necessidades, de forma a promover a sua saúde, a harmonia do todo, prevenir a doença e promover a recuperação, favorecendo a independência, a adaptação e o desenvolvimento ao longo da vida (p. 56).

Na mesma linha de pensamento, para Collière (1999) os cuidados de enfermagem não visam apenas a doença ou limitação, mas a inter-relação que existe entre as possibilidades, capacidades e recursos da pessoa, ao longo do seu ciclo de vida, ao que a rodeia e ao seu ambiente. Segundo esta autora o domínio dos cuidados de enfermagem engloba três importantes subdomínios, tudo o que diz respeito à pessoa, à sua limitação ou à sua doença, pelo que os cuidados de enfermagem são fundamentalmente cuidados de manutenção da vida. Refere que além da assistência à situação de doença, os cuidados de enfermagem visam a mobilização e o desenvolvimento das capacidades da pessoa, da família e da comunidade, para fazer face a um determinado acontecimento, tornando-os competentes e capazes de utilizar os recursos físicos, afectivos, sociais e económicos de que dispõem. Estes cuidados visam a promoção do bem-estar de acordo com a concepção do cliente e a capacitação da pessoa para decidir os estilos de vida e comportamentos saudáveis.

Numa abordagem que vem complementar as anteriores, Watson (2002) expõe que em enfermagem é fundamental reconhecer a influência do ambiente interno e externo na saúde e doença dos indivíduos. Os conceitos relevantes para o ambiente interno incluem o bem-estar mental e espiritual, e as crenças socioculturais do indivíduo, sendo o ambiente externo constituído por variáveis epidemiológicas, conforto, privacidade, segurança e presença de um ambiente limpo e estético. Assim sendo, sempre que possível a enfermeira proporciona conforto. A autora identificou e usou a expressão de medidas de conforto como sinónimo de intervenções de enfermagem.

Neste sentido, Kolcaba (1992) refere que a enfermagem é a apreciação intencional das necessidades de conforto, a concepção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e a reapreciação dos níveis de conforto e após a implementação das intervenções efectuadas, e identifica necessidades de cuidados de saúde como

necessidades de conforto resultantes de situações de cuidados de saúde provocadoras de tensão.

Necessidades que incluem necessidades físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais que podem ser identificadas através de relatos verbais ou não-verbais, necessidades patofisiológicas, necessidades de educação e apoio e ainda necessidades de aconselhamento financeiro e de intervenção. Assim, a prestação de cuidados é orientada numa perspectiva holística, onde são levadas em conta as variantes corpo-mente-espírito em todas as acções e intervenções junto da pessoa doente, reconhecendo-se simultaneamente a sua especificidade e a influência de factores ambientais externos e internos na saúde.

Considerando a importância dos referenciais teóricos que surgiram ao longo da evolução da profissão de enfermagem, recorri a um conjunto de orientações que regulam a profissão e que nos possibilitaram uma maior compreensão do contexto actual onde se desenvolve a profissão de enfermagem. Assim, os padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2002) referem que os cuidados de enfermagem centram-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e uma pessoa e/ou grupo de pessoas, caracterizando-se pelo estabelecimento de uma parceria, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel.

Neste contexto, procura-se ao longo de todo o ciclo de vida a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue, procurando-se (O E, 2002)

prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores, frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente (p.6).

Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa, a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, visando a alteração de comportamentos, com vista à adopção de estilos de vida e comportamentos saudáveis, envolvendo a unidade familiar e comunitária no processo de cuidados. Os cuidados de enfermagem não podem ser reduzidos a uma definição, pois compreendem a diversidade das necessidades de saúde

da pessoa em função do seu projecto de saúde, razão pela qual o exercício profissional do enfermeiro se insere num contexto de actuação multiprofissional e se distinguem dois tipos de intervenções, as intervenções autónomas e as intervenções interdependentes.

Porém, a identificação (Collière, 1999) “das características dos cuidados e dos serviços de enfermagem, [a explicação] do processo de cuidados e determinar o seu campo de competência” (p.232), leva a que esta possa ser reconhecida socialmente. Desta forma, a população poderá saber o que esperar e quem presta os cuidados saberá o que poderá exigir (meios e condições) de forma a poder exercer a sua prestação. Cuidar é considerado por Collière (1999) um acto de reciprocidade, em que todos podem cuidar de alguém temporariamente ou definitivamente. Os cuidados organizam-se, de acordo com esta perspectiva, em torno de duas áreas, os cuidados de manutenção e os cuidados de reparação.

Relativamente à natureza destes cuidados, a autora identifica dois tipos diferentes, *care* e *cure*. Os cuidados quotidianos e habituais (*care*) encontram-se ligados à função de manutenção e de continuidade da vida. Os cuidados de reparação (*cure*) estão ligados à necessidade de tratamento, de forma a modificar os obstáculos à vida, assegurando a continuidade da mesma. A distinção entre estes dois tipos de cuidados é importante, de forma a poderem ser delineadas as orientações e opções que orientam, não apenas relativamente à função do cuidar mas também em relação ao conjunto de acções sanitárias e sociais.

Os cuidados de enfermagem devem encontrar-se direccionados para a manutenção da vida, em que a (Collière, 1999) “única finalidade consiste em permitir (...) desenvolver a sua capacidade de viver ou de tentar compensar o prejuízo das funções limitadas pela doença, procurando suprir a disfunção física, afectiva ou social que acarreta” (p.241).

O campo de competências enquanto (Collière, 1999, p. 231), “maneira de agir, forma de viver, de sentir, o que se faz no exercício de uma função” é pautado, na nossa realidade portuguesa, pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), publicado no Dec.-lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Dec.-lei nº 104/98 de 21 de Abril) que nos diz que a

enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (artigo 4.º n. 1).

Este define ainda os cuidados de enfermagem como

as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais. Os cuidados de enfermagem são caracterizados pelo: Terem por fundamento uma interacção entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade; Estabelecerem uma relação de ajuda com o utente; Utilizarem metodologia científica, em todo o processo de cuidados (artigo 5º).

Este processo implica um conjunto de tomada de decisões, em que o enfermeiro é sujeito activo, mas no qual o outro é parceiro activo, passivo e/ou cooperativo. Neste sentido, Collière (1999) refere que o processo de cuidados marca todo o encontro entre duas ou mais pessoas que são elementos deste, envolvendo uma troca proveniente de origens diferentes e complementares, com o objectivo de determinar a natureza dos cuidados a proporcionar, a razão destes cuidados, os objectivos e os meios necessários para os atingir. O processo de cuidados tem de (Collière, 1999) “se enraizar no que as pessoas vivem, tendo em conta a sua doença, as limitações que daí resultam ou as dificuldades que encontram” Esta, mesma autora, identifica-o como um processo da: descoberta, elucidação e acção entre parceiros sociais com competências diferentes mas complementares, visando a sua forma de concretização tendo em conta as suas capacidades e recursos num dado ambiente (p.293).

As situações de cuidados que têm como intenção a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e auto cuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2004) constituem um encontro entre pessoas na procura da sua complementaridade, relativamente à necessidade de saúde.

A primeira descoberta desse encontro situa-se num conhecimento do outro, do seu papel, do seu estatuto e da sua cultura. Os clientes dos cuidados e a sua família são os elementos fundamentais da situação e são a primeira fonte de conhecimentos, não

apenas pelo que referem sobre si, mas por tudo, o que podemos compreender das suas mensagens verbais e não verbais. Desta forma, (Collière, 1999) “cuidar surge pois como a partilha de um poder entre os utilizadores dos cuidados e os que os prestam, e isso exige tornar-se capaz de situar os limites da acção de cuidados, entre os quais os cuidados de enfermagem ” (p. 318).

Assim, as pessoas são consideradas a primeira fonte de conhecimento fundamental à detecção do problema e ao desencadear dos cuidados. À pessoa pertence o fio condutor, é ela que dá o sentido: significação e direcção (Collière, 1999). De acordo com o artigo 5.º, do REPE, os cuidados de enfermagem, definem-se por utilizarem metodologia científica, que inclui a:

- a) Identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade;
- b) Recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta;
- c) Formulação do diagnóstico de enfermagem;
- d) Elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem;
- e) Execução correcta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários;
- f) Avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções.

Deste modo na prestação de cuidados, o enfermeiro orienta a sua prática tendo por base o processo de enfermagem com vista à criação de uma relação terapêutica que se (OE, 2002)

caracteriza pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde. Várias são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida envolvendo as pessoas significativas do cliente individual (família, convivente significativo) (p.8).

Como nos refere este mesmo documento, a tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo, implica uma abordagem sistémica e sistemática. No processo de tomada de decisão o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade), após efectuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de

enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.

Neste processo, o enfermeiro mobiliza os seus conhecimentos, capacitando-se para efectuar um julgamento adequado e decidir em conformidade com os ideais que regulam a profissão, e na fase de implementação das intervenções, incorpora os resultados da investigação na sua prática (OE, 2002). De acordo com o estudo de Jesus (2004), depende “do nível de estruturação da actividade, da informação disponível e do tempo que os enfermeiros dispõem para julgar e decidir” (p.56).

Relacionando estas reflexões sobre o cuidado de enfermagem e como nos refere o regulamento do exercício profissional do enfermeiro, denominado REPE, na alínea 4, artigo 5º, os cuidados de enfermagem caracterizam-se por,

englobarem as diversas formas de actuação, segundo o nível de dependência da pessoa. Assim, a prestação de cuidados é orientada numa perspectiva holística, onde são levadas em conta as variantes corpo-mente-espírito em todas as acções e intervenções junto da pessoa doente, reconhecendo-se simultaneamente a especificidade da pessoa e a influência de factores ambientais externos e internos na saúde.

Por todos estes processos, que de algum modo foram enunciados, compreende-se que, no estudo em desenvolvimento, procurou responder a questões cuja resposta poderá ajudar a melhor compreender o fenómeno em estudo: o que vivenciam os enfermeiros de um serviço de Medicina, do Hospital desta Região, no cuidado à pessoa idosa internada, que desenvolveu úlceras por pressão, durante a sua estadia neste serviço.

Em situação de doença uma pessoa idosa vivência sentimentos de ameaça, perda, dor, stress, ansiedade e insatisfação das necessidades básicas, o que conseqüentemente leva ao desconforto, ao sofrimento e em múltiplas situações ao desenvolvimento de úlceras por pressão. A doença é desta forma, uma fonte de sofrimento que faz com que a pessoa se confronte com os seus limites, que repense valores e procure incessantemente formas de aliviar esse sofrimento, através de medidas de conforto.

De acordo com McIntyre (2004), a doença é para qualquer pessoa uma experiência dolorosa e geradora de desconforto, afectando todas as dimensões da vida pessoal,

desde os aspectos mais individuais até aos mais sociais como é exemplo da prática quotidiana o isolamento relacionado com o internamento e ou com o odor relacionado com as úlceras por pressão. Odor relacionado com o nível de severidade, relacionado com a presença de tecidos desvitalizados ou com a colonização crítica ou infecção.

A pessoa, enquanto projecto de saúde pode ter a capacidade de resiliência, lutando de forma a superar a condição de sofrimento, tentando assim, atingir estados de conforto que são uma condição para a existência, para que a pessoa possa prosseguir.

Estes estados de conforto são como um aconchego para o sofrimento e desconforto provocados por todo o processo de doença. É neste sentido que a pessoa tem a necessidade de apoio dos profissionais de saúde, nomeadamente, dos enfermeiros, que têm como finalidade o cuidar, aliviando o sofrimento e promovendo estados de conforto ao seu objecto de intervenção, a pessoa.

Posto isto, confortar ou promover conforto esteve desde sempre associado ao cuidar, tal como nos recordam Nightingale (2005) e Collière (1999). Desde meados do século XIX, com Nightingale, até aos dias de hoje que o conceito de conforto tem sido referido, por autores nacionais e internacionais, como um conceito fundamental na prática de enfermagem, dando-se ênfase a medidas de promoção, manutenção e restauração do conforto. Nesta mesma linha, Aikens (1908) deu o seu contributo explicitando que “o conforto do doente era a primeira e a última consideração da enfermeira, pois uma boa enfermeira punha os doentes confortáveis e a provisão do conforto era um factor primário determinante da habilidade e personalidade de uma enfermeira” (p.423).

Mais tarde, Harmer (1926) afirmou que os cuidados de enfermagem estavam relacionados com a criação de uma atmosfera geral de conforto. Também Orlando (1961) mencionou o conforto enquanto conceito de grande relevância para a disciplina de enfermagem, assentando-o em duas perspectivas: a de missão – a ajuda para que o cliente experimente o conforto; a de competência profissional ou resultado – tornar o cliente confortável.

Hesbeen (2000) refere-se, ao conforto como uma das quatro características de suporte da prática de enfermagem. Essas quatro características de, conforto, doçura, calor e pormenores, contribuem para a saúde da população. O conforto começou a ser apreendido como um estado de bem-estar físico e mental. Indo de encontro a este fenómeno, Morse (1992) aborda a prestação de cuidados físicos e a atenção a aspectos emocionais, como componente essencial dos cuidados de enfermagem e, defende que o fim último desta disciplina é proporcionar conforto, argumentando que o cuidar como conceito não implica a essência da prática de enfermagem.

O conforto como um estado de bem-estar que ocorre a qualquer altura, do continuum doença-saúde (Morse, 1992). Por sua vez Collière (1999) reforça que os cuidados de enfermagem recorrem a diversas tecnologias, das quais, são consideradas como principais as que servem de manutenção da vida, como os cuidados de higiene, alimentação e conforto, tão importantes para a prevenção de úlceras por pressão na pessoa idosa.

1.3-PROBLEMATICA DO ENVELHECIMENTO

Sendo inquestionável que os idosos estão expostos a factores externos que podem desencadear algumas situações de crise como a doença física, alterações comportamentais e perturbações mentais, no entender de Fernandes (1997)

a velhice tornou-se um problema social e passou a mobilizar gente, meios, esforços e atenções suficientes para que qualquer um disso se aperceba. A ela está vulgarmente associada a ideia de pobreza ou, pelo menos, da escassez de meios materiais, de solidão, doença e também, de alguma forma, de segregação social, corte com o mundo (p.10).

A mesma autora enfatiza as preocupações originadas por desequilíbrios provocados por concentrações excessivas de idosos em espaços de acentuado envelhecimento. O que observamos actualmente na nossa sociedade, é que algumas das pessoas idosas são discriminadas socialmente onde critérios como a idade, a doença e a pobreza, os torna num grupo vulnerável ao abandono e ao aparecimento precoce de doenças crónicas na maioria das vezes acompanhadas de úlceras por pressão.

Para que o envelhecimento populacional não seja considerado um fenómeno negativo, a WHO (2002) definiu que “envelhecimento activo é o processo de optimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (p.14).

Deste modo, o envelhecimento das pessoas pode ser experienciado de uma forma positiva ao longo da vida e deve ser acompanhado de oportunidades contínuas para garantir a sua saúde, a participação na sociedade e a sua segurança. A denominação de envelhecimento activo refere-se à participação contínua da pessoa idosa nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis e não apenas à capacidade de estar fisicamente activo ou de fazer parte da força de trabalho.

Foram identificadas pelo INE (2002), algumas condicionantes ao desenvolvimento de uma sociedade onde o envelhecimento das pessoas possa ser vivido em Portugal, com uma maior qualidade de vida, sendo elas: as deficitárias relações familiares e sociais, o isolamento e as inúmeras formas de exclusão social de que são alvo. Neste contexto é especificado ao longo do documento a superioridade numérica de mulheres idosas sem escolarização; o índice de dependência e de incapacidade; a taxa de incidência de deficiência muitas vezes associada às doenças crónicas e outras.

Entende-se por qualidade de vida, segundo a WHO (2002)

a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e, em relação a seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo, que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e relações com características proeminentes no ambiente (p. 15).

Por esta razão os conceitos de qualidade de vida são vivenciados e experienciados, por cada pessoa, de uma forma singular. O envelhecimento populacional e a qualidade de vida devem ser entendidos numa perspectiva ecológica, visando a pessoa no seu contexto sociocultural, integrando a sua vida actual e passada, ponderando uma dinâmica de forças entre as pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas.

O envelhecimento é acompanhado da impossibilidade de realizar de forma independente algumas das actividades do seu dia-a-dia, devido à dependência que pode ser originada por uma ou várias doenças crónicas, perda das funções fisiológicas atribuíveis ao processo global de senescência, ou então relacionada com a perda de vitalidade que experimentam devido à idade avançada.

A prestação informal de cuidados ocorre com o surgimento de uma doença crónica ou num processo progressivo de doença. As alterações psicológicas não cognitivas, frequentemente são excluídas da definição de demência, considerada doença.

Surge assim, o termo cuidador informal ou cuidador familiar, que designarei a partir de agora por familiar ou familiares, que são quem acolhe e cuida o idoso dependente. Estes têm como finalidade o apoio nas actividades de vida diária e nas actividades instrumentais, onde existe uma interacção de ajuda do outro e regularmente não remunerada ao realizarem actividades, que são necessárias para que a pessoa idosa viva com dignidade.

1.4-PROBLEMATICA RELACIONADA COM O DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

As úlceras por pressão são um problema da humanidade, que se arrasta ao longo da história. Segundo Lazovic, Filipovic, Stojicic e Djuknic (2008, p.28) “ já detectado nas autópsias realizadas a múmias egípcias”. Os mesmos autores (2008) referem-se às úlceras por pressão, como feridas que se desenvolvem, sobre as proeminências ósseas, quando a pessoa permanece deitada, desenvolvendo-se ao nível anatómico do sacro, calcânhar, occipital e trocanter.

Na realidade as pessoas com úlceras por pressão são os grandes consumidores de recursos de saúde, (Lazovic et al., 2008) “ requerem mais de 50% do tempo gasto na prestação de cuidados de saúde; permanecem hospitalizados por longos períodos de tempo, apresentando elevados encargos hospitalares” (p.28).

Os mesmos autores (2008) referem que 3 a 10%, das pessoas hospitalizadas apresentam úlceras por pressão, encontrando-se na sua etiologia a isquémia e a hipoxia, que

resultam da escassa oxigenação dos tecidos. No entanto, também a incontinência é um risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão ou lesão combinada. É enfatizado por Hune (2008) que é necessário

um sistema de tratamento de pele perineal específico para prevenir a dermatite decorrente de incontinência (...) muitos lares utilizam apenas sabão e água como produtos, de forma inconsistente no tratamento perineal. Clinicamente, o sabão e a água interferem com o pH da pele, secando-a podendo, assim, precipitar a sua ruptura (p.23).

Ruptura que rapidamente evolui para uma dermatite de contacto, se os procedimentos e as medidas clínicas de tratamento não forem adoptados, evoluindo para uma lesão combinada da região sacrococcigea.





Foi criada a EPUAP, para conduzir e apoiar todos os Países Europeus nos esforços para prevenir e tratar úlceras por pressão. A sua missão é, assegurar o alívio do sofrimento das pessoas ou em risco de úlceras de pressão, em especial através da investigação e da educação do público.

Por úlcera por pressão entende-se (CIPE, 2005) “um tipo de úlcera com as características específicas de inflamação ou ferida sobre as proeminências ósseas devido a compressão e fricção da pele entre o osso e a superfície subjacente, em que os estadios são graduados segundo a gravidade” (p.29). A definição internacional de úlcera de pressão foi alterada e tornou-se mais específica, sendo definida como (EPUAP/NPUAP, 2009)

uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. Às úlceras de pressão também estão associados factores contribuintes e de confusão cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecido (p.7).

Existe um sistema de classificação internacional das úlceras por pressão, elaborado pela EPUAP/NPUAP (2009), onde são categorizadas em quatro categorias segundo a sua severidade, extensão e profundidade, em acordo com o quadro nº1- Caracterização de úlceras por pressão.

Quadro nº1- Caracterização de Úlceras por Pressão

<p>Categoria I:</p> <p>Refere-se ao eritema não branqueável em pele intacta</p>	<p>Pele intacta com eritema não branqueável de uma área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea, descoloração da pele, calor, edema, tumefacção ou dor podem também estar presentes. Em pele escura pigmentada pode não ser visível o branqueamento.</p>	
<p>Categoria II:</p> <p>Existe perda parcial da espessura da pele ou flictena</p>	<p>Perda parcial da espessura da derme que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho rosa sem crosta. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta preenchido por líquido seroso ou sero-hemático.</p>	
<p>Categoria III:</p> <p>Verifica-se perda total da espessura da pele, tecido subcutâneo visível</p>	<p>Perda total da espessura tecidual. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente, algum tecido desvitalizado como fibrina húmida. Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento. A profundidade de uma úlcera desta categoria é variável com a localização anatómica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo adiposo. Uma úlcera desta categoria pode ser rasa, isto é superficial, em contrapartida, em zonas com adiposidade significativa podem desenvolver úlceras de pressão de categoria III extremamente profundas. O osso e tendão não são visíveis ou directamente palpáveis.</p>	
<p>Categoria IV:</p> <p>Perda total da espessura dos tecidos, músculos e ossos visíveis</p>	<p>Perda total da espessura dos tecidos com exposição dos tendões e músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado como fibrina húmida e ou necrótico. Frequentemente são cavitários e fistulados. A profundidade de uma úlcera por pressão de categoria IV varia com a localização anatómica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo adiposo e estas úlceras podem ser rasas e superficiais. Uma úlcera de categoria IV pode atingir as estruturas de suporte como por exemplo fascia, tendão ou cápsula articular. A osteomielite e a osteíte são prováveis de acontecer. Existe osso e ou músculo exposto visível ou directamente palpável.</p>	

Adaptado: EPUAP/NPUAP (2009)

As úlceras por pressão são lesões que provocam uma dor considerada. A dor na actualidade é entendida como um problema de saúde pública e é subavaliada, subvalorizada e pouco documentada nas pessoas com úlceras por pressão. O PUCLAS 2 (2009), alerta os profissionais para a dor crónica, a EPUAP/NPUAP / NPUAP (2009) nos Guidelines de prevenção e tratamento oferece-nos um capítulo dedicado à avaliação e controle da dor. Referindo que devemos administrar analgésicos regularmente, na dose adequada, para controlar a dor crónica, seguindo as orientações da World Health Organization.

No estudo de Hopkins, Dealey, Bale, e Defloor (2006) onde os participantes eram pessoas com mais de 65 anos, relataram que a dor da úlcera por pressão era agravada pelos alívios de pressão, pelo funcionamento do equipamento e na realização dos tratamentos. A dor tem, ainda, impacto psicossocial e é geradora de incapacidade, que poderá provocar atrasos no processo de reabilitação, absentismo, dependência e isolamento social.

As úlceras por pressão são conhecidos por serem um encargo significativo para a saúde das pessoas, mas pouco se sabe sobre o impacto na sua qualidade de vida porque afectam principalmente as pessoas idosas, e este grupo de pessoas é negligenciado pela sociedade, grupos de investigação e em estudos académicos de um modo geral.

II PARTE

2- PERCURSO METODOLOGICO

No decurso desta fase conceptual, pretendeu-se documentar o fenómeno em estudo, o qual conduziu à formulação do problema de investigação e ao enunciado do objectivo. Nesta fase pretende-se integrar a questão de investigação num conjunto de actividades a realizar. Trata-se de uma investigação de natureza qualitativa do tipo fenomenológica porque considera a experiência humana e o que significou para as pessoas viver esta mesma experiência. É descritivo e exploratório porque é um fenómeno ainda desconhecido, que pretende compreender um fenómeno vivenciado por enfermeiros proficientes e peritos de um serviço de Medicina.

2.1- PROBLEMATIZAÇÃO

Este estudo surge devido às minhas vivências pessoais e profissionais, porque não conheço nenhum trabalho de investigação sobre o modo como os enfermeiros vivenciam o desenvolvimento de úlceras por pressão na pessoa idosa a quem prestam cuidados e ao envelhecimento da população. São as pessoas idosas que apresentam maior prevalência e incidência de úlceras por pressão.

A motivação e empenho, sobre esta temática, surgem, devido às minhas vivências pessoais e profissionais, porque com nove anos de idade experienciei o aparecimento de uma ferida, úlcera por pressão, categoria IV, na região sacrococcigea de uma bisavó. Mas o que mais despertou a minha curiosidade foi o facto de esta realidade ser escondida dos mais novos.

Actualmente posso classificar a ferida e localizá-la, porque curiosa e talvez desobediente, durante cinco anos, arranjei todas as estratégias ao meu alcance para observar, visualizar e escutar as conversas de adultos relacionadas com aquela ferida, a qual era cuidada pela minha avó. Cuidava-a com muito carinho e sensibilidade, limpava-a com água e sabão, utilizando pedaços de tecido branco de algodão.

Existia um cuidado especial com o conforto, associado ao colchão, que era de camisas de milho, desfiadas em tiras muito finas, certamente para proporcionar conforto e para reduzir a dor. Existiu sofrimento, isolamento, privação do contacto com o mundo das pessoas, com o som dos animais, com o sol, com as estrelas, com a lua, entre outros, durante alguns anos. Existiam filhos, netos, bisnetos e alguns vizinhos. Havia resiliência, esperança, fé e muito amor. A minha bisavó encontrava-se colaborante, consciente, orientada e com objectivos de vida, morreu aos 95 anos de idade, mas devido a uma úlcera por pressão categoria IV, na região sacrocossigea.

Quis o meu percurso de vida, que enquanto estudante do curso geral de enfermagem, acompanhasse a morte de uma mulher com quem cuidei. Tinha o mesmo nome da minha mãe, Alzira, era paraplégica e tinha 44 anos de idade, cuja causa de morte foi uma sepsis, mas provocada por uma úlcera por pressão, categoria IV, localizada na região sacrocossigea. Situação, que determinou todo o meu agir quotidiano como enfermeira, porque consciencializei que as úlceras por pressão são uma causa de morte, independente da idade.

Poderei afirmar, que o meu ingresso no Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação foi fortemente influenciado pelas minhas vivências pessoais e profissionais. Em 1998 sou colocada como enfermeira chefe, no serviço de urgência, de um Hospital onde experienciei uma dimensão das úlceras por pressão até aí desconhecida, o odor. O odor intenso que se dispersava por todo o serviço, o olhar triste e envergonhado das pessoas portadoras das úlceras por pressão e dos seus conviventes significativos ou familiares. Alguns faziam comentários relacionados com o odor, desconforto e incómodo, outros tentavam usar o humor para aliviar o seu desconforto e sofrimento. Outro grupo tentava demonstrar que nada os afectava, inclusive a dor física.

Nesse momento entendi, que estas situações deveriam ser monitorizadas e evidenciadas, através da sua identificação e do registo das intervenções de enfermagem implementadas para o tratamento e para a prevenção desta epidemia silenciosa que se arrasta desde a existência da humanidade. De acordo, com Soldevilla (2010), este entende as úlceras por pressão “como um problema”, porque são uma epidemia viva e silenciosa do século XXI.

Em verdade, na actualidade continuamos a observar, na nossa prática diária, pessoas idosas dependentes, desnutridas, com úlceras por pressão, a morrerem. A esperança média de vida aumentou, a qual contribuiu para o aumento do número de pessoas com idades mais avançadas. Aparece o grande idoso, com todos os problemas de saúde e dependência inerentes ao seu tempo de vida, dos quais destaco, os problemas relacionados com a nutrição, hidratação, incontinência de esfíncteres, mobilidade, actividade, percepção sensorial e ainda os problemas relacionados com fricção e forças de deslizamento, alterações cardiovasculares, endócrinas, osteoarticulares, entre outros.

Entendendo, as úlceras por pressão como sinal de maus-tratos, porque evidenciam abandono ou negligência dos seus cuidadores, com os cuidados básicos, principalmente, com a alimentação, hidratação, cuidados de higiene e conforto, eliminação, posicionamentos, uso de superfícies de apoio inadequadas ou inexistentes, uso de técnica incorrecta aquando da mobilização e posicionamento.

Estou convicta que, esta investigação, será um contributo à implementação de estratégias, definição de objectivos, escolha da melhor alternativa no processo de tomada de decisão, face aos recursos necessários à consecução de um processo de prestação de cuidados de saúde, cujo objectivo é promover a qualidade de vida da pessoa idosa, a sua autonomia e ganhos em saúde.

A continuação de estudos sobre este fenómeno, justifica-se, para que existam ganhos em saúde, pois as úlceras por pressão além de afectarem a qualidade de vida das pessoas, traduzem-se em aumento significativo dos dias de hospitalização. Dentro deste contexto, a abordagem deste estudo centra-se na vivência dos enfermeiros de um serviço de Medicina de um Hospital desta Região, no cuidado à pessoa idosa internada, que desenvolveu úlceras por pressão, durante a sua estadia neste serviço.

2.2-TIPO DE ESTUDO

Atendendo a que não existem relatos sobre o fenómeno em estudo, isto é, desconheço a existência de qualquer trabalho sobre esta temática, uma vez que as úlceras por pressão constituem uma ameaça à qualidade de vida e à vida das pessoas, entendo este estudo de carácter abstracto e a experiencia dos participantes intersubjectiva, apontando para a

necessidade de utilizar uma metodologia que me permita esclarecer possíveis inconsistências, discrepâncias e ambiguidades relacionadas com o fenómeno em estudo, como também desocultar as vivências dos enfermeiros de forma a torná-las claras e aplicáveis no âmbito do nosso saber e na nossa prática quotidiana.

É um estudo exploratório, porque é uma área temática não explorada, uma vez que não existe conhecimento de estudos realizados nesta área. Tem como finalidade esclarecer conceitos, ideias e promover futuros estudos complementares ou similares, que promovam a qualidade de vida das pessoas idosas, a felicidade dos enfermeiros e de todas as pessoas envolvidas no cuidado.

Em investigação qualitativa, além dos critérios de cientificidade, são importantes os critérios de ordem social como a pertinência sócio profissional dos resultados da investigação, a sua aplicabilidade em contexto de prática, uma atitude ética na transparência das informações prestadas aos indivíduos sobre os objectivos da investigação e a garantia da confidencialidade.

Ao longo deste trabalho serão atendidos critérios de ordem epistemológica como critérios de credibilidade, transferibilidade e confirmabilidade, critérios de ordem social como princípios éticos e a pertinência sócio profissional, do estudo deste fenómeno. Para Leininger (1988) a investigação qualitativa é a forma inicial e mais frequente de descobrir fenómenos e de documentar factos desconhecidos de aspectos relacionados com a vivência das pessoas, entendendo-a como o principal método para descobrir essências, sentimentos e significados o que se coaduna com o objectivo deste estudo.

Optou-se por uma pesquisa qualitativa porque visa explorar um fenómeno ainda mal conhecido, isto é, pretende-se explorar em profundidade um conceito que leva à descrição de uma experiência, ou atribuição de significação. É caracterizada por Bogdan (1994), como um processo, onde: a procura dos dados directamente no seu ambiente natural em que o pesquisador usa como instrumento de base; um processo essencialmente descritivo da percepção do significado do fenómeno num determinado contexto, onde o pesquisador está preocupado com o processo do fenómeno e não apenas com os resultados e com o produto; o pesquisador analisa os dados indutivamente, isto é, sem hipóteses a serem comprovadas empiricamente que emergem

do fenómeno e pela sua percepção chega ao conceito; e a essencial preocupação é o sentido e o significado que os fenómenos têm para as pessoas.

São várias as correntes filosóficas que fundamentam a pesquisa qualitativa e ao defini-la é essencial ter presente os respectivos referenciais teóricos e filosóficos. Não sendo objectivo deste trabalho, a sua descrição, considero que as principais linhas filosóficas que norteiam esta pesquisa qualitativa são uma abordagem fenomenológica, porque privilegia a consciência, a intencionalidade do sujeito, que percebe a realidade social de uma construção humana, em que a transformação se processa mediante a interiorização, a reflexão, a modificação cultural e científica. São privilegiados os dados experimentais, porque são estes que fornecem as informações mais complexas e completas relativamente aos significados próprios, do entrevistado face ao desenvolvimento das úlceras por pressão na pessoa idosa a quem prestam cuidados.

Procedeu-se, á realização das entrevistas, seguindo-se uma análise de conteúdo das mesmas sobre a informação obtida, que em acordo com Guerra (2008) pretendeu-se “descrever as situações, mas também interpretar o sentido do que foi dito” (p.69). Embora considerado um método empírico, por alguns autores, trata-se de uma técnica de investigação que permite fazer inferências válidas dos dados para o contexto da investigação e produzir conhecimento.

Caracteriza-se por implicar um raciocínio indutivo, aceitar material não estruturado, ser sensível a variações simbólicas e as categorias são definidas *a posteriori*. É sustentado pelos critérios de credibilidade, transferibilidade e confirmabilidade, o que exige ao investigador reflexão e criatividade. Em conformidade com Guerra (2008)

quando falamos em investigação empírica, falamos de uma série de operações como descrever os fenómenos (nível descritivo), descobrir as suas co-variações ou associações (nível correlacional e *grosso modo* objectivo da análise categorial) e ainda descobrir relações de causalidade/de interpretação das dinâmicas sociais em estudo (nível interpretativo e *grosso modo* correspondente à análise tipológica) (p.69).

Nesta perspectiva, Flick (2005) considera que esta abordagem se orienta

para três posições fundamentais: a tradição do interaccionismo simbólico, preocupado com os significados subjectivos e as atribuições individuais de sentido; a etnometodologia, interessada nas rotinas do quotidiano e na sua criação; e as posições estruturalistas ou psicanalíticas, que exploram os processos do inconsciente psicológico ou social (p.17).

2.3- PARTICIPANTES

O fenómeno em estudo é a compreensão das vivências dos enfermeiros, face ao desenvolvimento de úlceras por pressão na pessoa idosa, internada no serviço onde prestam cuidados de saúde. Entendo como participantes deste estudo todos os enfermeiros de um serviço de Medicina, de um Hospital desta Região, Proficiente (estadio 4) e Peritos (estadio 5), de acordo com trabalho desenvolvido por Patrícia Benner (2005).

Optou-se por esta população com o fim de recolher informação pormenorizada sobre as vivências dos enfermeiros que reflectem um tipo de envolvimento e de preocupação com o outro onde existe a possibilidade de dar e receber ajuda, contextualizada em saberes prévios mas sobretudo baseada no respeito, confiança, autonomia, verdade, beneficência e não maleficência, que conduz à realização de ambas as partes.

A possibilidade dos enfermeiros terem uma vivência, quase permanente e prolongada com as pessoas doentes, este tipo de estudo facilita o reviver dessas experiencias e sentimentos durante a entrevista, onde o investigador tem de captar as experiencias, sentimentos e vivências dos participantes, para que este tenha a oportunidade de falar plenamente acerca do fenómeno em estudo.

Por estas razões, decidi pelos estadios de desenvolvimento referidos anteriormente, porque de acordo com Benner (2005) “a enfermeira proficiente aprende pela experiência quais os acontecimentos típicos que vão suceder numa determinada situação e como se pode reconhecer que o que era previsto não se vai concretizar. Trata-se de uma teia de perspectivas” (p.51). A enfermeira possui capacidade fundada na sua experiência que a torna capaz de reconhecer as situações no seu todo, o que interfere no processo de tomada de decisão, tornando-a eficiente, em conformidade e adequada a cada situação.

A mesma autora (2005) entendeu no seu estudo, que “a enfermeira proficiente aprende melhor através de um método indutivo, quando começamos por um caso clínico e a deixamos utilizar os seus meios de compreensão da situação” (p.53).

Esta enfermeira por sua vez é capaz de reconhecer um estado crítico da pessoa doente, antecipando as mudanças explícitas. Benner (2005, p.53) refere que “encontramos enfermeiras proficientes nas que trabalham com a mesma população de doentes há cinco anos”. Em acordo com este estudo, Benner (2005) infere que nem todas as enfermeiras são capazes de se tornarem peritas. Apresenta-nos uma situação de uma enfermeira perita que trabalha há quinze anos com o mesmo tipo de população, acrescentando que “as enfermeiras peritas não são difíceis de reconhecer, porque, muitas vezes, dão opiniões clínicas ou gerem situações complexas de uma maneira notável” (p.56).

Assim a população participante neste estudo são sobretudo mulheres, com uma média de 36.5 anos, casadas, com o curso de licenciatura em enfermagem e uma média de tempo de exercício profissional neste serviço, e com a mesma tipologia de pessoas, doentes, igual a 8.17 anos de acordo com o quadro nº2 - Caracterização dos Participantes.

Quadro2 - Caracterização dos Participantes

PARTICIPANTE	SEXO	IDADE	ESTADO CIVIL	HABILITAÇÕES ACADÉMICAS	TEMPO DE SERVIÇO	CATEGORIA PROFISSIONAL
Nº 1 - (E1)	F	29	Casada	Licenciatura	Seis anos	Enfermeira
Nº 2 - (E2)	M	30	Solteiro	Licenciatura	Seis anos	Enfermeiro Especialista
Nº 3 - (E3)	F	51	Casada	Licenciatura	Cinco anos	Enfermeira Especialista
Nº 4 - (E4)	F	42	Divorciada	Licenciatura	Dezanove anos	Enfermeira
Nº 5 - (E5)	F	27	Solteira	Licenciatura	Cinco anos	Enfermeira
Nº 6 - (E6)	F	40	Casada	Bacharelato	Oito anos	Enfermeira

A apresentação, deste quadro foi decidida considerando a visualização rápida da caracterização da população amostral. Dos enfermeiros especialistas, estão representadas as especialidades de enfermagem médico-cirúrgica e de enfermagem de reabilitação.

2.4- QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Como vivenciam os enfermeiros de um serviço de Medicina, de um Hospital desta Região, os cuidados à pessoa idosa internada, que desenvolveu úlceras por pressão, durante a sua estadia neste serviço? É esta, a questão central e norteadora deste estudo. Para uma melhor exploração deste problema surge a necessidade de formular outras questões secundárias, que ajudaram a explicitar a questão principal e a desocultar o fenómeno em estudo. São elas:

- Qual o conhecimento dos enfermeiros sobre úlceras por pressão em pessoas idosas?
- Como vivenciam os enfermeiros o confronto dos seus saberes com a sua prática profissional?
- Qual o envolvimento dos enfermeiros na tomada de consciência para o processo de mudança?

2.5-OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO

Em qualquer trabalho de investigação, há que definir de forma sucinta e explícita o objectivo geral do mesmo, ou seja, aquilo que pretende estudar. Por vezes é necessário também, apontar para um conjunto de objectivos específicos, que emergem com a finalidade de clarificar melhor o subjacente ao objectivo geral.

Assim, este trabalho tem como objectivo geral, do fenómeno em estudo:

Compreender o que vivenciam os enfermeiros de um serviço de Medicina, de um Hospital desta Região, no cuidado à pessoa idosa internada, que desenvolveu úlceras por pressão, durante a sua estadia neste serviço.

Como objectivos específicos:

- Contribuir para a produção do conhecimento sobre a área temática de úlceras por pressão em pessoas idosas;
- Promover a reflexão crítica dos enfermeiros através do confronto dos saberes com a prática profissional;
- Fomentar a tomada de consciência para o processo de mudança.

2.6-PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

As entrevistas exploratórias podem ser um importante contributo, no início de um trabalho de investigação, na medida em que, segundo Quivy (2005) “as entrevistas exploratórias têm, portanto, como função principal revelar determinados aspectos do fenómeno” (p. 69). Ao referir entrevista, considerou que, consiste na recolha de informação através de um processo de comunicação, durante o qual o entrevistado responde a questões, elaboradas pelo entrevistador. Completando, Fernandes (1993) também considera que as entrevistas, “podem visar a recolha de informações sobre dados de facto, que só dificilmente serão conhecidos de outro modo, procurar a recolha de indicações sobre opiniões, atitudes e comportamentos prováveis” (p.176).

Numa trajectória de investigação, cuja atitude é reflexiva, questionadora e que envolve um círculo hermenêutico dialéctico, que parte da busca e da compreensão do fenómeno em estudo, que passa pela sua descrição, interpretação, análise e síntese a partir da qual se consegue uma nova compreensão do fenómeno, tentei compreende-lo através da entrevista semi-estruturada.

Para Flick (2005, p.77) “há diversos tipos de entrevistas semi-estruturadas”. Apenas com o objectivo de informar, este autor classifica as entrevistas semi-estruturadas, e seu domínio de aplicação, como entrevista focalizada, para uma análise do significado subjectivo; entrevista semi-padronizada, para reconstituição das teorias implícitas; entrevista centrada no problema, para compreensão de problemas sociais ou biográficos relevantes; entrevista de peritos, para conhecimento especializado nas instituições; e entrevista etnográfica, num quadro de investigação de campo.

Optou-se pela entrevista semi – estruturada, técnica de colheita de dados, porque ela favorece a interacção entre pesquisador e os colaboradores do estudo permitindo

abordagens pessoais e até íntimas, isto é, podemos ser livres de explorar, aprofundar, clarificar e elucidar tópicos no discurso da mesma. Assim a entrevista foi orientada para a informação, porque pretende circunscrever a percepção e o ponto de vista de uma pessoa ou de um grupo de pessoas numa determinada situação.

No grupo de tipos de entrevista, poderemos considerar as que são orientadas para a resposta e as que vão no sentido da obtenção de informação. Para Lessard-Hébert et al., (1994) “a entrevista orientada para a resposta caracteriza-se pelo facto de o entrevistador manter o controlo no decurso de todo o processo. Ela é, na maioria das vezes, estruturada ou, pelo menos, semi-estruturada e é referenciada a um quadro pré-estabelecido” (p.162).

Este tipo de entrevista permite maior flexibilidade na forma e sequência das perguntas e maior adaptação às características do entrevistado que responde segundo as suas motivações e representações. O entrevistado sente-se livre para abordar os domínios que julgue necessários, permitindo levantar questões segundo o surgir dos assuntos no decorrer da entrevista. De acordo com alguns autores, dos quais Ludke (1988) referem, que esta entrevista é a indicada quando as pessoas entrevistadas têm boa preparação intelectual e quando pretendemos obter a opinião de um grupo dentro de um determinado contexto.

Como base para a realização da entrevista semi-estruturada, elaborei um guião com seis questões abertas, sendo uma das questões, uma anti-tese, para confrontar o entrevistado com a vivência de uma situação positiva com a de uma situação negativa. Os sentimentos obtêm significados não por si próprios mas através da comparação de vivências situadas em pólos opostos, como por exemplo a prevenção de úlceras por pressão e o desenvolvimento de úlceras por pressão em pessoas.

Foi efectuada uma única sessão de entrevista. Os sujeitos do nosso estudo constituíram uma amostra intencional, sendo enfermeiros proficientes e peritos, prestadores de cuidados de enfermagem, no serviço de Medicina, serviço onde a maioria das pessoas idosas são dependentes. O Hospital desta Região é uma organização hospitalar que se caracteriza pela prestação de cuidados a pessoas doentes em fase aguda. A selecção foi

feita atendendo ao desenvolvimento de competências e riqueza da amostra, para se conseguir obter informação em profundidade.

Nas entrevistas de natureza individual o investigador deve adoptar, um comportamento em que, (Lessard-Hébert et al., 1994) “o investigador inspira-se na técnica da escuta activa: ele fita e encoraja o sujeito” (p.166), o que afecta o produto final. É importante criar um clima positivo na entrevista, criando uma relação empática, mostrando interesse, atenção, sensibilidade e conseguir que o entrevistado fale daquilo que é importante para ele, pelo que o investigador deverá perceber quando e em que situações pode emitir juízos de valor ou reformular/validar as questões, ou o referido, ao longo da entrevista.

Estas entrevistas têm como finalidade: compreender as vivências dos enfermeiros, face ao aparecimento de úlceras por pressão em pessoas idosas; a sua participação na identificação dos problemas associados ao aparecimento de úlceras por pressão; a sua participação na identificação de prioridades de actuação para prevenção de úlceras por pressão; a participação na definição de estratégias e de objectivos para prevenção de úlceras por pressão.

Perante o exposto e considerando a natureza e qualidade dos participantes estabeleci como critérios:

- A selecção de enfermeiros com experiencia profissional de cinco ou mais anos com o mesmo tipo de pessoas doentes e a desempenhar funções no serviço de Medicina;
- O contacto com o entrevistado para perceber da sua disponibilidade e interesse em participar no estudo;
- A informação do objectivo, duração prevista e finalidade da entrevista;
- A solicitação de consentimento escrito, para o uso do registo da entrevista em gravação de audio e utilização dos dados após a sua validação;
- A aceitação de participação no estudo após leitura e assinatura do consentimento;
- O que antecedeu e procedeu à entrevista uma conversa informal não relacionada com a temática em estudo;
- A garantia à confidencialidade e o anonimato dos dados obtidos, que serão sempre guardados e mantidos de forma protegida de qualquer divulgação não autorizada, onde o participante possa ser identificado;

- A conformidade com a Universidade do Algarve, onde o registo audio será guardado no mínimo durante cinco anos;
- A consciencialização do seu poder de decisão e direito a autodeterminação para abandonar a sua participação no estudo sem qualquer sanção;
- O entrevistado apresentar disponibilidade para a recepção e devolução da entrevista, após a sua leitura;
- O direito à última palavra, após atribuição de significado ao depoimento.

A entrevista decorreu em local neutro para os intervenientes, num gabinete de pequenas dimensões, mas com um ambiente harmonioso e com cores calmas. Sentámo-nos de frente para uma secretária, mas de imediato, rodámos as cadeiras, de forma harmoniosa, e ficámos lateralizadas à mesma secretária. Formámos um ângulo, numa posição “quase” de frente a frente.

Existiram períodos, durante o discurso, em que houve alteração do tom de voz. Estes momentos estiveram associados a vivências e experiências que foram sentidos como menos positivos ou bloqueadores à implementação de uma política de prevenção de úlcera por pressão e de qualidade de cuidados de saúde. Nestes momentos ocorria uma extensão do tronco com inclinação posterior e anterior da cabeça, onde senti existir algum sofrimento, dos entrevistados, enquanto pessoas e profissionais. As participantes “E2 e E3” optaram por beber água por sentirem a boca seca, “E4” optou por rir e por solicitar aprovação, acerca das suas vivências.

Após o registo áudio, em suporte digital, da entrevista, procedeu-se à gravação em CD e transcreveu-se, na íntegra, a mesma, para suporte informático Microsoft Office Word 2007. O registo em suporte informático Word foi enviado via correio electrónico aos entrevistados para leitura e validação do que tinham dito, ou do que queriam dizer sobre o fenómeno em estudo. Concordaram e reafirmaram que o que tinham dito, era o que pensavam e sentiam sobre o fenómeno. Procedimento, que permitiu o tratamento da entrevista com maior segurança e promoveu a confiança e o respeito entre entrevistados e investigador.

2.7- RECOLHA DE DADOS

Neste trabalho, em que se pretendeu abrir linhas de reflexão, a entrevista é exploratória, que de acordo com Quivy (2005) “não tem como função verificar hipóteses nem recolher ou analisar dados específicos, mas sim abrir pistas de reflexão, ... tomar consciência das dimensões e dos aspectos de um dado problema” (p.79), que é a procura do significado do modo como “vivenciam os enfermeiros de um serviço de Medicina, de um Hospital desta Região, no cuidado à pessoa idosa internada, que desenvolveu úlceras por pressão, durante a sua estadia neste serviço” e da tomada de consciência para o enfermeiro, da sua existência profissional e do seu agir na prática quotidiana.

A entrevista consiste na recolha de informação através da comunicação, durante a qual o entrevistado responde a questões, criadas pelo entrevistador. Da mesma forma, as entrevistas exploratórias podem ser um importante contributo, no início de um trabalho de investigação, na medida em que a função principal é revelar aspectos do fenómeno.

Entre os tipos de entrevista, estruturada, semi-estruturada e não estruturada, em acordo com Powney e Watts (1987), poderemos apontar duas categorias de entrevistas: a entrevista orientada para a resposta; e a entrevista orientada para a informação. A entrevista orientada para a informação pretende circunscrever a percepção e o ponto de vista de uma pessoa ou de um grupo de pessoas numa determinada situação.

Neste trabalho, optou-se pela entrevista semi-estruturada, que de acordo com Flick (2005) “quando o objectivo da colecta de dados são as afirmações concretas sobre um assunto, o meio mais eficiente é a entrevista semi-estruturada” (p. 95), porque a partir de questões básicas, não rígidas, o investigador tem algumas questões como ponto de partida, onde são permitidas adaptações face ao discurso e promove a sua liberdade sem contudo perder o fio condutor, onde o investigador é livre de modificar a sequência das perguntas e a sua redacção.

Este tipo de entrevista permite maior flexibilidade na forma e sequência das perguntas e maior adaptação às características do entrevistado que responde segundo as suas motivações e representações, como já referido. O entrevistado sente-se livre para abordar os domínios que julgue necessários permitindo levantar questões.

Como base para a realização da entrevista semi-estruturada, elaborei um guião de entrevista, que apresento de seguida:

- Lembre-se de uma situação ...de uma pessoa idosa, que tenha desenvolvido uma úlcera por pressão neste serviço, que tenha cuidado e que tenha sido uma experiência significativa para si. Porquê esta? O que sentiu? E porquê?
- O que o levou a agir deste modo? Porquê? E para quê?
- Porque não seleccionou outro “caminho”? O que pensou?
- O que o levou a mudar o seu agir? Porquê? E quando?
- Pensou em algum momento agir de outra forma?
- O que significou para si viver esta experiência?

Este guião, é constituído por seis questões abertas, sendo uma das questões, uma anti-tese, para confrontar os entrevistados com a vivência de uma situação positiva com a de uma situação negativa, porque só assim os sentimentos obtêm significados.

Foi efectuada uma única sessão de entrevista. Os sujeitos do estudo constituem uma amostra intencional, enfermeiros proficientes e peritos, sendo prestadores de cuidados de enfermagem, no serviço onde decorre o estudo. Serviço, que na sua actividade distingue-se pela prestação de cuidados a pessoas idosas e dependentes. A selecção foi feita atendendo às competências o que constitui a riqueza da amostra para obter informação em profundidade.

Nas entrevistas, o investigador adoptou o comportamento enfatizado na técnica da escuta activa, ou seja, ele fita e encoraja o sujeito, o que afecta o produto final. É importante criar um clima positivo na entrevista, criando uma relação empática, mostrando interesse, atenção, sensibilidade e conseguir que o entrevistado fale daquilo que é importante para ele. O investigador deverá perceber quando e em que situação pode emitir juízos de valor, reformular/validar as questões, ou o referido, ao longo da entrevista.

As entrevistas decorreram de 12 de Março a 02 de Outubro de 2010. Foram planeadas de acordo com a disponibilidade dos entrevistados, em local neutro para os intervenientes. Tiveram a duração total de três horas, cinquenta e três minutos e cinquenta e oito segundos, com um limite superior de cinquenta e sete minutos e

cinquenta e dois segundos e com um limite inferior de quarenta e um minutos e cinquenta e oito segundos. A duração média foi de quarenta e seis minutos e oito segundos.

A entrevista número seis “E6” não foi considerada neste estudo, porque apesar de todo o apoio dos participantes, uma enfermeira aquando do início da entrevista iniciou um quadro de sudorese intensa, com contracção muscular e períodos de agitação na cadeira, dizendo ai, ai, ai... é isto que se pretende? Está bem dito?

Este incidente levou-me a cancelar momentaneamente a entrevista. Conversámos e decorridos alguns minutos reiniciámos a entrevista sem sucesso, porque decorridos poucos minutos instalou-se o mesmo quadro. Entendi que a vontade e empenho desta enfermeira em participar era grande, mas existia nela um medo e até algum sofrimento que designava pelo “medo de falhar” Disponibilizou-se para uma nova entrevista, mas entendi que seria um momento de algum sofrimento para ambas, porque enquanto investigadora senti-me angustiada pelo sofrimento da participante, pelo que decidi correr o risco de não efectuar a nova entrevista, e excluir estes “pedaços” de entrevista.

2.8-PROCEDIMENTO PARA A ANÁLISE DE DADOS

Neste trabalho, procedeu-se, a uma análise de conteúdo, da informação obtida, porque e em acordo com Guerra (2008), pretendeu-se “ descrever as situações, mas também interpretar o sentido do que foi dito”(p.69). Embora considerado um método empírico, por alguns autores, trata-se de uma técnica de investigação que permite fazer inferências válidas dos dados para o seu contexto e produzir conhecimento. Caracteriza-se por implicar um raciocínio indutivo, aceitar material não estruturado, ser sensível a variações simbólicas e as categorias são definidas *a posteriori*. É sustentado pela credibilidade, transferibilidade e confirmabilidade dos achados no estudo.

Em linha teórica, poderei acrescentar, que para a análise da entrevista em profundidade, optei por um processo simplificado de análise de conteúdo, construção das sinopses da entrevista, com o objectivo de: reduzir o montante do material identificando o foco central da entrevista; conhecer o discurso e as suas componentes; uma análise descritiva, onde existe uma forte intervenção do investigador.

Análise interpretativa, onde o investigador não se limita apenas a simples descrições etnográficas, procurando sim o sentido social que está subordinado à descrição dos fenómenos, quer através da articulação das variáveis, quer através dos fenómenos estruturais do seu conhecimento.

Assim, é designado por Bardin (2007, p.37), que o termo análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”.

O procedimento para a operacionalização do processo para análise de dados decorreu e pode ser descrito do seguinte modo: no momento da entrevista, o entrevistado falou livremente das suas vivências, existindo a necessidade, em alguns momentos de o direccionar para algumas das afirmações feitas no decorrer da entrevista, para as validar ou reforçar; todas as questões do guião foram abordadas, mas nem sempre com a mesma sequência. Existiram avanços e recuos nas questões.

Poderei afirmar que esta entrevista semi estruturada passou, em alguns momentos, a uma entrevista não estruturada, porque foram abordados aspectos não seleccionados previamente, tendo sido um contributo valioso para o desenvolvimento deste trabalho.

Tenho a percepção que os participantes não esconderam ou omitiram qualquer detalhe das suas vivências, sentimentos ou reflexões sobre o fenómeno em estudo, o que poderá estar associado à relação profissional e de confiança, que existe entre os intervenientes, neste processo.

Considero que a riqueza deste testemunho, só foi possível devido ao conhecimento e vivências dos participantes sobre o fenómeno em estudo, porque a entrevista foi flexível e facilmente passou de uma entrevista semi estruturada, a não estruturada. Sinto que a entrevista não estruturada será a adequada para recolha de informação de fenómenos pouco estudados, na certeza de que é essencial a selecção dos entrevistados. Do mesmo modo, o entrevistador deverá possuir conhecimentos alargados sobre o contexto em que

se desenvolve o fenómeno em estudo, embora desnudado de qualquer preconceito, em campo.

Utilizou-se como notas de registo de trabalho de campo, o (...) para assinalar as interrupções feitas na linguagem utilizada pelo entrevistado, o () com palavras no interior para complementar textualmente a linguagem utilizada pelo entrevistado.

Para identificação da entrevista, atribuiu-se a letra “E” e o número “1 a 5”, que corresponde ao número da entrevista que, surgem neste trabalho, “E1,E2,E3,E4,E5”. Para identificar o investigador, utilizou-se a letra “I”. Utilizaram-se as letras do alfabeto, para codificação dos significados. A letra “S” foi utilizada para atribuição de significado, com os números de codificação, de “1 a 232”. A referência a “E6”, não será efectuada, porque esta entrevista foi excluída, conforme referido.

Procedeu-se a várias leituras cuidadosas e sublinhou-se a informação que se considerou, naquele momento, mais importante, efectuando-se o seu registo em suporte informático. Em seguida, apagou-se o que não estava sublinhado e transferiu-se para um ficheiro a informação sublinhada, onde se utilizaram as notas de registo de trabalho de campo. Iniciou-se a identificação de unidades de significação, a cada frase que o entrevistado referiu, identificadas por E1 a E5, correspondente à entrevista que se considerou de nº “1 a 5”. A cada frase que considerámos com informação importante atribuiu-se um significado, identificado por S. O significado é o que o investigador diz acerca do que o sujeito referiu. Codificaram-se os significados de acordo com o que se entendeu terem em comum, com letras.

Em seguida, fez-se a ordenação dos significados. Esta ordenação é denominada por categorias, que são as frases em que o sujeito fala do mesmo assunto ao longo da entrevista. Procedeu-se à leitura, apagaram-se as letras, que foram um contributo para facilitar a ordenação e a criação de categorias e subcategorias. Criadas as categorias e entendidas as subcategorias do trabalho de investigação, construiu-se um organograma, (figura nº1), a surgir mais adiante, que promove a tomada de consciência de algumas dimensões e aspectos relacionados com as vivências dos enfermeiros de um serviço de Medicina, de um Hospital desta Região, no cuidado à pessoa idosa internada, que desenvolveu úlceras por pressão, durante a sua estadia neste serviço.

2.9-PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Pretendi suportar este estudo nos princípios bioéticos definidos por Beauchamp e Childress (2002), que devem ser sempre respeitados no desenvolvimento de qualquer estudo no âmbito da saúde. São eles os princípios da autonomia, da justiça, da beneficência e não - maleficência.

Ao realizar este estudo tenho consciência e estou atenta às diferentes questões éticas que eventualmente poderão ser levantadas. Estou consciente da importância da preservação da dignidade do outro e do respeito pela pessoa, enquanto ser humano com valores, hábitos, crenças e costumes que devem ser respeitados e aceites. Considerando Fortin (1999)

a ética coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação. Na persecução da aquisição dos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano (p.113).

Realizei o pedido de autorização para a realização do estudo e utilização dos dados ao Exmo. Conselho de Administração do Hospital desta Região, que teve a anuência do Exmo. Director do Serviço e Enfermeiro Chefe do serviço de Medicina (anexo1). Foi solicitado o consentimento informado a todos os enfermeiros entrevistados (anexo2).

Ao elaborar o documento de consentimento informado, no que refere ao princípio da beneficência, entendi-o como o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo da pessoa. O objectivo foi garantir ao entrevistado o anonimato, a confidencialidade dos dados e os requisitos necessários para a sua participação. No contexto do desenvolvimento do estudo, foram considerados para participação os enfermeiros proficientes e peritos do Serviço Medicina II, que entre outras competências, possuem autonomia para tomar decisões.

De acordo com as regras de funcionamento do Hospital, foi realizado o registo do estudo na Unidade Investigação, Centro de Formação Investigação e Conhecimento, do Hospital (anexo3). Sendo a população alvo, deste estudo, profissionais de saúde, não

está previsto o parecer da Comissão de Ética desta Organização Hospitalar. Aquando do tratamento dos dados, foi preservada a confidencialidade das informações fornecidas pelos enfermeiros, bem como a sua identidade, privacidade e dignidade.

2.10-LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Considerou-se como limitação deste estudo, o facto de ser enfermeira supervisora, porque em alguns momentos e durante as entrevistas, os participantes tentavam obter feedback e a envolverem-me na entrevista. Senti que tinham algum cuidado a falar da escassez de recursos humanos, materiais e da sua participação no processo de mudança, o que julgo ter conseguido ultrapassar com algumas questões e reformulação de partes da entrevista.

Talvez o facto de existirem aspectos que podiam ser mais explorados e aprofundados, se existissem dados experimentais, que fornecessem as informações, relativas ao fenómeno em estudo.

III PARTE

3- ANÁLISE, APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Entendendo as úlceras por pressão como uma epidemia silenciosa do século XXI, que afecta sobretudo pessoas idosas e dependentes. Reconhecendo que o envelhecimento está associado à exclusão social, sofrimento, pobreza, doença física psicológica, entre outras. Entende-se deste modo, que a pessoa idosa não represente uma prioridade na nossa sociedade, razão pelo qual os grupos de investigação e académicos não têm produzido estudos no âmbito da investigação, desenvolvimento e integração do conhecimento ou criação de novo conhecimento, sobre esta área temática e fenómeno social.

Atendendo á minha vivência familiar e enquanto profissional de enfermagem reconheço a importância desta área temática e fenómeno social e ao mesmo tempo sinto a motivação, a coragem e o empenho para envolver as pessoas na prevenção e controlo desta epidemia silenciosa que são as úlceras por pressão. Aquando da apresentação e posterior leitura do trabalho de Strapp (2008), entendi que seria importante compreender o que os enfermeiros vivenciavam perante o desenvolvimento de úlceras por pressão na pessoa com quem cuidam.

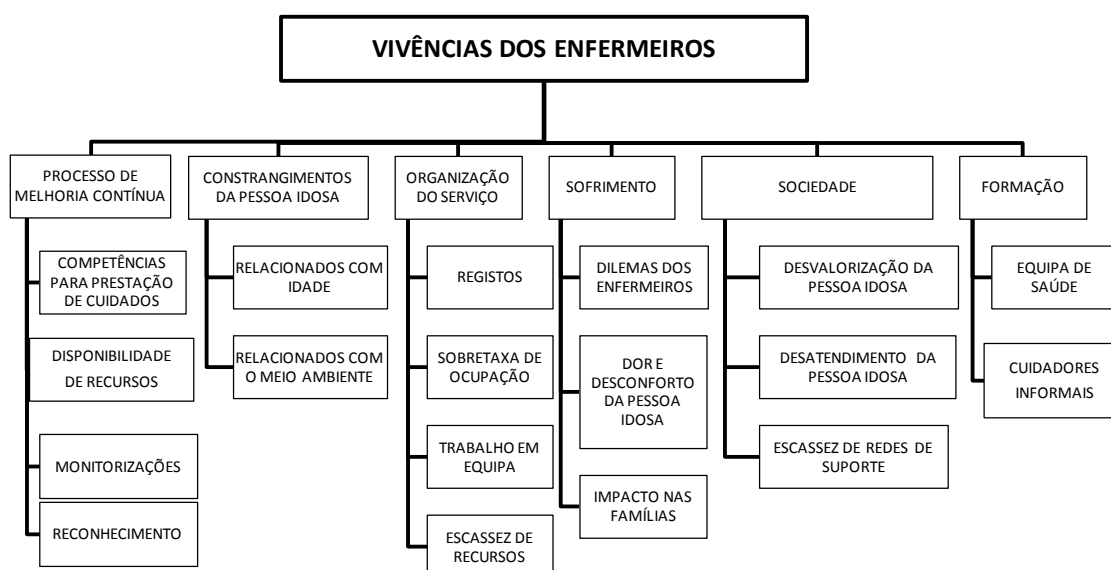
Como da minha pesquisa nada resultou, contactei com vários peritos dos quais destaco Soldevilla onde encontrei o reforço e entre muitas palavras, o correio electrónico, que ele me enviou em 04 de Julho de 2009, “trataré de buscar algun trabajo que pueda servirte para tu tesis doctoral pero como te comenté tu trabajo es enormemente original y a buen seguro habrá poco que te pueda aportar como material previo: más difícil de inicio pero más valioso al final.”

Afim, de responder ao objectivo deste estudo, “compreender o que vivenciam os enfermeiros de um serviço de Medicina, do Hospital desta Região, no cuidado à pessoa idosa internada, que desenvolveu úlceras por pressão, durante a sua estadia neste serviço efectuei a análise dos dados. Trata-se de uma análise indutiva que teve origem no verbatim das entrevistas, seguida de uma interpretação com a atribuição das unidades de

significação, através dos significados encontrados. Esta interpretação deu origem a dezoito subcategorias e seis categorias, que respondem às vivências deste grupo de enfermeiros.

Apresento de seguida o organograma na figura nº1, Organograma das categorias e subcategorias, resultantes da análise indutiva, que representa a vivência dos destes participantes, o qual permite, uma ideia, uma visualização rápida e global desta análise.

Figura nº1-Organograma das categorias, resultantes da análise indutiva



3.1- FUNDAMENTO DAS VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS

Após análise indutiva dos dados identifiquei seis categorias e dezoito subcategorias, identificadas na figura nº1, que fundamentam as vivências dos enfermeiros perante o fenómeno em estudo. Para a discussão dos dados utilizarei Guidelines de prevenção e tratamento de úlceras por pressão produzidas pela EPUAP/NPUAP (2009), pelo PUCLAS2 (2009) e documentos emanados pela Ordem dos Enfermeiros, OE que regula o exercício profissional, WHO, INE, entre outros.

CATEGORIA – PROCESSO DE MELHORIA CONTÍNUA

A primeira categoria refere-se ao “Processo de melhoria contínua” vivenciado pelos participantes ao longo do seu percurso profissional.

Esta categoria é suportada por quatro subcategorias, denominadas “competências para prestação de cuidados”; “disponibilidade de recursos”; “monitorizações” e “reconhecimento”. Para responder adequadamente, além das competências para a prestação de cuidados, são necessários recursos humanos e recursos materiais e equipamento. Deverão existir monitorizações para melhorar a prestação de cuidados e o reconhecimento do trabalho ao nível da prestação de cuidados ao nível dos pares, superiores hierárquicos, pessoas doentes e familiares e até pela própria sociedade. Reconhecimento este, que será gerador de motivação e de maior envolvimento de todos os intervenientes no processo de cuidado.

SUB CATEGORIA - COMPETÊNCIAS PARA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Competências para prestação de cuidados dos enfermeiros são necessárias na sua prática quotidiana, entendendo por competência o definido por Roach (1984) como sendo um estado em que se detêm os “conhecimentos, julgamentos, habilidades, energia, experiência e motivação requeridas para responder adequadamente às exigências da responsabilidade profissional” (p.22).

Os enfermeiros deste serviço têm as competências necessárias para a implementação de um plano de cuidados de saúde personalizado à prevenção de úlceras por pressão na pessoa idosa, “ *temos a noção em todas as vertentes de como se desenvolve uma úlcera por pressão, quais são os factores importantes para que elas não se desenvolvam, como a nutrição os posicionamentos, pele seca, humidade (refere-se à necessidade de gestão da humidade) (...) porque nós somos profissionais, prezamos a prestação de cuidados e sabemos aquilo que fazemos, (...) não andamos aqui por andar*” (E1,3). Consegue-se “ *com alguma maturidade, sensibilidade e transmissão do conhecimento a toda a equipa (...). Tem tornado a equipa eficaz e eficiente nesse aspecto (...) está desperta para outras áreas, que não é só as medidas preventivas e a utilização de equipamento, mas também de todos os outros factores envolventes, a nutrição, os posicionamentos, todas*

as situações” (E3,3). “*Sabemos sempre quais são os riscos, sabemos como minimizá-los*” (E4,3), o que parece estar de acordo com Strapp (2008) os enfermeiros desempenham um papel essencial na prevenção de úlceras de pressão; no entanto, uma prática eficaz exige competências e conhecimentos apropriados.

Todavia é mais fácil prevenir do que tratar úlceras por pressão, referindo que “*no início de carreira preocupava-me mais em administrar a medicação, cumprir com os comandos médicos e não conseguia discernir, ter a percepção do que é o benefício e o prejuízo para o doente*” (E2,111). A acção de enfermagem visa melhorar as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, com o objectivo de prevenir e limitar a doença, em acordo com Florence Nightingale (2005), que salienta a importância do conhecimento em enfermagem focando-o na pessoa saudável ou doente.

Existe entre estes enfermeiros, empatia com os familiares da pessoa idosa, porque “*compreendo os constrangimentos da família*” (E5,209). Da mesma forma existe empatia perante os seus constrangimentos, relativos à prestação de cuidados à pessoa idosa dependente no domicílio, dizendo “*sou enfermeira, tenho a sorte de ter a formação de enfermeira, mas se tivesse uma pessoa acamada em casa, acho que sabia mais ou menos lidar com a situação, mas não imagino o pânico dos familiares que se vêem com um doente acamado em casa*” (E5,213). São estes, entre outros elementos importantes para a (OE, 2002) “satisfação dos clientes, relacionada com os processos de prestação de cuidados de enfermagem: o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente; a procura constante da empatia nas interacções com o cliente” (p.11), promotores de uma relação terapêutica que se estabelece entre os intervenientes.

Como justificado, os enfermeiros envolvidos, neste estudo são proficientes e peritos, porque (Benner, 2005) na prestação de cuidados definem prioridades e estabelecem medidas promotoras de autonomia da pessoa doente, “*transmito aos meus colegas a importância de comunicarmos mais com os médicos, porque se o doente tem tolerância e capacidade para fazer um levante, devemos fazê-lo o mais precoce, e isso é muito importante, não só para o doente ao nível do estado de consciência, da autonomia que ele vai sentir, ao comer sentado, e de estimulá-lo a fazer marcha se puder*” (E2,92).

Contudo, a permanência dos enfermeiros, no mesmo serviço, promove o estabelecimento de prioridades e a prestação de cuidados holísticos, à pessoa idosa “*sou muito novo, cinco anos não é nada (...) mas com o tempo a passar e nós estando no mesmo serviço, os nossos cuidados vão sendo mais perfeitos, vão sendo melhorados e nós conseguimos estabelecer (...) outras prioridades, ver o doente de uma forma holística. (...). No início de carreira, preocupava-me mais em administrar a medicação, cumprir com os comandos médicos e não conseguia discernir, ter a percepção do que é o benefício e o prejuízo para o doente (...). É um enriquecimento (...) começo a ter essa lucidez e penso que o serviço (sobretudo o utilizador) vai beneficiar por ter também os elementos mais velhos, porque conseguimos transmitir isso aos mais novos, e os mais novos também nos começam a ouvir mais*” (E2,98). Pois, a enfermeira proficiente (Benner, 1989) possui capacidade fundada na sua experiência, o que a torna capaz de reconhecer as situações no seu todo. Capacidade que interfere no processo de tomada de decisão, tornando-a eficiente, em conformidade e adequada a cada situação.

Também a permanência dos enfermeiros, no mesmo serviço, (ICN, 2006) promove a prevenção de úlceras por pressão, “*os mais novos já me têm como alguma referência e isso também é muito gratificante*” (E2,99). Reconhecem “*a maturidade da equipa é importante (...) e também a sensibilidade da equipa, (...) também temos tido muita envolvimento nesta área, (...) de superiores que têm dado o seu contributo para que a equipa tenha bem noção dessa responsabilidade e de partilhar (o conhecimento) no sentido de prevenir*” (E3,99). Estes enfermeiros reflectem um tipo de envolvimento e de preocupação com o outro, onde existe a possibilidade de dar e receber ajuda, contextualizada em saberes prévios mas sobretudo baseada no respeito, confiança, autonomia, verdade, beneficência e não maleficência.

Incidem que a prevenção de úlceras por pressão, nas pessoas idosas requer a operacionalização de planos de cuidados individualizados às suas necessidades, “*acaba por ser um pouco complicado gerir, porque há pessoas que ruborizam com mais facilidade do que outras, temos que ter isso em conta, mesmo alterando os decúbitos (...) às vezes um ventral era óptimo, para aliviar*” (E1,42). Verbalizando “*chega um utente imediatamente (...) é observado (...) a tentar identificar algumas coisas (...) temos uma observação generalizada e imediatamente são tomadas todas as atitudes*

(...) após observação para fazermos logo qualquer coisa, para impedirmos que haja esse aparecimento das úlceras por pressão” (E2,42).

Mas “ *não conseguimos atender ou responder de uma forma adequada ou atempada porque existiu aparecimento (refere-se ao aparecimento de úlceras por pressão) (...) não foi dramático, mas foram situações que incomodaram a minha vivência e que me deixaram lembranças” (E3,42).* Verbaliza uma participante “ *por vezes também tem a ver connosco, poderíamos ter a noção e posicioná-los mais vezes, (...) poderíamos fazer um planeamento diferente” (E4,42),* em acordo a EPUAP/NPUAP (2009) refere que “a frequência dos posicionamentos, será determinada pela tolerância dos tecidos, pelo seu nível de actividade e mobilidade, pela sua condição clínica global, pelos objectivos globais do tratamento e pela avaliação da condição individual da pele” (p.17). Também, os enfermeiros prestam cuidados a pessoas com vários níveis de dependência, na intervenção reposicionar porque “ *há pessoas que (...) conseguem posicionar ou ajudar a posicionar e existem outros que temos que ser sempre nós” (E4,169).*

Todavia, a pessoa idosa consciente, orientada, com ajuda parcial requer uma avaliação e controle sistemático da equipa de enfermagem, porque referem “*ele aparentemente, se posicionava, se mobilizava com autonomia no leito, isso não acontecia, (...) senão aquela úlcera não surgia, daí ser importante passar por todos os doentes e ver (refere-se ao avaliar) o potencial, e ver (refere-se a observar) a realidade de cada um, ver (refere-se ao validar) se eles se conseguem posicionar e mobilizar” (E2,113),* apesar de (EPUAP/NPUAP, 2009) “ *utilizar uma abordagem estruturada para a avaliação de risco para identificar os indivíduos em risco de desenvolverem úlceras de pressão (...). Uso de escalas de avaliação de risco, conjuntamente com a avaliação global da pele e com o juízo clínico” (p.10).*

O esticar da roupa da cama, o alívio da dor, a promoção do conforto, o bem-estar e o reposicionamento são estratégias de prevenção de úlceras por pressão, porque “*o desconforto também é manifestado (...) pelo gemido e por (...) agitação, que quer dizer alguma coisa, (...) não está bem, é em termos de posicionamento, é alguma coisa” (E3,127).* O (EPUAP/NPUAP, 2009) “*avaliar a pele e conforto individuais. Se o indivíduo não responde ao regime de posicionamentos conforme o esperado,*

reconsiderar a frequência, e método dos posicionamentos” (p.17). Vivenciam que a prevenção de úlceras por pressão, na pessoa idosa requer uma frequência de reposicionamentos, no mínimo de duas em duas horas, ou um plano adaptado à tolerância dos tecidos. Dizem “*poderemos posicionar mais vezes determinadas pessoas com um mínimo de horas, de duas em duas horas e outras mais, de acordo com a pessoa em si*” (E4,168). O que evidencia competência, definido por Roach (1984) “como sendo um estado em que se detêm os “conhecimentos, julgamentos, habilidades, energia, experiência e motivações requeridas para responder adequadamente às exigências da responsabilidade profissional” (p.22).

O levante precoce, a actividade e a mobilidade promovem a prevenção de úlceras por pressão na pessoa idosa, “*o levante precoce daqueles doentes que estão numa situação de repouso sem necessidade, que poderiam deslocar-se, que poderiam caminhar e nesse aspecto deveríamos de falar todos um pouco (equipa multidisciplinar) acerca daquele doente*” (E4,156). Porque “*é um factor importante, os levantes nos doentes*” (E2,96). É de considerar (EPUAP/NPUAP, 2009, p.10) “considerar os indivíduos acamados e/ou confinados a uma cadeira de rodas em risco de desenvolverem úlceras de pressão”.

Também reconhecem a importância da nutrição na prevenção de úlceras por pressão, “*preocupo-me com a hidratação de um doente (...) sua nutrição, (...) depois começa a preocupar-se com a hidratação do doente, a dar água, vamos ver a alimentação, ver se come mais*” (E2,91). A nutrição adequada a cada pessoa, promove a prevenção de úlceras por pressão e requer registos o que em conformidade “*é muito importante também a questão de alimentação para a prevenção das úlceras por pressão (...) tem muita importância o alimentar bem, o estar atento o registar também o que come o que não come*” (E3,128, para (EPUAP/NPUAP, 2009) “referenciar todos os indivíduos em risco nutricional e de desenvolvimento de úlcera de pressão para o nutricionista e, se necessário, para uma equipa nutricional multidisciplinar” (p.15).

É necessária a observação da pele como estratégia para a prevenção de úlceras por pressão. A prestação de cuidados de higiene e conforto, permite a sua observação “*porque é nessa altura que visualizamos toda a área corporal do doente e se toma conhecimento do aparecimento de outras úlceras por pressão, ou não*” (E2,89),

assegura que uma (EPUAP/NPUAP, 2009, p.12) “avaliação completa da pele é incluída na política de rastreio de avaliação de risco”.

A aplicação de creme na pessoa idosa promove o alívio de pressão e a prevenção de úlceras por pressão, porque “ *para aplicar o creme tirava-se a senhora da posição, aliviava a pressão, o que pode ser suficiente para prevenir as úlceras por pressão* ” (E2,106), e na presença de pele seca (EPUAP/NPUAP, 2009) “usar emolientes para hidratar a pele seca, a fim de reduzir o risco de dano da pele (...). A pele seca parece ser um factor de risco importante e independente no desenvolvimento de úlceras de pressão” (p.14).

A prevenção de úlceras por pressão na pessoa idosa requer cuidados especiais relacionados com “*a medicação, a hidratação da pessoa, são cuidados que têm a ver connosco, com a nossa prestação*” (E4,155), entre outros factores a EPUAP/NPUAP (2009) destaca: indicadores nutricionais, factores que afectam a perfusão e a oxigenação, humidade da pele e a idade avançada.

Também o envelhecimento da população requer a prestação de cuidados individualizados e o envolvimento dos familiares, “*a nossa população está envelhecida, cada vez mais, quem é que vai cuidar dos nossos pais e dos nossos avós! Portanto, alguém tem que cuidar, não pode ser só os enfermeiros*” (E4,163). Cuidar é considerado por Collière (1999) um acto de reciprocidade, em que todos podem cuidar de alguém temporariamente ou definitivamente. Embora uma das finalidades da RNCCI, é promover a autonomia e a participação dos destinatários e o reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações. Enfatizada no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar.

Com esta finalidade está implícita a noção da insustentabilidade associada à incapacidade dos técnicos de saúde e sociais, darem resposta capaz, a todas as pessoas que requerem respostas novas e diversificadas. É difícil satisfazer o incremento esperado da procura por parte das pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida.

Assim é importante a identificação do convivente significativo, com o qual se deve promover a capacitação e uma relação amistosa para promoção da sua autonomia, face aos cuidados necessários, “*somos sempre amistosos com a família mas eu acho que o importante é ensinar a família, fazer os ensinamentos, tentar identificar o convivente significativo, o que vai prestar os cuidados (à pessoa idosa)*” (E5,206).

Todavia o desenvolvimento de um programa com o recurso às novas tecnologias de informação seria uma atitude de facilitação, um apoio e orientação para todos os envolvidos nos cuidados, “*um correio electrónico, (...) uma hora (...) porque as pessoas abordam-nos a qualquer altura*” (E4,195), contudo desconheço a existência de estudos relativos a esta oportunidade de melhoria em Portugal, mas existem vários estudos exploratórios, com resultados favoráveis, na área temática prevenção e tratamento de úlceras por pressão e outras feridas crónicas, em países da Europa, apresentados nos dias, 14 a 16 de Maio de 2008, no Congresso da European Wound Management Association (EWMA), que decorreu em Lisboa.

É necessário o envolvimento da família na prestação de cuidados de saúde e um plano de ensino “*é um caminho a trilhar, (...), cá para o Sul (do País) não estamos muito sensibilizados com o ensino ao cuidador informal. (...). Recebemos doentes que vêm do domicílio com úlceras por pressão e a responsabilidade é inteiramente nossa, (...) não sensibilizamos, não disponibilizamos a informação necessária sobre certos cuidados a ter com esse doente*” (E2,107), pois “*é muito importante envolver a família*” (E5,107), para (OE, 2002) “*optimização das capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito*” (p.15).

Parece, que o envolvimento da família é “*muito pouco explorada por nós (refere-se ao envolvimento da família na prestação de cuidados). Nós sabemos o que devemos fazer, é uma das nossas competências, mas que não está muito desenvolvido, acho que podia ser um bom investimento da nossa parte*” (E4,179), porém, o apoio, a educação e a capacitação são parte integrante do processo de cuidado. Tem de (Collière, 1999) “*se enraizar no que as pessoas vivem, tendo em conta a sua doença, as limitações que daí resultam ou as dificuldades que encontram*” (p.293). Esta, mesma autora, identifica-o como um processo de: descoberta, elucidação e acção entre parceiros sociais com

competências diferentes mas complementares, visando a sua forma de concretização, tendo em conta as suas capacidades e recursos num dado ambiente.

Existem alguns momentos dilemáticos, relacionados com a poupada informação e instrução, fornecida aos familiares, *“às vezes penso mas eu estive com aquele familiar (...), mas também não falamos (...) às vezes penso nisso, quando estou com o familiar e digo, daqui a dois e três dias o seu familiar vai para casa, ou até vai para o lar. Pode ir para uma casa de repouso, mas o familiar vai lá visitá-lo e pode precisar de o ajudar a ir à casa de banho, (...) tem que chamar um auxiliar para limpar o doente (...) portanto se a família souber está mais à vontade”* (E4,161), também um dos focos de atenção dos cuidados de enfermagem é (OE, 2004) *“ a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida diária, bem como se procura a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores, frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente”* (p.5).

O envolvimento das pessoas idosas e familiares, no seu cuidado, *“ seria importante. O ensino para o (...) envolvimento do doente (...) o ensino da família e do cuidador informal é muito importante, que se comece a apostar muito mais, muito mais, porque de momento faz-se muito pouco, (e repete) muito pouco”*, (E2,125), pois as (OE, 2004, p.5) *“ intervenções de enfermagem são frequentemente optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados”*, também para (Collière, 1999) cuidar surge pois como a partilha de um poder entre os utilizadores dos cuidados.

Mas um plano de melhoria pede a definição de objectivos, de estratégias e avaliação dos recursos, *“com esta equipa, era definir objectivos e estratégias, avaliar os recursos que actualmente temos e verificar se estão capazes, se estão aptos a atingir os objectivos (refere-se a um plano de melhoria) ”* (E5,229), o que testemunha a capacidade de participar (OE, 2004, p.23) *“ em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade”*.

Também, parecem, ter a necessidade de parar para pensar em estratégias de resposta às necessidades das pessoas e de melhoria dos cuidados, *“nós pensamos, alguma coisa falta, (...) podíamos melhorar nesse aspecto, (...) podíamos tentar, (...), a gente sabe que muitas vezes nós tentamos, nalguns doentes e nalguns familiares, que até têm*

algum suporte (...) e compreendem, e nós compreendemos, e conseguimos estabelecer uma relação para que seja proveitoso” (E4,124). Todavia, “como não temos tempo também não fazemos ensinamentos. Aquilo que a gente deveria fazer não faz” (E5,124), pois “há um contacto que acho que devia ser mais próximo, porque eu praticamente não tenho contacto com os enfermeiros da rede de cuidados continuados” (E5,124).

Conjuntamente, *“neste tipo de doentes, de casos complicados, não existe (...) (refere-se a reuniões de partilha). E que eu saiba nunca tentámos implementar. (...) Se reflectir, podemos fazer mais, faltam momentos de reflexão e de partilha do conhecimento, falta a gente trocar ideias (...) embora estejamos todos motivados, falta nós tentarmos participar mais” (E5,124), todavia (OE, 2002)*

o maior desafio passa por reformar métodos e técnicas que demonstraram não beneficiar os cidadãos. Assim, a qualidade exige reflexão sobre a prática, para definir objectivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para reflectir nos cuidados prestados (p.5).

Aceitam que a visita domiciliária parece promover a continuidade do cuidado, *“tinha sido feita uma visita domiciliária durante o internamento, onde foram ver as condições habitacionais, os obstáculos, as barreiras físicas, que haveria na casa para onde essa doente seria encaminhada. Eu depois fiz a visita domiciliária, após a alta em que fui ver se as directrizes dadas pelas minhas colegas estavam a ser cumpridas. (...). Seria fácil criar uma equipa que pudesse fazer alguns cuidados, algumas visitas domiciliárias, porque não só fazer as visitas domiciliárias, isso envolve (e cria a necessidade) da realização de ensinamentos que é o mais importante (...). As visitas domiciliárias depois serão feitas só para ver se há cumprimento, ou se surgem dúvidas, porque existem sempre dúvidas dos familiares, que não surgem no internamento. Vamos lá (...) fazer o esclarecimento de dúvidas. (...). Por mais sensibilidade, mais formações que se fizesse ao cuidador informal nunca seria suficiente, para o cuidador informal, sentir que está 100% informado na prestação de cuidados ao seu doente. Por isso tem que haver sempre um acompanhar, uma presença constante” (E2,110), pois os cuidados de enfermagem tomam por foco a (OE, 2002)*

relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização

do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde. Várias são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida, envolvendo as pessoas significativas para o cliente individual (família, convivente significativo) (p.8).

Vivencia *“em relação a úlceras por pressão, eu acho que estamos mal (...) (se) fazemos alguma coisa, é muito pouco, (...).acho que poderíamos fazer muito mais, nós preocupamo-nos muito mais com outro tipo de situações do que propriamente com úlceras por pressão, nós preocupamo-nos no serviço, mas depois não nos preocupamos tanto a transmitir isso à família” (E4,110).*

Por todas estas razões, uma das estratégias de prevenção de úlceras por pressão, parece ser os ensinamentos e envolvimento da família no cuidado *“acho que é uma coisa possível perfeitamente, agora a 100% ainda não temos essa realidade, (...) com a educação, com a sensibilização das famílias, e com (...), o envelhecimento da população, penso que as pessoas (...) comecem a ter umas atitudes mais positivas e mais envolventes (...) não estamos num patamar (...) de 100%, nem de 80%, bem nem de 50 talvez (...) estamos a evoluir, estamos a sensibilizar e eu quando posso envolvo, mas vejo que há uma certa distância, (...) ainda da família” (E3,107).* A promoção da saúde, na procura permanente da excelência no exercício profissional, refere que o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde, preconizando (OE, 2002, p.12) *“o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados”.* Parece existir a necessidade do envolvimento das famílias no processo de prestação de cuidados à pessoa idosa, como verbaliza um participante *“ não perdemos nada, o não é garantido, não perdíamos nada em dizer à família se a família nos quer ajudar (isto é colaborar) ” (E4,164).*

Uma das estratégias, poderia ser a introdução de um gestor de caso, porque *“ poderiam melhorar as coisas com um Gestor de Caso, analisando caso a caso e vendo o que cada pessoa necessitaria, (...) é capaz de trazer benefícios e de ajudar (...) a planear melhor as coisas” (E1,88),* porque a orientação, a consulta de (OE, 2004) *“ peritos em enfermagem, quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência actual ou que saem do âmbito da sua área de exercício”*

(p.17), revela benefícios para a pessoa com necessidades de cuidados que requerem um nível de competências, além das habituais.

Reforça, “ *era capaz, de ser uma situação interessante (refere-se ao gestor de caso) que seria uma ajuda (...) uma coisa mais formal em relação a isso, (...) uma situação que ajudasse. (...). Pelo menos no conhecimento, se calhar no estabelecimento de estratégias, (...) por ter um melhor conhecimento, que proporcionasse maior discussão (...) talvez tivesse essa força e essa capacidade de reunir e dos poderes de decisão, articular entre todos e conseguisse fazer alguma (...), numa atitude mais positiva de fazer e de intervir*” (E3,88), trata-se da necessidade de introdução de medidas preventivas e correctivas relativas à capacidade de utilizar, de inovar de forma a recriar, com recursos limitados, um ambiente onde se continue a preservar a autonomia da pessoa idosa. Mas para que isso aconteça são necessárias pessoas com competências e sensibilidade para encontrar formas de prestação de cuidados e de organização compatíveis com as necessidades da pessoa idosa.

Todavia, parece existir a necessidade de um feedback após a alta clínica, pois, “ *se houvesse um feedback dos doentes que estariam nos domicílios, se houvesse um retorno, muitas vezes prestamos os cuidados, o doente é tratado, é cuidado, vai para casa e nunca mais recebemos um feedback positivo ou negativo do que é que aconteceu, do que é que fez falta, o que é que falhou e isso é muito importante, sabermos em que é que falhámos, mesmo saber o que é que foi importante para aquela família, o que é que foi, o que fez a diferença na prestação de cuidados de enfermagem, o que é que foi necessário no domicílio e foi necessário, o que faltou, qual era a informação que seria necessária ser dada ao cuidador informal e este não a teve, isso é muito importante, saber, conseguir ter esse (...) procurar falar, telefonar para saber e ter esse feedback (...). O feedback da família seria bastante importante para nos localizarmos mais no ensino à família, envolver mais os familiares na prevenção das úlceras por pressão, uma vez que o doente não vai viver eternamente no internamento da medicina II e vai passar a restante vida que tenha no domicílio*” (E2,108), para (OE 2002, p.15) “ a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade”, do cuidado, da qualidade de vida e da satisfação de todos os intervenientes.

A continuidade de cuidados está associada à prestação consumada pelos enfermeiros dos cuidados de saúde primários, *“por acaso, nunca, (...) reflecti tanto assim da saída mas (...) ainda pensamos na continuidade, mas com os nossos colegas, portanto, continuidade a nível de enfermeiros e não de família”* (E4,178), todavia, o maior desafio passa por reformar (OE 2002) *“métodos e técnicas que demonstraram não beneficiar os cidadãos. Qualidade exige reflexão sobre a prática, para definir objectivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para reflectir nos cuidados prestados”* (p.5).

Será favorável reflectir sobre a necessidade de cuidados à pessoa idosa, nas várias actividades de vida e a disponibilidade de recursos de enfermagem, manifestada pela frequência de prestação de cuidados de conforto e de saúde, nas 24 horas em ambiente domiciliário. Desconheço a existência de estudos nesta área, mas da minha vivência e reflexão sobre o fenómeno, entendo que a continuidade de cuidados em ambiente domiciliário é assegurada pela família e ou cuidador informal. Aquando da visita domiciliária existe um apoio, uma orientação e uma avaliação, que deveria ser sistemática da pessoa idosa e cuidador. Entendendo que não é por acaso, que uma das valências da RNCCI é o apoio domiciliário integrado, conhecido por ADI. Reforço o termo apoio para dar consistência a que continuidade de cuidados ao idoso dependente é feito pela família e ou cuidador informal.

Também a prevenção de úlceras por pressão na pessoa idosa é um indicador de qualidade, porque o *“doente moribundo estava sempre associado a úlceras por pressão, porque não era posicionado, não era mobilizado (...) e as úlceras por pressão estavam associadas com o doente moribundo (...) é um bom indicador de cuidados de saúde”* (E2,118), porque o enfermeiro (OE, 2002, p.10) *“ efectuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados”*, como zonas de desconforto, dor, eritemas não branqueáveis, desnutrição, entre outros.

A prevenção de úlceras por pressão requer atitude da equipa multidisciplinar, porque *“ podemos sempre fazer qualquer coisa, é isso que nós pretendemos, (...) é um trabalho de equipa, não é só um trabalho individual, (...) isto é mesmo um trabalho de equipa,*

mas equipa não só de enfermagem, mas de equipa multidisciplinar, desde o nutricionista, desde o médico, desde as nossas senhoras assistentes operacionais que estão directamente com os doentes todos os dias, até a parte da reabilitação” (E1,8), o que fundamenta que (OE, 2004, p.5) “ o exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de actuação multiprofissional.”, e de interdisciplinaridade do conhecimento onde a família e pessoa doente são fundamentais.

Uma das estratégias de melhoria de cuidados, parece estar relacionada com o equipamento, alimentação, conforto, alívio de pressão na pessoa idosa, *“a nível do desenvolvimento do equipamento, de adequar estratégias que visem a prevenção (...) ao nível da alimentação, do conforto, do alívio da pressão, alívio da dor” (E3,126), o que é suportado em documentos divulgados pela GNEAUP, EWMA, EPUAP/NPUAP de prevenção e tratamento de úlceras por pressão e feridas crónicas.*

SUB CATEGORIA - DISPONIBILIDADE DE RECURSOS

A prevenção de úlceras por pressão requer investimento em recursos humanos de enfermagem, recursos materiais, em produtos farmacêuticos e equipamento. Existe esta consciência por parte dos enfermeiros, ao reconhecerem é *“uma área onde se gasta muito dinheiro” (E1,78).* Mas Soldevilla (2010) *“desde GNEAUPP afirmamos que prevenir las úlceras por presión en un paciente sólo cuesta 1.7euros al día, cuando curarla cuesta, al menos, 46 euros al día” (p.55).*

Pelo exposto, é necessária a mudança de mentalidades, porque *“se conseguirmos tratar uma úlcera por pressão grau I (refere-se a categoria I) penso que o preço deles (refere-se a ácidos gordos hiperoxigenados, AGHO) será muito mais barato do que um penso, em comparação e, sem contar com o sofrimento” (E5,230).* Evidencia que tratamento de um eritema não branqueável é menos oneroso do que o tratamento de uma ferida que não é isenta de sofrimento. A título de exemplo e confrontando, Soldevilla, Torra e Verdú (2008, p.43) o custo médio do tratamento de uma úlcera por pressão, por pessoa doente, em ambiente hospitalar era: categoria I-24Euros; categoria II-136Euros; categoria III-2309Euros; categoria IV-6802Euros.

Verifica-se que existe vontade em fazer mais e melhor, “*tentamos ver o que se pode fazer, tentamos fazer sempre mais qualquer coisa, usar mais um produto, mais um posicionamento*” (E1,7). O uso de produtos como suplementos alimentares, AGHO, superfícies especiais de apoio, um programa de reposicionamentos de modo individualizado e dependendo da superfície de apoio em que se encontra a pessoa, observação e avaliação sistemática da pele, aplicação sistemática de uma escala de valorização do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão e a manutenção do estado de higiene e conforto da pele são todas elas e em conjunto medidas de prevenção de úlceras por pressão e encontradas nos vários documentos emanados pela GNEAUP, EWMA e EPUAP/NPUAP.

A disponibilidade e qualidade dos recursos materiais parecem ser determinantes para a prevenção de úlceras por pressão na pessoa idosa, a “*disponibilidade de material, material de penso, de prevenção das úlceras por pressão, os produtos barreira. (...). Melhoramos na qualidade das fraldas (...) têm um óptimo resultado*” (E1,30). Acrescentando “*surge com uma melhoria dos recursos materiais, como o (...) creme hidratante*” (E2,30), todavia “*deviam melhorar muito mais (...) em relação (...) aos materiais, (...) estamos a falar de prevenção*” (E4,30), e “*também faltam recursos materiais*” (E5,30), porque não basta (O E, 2002) “aprovar projectos de qualidade, as instituições de saúde devem comprometer-se a criar um ambiente favorável à sua implementação e consolidação, para que os projectos de qualidade se tornem parte da rotina” (p.5).

O período de visita familiar, parece ser um recurso, “*entendo como um período de companhia (referindo-se ao período de visita familiar) mas (...) também para ajuda na alimentação, ou mesmo no posicionamento desses doentes, ou acompanhamento dos doentes aos exames*” (E4,166), ao que o (OE, 2002) “exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social” (p.7), sendo nestas situações necessária a reintegração da pessoa no ambiente familiar e a capacitação do cuidador.

SUB CATEGORIA – MONITORIZAÇÕES

O uso de escalas e de instrumentos validados para a população alvo promovem a monitorização dos factores de risco, a implementação de planos de cuidados adequados às necessidades das pessoas idosas e o controlo/avaliação das intervenções implementadas, produzindo indicadores de produtividade do exercício profissional dos enfermeiros.

De modo a prevenir o desenvolvimento de úlceras por pressão, *“posso nomear por exemplo a Escala de Braden (...) e o instrumento de pele, são ferramentas fundamentais. Vendo uma Escala de Braden de dez, são um alerta para nós, (...) temos que ter mais cuidado. Temos que tentar estar mais atentos e evitar sim o aparecimento de qualquer ferida ou úlceras por pressão”* (E1,68). A escala de Braden (1987) caracteriza-se por seis dimensões, com um scor total de 23. Após a avaliação da pessoa é encontrado um scor que identifica um dos riscos de desenvolvimento de úlcera por pressão.

Dizem que *“houve uma melhoria, (...) e foi desde que foi implementada a escala de Braden, não quer dizer que não tivéssemos despertados para a problemática da úlcera por pressão, mas só pensávamos no posicionamento, não pensávamos nos outros factores, como a humidade, alimentação (refere-se a nutrição), às forças de deslizamento. Ao facto de fazer levantar ou não fazer levantar, o estar consciente, da sensibilidade do doente (refere-se à percepção sensorial). Eu acho que o facto de ter sido implementada a escala de Braden despertou-nos para os diversos factores que podem desencadear o aparecimento de uma úlcera por pressão. E isso leva-nos a reflectir, a actuar perante os diversos factores”* (E5,68), intrínsecos e extrínsecos, porque as úlceras por pressão são multifactoriais.

É dado enfoque a *“uma avaliação (...) inicial, que se faz ao doente (...) é muito importante, a aplicação da escala de Braden (...) saber o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão. (...) A Braden é uma escala que avalia o risco de (desenvolvimento de) úlcera por pressão, (...) tendo como frequências a nutrição, a capacidade de mobilidade, se há risco de fricção com os lençóis, (...) também nos foi alertar, porque nós olhamos para um doente com (scor) de nove ou dez e ficamos alertados de que*

temos que tomar providências. Temos que aplicar os recursos materiais, que temos ao nosso dispor e investir naquele doente de forma a prevenir o aparecimento de úlceras por pressão (...). Há algum tempo atrás não havia o instrumento de avaliação de pele, o instrumento de pele (...) faz uma avaliação inicial, de quando o doente é internado no serviço, em que se vê toda a superfície corporal, (identifica-se) se tem úlceras ou eritema não branqueáveis (...) para ter uma noção do aparecimento de úlceras por pressão no nosso serviço, ou se os doentes já vêm com úlceras de outros serviços e mesmo do domicílio” (E2,68).

Conforme referido, a monitorização e o registo sistemático dos factores de risco e da pele, da pessoa idosa doente, promovem a prevenção de úlceras por pressão porque “*o instrumento de pele dá-nos o registo contínuo de como está a pele do nosso doente” (E1,69)*, assim como o uso de escalas e de instrumentos validados para a população alvo, porque “*o uso de escalas e de instrumentos validados para os destinatários promovem a implementação de planos de cuidados adequados à prevenção de úlceras por pressão” (E3,68)*, isto é, são personalizados

Consideram que “*os estudos de prevalências tiveram algum contributo, posso dizer que eles foram o motor, foi o motor para que as coisas comesçassem a acontecer e as pessoas tivessem despertas para a situação,*” (E1,72) refere “*da minha vivência, acho que tem sido bem positivo (...) temos estado a evoluir, a aprender, à custa de estudos (...) temos modificado, (...) é bastante positivo, os estudos de prevalência (...) têm sido o motor e (...) vão dando a noção (...) da nossa realidade (E3,72).*

Entre os vários aspectos valorizados pelos enfermeiros, relativo aos estudos de prevalência é a consciencialização dos resultados dos estudos relativo ao número de pessoas com úlceras por pressão, mas também de outros indicadores, relativos à população do serviço de Medicina, “*nos estudos de prevalência, também aparecem as idades dos nossos idosos. A média das idades (...) é cada vez mais envelhecida” (E1,75)*, demonstram que as pessoas internadas, como moda apresentam-se no grupo etário dos 80 a 89 anos (dados não publicados), o que revela o risco aumentado de desenvolvimento de úlceras por pressão, devido a todos os factores, bio-psico-social, inerentes ao processo de envelhecimento e com a passagem à 4^a idade, onde o processo de perdas é superior aos ganhos.

A aparente inexistência, de monitorização do índice de massa muscular, é expresso, *“aquilo que eu noto é que o doente que está completamente dependente, (...) eles perdem massa muscular e não tenho termo, não tenho escalas”* (E5,232), a avaliação do risco nutricional de todas as pessoas internadas, permite a comparação e a introdução de medidas preventivas e correctivas de desnutrição, de acordo com os objectivos do tratamento e desejo da pessoa ou do seu representante legal.

Os estudos de prevalências parecem ser uma estratégia de melhoria contínua, permitem a definição de metas e informam resultados, que favorecem, o *“tentar atingir metas, tínhamos uma percentagem de 30%, (num estudo de prevalência) baixou, foi um estudo de prevalência que nos disse isso mesmo”* (E1,73), *“estamos com redução de úlceras por pressão e com diminuição da incidência (...) tem havido uma melhoria”* (E2,73), porque a divulgação de resultados de estudos de investigação epidemiológicos favorece a criação OE, 2004) *“e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco”* (p.22), das quais o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão.

O aparente reconhecimento da equipa de enfermagem, face aos indicadores de produtividade (resultados de estudos) envolve-os num processo de melhoria *“temos que reduzir, acaba por ser um incentivo e quando atingimos as metas (...) é aquele reforço positivo (...) termos realmente a noção do que se passa, nós conhecemos o serviço mas (...) os números dizem muitas coisas”* (E1,74), porque (OE, 2002, p.10) *“no processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática”*, como referido pelos participantes.

Reconhecem os resultados da investigação, porque *“com os nossos afazeres não estamos bem sensíveis para essa área, e são eles (os estudos de prevalência) que transmitem o que estamos a fazer, o que estamos a fazer bem, (...) melhora os registos (...) tudo em conjunto, tem dado um contributo importante para evoluirmos nesta área (redução da prevalência e incidência de úlceras por pressão) ”* (E3,74), são os registos de enfermagem o testemunho que perdura no tempo, a forma de comunicar na equipa de saúde, um meio de individualização dos cuidados prestados à pessoa, mas são também

eles que facultam protecção legal dos enfermeiros. Por estes motivos a melhoria dos registos é necessária e acompanha a melhoria/evolução no cuidado à pessoa.

SUB CATEGORIA – RECONHECIMENTO

Uma das formas de reconhecimento dos enfermeiros é oferecer dotações seguras de horas de cuidados de enfermagem, face às necessidades das pessoas e ambiente isento de riscos, sendo o desenvolvimento de úlceras por pressão um risco acrescido. Dotações seguras, significa de acordo, com o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) (2006) estar “disponível em todas as alturas uma quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de competência, para assegurar que se vai ao encontro das necessidades de cuidado dos doentes e que são mantidas condições de trabalho isentas de riscos” (p.5).

Os enfermeiros referem-se a um momento de evolução, de sensibilidade e criatividade, para a prevenção de úlceras por pressão, “ *temos feito uma grande evolução nesse aspecto, além da sensibilidade, também estamos mais criativos, mais sensíveis e penso que temos que levar este caminho, sempre a melhorar, sempre a evoluir, sempre a achar o que está mal e fazer qualquer coisa para modificar*” (E3,146), a atitude será o caminho para responder (OE, 2004, p.22) “apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e / ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência”.

Sentem-se promotores da prestação de cuidados personalizados e das relações estabelecidas na equipa, todavia “*acho que a população ainda não entendeu que o enfermeiro é mesmo a parte importante para que tudo consiga aparecer, bons cuidados, uma boa relação entre a equipa multidisciplinar, o enfermeiro está no centro disso tudo*” (E1,81), existe, (OE, 2002) “o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacte negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde” (p.12). É o enfermeiro, aparentemente, que faz a monitorização da pessoa, procedendo em vários momentos à (OE, 2002) “referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde” (p.13).

Parecem, estar envolvidos num processo de melhoria contínua, mas “*é claro que a perfeição é muito complicada de atingir em todas as profissões e na nossa vida diária (...) um dos aspectos positivos que eu encontro na equipa é que nós tentamos sempre melhorar ou minimizar (...) aqueles aspectos menos positivos. Sabemos que às vezes aparecem e não deviam aparecer*” (E1,59). Porque (...) *nós gostamos de ser reconhecidos, não só a nível pessoal, mas ao nível global, falo da equipa toda, por prestar bons cuidados de enfermagem ao doente idoso, prevenindo úlcera por pressão*” (E2,59), porque (Collière, 1999) única finalidade consiste em permitir (...) desenvolver a sua capacidade de viver ou de tentar compensar o prejuízo das funções limitadas pela doença.

Continua, “*temos estado a trabalhar (...) entre a equipa e pessoalmente nessa área (...) tenho feito as coisas para tentar minimizar a situação*” (E3,59), “*é necessário fazer muito mais, para dar mais conforto aos doentes*” (E5,59) pois, como referenciado neste documento, Kolcaba (2002) afirma que a enfermagem é a apreciação intencional das necessidades de conforto, a concepção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e a reapreciação dos níveis de conforto, após a implementação das intervenções efectuadas, e identifica necessidades de cuidados de saúde como necessidades de conforto resultantes de situações de cuidados de saúde provocadoras de tensão.

Mas os enfermeiros, apesar do esforço reconhecem que não têm capacidade para superar a escassez de recursos materiais necessários, à prestação de cuidados á pessoa idosa internada no serviço, “*agora acho que (...) temos de demonstrar de alguma forma que precisamos disso (recursos materiais), para minimizar essas situações no serviço. Aquela percentagem (de úlceras por pressão) (...) pode ser diminuída, (...) não sabemos como havemos de fazer*” (E4,174), a orientação da WHO, operacionalizado pela Direcção Geral de Saúde, determina que o Hospital, disponha de um sistema informático de “gestão de risco clínico” e de “registo de incidente” o qual poderá e deverá ser uma alternativa à identificação de práticas de risco, para possível introdução das medidas correctivas.

Os mesmos referem que “*tem havido uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados muito, muito grande, (...) portanto baixámos (refere-se à prevalência e*

incidência) (...) na altura (refere-se ao início dos estudos de prevalência) tínhamos um registo (...) de 30% e agora temos 11%. (...). Tenho visto uma evolução muito grande desde que comecei a trabalhar até este momento. (...) Maior empenho, muito mesmo na altura em que eu entrei haviam as úlceras por pressão, mas não se falava tanto” (E1,55), vivência que reflecte que as úlceras por pressão são uma epidemia silenciosa pouco valorizada, pela política de saúde e um sério e comum problema entre a população geriátrica. Mais, (Galhardo et al., 2008) de 50% das pessoas com úlceras por pressão, estão com 70 anos ou mais de idade, e entre a população geriátrica as úlceras por pressão são associadas ao aumento do risco de morte, como vivenciado pela autora ao longo da sua vida.

Verbaliza um participante “ *tem havido uma evolução crescente e uma preocupação crescente de há uns anos para cá, relativamente ao aparecimento das úlceras por pressão, tem havido uma melhoria contínua (...) antigamente lembro-me de que (...) quase todos os doentes tinham úlceras por pressão, e isso agora já não se evidencia, (E2,55). Porque os enfermeiros estão envolvidos, nos estudos epidemiológicos de investigação que (OE, 2004, p.8) “concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem, em particular, e da saúde, em geral”. Porque as úlceras por pressão são um problema de saúde pública, aumentam o sofrimento, a dependência e os dias de internamento, o que foi referido neste documento, (Lazovic, 2008) ao evidenciar que as pessoas com úlceras por pressão são os grandes consumidores de recursos de saúde, porque requerem mais de 50% do tempo gasto na prestação de cuidados de saúde; permanecem hospitalizados por longos períodos de tempo, apresentando elevados encargos hospitalares.*

Na prática do dia-a-dia, os enfermeiros tentam minimizar os riscos de desenvolvimento de úlceras por pressão, “ *a minha experiência é mais nessa perspectiva tendo sempre, uma atitude preventiva. (...) De tentar sempre minimizar os riscos que levam ao aparecimento das úlceras por pressão” (E3,125), contudo é (OE, 2002, p.13) “a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados;” que demonstra o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem destacando medidas de conforto.*

Os enfermeiros sentem-se reconhecidos, pois *“sei que melhorámos bastante a percentagem de úlceras por pressão que aparecem, aqui no serviço. Nós queríamos mesmo o 0% (...) que não aparecessem nenhuma aqui no serviço, mas temos muito trabalho pela frente. Vamos, ver (...) se essas mudanças que vamos implementar beneficiam mesmo o nosso doente e o desaparecimento das úlceras por pressão. (Reforça) negativar é o que queremos, chegar ao 0%”* (E1,50), porém elementos relativos à organização dos cuidados é a existência de um (OE, 2002, p.15) “sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” com a existência de um sistema de registos, que incorpore sistematicamente, necessidades de cuidados, de intervenções e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem que promovam indicadores relativos ao exercício dos enfermeiros.

Verbaliza uma enfermeira que *“quero referir que a nível do serviço estamos muito melhor, estamos a caminhar não para a perfeição, mas estamos no bom caminho ao nível da prevenção das úlceras por pressão”* (E2,50), pois existe (OE, 2002, p.15) “satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional”, *“tem-se evoluído favoravelmente (refere-se ao desenvolvimento de úlceras por pressão), aparecem, porque há um conjunto de circunstâncias, nomeadamente na população idosa que favorecem o aparecimento (...) acho que se deu um salto importante, (...) não houve nenhum agravamento, acho que houve uma evolução muito favorável, especialmente nos últimos anos (...) percorrendo sempre este caminho (...) numa atitude positiva (...). Seria muito importante, conseguir fazer esta evolução e esta alteração em termos profissionais (...) melhorando o aspecto clínico dos (...) doentes para que eles regressem rapidamente (...) a casa”* (E3,50) com (OE, 2002, p.15) “a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade” e a definição de uma política social e de saúde que atenda o envelhecimento como (OMS, 2002) “o processo de optimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (p.14).

Acrescenta, *“realmente dantes (refere-se há 19 anos atrás) era outro tipo de úlceras, era diferente (refere-se à severidade) (...). Temos mais, mais idosas, muito mais do que no início (...) agora a faixa etária é dos oitenta, noventa anos mais ou menos, mas tínhamos muito mais (refere-se a úlceras por pressão)”* (E4, 50). Em acordo, com INE

(2002) e como referido, verifica-se que existe associado ao envelhecimento uma “alteração progressiva das capacidades de adaptação do corpo, verificando-se conseqüentemente, um aumento gradual das probabilidades de morrer devido a determinadas doenças que podem precipitar o fim da vida” (p.187), precedido de internamento em ambiente hospitalar com risco potencial de desenvolvimento de úlceras por pressão.

O processo de prevenção de úlceras por pressão é aparentemente, gratificante, mas “*com este esforço temos tido alguns benefícios e temos visto, é gratificante, é com gratidão que vejo que há uma grande melhoria de há alguns anos para cá*” (E2,93). As pessoas, “*são sobretudo os doentes que estão aqui internados, eles próprios verbalizam que vocês aqui são incansáveis, dão tudo o que têm e não têm*” (E1,48), sentem-se reconhecidos pelo seu esforço, “*é um motivo de orgulho, (refere-se à redução da taxa de prevalência e de incidência de úlceras por pressão), porque (...) o nosso objectivo é sempre prevenir e o evitar das úlceras por pressão tem estado a ser concretizado*” (E4,133).

Sentem-se reconhecidos e úteis, na “*situação em que o familiar de uma pessoa, que (...), estava acamada. Ela veio-nos pedir ajuda e nós ajudámos: ensinámos a posicionar, a mobilizar. Ele já tinha algumas úlceras por pressão e estava num estado de situação terminal de doença oncológica, e neste caso não existia (...), nada menos do que minimizar o seu sofrimento e evitar alguma situação que pudesse aumentar o seu sofrimento. Isso sabe-nos bem (...) ser útil às pessoas, é para isso que existimos*” (E3,165), Virgínia Henderson (1994) explicita, o conceito de enfermagem como uma ajuda à pessoa, de forma a responder às suas necessidades.

Também, parece como benéfico o envolvimento da família na prestação de cuidados, ao nível dos posicionamentos, colocação de fralda, hidratação e cuidados à pele, como medida de prevenção de lesões, “*a família poderia colaborar connosco, (...) por exemplo a posicionar um doente ou a prestar um cuidado à pele (...) por causa das lesões por humidade, a saber como é que se coloca uma fralda (...), como é que se limpa uma pele, como é que se hidrata, (...) seria importante, só que depois (...) falamos muito mas não agimos nesse sentido (...) era proveitoso que nós começássemos a fazer isso*” (E4,158).

No entanto, na sua prática diária, existem famílias que se envolvem na prestação e com disponibilidade para colaborar, *“há famílias (...) que estão envolvidas, que querem ajudar, que querem entender como é que as coisas funcionam, como é que as coisas se apresentam”* (E1,S32), se todo o agir quotidiano promove a prevenção das úlceras por pressão e o cuidado é, os enfermeiros referem-se à família na prestação de cuidados, *“é uma coisa que terei de apostar mais, envolver os familiares na prestação de cuidados ao doente, na prevenção das úlceras por pressão, porque isso é muito mais importante, (...) para a prevenção* (E2,104), de acordo com Benner (1989) é a capacidade de dar ao outro o poder de ser aquilo que ele quer ser.

Julgando, refere, *“em relação à minha realidade, (...) ainda não presente em todos os sentidos, porque (...), há situações que eu vejo e detecto que podemos envolver a família no cuidar, e que vamos obter contributos positivos”* (E3,104). Um outro diz, *“continuo a achar que poderíamos fazer melhor, com mais meios podemos melhorar, e com isso conseguimos dar mais conforto às pessoas e eu acho que era o ideal conseguir (...) envolver a família”* (E5,104), percebe-se assim, a importância dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa idosa internada no serviço. O cuidar é universal, definido (Leininger, 1998) *“como aqueles actos de assistência, suporte ou facilitação para com um outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou previsíveis, de forma a melhorar a sua condição humana ou o seu modo de vida”* (p.9).

Diz um participante, *“significa uma experiência, uma grande gratificação, uma pessoa sentir que está a caminhar no bom caminho, que está a prestar cada vez mais e melhores cuidados de enfermagem, que está a ficar cada vez mais consciente, mais sensibilizado (...) para este tema que é o aparecimento das úlceras por pressão no idoso da medicina II, é com muita alegria, é com muita gratificação que se vê que o número, a prevalência (baixou) ”* (E2,74), revela a importância da (OE, 2002) *“identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência, para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis”* (p.13) que se traduzem por indicadores de produtividade do exercício profissional dos enfermeiros.

São, estes os aspectos relativos à melhoria, “ *agora já se começa a notar que os doentes têm a pele íntegra sem eritema não branqueáveis na zona sagrada e nos calcâneos, que são as zonas, onde normalmente, com mais frequência surgem essas úlceras por pressão. (...). É com alegria e uma gratificação que vimos que estamos a evoluir de uma forma crescente, (...) é um trabalho de equipa*” (E2,95), que requer (OE, 2002) “*rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem*” (p.14).

CATEGORIA -CONSTRANGIMENTOS DA PESSOA IDOSA

A pessoa idosa devido ao processo de envelhecimento apresenta vários constrangimentos, inerentes ao processo de envelhecimento e ao ambiente onde se desenvolveu e está inserido. A segunda categoria refere-se aos “constrangimentos da pessoa idosa” vivenciado pelos participantes ao longo do seu percurso profissional e é suportada por duas subcategorias, denominadas “relacionados com a idade” e “relacionados com o meio envolvente”.

SUB CATEGORIA - RELACIONADOS COM IDADE

Verifica-se um envelhecimento da população em geral, com o envelhecimento dos mais velhos, como referenciado anteriormente. Mas com este fenómeno social, (INE, 2002), entre outros, como o distanciamento e abandono familiar, solidão, desnutrição, desidratação, doenças cardiovasculares, diabetes, fragilidade tecidual, entre outros. Refere, que “*cada vez, vejo pessoas mais idosas e junto à idade, acho que aparece muita coisa, o abandono da família (...), aqueles que não os abandonam distanciam-se, aparecem todas as implicações da idade, desnutrição, desidratação e todas as outras doenças, as doenças cardíacas, diabetes, feridas, a pele fica mais frágil e acho que junto à idade também aparece a solidão, os idosos cada vez estão mais sós*” (E5,219).

Também o fenómeno social relacionado com o envelhecimento gera dilemas, porque os enfermeiros vivenciam situações em que os familiares, “*alegam motivos de saúde (...), idade avançada, (...) os nossos doentes são idosos e os familiares não são menos. (...). Nós verificamos que as famílias, os cuidadores são quase sempre idosos (...). Não é a mesma idade mas é muito, muito semelhante*” (E3,143), em Portugal e de acordo com

os Censos (2002) verifica-se que existe um crescimento da população com idade igual ou superior a 65 anos, com uma representatividade de 16.6%. O Departamento de Estatística da União Europeia (EUROSTAT, 2010) faz uma projecção traçando um cenário em que a percentagem de idosos portugueses praticamente duplicará entre 2004 e 2050, os quais chegarão a um percentual de 31.9.

Por este motivo é importante (Fontaine, 2000) “não só continuar a dar tempo ao tempo, mas também dar qualidade ao tempo” (p. 147), idêntico “*é que a população tenha uma qualidade de vida e não viver muito*” (E2,116). A “*qualidade de vida sim, (...) sem sofrimento, dor e desconforto*” (E3,116). Sentem que os internamentos, da pessoa idosa são prolongados estabelecendo-se uma relação de compaixão, porque “*lidamos todos os dias com eles, foram pessoas que assistimos a melhorias, assistimos ao voltar a piorar, a melhorar, não conseguimos de qualquer das maneiras ter uma perspectiva de alta, de ganho em independência*” (E5,231). Constata-se com este testemunho a parca qualidade de vida das pessoas idosas, sendo entendida (WHO, 2002) a qualidade de vida determinada pela capacidade e habilidade de manter a autonomia e a independência, como referido anteriormente.

Os enfermeiros sentem que o desenvolvimento de úlceras por pressão na pessoa idosa, aparentemente, não promove a sua qualidade de vida, “*é muito interessante em termos profissionais, estudar, desenvolver estratégias, porque tudo o que pudermos fazer, para evitar o sofrimento de uma situação de úlcera por pressão, dolorosa para o doente, (...), e conseguirmos criar situações que possam melhorar o estado do doente, sem o danificar, sem lhe causarmos lesão ou problema*” (E3,117), o que requer uma perspectiva de prestação de cuidados de conforto e saúde de uma forma holística, em conformidade com a pessoa, sua dependência, entre outros, a fim de reduzir o seu sofrimento e dependência sendo a independência entendida (WHO, 2002) como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária.

Afirma, outro enfermeiro que “*o importante é que o doente tenha uma qualidade de vida (...), considero como qualidade de vida uma pessoa passar os seus últimos dias de vida sem úlceras por pressão*” (E2,117). Opina outro sujeito que “*se fosse uma criança com uma úlcera por pressão seria um escândalo, seria mesmo um escândalo*” (E5,117). Porque, e como referido, (Guimarães, 2006) trata -se de um processo de maus-tratos às

peças idosas dependentes, entendido (Vendrell e Riera, 2004) como qualquer acto ou omissão sofrido por pessoas com idade superior a 65 anos, que vulnere ou ponha em perigo a integridade física, psíquica entre outros.

A idade (EPUAP/NPUAP, 2009) avançada promove “o risco de aparecimento de úlcera por pressão, é muito superior (refere-se na pessoa idosa) (...), nós no serviço verificamos isso. E temos uma população muito, muito idosa, com necessidades de cuidados e portanto as úlceras podem aparecer com muito mais facilidade” (E1,76). Outro verbaliza “ a população sim é muito idosa, (...), idades entre os 80 e os 90 anos como média. Portanto, como vemos, a população é extremamente idosa, mas nem por isso tem mais úlceras por pressão ” (E3,76), verifica com a passagem da 3ª à 4ª idade é que existe uma diminuição da importância da idade cronológica e um aumento da importância da idade funcional. Mas existe um momento onde ocorre uma diminuição do grau de funcionalidade, existe descontinuidade e diferenças qualitativas entre os ganhos e as perdas, realidade promotora de dependência da pessoa idosa e do desenvolvimento de úlceras por pressão.

Por estas razões, os enfermeiros vivenciam que é difícil controlar todas as variáveis, que contribuem para o desenvolvimento de úlceras por pressão na pessoa idosa, porque “há pessoas que têm mais riscos, há outras situações que nós não podemos minimizar mais, porque temos limitações, (...), porque há limitações, dentro daquilo que poderá ser o ideal para aquela pessoa” (E4,4) vivenciando outro enfermeiro “tentar controlar todos estes aspectos acaba por ser um pouco complicado” (E1,4) e referem “era uma pessoa muito emagrecida, também o mau estado geral, era alimentado por sonda nasogástrica, porque já não tinha reflexo de deglutição. Entretanto tinha alterações intestinais, (...) o que alterava também a absorção dos alimentos (...). Fazia imensos antibióticos, imensas febres, muita sudorese” (E1,15). Foi verbalizado a situação de uma pessoa idosa “ não se apercebeu (...) do aparecimento da úlcera por pressão, era já um senhor debilitado, de idade já avançada, embora consciente e orientado, era emagrecido” (E2, 112).

Por todas estas razões, constatamos que a pessoa consciente, orientada mas com debilidade, idade avançada e emagrecida tem risco acrescido de desenvolver úlceras por pressão. O emagrecimento, mas também a obesidade promovem o desenvolvimento de

úlceras por pressão na pessoa idosa como verbalizado, “esses senhores (...) eram exactamente os dois extremos opostos, (...) extremamente emagrecido, já era magro, um homem naturalmente magro e (...) outro extremamente obeso, e os dois adquiriram úlceras de gravidade, de categoria IV” (E5,203). Em conformidade com EPUAP/NPUAP (2009), enfatiza a pressão e o emagrecimento, como promotores da prevalência e incidência de úlceras por pressão na pessoa idosa, o que é vivenciado “era muito emagrecido e os trocanteres também ruborizavam como muita facilidade” (E1,41). Referindo outro, “lembro-me de um, ou outro doente, que por acaso, eram emagrecidos” (E2,41), o que constata a evidência de (EPUAP/NPUAP, 2009) que a

subnutrição é um factor de risco reversível no desenvolvimento de úlceras de pressão, a sua detecção e tratamento precoces é muito importante. Indivíduos que estejam em risco de desenvolver úlceras de pressão, podem estar também em risco de subnutrição, por isso, devem ser examinados relativamente ao seu estado nutricional (p.12).

Também, as dimensões da escala de Braden (1987) dão enfoque a aspectos como, a humidade que promove o desenvolvimento das úlceras por pressão na pessoa idosa, diz “tinhas-mos que estar constantemente a trocar os lençóis da cama, porque a humidade, (...) afecta a parte das úlceras por pressão, o seu aparecimento” (E1,16). Diz outro enfermeiro que “temos o cuidado, mudar a fralda sempre que necessário” (E2,16). Existe a evidência (EPUAP/NPUAP, 2009) que “ambas a pele seca e excessivamente húmida são factores de risco” (p.11), para combater os problemas relacionados com “a humidade tentámos e adquirimos novas fraldas que protegem da humidade e tentamos utilizar (produtos) barreiras como o copolímero” (E5,16). O que evidencia: (EPUAP/NPUAP, 2009 “proteger a pele da exposição à humidade excessiva através do uso de produtos barreira de forma a reduzir o risco de lesão por pressão” (p.14).

Outros dos constrangimentos relacionados com a idade, são aspectos valorizados na escala de Braden (1987) porque promovem o desenvolvimento de úlceras por pressão são as alterações da percepção sensorial, da mobilidade e da actividade, aspectos enfatizados pela EPUAP/NPUAP /NPUAP (2009). Conforme referem e dando consistência ao exposto, “há cinco anos quando (...) todos os doentes com alteração da percepção (sensorial), tinham úlcera por pressão” (E2,94). Porque acrescentam que “os doentes que não têm sensibilidade não conseguem dizer que estão mal, não

conseguem dizer que estão desconfortáveis, não nos despertam para situações” (E5,9). De referir que, este grupo, de enfermeiros aplica a escala de Braden e instrumento de avaliação de pele a todas as pessoas internadas no serviço desde o ano de 2006, e na sua prática de cuidado valorizam o conforto.

A alteração da mobilidade promove a prevalência e incidência de úlceras por pressão na pessoa idosa “ *ao nível da mobilidade também não tinham uma mobilidade activa no leito da cama” (E2,90) “ pessoas que eram independentes e que deram entrada no hospital com um AVC (acidente vascular cerebral) hemorrágico e ficaram completamente em estado comatoso vigies, (em) que não se conseguiam mobilizar, num estado de dependência completo. Apesar dos (...) nossos esforços, não conseguimos e, eles adquiriram úlceras por pressão” (E5,90, porque devemos (EPUAP/NPUAP, 2009) “considerar os indivíduos acamados e/ou confinados a uma cadeira de rodas em risco de desenvolverem úlceras de pressão” (p.10). É também exemplo disso a imobilidade associada à amputação dos membros inferiores, de acordo com as falas “*era um doente amputado não se mexia rigorosamente nada (...) acabou por surgir (com) algumas úlceras por pressão” (E1,11).**

Das vivências dos enfermeiros, a “ *maior parte dos (...) doentes são acamados, não verbalizam aquilo que têm. ” (E1,37), o que dificulta a (EPUAP/NPUAP, 2009) “colaboração do indivíduo na identificação de eventuais áreas de desconforto ou dor que possam ser atribuído a danos causados por pressão” (p.13). Porque existem estudos que (EPUAP/NPUAP, 2009, p.13) “têm identificado que a dor local constitui um predecessor de lesão tecidual”, assim como a média de dias de internamento, superior ou igual a seis dias, devido ao risco de desnutrição identificado mundialmente, entre outros.*

A fim de minimizar o sofrimento e proporcionar conforto na prática de cuidados de saúde a pessoa idosa é confrontada com a necessidade do uso de alguns dispositivos, como o uso de fraldas, as quais poderão promover o desenvolvimento de úlceras por pressão. Existe a necessidade de um cuidado com a “ *parte urinária (...) estimular os doentes a fazerem exercícios activos, exercícios de ponte, (...) estimulá-los a utilizarem os urinóis (...) a arrastadeira. (...). Para que (as pessoas idosas) sejam autónomas e não fiquem assim tanto tempo com as fraldas” (E2,97), no final da sua vida.*

A pessoa idosa com úlcera por pressão, tem risco potencial de ser algaliada, em acordo com os guidelines de infecção (2009), pois *“ele (refere-se á pessoa doente e idosa) acabou por ser algaliado, (...) urinava bastante, fazia uma grande quantidade de soroterapia e nós também o hidratávamos muito devido àquela alteração intestinal”* (E1,18).

Também, a pessoa idosa com necessidade de oxigenioterapia *“ fez úlceras por pressão a nível das orelhas, porque necessitava de oxigenioterapia e, por causa dos posicionamentos também fazia pressão sobre a orelha, (...) conseguimos que elas regressem (...), para um estado de cicatrização ”* (E1,19), vivência documentada pela EPUAP/NPUAP (2009) incidência de úlceras por pressão nas orelhas, associada há necessidade de oxigenioterapia e à instabilidade relacionada com alterações da perfusão tecidual. Por tudo isto é importante promover a qualidade de vida e retardar o aparecimento ou a progressão de doenças crónicas.

SUB CATEGORIA - RELACIONADOS COM O MEIO AMBIENTE

Entendo que nesta subcategoria, relacionada com o meio ambiente, foram enfatizados três aspectos: a alimentação do idoso, a sua institucionalização e a prática de cuidados *“ temos uma população muito idosa, (...) é muito complicado alimentá-los de uma forma adequada e conveniente (...) e hidratá-los também (...) por não gostarem de tudo ”* (E1,5). Os hábitos alimentares são resultado do meio ambiente, da cultura, da religião, entre outros factores e o facto de os idosos terem, como qualquer outra pessoa, as suas preferências, dificulta, não raras vezes, a sua nutrição, em contexto hospitalar.

Está relacionada com a saída da pessoa idosa, do serviço de internamento, a sua integração em lares ou na rede de cuidados continuados em regime de internamento, citada *“existe uma grande cultura cá para o Sul, (...) de enviar o doente para os cuidados continuados e nunca querem levar o doente para o seu domicílio. (...). A maior parte dos doentes do nosso serviço vão para os cuidados continuados”* (E2,20). Referem *“entretanto teve alta foi para uma unidade”* (E1,20) *“tenho um senhor na minha memória que desenvolveu uma úlcera por pressão, mas a úlcera por pressão, (...) evolui favoravelmente, conseguiu-se cicatrizar (...), e o senhor foi para uma unidade de média duração, (...) com uma lesão muito superficial”* (E3,2) *“os doentes*

sempre que têm um grau de dependências vão para instituições, para lares, para os cuidados continuados” (E3,20). Como referenciado, a RNCCI criou (ARS, 2011) “ 377 camas de internamento destinadas a cuidados continuados, para pessoas idosas e dependentes”. Desconhecendo-se o número de camas existentes em organizações particulares de solidariedade social e privadas, da Região do Algarve.

Por todas estas razões o meio envolvente é determinante da forma como os actores sociais interagem, *“geralmente nós não envolvemos muito a família (...). Podíamos envolver de alguma forma, (...) e agora estamos a sofrer com isso (...) o que não se deveria fazer era institucionalizar as pessoa” (E4,192), mas “acho, que a família será sempre importante, acho que é que cultural, somos nós que por vezes, não gostamos que os outros vejam o nosso trabalho, isso é uma questão de cultura, também não envolvemos a família, mesmo quando posicionamos os doentes e a família está presente, nós muitas vezes pedimos à família para sair, é um facto” (E4,157). Virgínia Henderson (1994) explícita, que a função essencial da Enfermagem é assistir o indivíduo, doente ou não, na realização das actividades que contribuem para a sua saúde ou recuperação.*

CATEGORIA -ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

A terceira categoria refere-se á “organização do serviço” vivenciado pelos participantes ao longo do seu percurso profissional. Esta categoria é suportada por quatro subcategorias, denominadas “registos”; “sobretaxa de ocupação”, “trabalho em equipa” e “escassez de recursos”. Para responder adequadamente às necessidades das pessoas utilizadoras a organização do serviço é determinante do ambiente da prática de cuidados, do modo como trabalham em equipa, como comunicam, das estruturas e dos recursos existentes, taxa de ocupação e média de dias de internamento e sobretudo do modo como interagem e se envolvem no cuidado á pessoa.

SUB CATEGORIA – REGISTOS

Os registos determinam um modo de comunicação na equipa multidisciplinar e promovem a continuidade dos cuidados. Assim é reconhecido que os registos efectuados no processo clínico informatizado, permitem a consulta e a avaliação da

peessoa idosa doente, desde o início do seu internamento, em ambiente hospitalar “*neste momento com o sistema informatizado, nós temos acesso a todo o processo do doente desde o primeiro dia, que cá entrou (...) e conseguimos ver qual foi a sua evolução (...). O doente entrou há um ano atrás e foi detectada qualquer úlcera por pressão, e nós conseguimos ver isso (...) se o doente teve internamentos anteriores em que desenvolveu úlceras por pressão (E1,66)*, embora existe um constrangimento, que é a inexistência de compatibilidade do sistema operativo do módulo Life Sciences Computing, S.A. (ALERT) com o Sistema Integrado de Informação Hospitalar, (SONHO), que no dia-a-dia tentam resolver com o recurso ao uso de papel.

Verbalizou que “*não havia o instrumento de avaliação de pele, (...) agora faz-se uma avaliação inicial, quando o doente é internado no serviço em que se vê toda a superfície corporal, (identifica-se) se tem úlceras ou eritema não branqueáveis (...), para discernirmos, para ter uma noção do aparecimento de úlceras por pressão*” (E2,66). É vivenciado pelos enfermeiros, ao referirem que “*é uma grande valia, (refere-se aos registos informatizados) porque conseguimos (perceber), se é um doente que teve úlceras por pressão, (se) é um doente de risco. (...) Acaba por ser um alerta, podemos actuar (...) e não deixar que essas (úlceras por pressão) se desenvolvam*” (E1,67), por todas estas razões, a importância dos registos de enfermagem é actualmente reconhecida e indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados, realçando a sua função de comunicação dos aspectos resultantes deste processo de cuidados. Sendo o ser humano o alvo da profissão de enfermagem, é imperativo construir uma linguagem em que a pessoa e família estejam bem visíveis.

Os registos promovem a consulta das acções efectuadas, permitem-nos “*saber o que foi feito em turnos anteriores (...) porque a passagem de turno, é muito importante, (...) mas o que fica registado do que aconteceu, nós conseguimos consultar e conseguimos saber o que é que a colega fez, no turno anterior, ou há uma semana atrás, há quinze dias atrás sem qualquer tipo de dúvida*” (E1,71). Porque “*os registos, são muito importantes, para haver uma continuidade de cuidados (...) sozinho não consigo prevenir úlceras por pressão a um doente idoso (...) se formos o global da equipa de enfermagem, as coisas já são diferentes*” (E2,71). Os registos promovem a consulta das acções efectuadas e a melhoria dos cuidados de saúde “*através da melhoria dos*

registos, que são essenciais para dar continuidade aos cuidados, não só para saber o que se tem estado a fazer, mas também o que é que se pode fazer e melhorar” (E3,71), é imperioso valorizar e registar todas as intervenções que traduzam o cuidar, uma vez que estas são centrais no dia-a-dia dos enfermeiros, e contribuem não só, para a melhoria dos cuidados prestados, mas também para elevar a visibilidade da profissão de enfermagem junto das pessoas doentes e suas famílias. A actividade profissional de enfermagem é autónoma e responsável, tornando imprescindível, que se justifique todas as intervenções, que se realizam directamente com as pessoas, onde os registos de enfermagem assumem um papel fundamental.

Os enfermeiros, na prática quotidiana e aquando do regresso da pessoa idosa a casa (entenda-se casa qualquer sitio onde a pessoa reside), procedem à realização da nota de alta em suporte de papel “ *para um lar, enviamos a carta de transferência dentro de um envelope, dirigida ao enfermeiro do lar, (...) todos os lares devem ter um enfermeiro (...). Quando, por exemplo, é para outra (...) unidade dos cuidados continuados, não se tem acesso, muitas vezes” (E4,182). Contudo, a continuidade de cuidados aquando da integração da pessoa idosa na rede de cuidados continuados integrados, faz-se através dos registos em suporte informático, “ *imaginando (que a pessoa doente) tem critérios para a unidade de convalescença, (...) nós temos que propor aquele doente à coordenação local (...).Eu tenho que enviar o processo de enfermagem daquele doente, (...), as notas, o processo todo do doente, o planeamento de algumas situações, que ele tenha, portanto, eles têm visualização a nível de computadores, (...) do processo do doente, da situação de saúde, de tudo o que pode ocorrer com aquele doente” (E4,184), e é complementada por um contacto telefónico e registos em suporte de papel onde “ *selecciona-se aquele doente, vêem se (...) aquele doente tem aqueles critérios (...) para aquela unidade. Quando vai para a unidade, no dia que for para aquela unidade, nós telefonicamente, do serviço, contactamos e falamos pessoalmente com o enfermeiro que está na unidade (...) transmitimos (...) o que é mais relevante, depois junto ao doente vai sempre uma carta (de transferência) (E4,185).***

A continuidade de cuidados, aquando da integração da pessoa idosa no serviço de apoio domiciliário integrado é complementada por um contacto telefónico e registos em suporte de papel tal como quando é internada, sendo estabelecida por esta equipa, ADI, a frequência e o tipo de apoio “*nós fazemos o mesmo procedimento, mas terá apoio*

domiciliário (...). Depois quem decide se vai nesse dia, se vai no dia a seguir, é a equipa de coordenação, lá do Centro de Saúde da área do senhor, a que vão prestar esses cuidados” (E4,186).

Os enfermeiros enfatizam, na nota, de alta, o tratamento, negligenciando a hidratação e os posicionamentos, “ *geralmente, nós o que fazemos é enviar a carta de transferência, já com o tratamento, mas nunca enviamos uma carta a dizer que o doente precisa de ser hidratado, ou que deveria ser hidratado, ou que poderia ser posicionado, uma sugestão de enfermagem ” (E4,181)*, todavia não se trata de desvalorizar a pessoa, ou a profissão, mas existe um realce das intervenções interdependentes. Aspectos emocionais e os relativos à família não têm uma aparente expressão nos registos, pois a atenção centrada na pessoa está envolvida no cuidado é pouco valorizada, sendo esta uma função autónoma.

No dia-a-dia dos enfermeiros, verifica-se a inexistência de parametrização relativa ao registo da eficácia dos ensinamentos, receptividade dos familiares ao seu envolvimento na prestação de cuidados de saúde, o que é referido: “ *a gente faz no nosso processo de enfermagem (refere-se aos registos), levantamos o problema e tentamos deixar registado a receptividade, a eficácia do ensino, mas não existe uma parametrização, tal como não há uma escala, (...) que nos oriente, nós é que fazemos a nossa avaliação, se foi eficaz, se não foi eficaz, se a família está receptiva, se não está, agora parametrização não (existe) ” (E5,224).*

Contudo, na zona norte do País os hospitais têm parametrizado, intervenções de enfermagem relacionadas com o ensino ao cuidador informal, ao nível dos cuidados de higiene e conforto, da nutrição, prevenção de úlceras por pressão, reposicionamentos e de prevenção de quedas, “*norte (do país) (...) existem muitas intervenções relacionadas com o ensino ao cuidador informal, tanto ao nível dos cuidados de higiene, da alimentação, prevenção de úlceras, posicionamentos, de prevenção de quedas” (E2,106)*, que são funções autónomas dos enfermeiros.

SUB CATEGORIA - SOBRETAXA DE OCUPAÇÃO

A sobretaxa de ocupação de um serviço de Medicina promove o internamento de pessoas idosas e doentes, em cama no corredor do serviço, sendo a sua proveniência o serviço de Urgência Polivalente onde a maioria destas pessoas, permaneceram alguns dias em maca no corredor. A título de exemplo e de acordo com os indicadores de utilização, publicados neste hospital referente aos meses de Janeiro a Setembro, no ano de 2010 a: taxa de ocupação deste serviço foi de 134.17% e a demora média de 12.65dias.

O internamento de pessoas idosas em corredor, não promove a prestação de cuidados personalizados nem a prevenção de úlceras por pressão, o que é relatado: *“posso dizer que mesmo ficando os doentes em cama no corredor, nas camas, nós conseguimos prestar os cuidados mínimos e exigidos” (E1,54)*; pois estas pessoas necessitam de cuidados de saúde, são doentes, frágeis e muitas vezes abandonadas pela família e pela sociedade.

Este ambiente é desfavorável à prevenção de úlceras por pressão. É vivenciado pelos enfermeiros a necessidade de *“ acabar com estas situações (...) dos nossos doentes no corredor (...) é muito importante, a privacidade dos nossos doentes, (...) a forma de trabalhar é completamente diferente, (...) para conseguirmos, atingir as metas (refere-se à taxa de sete por cento de prevalência de úlceras por pressão, adquiridas no serviço) ” (E1,77)*. Apesar do esforço, empenho e motivação, no entanto, (OE, 2002, p.5) *“ às instituições de saúde compete adequar os recursos e criar as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade”*, para as pessoas doentes e profissionais.

Também o internamento em maca promove o desenvolvimento de úlceras por pressão *“temos doentes em corredor, mas em camas, logo aí melhora-se substancialmente” (E1,77)*; *“não temos doentes internados em macas, só em cama (...) para mim era desesperante prestar cuidados, ver os doentes em maca, desconfortáveis, sem se poderem mexer, por vezes alguns doentes nem cabiam nas macas” (E5,53)*. A organização dos cuidados de enfermagem deverá ocorrer num ambiente seguro, onde deve prevalecer a (OE, 2002, p.15) *“satisfação dos enfermeiros relativamente à*

qualidade do exercício profissional” e empenho dos órgãos decisores para a introdução de medidas correctivas.

Pelo exposto, os enfermeiros dão enfoque ao conforto da pessoa, não se sentindo face ao seu contexto de trabalho, culpabilizados pelo desenvolvimento de úlceras por pressão *“sinto que relativamente aos meios que temos, relativamente à situação que vivemos e àquilo que temos, sinto que a equipa de enfermagem não tem culpa, (...) e nós tentamos, falo da experiência que (...) damos 100% daquilo que conseguimos dar diariamente, para o conforto dos nossos doentes”* (E1,45) *“nós, não pensamos em nós. Se não comer não faz mal, primeiro estão os nossos utentes e às vezes sinto-me um bocadinho triste (...) as pessoas pensam que andamos aqui e que só damos 50% daquilo que deveríamos dar e não, nós somos muito dedicados (...) pensamos muito no nosso doente, tentamos muito organizar as coisas de forma a beneficiá-lo, e isso por vezes, não transparece, não se vê (...) há tanto trabalho aqui, uma confusão sempre muito grande e as pessoas não têm muito bem a noção daquilo que se faz aqui”* (E1,47). Pois o (ICN, 2006, p.11) *“assinala uma forte evidência empírica a demonstrar a ligação entre as dotações inadequadas de enfermeiros e um espectro de resultados adversos dos doentes, incluindo: úlceras de pressão”*.

Também vivenciam, que a pessoa idosa com ajuda parcial corre o risco de desenvolver úlceras por pressão, *“por ser consciente e orientado, por ter alguma autonomia própria, haver uma certa negligência (...), porque nós visualizamos o doente como um todo, olhamos para o senhor, o senhor fala, está orientado, articula os membros superiores e é capaz possivelmente de ainda se conseguir alimentar autonomamente, com a ajuda do partir dos alimentos e (...) daí uma certa negligência da nossa parte (devido ao excesso de trabalho) ”* (E2,112). Mas se as instituições de saúde existem para (OE, 2002) *“ os cidadãos, também os profissionais de saúde em geral, e aqui em particular os enfermeiros, existem para servir os cidadãos. Assim, as organizações devem, por princípio, satisfazer as necessidades dos enfermeiros favorecendo o empenhamento destes em prol da qualidade”* (p.5), apesar das contingências orçamentais, é necessária a definição de uma política de saúde orientada para os resultados que considere as necessidades específicas e a unicidade da pessoa idosa, resultante do seu percurso de vida.

Os enfermeiros sentem que os bons cuidados na comunidade promovem a qualidade de vida do idoso, reduz o seu reinternamento e conseqüentemente reduz a taxa de ocupação do serviço, “ *se conseguirmos ver qual é o nosso objectivo, o do nosso trabalho, acho que isso era gratificante (...) conseguir que as pessoas precisassem menos de nós na fase de agudização, não agudizassem tanto a sua situação, precisassem de nós como apoio (...) comunitário e não necessitassem tanto dos cuidados diferenciados*” (E4,194). Em verdade os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção de projectos de saúde onde se procura (OE, 2002) “ prevenir a doença e promover os processos de readaptação (...) a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, (...) frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente” (p.8).

Além do internamento prolongado, média superior a doze dias, contribuir para a sobretaxa de ocupação do serviço, também contribui para o desenvolvimento de úlceras por pressão “*vinha sem nenhuma úlcera, mas depois o internamento foi tão prolongado (...) que ele acabou por ficar com algumas úlceras por pressão*” (E1,13); outro enfermeiro relata “*lembro-me de várias pessoas que acabaram por adquirir úlcera, (...) era um senhor que esteve cá muito tempo*” (E5,13), associando os dias de internamento e o desenvolvimento de úlceras por pressão (ICN, 2006), verificou-se que existe uma proporção entre as horas de cuidados prestadas por enfermeiros, por dia e o número de horas de cuidados necessárias por enfermeiros por dia, que estiveram associadas a: estadias mais curtas; taxas mais baixas de infecções do tracto urinário; e casos reduzidos de insucesso no salvamento, entre outras. A pneumonia e as úlceras por pressão nos doentes acamados são resultados bem documentados da imobilidade associada à sua permanência na cama.

Mas “*permitamos que haja um internamento mais curto, porque o médico assim que vê o doente sentado, tem logo uma perspectiva diferente daquele doente, e isso é o suficiente para (...) o médico tomar providências e de o internamento não se tornar tão prolongado*” (E2,13). Porque (OE, 2002) “ o exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de actuação multiprofissional” (p.9), onde o gerontólogo tem uma função determinante, para a promoção da qualidade de vida da pessoa idosa.

SUB CATEGORIA - TRABALHO EM EQUIPA

Os enfermeiros reconhecem a importância do envolvimento da família na prestação de cuidados, do trabalho em equipa multidisciplinar e a importância da interdisciplinaridade do conhecimento na prevenção de úlceras por pressão afirmando que *“ família e doente são sempre o centro do nosso problema, do problema da equipa. Todos nos deveríamos focar nele, saber o que é que aquele doente poderia beneficiar e quais seriam os melhores cuidados para aquele doente (...) deveria haver uma equipa multidisciplinar, já existe uma equipa multidisciplinar mas ela não funciona”* (E2,123). As *“famílias mereciam que nós pensássemos, reuníssemos, mas não discutimos isso em inter-equipa. Não há reuniões, há a visita médica, há a passagem de turno dos enfermeiros, mas não há uma reunião onde estejam todos juntos”* (E5,123). O enfermeiro, na prática quotidiana experimenta uma situação de exaustão física, psicológica e espiritual acompanhadas de uma pobreza moral, que com toda a exaustão, sobrecarga de trabalho e solicitações nos enfraquece enquanto pessoas e profissionais de enfermagem e nos conduz ao definido por Maslach (2003) como a perda do cuidar humano.

Os enfermeiros reconhecem a importância do trabalho em equipa multidisciplinar e a importância da interdisciplinaridade do conhecimento na prevenção de úlceras por pressão, *“ neste momento em termos de assistente social, dietistas e outras pessoas que também são fundamentais e importantes na prestação de cuidados dos nossos doentes, o dietista quando é chamado ele vem e até observa o doente, pede algumas informações, mas nada de especial. Muitas vezes nós também tentamos explicar a situação do doente, porque nós, é que estamos com ele 24 horas (...) sabemos se eles toleram (a alimentação) o que é que se passa (...). Eles tentam instituir (...) a alimentação que eles acham adequada, mas também (...) são um bocadinho renitentes”* (E1,S83). Existe o reconhecimento da importância de contribuir (OE, 2004, p.22) *“para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração”*.

Como relações de colaboração, referem *“a equipa de enfermagem, (...) a equipa médica também tem sido envolvida, nomeadamente em algumas prescrições em termos de alimentação (...), alguns medicamentos, algumas vitaminas (...) e proteínas (...) temos tido a colaboração do dietista, que tem sido muito positivo na prescrição e adaptação*

de dietas mais apropriadas ao doente, aos idosos e à condição física de cada um (...). A colaboração da fisioterapia que tem dado o seu contributo nos posicionamentos em alguns levantes (...). Tem sido um trabalho conjunto (...) nós transmitimos ao médico (...), que queremos que ele observe, portanto, partilhamos também as nossas preocupações em relação a isso (...). Pode não ser, é de uma forma atempada” (E3,83). E “se não for um trabalho de equipa, em grupo, de alertar os médicos, porque nós devemos consciencializá-los para os levantes precoces, porque uma das razões (...) porque surgem úlceras por pressão, é porque o doente se mantém muito tempo no leito, mesmo que os posicionamentos sejam realizados, é difícil de prevenir o aparecimento de úlceras por pressão” (E2,83).

No entanto e perante esta vivência refere uma enfermeira que “às vezes o que eu penso, será que fomos só nós? Poderíamos ter feito mais, mais alguma coisa (...) mas que tem a ver com a equipa, (...) toda a equipa que está a cuidar daquele doente, com aquela situação da doença (...), alguma coisa falhou. Aquilo aconteceu, temos que ver o que é que falhou e se calhar é a equipa, nós enfermeiros, a nutricionista, que também devia estar presente (...) nós temos que contactá-la (refere-se ao dietista), as assistentes operacionais, que colaboram, mas nós é que temos a responsabilidade (...) e os médicos também, porque às vezes há situações em poderemos melhorar todos um pouco” (E4,83). Verificando-se que (OE, 2004, p.22) “valoriza os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social” e a interdisciplinaridade do conhecimento como promotora da qualidade de vida.

Também, a inexistência de trabalho em equipa promove o desperdício de recursos utilizados, em contactos e em relatórios sem o efectivo diagnóstico da situação da pessoa idosa doente, “é chamado por nós, (refere-se ao dietista) outras vezes pelo médico mas essencialmente é pelo enfermeiro, porque somos nós que avaliamos que o doente não está a comer. Somos nós que vimos que o doente está a adquirir úlceras, (...) nós chamamos a assistente social, nós encaminhamos ou o médico encaminha, porque quer dar alta, quer resolver a situação e ou seja para casa ou para qualquer outro lado, Unidade de Cuidados Continuados. Ele tenta encaminhar para a assistente social e elas fazem o relatório, vão-nos perguntar como está o senhor, se tem feridas, se anda (...). Não se resolve e depois vejo a avaliação da gestão de altas e diz, apoio domiciliário integrado, e eu penso, mas o apoio domiciliário está lá de duas em duas

horas ou é a família que tem que posicionar o doente de duas em duas horas. (...). Depois vêm as famílias dizer, mas eu trabalho, não tenho ninguém que vá cuidar do senhor. Eu própria assumo que não sei o que é que vai acontecer àquela pessoa. Entretanto o senhor fica cá, porque vai ficando cá, porque não tem condições para ir para casa ou dos familiares, as pessoas não têm condições e vai ficando cá. E nós temos situações destas neste momento no serviço” (E5,83). O enfermeiro revê mas não (OE, 2004, p.22) “ avalia os cuidados com os membros da equipa de saúde”, e com a equipa RNCCI.

Em verdade a prevenção de úlceras por pressão requer trabalho em equipa multidisciplinar, pluridisciplinar e a continuidade de cuidados durante as 24 horas, dizem a “ *verdade é essa, e é essa a frustração (se) não é individual, porque como já disse, só passo oito horas por dia naquele serviço e o doente está no serviço acamado ou está no serviço 24 horas” (E2,102).*

O enfermeiro reconhece que o envolvimento da família na equipa de prestação de cuidados de saúde promove a continuidade dos cuidados de saúde após a alta clínica, “*o caminho está mesmo em envolver a família cada vez mais, porque o doente passa (...) pelo hospital, a maior parte da vida dele, passa em casa e após o internamento passará com o cuidador informal na sua casa. (...). Devemos estar mais sensibilizados para isso (refere-se ao envolver os familiares na equipa de prestação de cuidados), porque a prevenção de úlceras no domicílio também é importante (...) essa senhora (pessoa idosa cuidada em casa), estava a ser muito bem cuidada, estava a ser hidratada correctamente, tinha uma cama articulada com barras laterais para prevenir a queda. A senhora estava sensibilizada (a cuidadora informal). Fazia levantar diariamente para cadeira, onde colocava um lençol traçado para prevenir a queda da doente, aplicava creme, hidratava e também a posicionava” (E2,105). Testemunho que evidencia uma das competências dos enfermeiros (OE, 2004, p.20) “fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação” competência, esta que exige recursos de enfermagem para o envolvimento, o ensino, o acompanhamento e a validação em contexto domiciliário.*

Em conformidade reconhece-se que uma estratégia de prevenção de úlceras por pressão é o reforço de recursos humanos para realização de ensinamentos e o envolvimento da família na prestação de cuidados de saúde, porque são eles os promotores da continuidade dos cuidados de saúde, como testemunhado, após a alta clínica porque caso contrário existe “ *o retorno é, eles vão e depois voltam, às vezes não aderem à medicação, não há continuidade de cuidados ao nível do domicílio, nós não conseguimos, muito honestamente eu não consigo ser um motor para que exista continuidade dos cuidados no domicílio, porque não tenho meios, (refere-se a recursos) ” (E5,211).*

No entanto, aquando da integração da pessoa idosa na rede de cuidados continuados, a passagem da pessoa idosa limita-se a diagnóstico e tratamentos, onde outros aspectos relativos à família não são referenciados por vergonha do pouco envolvimento e trabalho com a família, afirmando que “ *eu enfermeira, deveria falar com a enfermeira dos cuidados continuados, nós praticamente passamos o doente, vai para aí um doente, (...) com o diagnóstico tal, X anos, tem úlceras não tem e, mas falar da família, como é que a família está receptiva aos cuidados, (...) acho que é um motivo de vergonha, nós não falamos por vergonha, nós não conseguimos preparar a família” (E5,212).* A escassez de recursos humanos gera insatisfação nos enfermeiros e não promove a visão holística no cuidado à pessoa idosa e seus familiares.

A continuidade do tratamento da úlcera por pressão é garantido através do encaminhamento da família para a técnica de serviço social, para o Centro de Saúde ou apoio domiciliário onde “*em relação à família (...) explico que o doente tem aquela situação (...) e a família é encaminhada para a assistente social ou para o Centro de Saúde ao nível do apoio domiciliário, para que seja tudo feito” (E3,130).*

Acrescentando que a técnica de serviço social é chamada ao serviço pelo enfermeiro e observa a pessoa idosa onde “ *a assistente social, (...) chamamos, ela observa os doentes” (E1,85).* Como referido, os recursos da comunidade devem ser ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais e, simultaneamente, facilitadoras da autonomia, da participação dos destinatários, do reforço das capacidades e competências das famílias.

Mas para assegurar que tudo seja feito, aos a alta clínica, deve existir uma parceria de cuidados com a família, tendo o cuidado de os instruir e capacitar durante o tempo que a pessoa permaneceu no serviço, de forma a capacitá-los para lidar com a situação no domicílio. Durante a prestação de cuidados de saúde, com estes familiares deverá existir uma relação de disponibilidade, respeito e de empatia para possível contacto após a alta clínica. A, este propósito, refere uma participante que “ *poderíamos ajudar, (...) eu estou cá e vou ajudá-lo, se precisar de algo mais, o que é que precisa de saber, em que é que eu posso ser útil*”, (...), *acho que nós não fazemos esse trabalho com a família. (...). Já temos dito, se você precisar de alguma coisa ligue para o serviço, não se acanhe, (...) nós estamos aqui vinte e quatro horas, qualquer um de nós pode dar uma ajuda, mas assim o divulgar, dizer mesmo ou estar escrito nalgum local onde a pessoa possa ler e possa ver, (...) que nós prestamos essa informação*” (E4,109), reconhecem que (OE, 2004, p.8) “participam na coordenação e dinamização das actividades inerentes à situação de saúde / doença quer o utente seja seguido em internamento, ambulatório ou domiciliário”.

SUB CATEGORIA - ESCASSEZ DE RECURSOS

Os enfermeiros sentem que a pessoa idosa é negligenciada porque existe escassez de recursos para responder adequadamente às necessidades das pessoas idosas, em ambiente hospitalar dada a inexistência de almofadas para posicionamentos, superfícies de apoio adequadas a pessoas fragilizadas, emagrecidas e desidratadas em risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, porque “*há dias que temos quarenta doentes internados, se calhar trinta e sete ou trinta e oito ou mesmo quarenta doentes necessitavam de alguns cuidados, de algumas almofadas de alguns colchões e nós não temos para esses doentes e temos dificuldade em posicioná-los como deve ser, nós temos essa consciência.*” (E4,173).

Verbalizam que “*se a população também for exigente de alguma forma, também nos ajuda a melhorar*” (E4,60). Apesar do esforço da equipa de enfermagem, por aparente escassez de recursos, é visível o desenvolvimento de úlceras por pressão na pessoa idosa. Porém, “*queríamos minimizar e melhorar e de certa forma não se consegue, porque elas aparecem (...). Elas são visíveis*” (E1,23). Os participantes solicitam por

vezes apoio das famílias no processo de adequação dos recursos às necessidades das pessoas, para optimização de toda a unidade familiar no processo de cuidados.

Os enfermeiros, apesar do esforço sentem-se sem capacidades para superar a escassez de recursos humanos necessários à prestação de cuidados necessários ao conforto e prevenção de úlceras por pressão à pessoa idosa internada no serviço “ *ajudamo-nos uns aos outros, fazemos o que podemos, a nossa maior frustração é não conseguirmos ir mais longe, falta-nos mais, enfermeiros*” (E5,202). O ICN (2006, p.12) refere “as organizações com um número adequado de enfermeiros e médicos estão a utilizar a dimensão do seu pessoal para aumentar o seu factor competitivo relativamente a outros hospitais. Os ambientes de trabalho apelativos permitem-lhes recrutar e manter o pessoal”. O manter os enfermeiros no mesmo serviço permite o desenvolvimento de competências (Benner, 2005) e a resposta oportuna, no momento exacto com o material e ou equipamento apropriado, o que promove ganhos em saúde com a satisfação e felicidade de todos os intervenientes no processo de cuidado.

Também o desenvolvimento de úlceras por pressão na pessoa idosa gera nos enfermeiros atitudes de questionamento e de desculpabilização, onde “ *às vezes eu tento-me desculpabilizar, (pensando) ou não fiz aquele turno, ou não estava presente, naquelas horas ou se até estava eu acho que fiz aquilo que deveria ter feito para prevenir, (...) ao mesmo tempo penso, será que te estás a desculpar? será que não podias ter feito melhor? ou que não poderias ter incentivado alguém a seguir aquilo que se fez, ou alguma alternativa que pudesse melhorar de forma que aquela pessoa não tivesse aquela situação de úlcera por pressão.* (E4,148).

Por esta razão o ICN (2006), refere que um aumento no tempo de trabalho por enfermeiros poderá reduzir a prevalência de úlceras de pressão. Uma análise sistemática confirmou que as dotações adequadas estão associadas a uma menor mortalidade dos doentes internados e a estadias mais curtas no hospital. Como validado no instrumento de colheita de dados dos estudos epidemiológicos editado pela EPUAP/NPUAP e validado para a população portuguesa, conhecidos por estudos de prevalência, estadias iguais ou superiores a seis dias, aumentam a probabilidade de desenvolvimento de úlcera por pressão. Estas por sua vez aumentam a morbidade e probabilidade de morte.

Por todas estas razões e porque a idade avançada é factor de risco contributivo para o desenvolvimento de úlceras por pressão, considerando o fenómeno do envelhecimento da população com quem cuidamos, é necessário investir na prevenção de úlceras por pressão. Um estudo (Soldevilla 2010, p.55) refere que “prevenir as úlceras por pressão numa pessoa custa 1.7 Euros por dia, quando curá-la custa, pelo menos 46 Euros por dia”.

Se o seu tratamento é muito mais oneroso, promove o sofrimento e desconforto “quando temos população idosa e, é o que se prevê para o futuro, é aqui que temos que começar a investir, as pessoas têm que começar a preocupar-se. Porque digo boa vontade só, não faz tudo (...). Está provado que no tratamento gasta-se muito mais dinheiro, portanto, se conseguíssemos actuar a nível da prevenção conseguiria, sim, reduzir os custos em muita quantidade de dinheiro (...) hoje em dia as administrações só vêem o dinheiro; e onde fica a parte dos sentimentos! Onde fica o conforto do nosso doente” (E1,79). Mas apesar das constatações a política de saúde, não avaliou, aparentemente até este momento, de forma consistente esta epidemia, como referido, ela é silenciosa, pouco valorizada e um aparente problema de saúde pública.

Continuando, outro participante, afirmou que o “tratamento é muito mais caro, é muito mais sofrimento do outro, nós tentamos diminuir a dor mas há o desconforto, sem contar com as infecções, o tempo de internamento (...). Eu acho que a partir dos momentos que podemos prevenir o desconforto já temos o ganho sem falar, uma superfície dinâmica dá para quantos doentes e um penso dá para um (...) eu penso que com a prevenção temos todo o ganho, aliás eu aprendi durante o curso de enfermagem, que a prevenção a curto prazo poderá ter mais custos, mas a longo prazo tem muitos mais frutos” (E5,79). Foi referido neste documento o custo médio do tratamento em ambiente hospitalar, relacionado com a categoria da úlcera por pressão. O sofrimento não tem preço, assim como a vida. Pois de acordo com Soldevilla (2010) “temos que nos consciencializar de que as úlceras por pressão aumentam o risco de morte em quatro vezes e até seis se existir uma complicação frequente como é a infecção” (p.50).

As superfícies dinâmicas, das quais destaco os colchões de sobreposição de células médias existem no mercado com um valor inferior a 1000 Euros, ajudam a promover, aparentemente, a integridade tecidual da pessoa idosa, “eu comecei a cuidar com esta

senhora, acho que é uma vitória, porque ainda a conseguimos manter sem eritema e sem úlceras. Está numa superfície dinâmica. (...). É visível a perda de massa muscular” (E5,204). Em acordo com a EPUAP/NPUAP (2009) “quando indivíduos de alto risco não podem ser reposicionados manualmente, as superfícies dinâmicas são necessárias, uma vez que, estas podem variar as propriedades de distribuição da carga” (p.20). São uma alternativa à escassez de recursos humanos ou quando a sua situação da pessoa doente não permite os reposicionamentos, situação em que deverá usar (EPUAP/NPUAP, 2009) “uma superfície de apoio dinâmica (colchão ou de sobreposição) em indivíduos com alto risco de desenvolver úlceras de pressão, quando não é possível o reposicionamento manual frequente” (p. 20).

Apesar das competências dos enfermeiros, na identificação da necessidade de produtos barreira, para prevenção de úlceras por pressão na pessoa idosa, eles ainda não são disponibilizados, *“precisávamos daqueles produtozinhos barreira milagrosos que não são fáceis de adquirir para o Hospital. Mas que vamos continuar e vamos tentar fazer o seu pedido e informar (...) porque esses produtos (...) também são importantes para a prevenção” (E1,31).* Como referido (EPUAP/NPUAP, 2009) “devemos proteger a pele da exposição à humidade excessiva através do uso de produtos barreira de forma a reduzir o risco de lesão por pressão” (p.14), produtos barreira que promovam cuidados de conforto e a hidratação da pele.

A mudança de comportamentos ao nível da prestação de cuidados também requer um investimento ao nível dos recursos humanos de enfermagem, como constatado e de recursos materiais *“para conseguir algo mais para o serviço, para se conseguir uma mudança nas rotinas (...) queixamo-nos (...) mas é sempre muito complicado, (...) arranjar mais recursos humanos, ou até recursos materiais (...). Tentamos mudar (...) para mudarmos a 100% necessitaríamos de mais mão-de-obra, (...) mais alguns materiais e melhor qualidade na alimentação e mais hidratação para os nossos doentes. (...). Nós temos que actuar (...) mas para isso precisamos de mais meios, mais recursos, melhores condições” (E1, 28) “penso que os recursos materiais são importantes, mas não só (refere-se aos recursos humanos) ” (E2,28) “temos investido, (...) em termos pessoais” (E3,28).* Todavia, (OE, 2002) “às instituições de saúde compete adequar os recursos e criar as estrutura que obviem ao exercício profissional de qualidade” (p.6), de acordo com os objectivos da organização e política de saúde.

Referem a escassez de alternativas a produtos hídricos promotores da hidratação oral, *“tentámos personalizar os cuidados, principalmente ao nível dos posicionamentos, cada pessoa precisa de um posicionamento de X em X horas, aquele precisa de menor frequência. Em relação à alimentação a nossa equipa está muito desperta, na hidratação, eu acho que há pouca alternativa. (...). Param os soros e os doentes começam a desidratar (...). O idoso é uma pessoa extremamente fácil de desidratar, muito renitentes à toma da água, não acho que existam alternativas. Por exemplo, dar água não pode arranjar chá, gelatinas (...). O serviço de alimentação dispõe de chá, um copo, mas um copo de chá não hidrata e muitas vezes eles necessitam de um litro e meio de água, e um litro e meio de água para um copo (...). Por vezes eles também não gostam, podíamos tentar as gelatinas, podemos tentar os sumos, eu acho que se poderia fazer mais”* (E5,225). As pessoas podem necessitar de formas distintas de nutrição no decurso da sua doença, por isso devemos (EPUAP/NPUAP, 2009) “ providenciar suporte nutricional a todo o indivíduo com risco nutricional e risco de desenvolver úlcera de pressão” (p.16).

O ciclo nutricional e de acordo com a EPUAP/NPUAP (2009) deve incluir: Avaliação nutricional; Estimativas das necessidades nutricionais; Comparação da ingestão nutricional com as necessidades estimadas; Providenciar intervenção nutricional apropriada, baseada na roda alimentar adequada; Monitorizar e avaliar o balanço nutricional com reavaliações do estado nutricional a intervalos regulares enquanto o indivíduo estiver em risco. Recomendando (EPUAP/NPUAP, 2009, p.16) “ fornecer a cada indivíduo em risco nutricional e de desenvolver úlcera de pressão, um mínimo de 30-35Kcal por kg de peso por dia, com 1.25-1.5g/kg/dia de proteínas e 1ml de fluidos por kcal por dia”.

O desenvolvimento de úlceras por pressão está associado à prestação de cuidados de saúde desajustados e muitas vezes, insuficientes, para as necessidades da pessoa idosa, *“quando nos apercebemos (refere-se ao aparecimento de úlceras por pressão) aquilo que ressalta logo é que os cuidados não foram bem prestados, ou deveríamos ter insistido mais ou poderíamos ter feito mais qualquer coisa (...). Sentimos que não estamos a cuidar a 100% aquela pessoa”* (E1,2). Porque, e como referido, neste documento a prestação de cuidados deve ser orientada numa perspectiva holística, onde todas as acções e intervenções junto da pessoa doente devem reconhecer

simultaneamente a sua especificidade e a influência de factores ambientais externos e internos na saúde.

Vivência outra enfermeira: *“é que nós também nos colocamos um pouco em causa, (...) sobre o tipo de cuidados que nós prestamos ou estamos a prestar. Isso também (...) denegrir a nossa imagem, junto da população e perante nós próprios, como enfermeiros e como pessoas”* (E4,2). Conforme explicitado, a identificação (Collière, 1999) *“das características dos cuidados e dos serviços de enfermagem, [a explicação] do processo de cuidados e determinar o seu campo de competência”* (p.232), leva a que esta profissão e os seus actores possam ser reconhecidos socialmente.

Mas o envolvimento da família na prestação de cuidados requer tempo e disponibilidade de recursos humanos, porque *“ eu não tenho tempo, é o promover o envolvimento da família (...) sou a primeira a dizer, nós não conseguimos. Neste momento a grande falta são os recursos humanos (...). Infelizmente não há envolvimento com a família, eu não me consigo envolver com a família, (...) (refere por falta de tempo). Eu posso prestar o cuidado ao doente de uma forma, com algum grau de perícia e faze-lo de uma forma rápida e o ensino eu não o consigo fazer rapidamente (...) leva tempo, temos que dar tempo aos familiares (...). Esta é a minha honesta opinião, não temos tempo (...) quando há um constrangimento, em que se vê perfeitamente que as pessoas querem fugir isso não se faz, não se consegue, eles fogem e nós deixamo-los ir, porque não temos tempo de os agarrar”* (E5,199). Porque os profissionais de enfermagem, devido ao excesso de trabalho não centram o seu exercício (OE, 2002, p.9) *“ na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades) ”*.

Verifica-se que o envolvimento da família na prestação de cuidados requer tempo e disponibilidade de recursos humanos, para incentivo, quebra de barreiras, ensino e orientação *“não temos tempo para prestar esclarecimentos, eu posiciono um doente com o familiar e levo muito mais tempo, tenho que o orientar, tenho que lhe ensinar, tenho que o incentivar e o próprio familiar tem que ultrapassar as barreiras”* (E5, 207). Em acordo com Watson (2002) em enfermagem é fundamental reconhecer a influência do ambiente interno e externo na saúde e doença dos indivíduos. Os conceitos relevantes para o ambiente interno incluem o bem-estar mental e espiritual e

as crenças socioculturais do indivíduo, sendo o ambiente externo constituído por variáveis epidemiológicas, conforto, privacidade, segurança e presença de um ambiente limpo e estético.

A discrepância entre o número de horas de cuidados necessário face ao número de horas de cuidados prestados interfere com a redução da frequência dos posicionamentos face às necessidades da pessoa idosa, o que pode promover o desenvolvimento de úlceras por pressão *“foi numa altura, numa altura é sempre, pois neste serviço há sempre imenso trabalho, imensas horas de cuidados e (...) em vez de o posicionarmos só duas vezes tivéssemos posicionado três ou quatro teríamos talvez prevenido algumas delas”* (E1,17). Está identificada a escassez de enfermeiros, de acordo com os dados publicados no módulo de enfermagem deste hospital, de acesso ao “Sistema de Classificação de doentes por níveis de dependência em cuidados de enfermagem ” revela uma taxa de utilização corrigida, em cuidados de enfermagem: 197.88%, no ano de 2010.

Todavia, a discrepância entre o número de horas de cuidados necessário face ao número de horas de cuidados prestados desfavorece a prestação de cuidados, explicita uma participante *“sinto-me impotente”* (E1,21), *“é difícil posicionar o doente na noite (...) ainda há poucos elementos de enfermagem”* (E2,17), entende-se face às condições e ambiente de trabalho, onde os enfermeiros desempenham as suas funções, embora a frequência dos posicionamentos (EPUAP/NPUAP, 2009) *“será determinada pela tolerância dos tecidos, pelo seu nível de actividade e mobilidade, pela sua condição clínica global, pelos objectivos globais do tratamento e pela avaliação da condição individual da pele”* (p.17) e nunca pela disponibilidade de recursos de enfermagem, quando o objectivo é promover a qualidade de vida, a maior independência e reduzir os dias de internamento para prevenir a situação de sobretaxa de ocupação.

Igualmente, o número de enfermeiros escalados por turno é determinante da qualidade de cuidados prestados à pessoa idosa internada no serviço de Medicina, pois *“fazíamos tardes a quatro, (...) tem-se conseguido o quinto elemento e faz toda a diferença, conseguimos estar mais presentes, conseguimos cuidar melhor dos nossos doentes (...) mais um elemento, faz muita diferença. Nas noites também conseguimos o terceiro elemento, (...).temos menor quantidade de doentes e quer se diga quer não, consegue-se*

um aumento da qualidade de cuidados prestados” (E1,29). Porque tem oportunidade de utilizar (OE, 2004, p.21) “ os dados da avaliação para modificar o plano de cuidados” e executá-lo.

Por esta razão, *“quanto mais enfermeiros temos, melhores cuidados prestamos, melhores posicionamentos, mais atenção aos cuidados, mais atentos estamos, (...). Apesar de tudo, eu acho que há menos, (refere-se ao aparecimento de úlceras por pressão) isso vê-se, porque nos últimos tempos temos adquirido, não aqueles que são desejáveis, mas temos mais enfermeiros” (E5,29). Sem dúvida que (ICN, 2006) “as dotações seguras reflectem a manutenção da qualidade dos cuidados aos doentes, das vidas profissionais dos enfermeiros e dos resultados da organização” (p.6).*

Apesar das competências e motivação dos enfermeiros face à prevenção de úlceras por pressão na pessoa idosa o excesso de trabalho não promove a prestação de cuidados apropriados, no momento adequado às necessidades das pessoas, *“falo por mim (...) vou tentar estar mais em cima do doente, dar-lhe mais água, dar-lhe mais alimentação, posicionar mais vezes, fazer isto, fazer aquilo. Inicialmente até se tenta, mas depois há um acumular de situações, um acumular de trabalho, não dá para conseguir continuar com esse incentivo e com essa motivação de continuar a prestar mais cuidados e melhores cuidados (...) é necessário investir” (E1,27). Como referido (ICN 2006) “verificou que um aumento no tempo de trabalho por enfermeiros poderá reduzir a prevalência de úlceras de pressão” (p.11).*

Existe *“incapacidade, porque vemos que os nossos cuidados não estão a ser suficientes, para aquele doente. Ele precisa de mais cuidados” (E2,27). Num estudo de análise (ICN, 2006) mostraram que os sistemas de cuidados de saúde têm problemas resultantes de processos inadequados, apoio inadequado dos recursos humanos e sistemas que não promovem práticas seguras.*

Os enfermeiros, sentem-se sem capacidade para superar a escassez de recursos humanos necessários à prestação de cuidados *“podemos estar num momento de estagnação, porque a gente verbaliza a nossa frustração, que não conseguimos dar resposta” (E5,216). Verificou-se (ICN, 2006) “que uma combinação de competências com maior incidência de enfermeiros correspondia a uma menor incidência de erros de*

medicação e de úlceras de pressão, bem como a uma maior satisfação dos doentes” (p.7).

CATEGORIA - SOFRIMENTO

A quarta categoria refere-se ao “sofrimento” vivenciado pelos participantes ao longo do seu percurso profissional. Esta categoria é suportada por três subcategorias, denominadas: “dilemas dos enfermeiros”; “dor e desconforto da pessoa idosa” e “impacto nas famílias”. Para responder adequadamente às necessidades das pessoas utilizadoras dos cuidados de enfermagem, a organização deverá estabelecer um contrato programa que atenda os profissionais de saúde e o ambiente em que trabalham, as necessidades das pessoas doentes e dos seus familiares/ cuidadores informais, para que existam ganhos em saúde e reconhecimento de ambos os intervenientes no processo de cuidar.

SUB CATEGORIA - DILEMAS DOS ENFERMEIROS

Os enfermeiros vivenciam momentos de frustração na sua prática quotidiana perante situações de prestação inadequada de cuidados de conforto e saúde à pessoa idosa e porque não agem de acordo com as suas competências, pois “ *detectamos os sinais (refere-se a sinais de cuidados inadequados) (...) mas depois fazemos muito pouco para minimizar que isso novamente aconteça, porque acontece. Por isso nós (...) sentimo-nos frustrados por exemplo, (...) uma pessoa que chegou ao serviço que vinha com desnutrição, pele seca (...). Achamos, impossível. Este senhor, onde esteve este tempo? Parece que saiu de um sítio qualquer (...) teve a ser cuidado ou não? Não sabemos (...). Chegou, nós investimos o nosso trabalho, o nosso ser, tudo, (...) as nossas qualidades todas naquela situação, naquela pessoa, porque também é um orgulho, (...), a pessoa sair de outra forma (...). Passados dois, três dias, o doente, essa pessoa chega ao serviço igual, porque parece que faz um percurso, e nós pensamos, por onde andou? Por onde esteve? O que aconteceu? (...). Eu acho que o importante é (...) que todos nós, embora a equipa seja nova, todos nós estarmos despertos para essas situações (...) como equipa (...). Comentamos, “olha o senhor ou a senhora regressou, já viste como vinha, com a pele, ou que vinha desnutrida ou que já tinha mais outra úlcera por pressão (...). Mas poderíamos pelo menos falar com a família” (E4,180).*

O enfermeiro actua na (OE, 2004, p.18) “defesa dos direitos humanos, tal como descrito no Código Deontológico” e na defesa do melhor interesse da pessoa deveria monitorizar e denunciar tais situações. A título de exemplo, e como indicador, um percentual superior a noventa das pessoas idosas, tem acesso a este serviço, pela admissão do serviço de urgência polivalente deste hospital, o que denota a precária saúde das pessoas idosas e também reveladora do tipo de assistência e de prestação de cuidados a nível familiar, social e de saúde.

Surgem momentos dilemáticos aquando da institucionalização da pessoa idosa porque deveriam envolver a família na prestação de cuidados, referindo um enfermeiro que “*não tem lógica no fim da vida quando já demos tanto, sermos despejados, (...), em qualquer sítio. (...) nós podíamos estimular aquela família (...) fazer com que a família se sinta bem, porque se depois a pessoa consegue prestar bons cuidados àquela pessoa ou familiar, também de alguma forma a pessoa beneficia sempre com isso, porque eu não acredito que alguém se sinta bem em ter um familiar, que sempre apoiou e que gosta, numa instituição. (...). Uma pessoa não está na sua casa*” (E4,193). Todavia, o sistema de saúde não desenvolve, aparentemente, as condições para responder (OE, 2004) “apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e/ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência” (p.22).

Existem dilemas éticos na presença da pessoa idosa com úlcera por pressão, devido ao desconforto, tristeza e atraso no seu processo de convalescença, “*estou a ver uma imagem de um ou outro doente que me chocou, imenso (...). Não foram úlceras, que fossem dramáticas, daquelas que nós presenciamos, não chegaram a essa situação, mas trouxeram muito desconforto, muita dor e atrasos na própria convalescença do doente e emocionalmente trouxe alguma tristeza para o doente e isso incomodou-me*” (E3,145). Conforme referido, (Hopkins et al., 2006) existe dor, uma vida limitada e um aprender a lidar com a úlcera por pressão, o que contribui para a alteração da qualidade de vida do idoso e como verbalizado dos enfermeiros, conforme referido as úlceras por pressão também estão associadas ao risco aumentado de morte.

Apesar de motivados para a prevenção de úlceras por pressão, os enfermeiros na sua prática diária vivenciam “*um sentimento de frustração, por vezes vergonha, de sentir que falhámos*” (E5,215). Em conformidade, o ICN (2006) “verificou que os rácios

elevados doente enfermeiro estavam associados a um risco aumentado de exaustão emocional e insatisfação com o emprego actual” (p.13).

Verifica-se que existe, aquando do desenvolvimento de úlceras por pressão na pessoa idosa “*um sentimento negativo (...) é um indicador de maus cuidados*” (E1,6). Continuando, “*se formos a um supermercado e ouvirmos uma situação de alguém a dizer que o seu familiar estava no hospital ou no nosso serviço e que (...) tem uma úlcera por pressão (...) não nos sentimos bem, (...) com essa situação, porque nos preocupamos com isso, se não ligássemos, isso não nos dizia nada (...) mas fere-nos um bocado*” (E4,6). Porque (Collière, 1999) a acção de enfermagem visa por um lado melhorar as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, com o objectivo de prevenir, limitar a doença e por outro lado, revitalizar quem se encontra doente, ou seja nunca será aumentar o sofrimento.

O enfermeiro sente desagrado, tristeza e impotência quando ao longo do internamento existe o desenvolvimento de úlcera por pressão na pessoa idosa e doente, “*lembro-me de uma situação, (...) teve uma situação de AVC (Acidente Vascular Cerebral) (...) e que desenvolveu úlcera (...) eritema não branqueável, mas tinha, e isso é complicado*” (E4,144). Porque “*devemos ter uma atitude cuidativa, ao nível da prevenção e promoção da saúde na prática quotidiana, o que por vezes me deixa muito angustiada, com o sentimento de que falhei*” (E5,151).

Todas estas vivências estão relacionadas com a forma como os cuidados de enfermagem aparecem conceptualizados caracterizando-se, como referido, por toda a assistência prestada à pessoa considerada no seu todo, em interacção permanente com o meio, qualquer que seja o contexto em que se encontra, tendo em conta a sua história de vida, na satisfação das suas necessidades, de forma a promover a sua saúde, a harmonia do todo, prevenir a doença e promover a recuperação, favorecendo a independência, a adaptação e o desenvolvimento ao longo da vida.

É desagradável para o enfermeiro informar, os familiares das pessoas idosas, o desenvolvimento de úlceras por pressão, verbalizando que “*é sempre um sentimento negativo, (...) o aparecimento das úlceras por pressão*” (E1,10). Em acordo, (Soldevilla

e Torra, 2005) as úlceras por pressão não são uma doença, são um acidente no decurso da prestação de cuidados de saúde.

É “*complicado, dizer a um familiar que o seu familiar, (...) adquiriu uma úlcera por pressão no serviço, é muito difícil assumir a responsabilidade desse acontecimento (...). Normalmente não informamos muito bem a família sobre isso, sobre essa situação*”, (E2,10) “*como é que nós também explicamos à família que isso aconteceu? (...). Obviamente (refere-se a sentir-se constrangida ao informar a família), (...) o doente vinha com uma pele íntegra embora estivesse doente*” (E4,10), apela à responsabilidade.

A questão da responsabilidade concentra-se em aspectos de cuidados que incluem o indivíduo, bem como a equipa. Independentemente da situação, o enfermeiro é responsável. Como referenciado ao longo do trabalho as dotações de enfermeiros não seguras constituem um elemento crítico para os enfermeiros, já que têm impacto sobre a sua capacidade para efectuar cuidados adequados. Todavia no seu exercício quotidiano deverá respeitar (OE, 2004, p.18) “o direito dos clientes ao acesso à informação”.

Mediante “*os doentes adquirem úlceras e nós falamos com a família e (...) eu não deixo de notar nas famílias, eles (...) olham-nos como culpados, (...) dizem que o doente nunca teve feridas em casa e têm-nas agora aqui (...). Está no hospital e ganhou uma ferida*” (E5,43). Como referido, são um acidente no decurso da prestação de cuidados de saúde, que causa sofrimento a todos os que vivenciam a epidemia silenciosa do Século XXI, que são as úlceras por pressão.

Os enfermeiros sentem-se culpabilizados “*nós, fomos os culpados dessa situação ter acontecido, é um peso (...) é mais ou menos isto (...) outras vezes tentamos arranjar desculpas (...) outras vezes culpabilizo-me, fui eu que tive a culpa, (porque) poderia ter posicionado de outra maneira, poderia ter dado mais atenção a algo, poderia ter dado mais vezes água, poderíamos ter hidratado, poderia ter tido cuidado, e às vezes também penso, mas deveria ter sido só eu?*” (E4,151).

É necessário o envolvimento da sociedade e de todos os profissionais de saúde com responsabilidade na área da gestão e de prestação de cuidados de saúde, a definição de

estratégias e de instrumentos de intervenção, com a definição de acções efectivas e sustentadas para que existam ganhos em saúde e desenvolvimento social, ao nível da prevenção e tratamento de úlceras por pressão. A título de exemplo, um artigo publicado (2009) do Departamento de Enfermagem Gerontológica/Wound Management Care, Graduate School of Medicine, da Universidade de Tóquio, no Japão refere que nos últimos anos, aumentou drasticamente a preocupação sobre as úlceras de pressão, naquele país, devido ao elevado interesse nacional com as doenças que aumentam o risco de vida e a redução da qualidade de vida. Em Outubro de 2002, o governo japonês introduziu um sistema de sanções que impõe multas de cerca de 0.35 Euros por paciente, por dia aos hospitais que não tenham estabelecido um *comité* que resolva as questões relacionadas com o cuidado a úlceras de pressão e o uso de superfícies de apoio. Verificou-se uma taxa de adesão de 51.6%, dos hospitais e uma redução da taxa de prevalência de úlceras de pressão nos hospitais, comparando o antes e depois da introdução de um plano de melhoria e após avaliação da sua eficácia.

O desenvolvimento de úlceras por pressão na pessoa idosa gera um sentimento de questionamento e de insegurança nos enfermeiros, porque desconhecem o que a pessoa está a sentir, “ *eu gostava de olhar para o doente e ver aquela pele sempre íntegra. (...). Agente vê ali aquelas feridas, (...) aquela parte do incomodar, o doente, relativamente àquilo que ele pode estar a sentir, àquilo que ele possa ter*” (E1,26). Opina um participante “ *alguns doentes conseguem exprimir mais alguma coisa, outros nem tanto (...). não sei se há mais alguma sensação que o doente não nos consegue exprimir ou (...). não tenha detectado*” (E3,26). Provocam uma baixa auto-estima na pessoa idosa doente e dos enfermeiros “ *se não houver úlceras por pressão, os nossos doentes têm uma auto-estima muito superior (...). os doentes e os enfermeiros, claro, os principais prestadores de cuidados*” (E1,80).

Junto das famílias da pessoa idosa internada que desenvolveu úlcera por pressão no serviço, os enfermeiros, sentem-se constrangidos para a realização de ensinamentos que promovem a prevenção de úlceras por pressão, verbalizando porque “ *ocorreu no hospital, ocorreu no nosso serviço, como é que eu vou ensinar e estimular aquela família? (...) a dar mais água, a fazer o levante, poderão questionar, então quem é você para me dizer alguma coisa, como é que eu devo proceder se foi aqui que ele adquiriu isto?*” (E4,176).

Na realidade o desenvolvimento de úlceras por pressão na pessoa idosa não promove a autonomia e reabilitação da pessoa idosa “ *para além de aparecer, pode agravar-se ao longo do internamento. Depois os cuidados (...) no seu domicílio, a sua vida diária (...) a sua mobilização, com aquela situação (úlceras por pressão), poderia ter posto em causa a sua reabilitação*” (E4,149). Como “*situações (...) que o doente poderá ter a sua reabilitação comprometida, por exemplo, se for para um centro de reabilitação*” (E4,150). No estudo publicado por Hopkins et al., (2006), este revela que alguns idosos, vivenciaram restrições e atraso na sua reabilitação.

SUB CATEGORIA - DOR E DESCONFORTO DA PESSOA IDOSA

A pessoa idosa com úlcera por pressão tem manifestações de sofrimento, como testemunhado “*era um doente afásico e que tinha um fâcies de dor quando era feito o penso com o aumento da frequência (...) ele não fazia um gemido ou outro movimento. (...). Havia uma certa espasticidade (...) com um aumento significativo da frequência cardíaca (...) um fâcies modificado que significava dor. A partir do momento que (a ferida) (...) começou a evoluir favoravelmente (...) com as nossas medidas de intervenção, ficou bem (...). Aquela situação de dor, aquele fâcies desapareceu e foi bem para uma unidade (de cuidados continuados integrados)*” (E3,131). Existe “*mais o desconforto e a agitação é provocada pelo desconforto em si*” (E4,170). Porque “*sentimos que o doente sofre, porque as úlceras por pressão causam sofrimento, dor e acho que os doentes também se apercebem (...) que não estão bem, é uma forma de desconforto*” (E1,22). De acordo com o PUCLAS2 (2009) “a dor é descrita em 37% a 87% dos doentes com úlceras de pressão (...) os doentes com úlceras de pressão vivenciam tanto dores agudas como crónicas e descrevem a sensação como queimadura, ferroadada, cortante, penetrante e latejante” (p.4).

A pessoa idosa com úlceras por pressão, refere dor quando tem capacidade de expressão, “*referia dor. Tinha muitas úlceras por pressão e então de certeza absoluta que ela devia sentir imensas dores, eram úlceras de 4º grau (refere-se a categoria IV) extensas mesmo (...). Gemia às vezes (...). Estava consciente, bastou chegar ao pé dela e dizer, tem dor? E ela diz que sim com a cabeça. Temos mesmo, que estar muito atento*” (E1,38). Também “*lembro alguns doentes, que referem mau estar e desconforto em relação às úlceras por pressão*” (E2,119). Continuando, “*tenho a impressão que,*

alguns doentes, mesmo no posicionamento, prestação de cuidados de conforto e na execução do penso da úlcera por pressão, referem dor e desconforto naquela zona” (E2,120). Também, os enfermeiros vivenciam promotores do desconforto na pessoa idosa “o estado da úlcera por pressão (severidade), o cheiro incómodo, exsudado (...) é desconfortável e nós conseguimos avaliar isso” (E3,133).

Em conformidade, com os resultados do estudo fenomenológico (Hopkins et al., 2006) que investigou a vivência de idosos com úlceras de pressão, fornece-nos um resumo dos principais temas e concentra-se sobre o impacto dos resultados no atendimento do paciente e o fornecimento de equipamentos. As três categorias foram: as úlceras de pressões produzem dor infinita; as úlceras de pressão produzem uma vida limitada; lidar com uma úlcera de pressão. De facto, as pessoas idosas com úlcera por pressão apresentam *“dor aquando do reposicionamento, execução dos pensos realização de mobilizações, cuidados de higiene e conforto manifestada por gemido, taquicardia, sudorese, olhos encovados e fâcies de dor” (E5,217).*

Acrescentando, *“ a dor é o que mais transparece, é o desconforto, umas vezes comunicado outras vezes não, mas é sempre aquela sensação de não se estar bem, (...) tanto numa pessoa idosa (...) como noutra menos idosa. (E3,132). Para aliviar o sofrimento são utilizadas “algumas estratégias (como) o esticar da roupa da cama, (...) o alívio da dor, (...) do conforto, promovido o bem-estar, o posicionamento do doente” (E3,127). Embora existam “doentes que não gostam, (...) quando os posicionamos, que não gostam de determinados (posicionamentos), geralmente são pessoas com AVC e com uma certa idade, com um estado de desnutrição e por vezes é difícil realizar alguns decúbitos” (E4,167). No estudo referido anteriormente (Hopkins et al., 2006), muitos pacientes também relataram que a dor era agravada pelo alívio da pressão, uso de equipamento e na realização do penso. Os pacientes vivenciaram que a úlcera de pressão restringe as suas actividades.*

SUB CATEGORIA – IMPACTO NAS FAMILIAS

O desenvolvimento de úlceras por pressão na pessoa idosa incómoda os familiares pelo desconhecimento, sofrimento, dependência, verbalizando um participante que *“ as famílias se sentem incomodadas (...) vêem que não há uma integridade cutânea”*

(E1,24).Pois, “o familiar reage com alguma tristeza (refere-se ao aparecimento de úlceras por pressão” (E2,24),“as pessoas não estão agradadas com a situação mas eu acho que de alguma maneira muitos têm alguma conformação da situação, aceitam a situação, há uma aceitação” (E5,24). O mesmo estudo (Hopkins et al., 2006) evidencia que as úlceras por pressão tiveram um impacto sobre as família, dos participantes do estudo.

Os familiares “ficam incomodadas com o aparecimento das úlceras por pressão (...) a pessoa fica preocupada, (...) não é que seja uma reacção negativa da família, mas é uma atitude de preocupação, de como (...) vai gerir essa situação, é (...) nesse aspecto que nos transmitem (...), algumas dúvidas, alguns receios. (...). Nunca senti da parte da família uma atitude muito negativa connosco em relação a isso. De qualquer maneira, vejo que há preocupação, no que fazer e preocupação também em saber, como é que aquilo (a úlcera por pressão) vai evoluir” (E3,129).

Conforme referido ao longo deste documento, as úlceras por pressão são lesões que afectam as pessoas idosas dependentes, os seus familiares, cuidadores. Simultaneamente provocam alteração no estado de saúde da pessoa idosa, na sua qualidade de vida, atrasam o processo de reabilitação, aumentam os dias de internamento e entre outros aumentam a probabilidade de morte.

Por todas as razões, os enfermeiros consideram que as famílias não reagem bem ao desenvolvimento de úlceras por pressão e ao emagrecimento da pessoa idosa, pois “é complicado e as famílias, (...) algumas famílias também não reagem bem (ao desenvolvimento de úlceras por pressão) (...) mas isso é normal” (E4,175). Eram “os amigos que chegavam, olhavam para o senhor, cada vez viam o senhor mais emagrecido, cada vez com mais úlceras, mais pensos” (E5,201). Tudo isto provoca alteração na imagem da pessoa e denota sofrimento.

CATEGORIA – SOCIEDADE

Esta quinta categoria é suportada por três subcategorias, denominadas “desvalorização da pessoa idosa”; “desatendimento da pessoa idosa” e “escassez de redes de suporte”. Para responder adequadamente às necessidades das pessoas idosas dependentes, além

das competências necessárias na prestação de cuidados de conforto e saúde, são necessários recursos materiais e equipamento, monitorizações, entre outros identificados e adequados para a população a cuidar. A sociedade e as pessoas deverão assumir a prestação de cuidados. Deve ser assegurada pelos pares e actores sociais no seu pleno exercício de cidadania. Assim sendo, o contributo para o envelhecimento activo da população é um desafio para todos os políticos e cidadãos em geral, porque os seus pressupostos, enunciados pela WHO (2002), têm subjacente um exercício de cidadania que envolve, compromete e visa a participação de todas as pessoas de acordo com as suas potencialidades, experiência e interesses.

Deverá existir participação, tolerância, igualdade, equidade entre todas as pessoas, com o objectivo de aumentar as competências do idoso, prevenir a sua dependência, promover a sua permanência no seu ambiente familiar e social, aumentando o seu bem-estar, princípio da beneficência que visa evitar o sofrimento, promover o bem e a qualidade de vida.

SUB CATEGORIA - DESVALORIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA

Como referido neste documento a velhice (INE, 2002) está vulgarmente associada a ideia de pobreza ou, pelo menos, da escassez de meios materiais, de solidão, doença e também, de alguma forma, de segregação social, corte com o mundo. Verifica-se que no processo de envelhecimento existe uma alteração progressiva das capacidades de adaptação do corpo, verificando-se conseqüentemente, um aumento gradual das probabilidades de morrer devido a determinadas doenças que podem precipitar o fim da vida.

Os enfermeiros vivenciam o envelhecimento da população contextualizado pelo agravamento social das condições de vida da pessoa idosa, doença, consumo de medicamentos, alimentação inadequada, instabilidade emocional e alteração da dentição, todos eles promotores do risco adicional de desenvolvimento de úlcera por pressão “ *realmente com a população, cada vez com mais risco, não só a idade mas todo o agravamento social, o idoso traz todo ele uma carga (...) traz um contexto do qual não nos podemos desligar, (...) estamos a tentar lutar e a fazer alguma coisa sempre no caminho certo (...) vai levando o seu tempo, mas penso que de uma maneira*

geral estamos a ir bem, estamos a ser orientados numa boa perspectiva” (E3,134). Também o peso “social, carga emocional, doença associada a (consumo de) medicamentos, a alimentação por vezes é deficiente, (...), a dentição (...) alterada, (...) porque com as idades que nós temos (...) na maior parte das vezes estas situações estão presentes” (E3,135), o que constata a desvalorização da pessoa idosa na sociedade.

Verifica-se a inexistência de campanhas de solidariedade social de apoio à pessoa idosa, pois *“chegam ao Natal, vimos imensas campanhas de apoio às crianças, às crianças, às crianças, nunca ninguém se lembra de fazer uma campanha para um idoso” (E5,220). Assim como da divulgação e valorização do dia da pessoa idosa na nossa sociedade “ não sei, (refere-se ao dia do idoso), mas o dia da criança toda a gente sabe que é o dia um de Junho” (E5,221). A nossa sociedade não valoriza a pessoa idosa fragilizada e em processo de perdas sensitivas “são pessoas muito mais fragilizadas do que a criança, porque a criança só tem a ganhar, a criança não tem capacidades, mas tem tudo para as adquirir e o idoso só tem a perder, vai perdendo as capacidades, perde a audição, perde a visão, perde a mobilidade” (E5,222), inerente ao processo de senescência.*

Mas a família, tradicionalmente, tem como dever proporcionar bem-estar, autonomia e segurança a todos os seus membros. Ela é o agente da continuidade dos cuidados essenciais ao desenvolvimento ao longo de todo o ciclo vital. Dever, que a Moral entende como o Respeito Racional pelo cumprimento das suas obrigações para com outros seres humanos, que deriva dos compromissos assumidos e dos papéis desempenhados, tendo em consideração os Direitos Fundamentais dos outros.

No entanto, afirma *“se conseguirmos ter um contacto constante com a família (...) esse doente é capaz de se manter mais tempo no domicílio (...) evitar que ele volte a regressar ao serviço de internamento de medicina II, e isto faz o melhorar muito da qualidade de vida da família (...), do próprio, mas também do cuidador” (E2,121), pois “o nosso objectivo seria a pessoa, a continuidade (...), isso era o mais importante, e continuamos a fazer tudo para que a pessoa minimizasse o risco e minimizasse também de alguma forma, a hospitalização daquela pessoa (...) com todos os riscos que isso acarreta” (E4,121), “ muitas das pessoas não aderem à prestação de cuidados directos ao familiar; ao pai, à mãe, ao irmão” (E1,35). Na realidade as famílias das pessoas idosas parecem sentir-se numa situação confortável ao serem substituídas pelos técnicos*

de saúde “*as pessoas tentam sempre que alguém faça por elas e nós também não estamos a ajudar que mudem um bocado essa mentalidade*” (E4,162). Todavia, a capacidade de decisão, quanto ao se ou não cuidador, exige a possibilidade de escolha entre várias opções, que passam pela disponibilidade de uma pessoa para assumir a responsabilidade da prestação de cuidados, pelo bom funcionamento dos serviços de apoio domiciliário e com existência de organizações acessíveis para resposta aos intervenientes no cuidado domiciliário.

Os familiares parecem, ainda, não sentir deveres para com a pessoa idosa doente “*as pessoas pensam que só têm direitos, que não têm deveres (...) muitas vezes os deveres não aparecem, ninguém quer a responsabilidade de nada, ninguém quer saber de nada* (E1,63). Acrescentando, “*nós sabemos que hoje em dia (...) dá-me a sensação que as pessoas tentam não prestar esses cuidados, como cuidador informal*” (E4,63), talvez pela aparente e ineficaz resposta da sociedade. Muitas vezes o cuidador informal inicia este processo sem se dar conta de ter tomado essa decisão.

Porém, os idosos não se sentem aceites pela sociedade e família o que lhe provoca instabilidade emocional manifestada por ansiedade, desgosto e tristeza promotores do internamento hospitalar prolongado e do desenvolvimento de úlceras por pressão: “*também a situação emocional, porque muitas vezes devido à nossa sociedade e às situações sociais o idoso não é bem recebido, não está bem em termos de contexto familiar e por vezes isso causa muita ansiedade, desgosto e tristeza e essa carga que essa pessoa traz também não ajuda a evoluir numa situação favorável que deve ser para combater a doença, a situação aguda que o trouxe ao hospital*” (E3,136). Emerge, assim, a necessidade de realizar avaliações multidimensionais relacionada com a complexidade da prestação de cuidados em ambiente domiciliário.

O enfermeiro reconhece que o envolvimento da família, na prestação de cuidados de saúde à pessoa idosa, não é uma prioridade porque não é valorizado socialmente “*vimos todos os dias isso na nossa sociedade, o idoso não é tido em conta, não é uma prioridade*” (E5,218). Existem relações conflituosas vividas pela pessoa idosa e seus familiares, mas o envolvimento destes, na prestação de cuidados promove a recuperação, referindo “*muitas vezes a relação (...) é conflituosa (...) mas acho que (a pessoa idosa) dá muita importância e quer muito o familiar presente, gosta de o ver,*

acho que é um momento muito positivo para o doente, que lhe dá muita força e que o ajuda na recuperação” (E3,143). Neste processo, é essencial considerar a vontade e capacidade do cuidador para prestar os cuidados. Porque, uns podem não ter vontade, mas sentirem-se obrigados, devido às manifestações da pessoa idosa; outros podem ter vontade mas não estarem capacitados para tal.

Devemos entender o ser humano, como ser racional, tem o poder de autodeterminação, que se baseia no direito à liberdade de escolha, ou seja, no direito de as pessoas definirem os seus valores e assumirem as suas responsabilidades, onde escolhe como quer ser e qual o seu próprio fim, pelo que a razão impõe que se respeite a sua essência e a sua liberdade de escolha, quando apresentadas as várias alternativas.

SUB CATEGORIA – DESATENDIMENTO DA PESSOA IDOSA

Os enfermeiros sentem que a pessoa idosa é negligenciada no ambiente familiar e nas organizações de cuidados para pessoas idosas e pelos próprios, porque dão pouca atenção a essas situações. Existe desatendimento da pessoa idosa no ambiente familiar, hospitalar e na sociedade, porque as famílias poderiam envolver-se na prestação de cuidados e exigir uma prática de cuidados em ambiente seguro, referindo um participante que *“as famílias podem fazer (...) muito mais do que aquilo que fazem” (E1,60).*

As famílias são tolerantes face ao desenvolvimento de úlceras por pressão na pessoa idosa, *“há uma condescendência da parte da família (...). Se os familiares (...) fossem mais exigentes, exigentes nos nossos cuidados (...). Mas não reivindica (refere-se à família) e não exige, nem questiona, (...) se isso acontecesse seria de outra forma” (E2,114).* As pessoas aceitam as úlceras por pressão, porque são um problema da humanidade, que se arrasta ao longo da história. Em acordo (Lazovic et al., 2008) já detectadas nas autópsias realizadas a múmias egípcias. São uma realidade escondida e associadas, culturalmente ao doente moribundo, como testemunhado e vivenciado.

Acrescenta uma participante *“tenho muita pena que não tenham feito (...) uma reclamação genuína. Os familiares têm o direito de a fazer (...) iria pôr em causa e ia - nos obrigar e aos nossos superiores a reflectirem porque é que estas pessoas estão a*

desenvolver úlcera por pressão, de quem é as responsabilidades, será dos enfermeiros, será que os enfermeiros tinham todos os meios disponíveis e necessários à prevenção das úlceras, qual era o risco, qual era o scor da escala de Braden, será que este senhor estava propenso a criar úlcera por pressão. Nunca ninguém o fez, é estranho, tenho pena. (...). Não percebo, porque é que se conformam. Se fosse um familiar meu, eu reclamaria, (...). Não me podia conformar, agora o que se passa, se calhar, as pessoas estão habituadas que isto seja assim e aceitam que é normal” (E5,114). Para que exista mudança de comportamento é necessário que se desenvolvam abordagens ao nível da pessoa, dos vários contextos sociais em que se insere e das estruturas sociais, de saúde e políticas de informação, educação e comunicação. Devem de ser ajustadas à comunidade a que se destinam.

A vivência dos enfermeiros reflecte que a maioria das pessoas idosas internadas no serviço, aquando da sua chegada, apresentam-se num estado de abandono, como relatado “*a maioria dos nossos doentes, que vêm para o serviço, (...) são pessoas que estão desnutridas, (...), outros têm a pele muito seca por falta mesmo de hidratação, (...) nós perguntamos de onde é que vieram estas pessoas, parece que estiveram ao abandono (...) parece que ninguém cuidou delas este tempo todo” (E4,172).* Por vezes a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos, afecta directamente a pessoa dependente.

Em verdade algumas pessoas idosas apresentam alterações do seu estado geral de saúde e do bem-estar como referido, poderão apresentar disfagia, sobretudo a líquidos, carência de peças dentárias e poucos recursos económicos promotores de uma alimentação deficiente e inadequada, “*porque muitas vezes não têm dinheiro, o que leva a ter uma alimentação muito deficiente, não é só a questão da disfagia, dos dentes ou de outras situações que podem conduzir a uma má alimentação, mas também o próprio valor, a própria situação monetária do idoso” (E3,137).*

Os enfermeiros vivenciam situações em que a pessoa idosa não é atendida pela família, devido às relações existentes entre ambos, pois “*é o apoio familiar que também lhes falta e tudo isso, por vezes, lhes traz uma situação de tristeza e de depressão, de angústia, às vezes de não ajuda, o leva a desenvolver outras situações” (E3,138).* O INE (2002) identifica como condicionantes ao desenvolvimento de um envelhecimento

das pessoas com uma maior qualidade de vida, sendo elas: as deficitárias relações familiares, sociais e o isolamento.

É necessário apoio e orientação dos familiares na prestação de cuidados domiciliários à pessoa idosa ou ao próprio idoso, como dito: *“um correio electrónico, (...) uma hora, (refere-se a atendimento) porque nós estamos ali vinte e quatro horas e se calhar, (...) podíamos, mas também achamos que estamos ali, porque as pessoas abordam-nos a qualquer altura” (E4,195).*

Aparentemente, não existe um programa contextualizado e operacional, nem o recurso às novas tecnologias de informação para apoio e orientação dos familiares na sua prática de cuidados domiciliários à pessoa idosa ou ao próprio. Os enfermeiros referem a necessidade de continuidade de cuidados, pois *“senti a necessidade de saber alguma coisa das pessoas (...) independentemente da situação que seja, com maior ou menor risco” (E4,195).*

SUB CATEGORIA - ESCASSEZ DE REDES DE SUPORTE

As redes de suporte são uma abordagem à prevenção primária, favorecem a promoção dos recursos naturais da comunidade e o conhecimento acerca das consequências adaptativas que emergem da interacção entre as pessoas e as estruturas sociais envolvidas. Assim sendo, o envelhecimento activo da população é um desafio para todos os políticos e cidadãos em geral, porque os seus pressupostos, enunciados pela WHO (2002) têm subjacente um exercício de cidadania que envolve, compromete e visa a participação de todas as pessoas de acordo com as suas potencialidades, experiência e interesses.

Deverá existir participação, tolerância, igualdade, equidade para com todas as pessoas, com o objectivo de aumentar as competências do idoso, prevenir a sua dependência, mantendo-o no seu ambiente familiar e social, aumentando o seu bem-estar, principio que se refere à beneficência que visa promover o bem e evitar o sofrimento e promover a sua qualidade de vida.

Consta-se que existe desconhecimento da parte dos familiares sobre os factores que desencadeiam as úlceras por pressão, de acordo com as vivências “ *eles (refere-se aos familiares) não estão bem informados e não sabem a 100% o que desencadeia uma úlcera por pressão (...). Ou então acham que é natural, um doente entrar no hospital e aparecer uma úlcera por pressão, (...) as pessoas estão habituadas a que isto seja assim e aceitam que é normal, (...) mas já aconteceu muitas vezes (...) as pessoas já estão habituadas*” (E5,44). A importância das redes de suporte têm o objectivo de aumentar as competências do idoso e prevenir a sua dependência.

É necessária a existência de redes de suporte porque os enfermeiros vivenciam os constrangimentos dos familiares ao envolverem-se na prestação de cuidados à pessoa idosa dependente opinando “*também me ponho no lugar dos familiares (...), ver o meu pai exposto, ver o meu pai a ser mudado, ver o meu pai e higienizar o meu pai seria uma coisa que me traria constrangimentos a mim e ao meu pai*” (E5,208), no entanto, o ser humano, como ser racional, com poder de autodeterminação, que se baseia no direito à liberdade de escolha, ou seja, no direito de as pessoas definirem os seus valores e assumirem as suas responsabilidades, onde escolhe como quer ser e qual o seu próprio fim, pelo que a razão impõe que se respeite a sua essência e a sua liberdade de escolha.

As famílias alegam escassez de recursos e de tempo como justificação para não se envolverem na prestação de cuidados ao seu familiar, pois “*queixam-se muito dos meios, que não têm meios para, não têm tempo para (...) mas não querem envolver-se (...) fogem mesmo*” (E1,36). Consideram-se com poucos recursos económicos: “*a família, (...) se calhar até entendem que têm que fazer mais qualquer coisa mas muitos queixam-se (...) do poder económico (...) não dá para comprarem, é o que têm em casa, o arroz e os feijões, a massa (...) e não dá para muito mais. E se (...) pedimos (refere-se a sugerimos) mais qualquer coisa, dizem (...) é muito caro (...) eles ganham pouco*” (E1,84), perante o contexto de pobreza, de escassas fontes de suporte formal, de redes de apoio de suporte formal (informado) e informal, dificuldade de adaptação, escassez de recursos humanos e materiais, surgem em alguns casos, situações geradoras de aparente situação de maus-tratos e de negligência à pessoa idosa dependente, que se relaciona com o desconhecimento e a incapacidade dos familiares, nos vários domínios.

As famílias sentem-se impotentes e vivenciam sentimentos de inferioridade perante a equipa de saúde, pois *“a própria família vive uma situação de impotência, vive uma situação de inferioridade. Existe (...) inferioridade entre os profissionais de saúde que têm tudo, são um poder, estão superiores, (...) os familiares (...) sentem-se inferiores, parece que o tratar daquele doente é um favor que estou a fazer”* (E2,115).

Diariamente, os enfermeiros vivenciam situações em que os familiares não se envolvem no processo de cuidar por cansaço ou falta de sensibilidade: *“da experiência que eu tenho vivenciado, temos ali situações que não conseguimos obter esse aspecto positivo do cuidar com a família. Talvez por falta de sensibilização dos familiares, ou por cansaço”* (E3,141) e idade avançada.

Existem reinternamentos por escassez de apoio na comunidade. Situações existem em que as famílias contactam com o enfermeiros do serviço de Medicina, a solicitarem ajuda e são estes que contactam com os enfermeiros da comunidade, *“tenho algum “feedback”, (...) das famílias (...). As famílias depois não telefonam, por exemplo, para o Centro de Saúde a perguntarem porque é que não vão lá a casa, telefonam para aqui, a perguntarem o que é que aconteceu e muitas vezes nós aqui é que ligamos para o Centro de Saúde, falamos com o Enfermeiro e perguntamos porque é que não foi (ao domicílio)”* (E4,191).

Aquando da saída da pessoa idosa do serviço com úlceras por pressão é feito o registo em suporte de papel com a categoria, localização da lesão, tipo de tratamento realizado e frequência do tratamento. Todavia a implementação de um plano assistencial é da competência dos enfermeiros da rede de cuidados continuados integrados, como referido anteriormente e como verbalizado *“desenvolveu (...) úlceras por pressão no serviço, portanto, vai levar uma carta, onde tem as localizações, tem os graus (refere-se a categoria) e depois tem o tratamento (...) tem a periodicidade que há-de fazer o tratamento. Mas eles depois lá decidem se fazem ou não”* (E4,187).

Por estas vivências, *“eu enfermeira, não posso garantir que vão fazer, por exemplo, eu decidi, ou nós decidimos no serviço, que se faz (...), aquele penso de três em três dias, eu não sei se eles têm recursos humanos, se têm recursos materiais para garantir aquela execução dentro daquele tempo e (...) com aqueles materiais que seriam os*

ideais para a situação (...). Não fazemos (refere-se à continuidade de cuidados) ” (E4, 188).

Por tudo isto, os enfermeiros consideram que não são garantidos os cuidados adequados às pessoas idosas na comunidade, ao referirem que *“a minha opinião, é que não (...) estamos a seguir bem, depois os doentes lá fora” (E4,190)*. Acrescentando: *“lembro-me perfeitamente de pessoas que já chegaram aqui com úlceras por pressão de categoria IV e que as famílias faziam questão que eles fossem para casa e nós dizíamos; mas você consegue? Sim eu tenho uma senhora que me vai lá ajudar a mudá-la uma vez por dia e nós dizíamos, mas a senhora precisa de mais de uma vez por dia, esta senhora precisa continuamente de cuidados e ela dizia, eu vou mantê-la em casa, há situações destas (...). É uma das minhas grandes preocupações, (refere-se a continuidade dos cuidados) como enfermeira trabalho em internamento e sei que quando eles chegam a casa as pessoas estão perdidas (...) por mais que tente preparar a alta em termos básicos como lidar com uma sonda nasogástrica, ou uma algália, tentamos explicar os posicionamentos mas o que é de facto é que eles não saem preparados para lidar com uma pessoa doente, o doente acamado” (E5,190)*. Será este um dos motivos responsável pelos precários cuidados de conforto e de saúde prestados no domicílio. Serão também a causa do seu reinternamento e da sua entrada no serviço, com acesso pelo serviço de urgência polivalente deste hospital, como referido anteriormente.

CATEGORIA – FORMAÇÃO

Esta sexta categoria é suportada por duas subcategorias, denominadas “equipa de saúde”; e “cuidadores informais”. Para responder adequadamente às necessidades das pessoas idosas dependentes, além das competências é necessária actualização, partilha do conhecimento e a continuidade de cuidados em ambiente hospitalar, mas não menos importante na comunidade e em ambiente domiciliário. São as famílias/cuidadores informais quem fazem a continuidade de cuidados, conforme referido e constatado ao longo do trabalho.

Embora esta realidade não seja assumida pela política de saúde, nem existem estudos que demonstrem a realidade vivida em cada casa, onde existe uma pessoa idosa dependente. A EPUAP, como referido, tem por missão assegurar o alívio do sofrimento

das pessoas ou em risco de úlceras de pressão, em especial através da investigação e da educação do público. Das vivências dos enfermeiros, a formação é imprescindível assim como a educação, o desenvolvimento de competências e o envolvimento das pessoas; com a finalidade de aliviar o sofrimento das pessoas em risco de desenvolvimento de úlcera por pressão.

SUB CATEGORIA - EQUIPA DE SAÚDE

Os enfermeiros sentem que a formação em serviço contextualizada na sua prática quotidiana e baseada em incidentes críticos promove a prevenção de úlceras por pressão na pessoa idosa e o desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros. Verbalizando que *“é diferente irmos a um livro, fazer um trabalho sobre determinado assunto do que reflectir sobre um caso que todos nós vivenciamos e que nos lembramos sempre dele, seria mais produtivo, tanto a nível de maturidade profissional como pessoal”* (E4,160). Aproveitam-se (OE, 2004) *“ as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde”* a partilha do conhecimento e o desenvolvimento de competências (p.24).

Os enfermeiros parecem ter uma atitude reflexiva e construtiva, o que promove o seu desenvolvimento como pessoas e enfermeiros, vivenciando *“ o facto de reflectirmos quer dizer que pensamos nelas e que na próxima não se irá repetir, (...) isso é proveitoso, para nós como pessoas e (...) dá-nos alguma maturidade pessoal e (...) profissional, e como profissional também enriquecemos”* (E4,152).

Também uma atitude reflexiva e construtiva, promove a partilha e o desenvolvimento da equipa de enfermagem *“são testemunhos dessa situação (refere-se ao desenvolvimento de úlceras por pressão) e podemos explicar aos outros mais novos, ou aos mais velhos que vieram para o serviço, que essas situações acontecem e que devemos reflectir sobre elas”* (E4,153).

O que é conseguido pelas políticas de formação informais e formais, como a colaboração com várias organizações de ensino de enfermagem, integração de enfermeiros no serviço, a existência de uma política de formação em serviço e (OE 2002) *“continua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da*

qualidade”, dos cuidados de saúde e qualidade de vida das pessoas envolvidas no processo de cuidar (p.15).

Contudo, “*não gosto que isso aconteça (desenvolvimento de úlceras por pressão) mas o que é facto é que algumas vezes acontece (...) quando isso me acontece eu, e reflectindo (...) porque nós reflectimos (referindo-se a si própria) sobre as coisas que nos acontecem (...). É bom (...) tem a ver com a nossa maturidade, não só profissional como pessoal, (...) em alguns dias consigo percebê-las e reflectir e assumir aquela culpa e noutros dias tento desculpabilizar (...) mas depois se reflectir novamente, pensando bem (...) pode sempre melhorar, poderíamos fazer melhor*” (E4,S147). Porque existe (OE, 2002) “um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem ” (p.15).

Como referido, existem momentos de partilha em equipa de enfermagem relativos ao desenvolvimento de úlceras por pressão, com reflexão sobre procedimentos necessários à prevenção de úlceras por pressão “*lembro-me dessa situação, até comentei com algumas colegas foi naquele senhor talvez devíamos (refere-se a devêssemos) ter feito mais isto mais aquilo (...) aumentar a frequência dos posicionamentos (...) se houver debater as situações e tentar melhorá-las (...) chamamos sempre a atenção quando uma situação acontece e não deveria ter acontecido, é isso que eu vejo na nossa equipa, nós falamos muito, debatemos muito os pontos negativos (...) que vão existindo e tentamos que eles desapareçam ou pelo menos que sejam eliminados*” (E1,14). O enfermeiro (OE, 2004) “actua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua. Contribui para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e colegas. Actua como um mentor / tutor eficaz” (p.24).

Por tudo isto, “*na formação algo que não esteja (...) a ser realizado como deve ser, nós reunimos e tentamos entre colegas, temos um elo de ligação com a comissão de feridas e essa pessoa tira-nos dúvidas, (...) não devemos estar à espera desse elo, nós devemos fazer formação em serviço*” (E5,14). Acrescentando que existem momentos de partilha em equipa de enfermagem relativos ao desenvolvimento de úlceras por pressão, com reflexão sobre procedimentos necessários á prevenção e ao tratamento de úlceras por pressão “*nós aproveitamos a passagem de turno para ter essa tal reunião, (...) debatemos certos casos e certas situações, mesmo quando alguém vai instituir um*

tratamento com o qual nós não concordamos, (...) nós debatemos a situação e tentamos resolver as situações (E1,82). Outro refere “ temos desenvolvido mais a nível preventivo (...) atitudes muito positivas entre nós (...) em toda a equipa de enfermagem e multidisciplinar” (E3,82).

Também a partilha promove a actualização do conhecimento em equipa e promove o desenvolvimento dos enfermeiros, *“a maturidade (...), também foi transmitida à equipa e tem sido sempre uma coisa que tem passado, mesmo agora com elementos que vão sendo alvo de integração, eu acho que tem sido sempre transmitido” (E3,100). Mas também “ enriqueço muito, com os cuidados dos mais novos” (E2,100).*

A prevenção de úlceras por pressão requer permanente actualização e partilha do conhecimento *“ porque também existem sempre novas directrizes sobre as úlceras por pressão. Eu lembro-me que (...) as indicações que tinha era a de massajar as proeminências ósseas e mesmo na presença de eritema já não branqueável. (...) foi através do contacto com os mais novos e também das formações que (...) chegamos a uma verdade” (E2,101). Mas foi fundamental para reflectir em equipa” (E5,101).*

Sem dúvida que a formação e a informação promovem a prevenção de úlceras por pressão, porque os enfermeiros verbalizam que *“ neste momento há muita formação, há muita informação, as pessoas fazem de certa forma o combater do aparecer das úlceras por pressão” (E1,56). Continuando, “a formação é muito importante. A actualização e a informação, sabermos o que na actualidade deve ser feito e como deve ser feito é muito importante, (...) para todos os enfermeiros do Serviço (...) uma actualização (...) constante dos cuidados a serem prestados aos doentes idosos. (...). Fazermos o melhor possível por eles (...) não só (devido) á escala de Braden e ao instrumento de pele, mas também à formação que tem sido constante no serviço em relação ao aparecimento de úlceras por pressão, (...) aos estudos, (...) de prevalência” (E2,56). Enfatiza-se que “ o papel da formação em serviço, (...) é uma forma de reflexão e que nós deveríamos fazer mais” (E5,56).*

Os enfermeiros reconhecem a importância da discussão de caso em reunião multidisciplinar como promotores da prevenção de úlceras por pressão pois *“ uma reunião entre todos, seria um aspecto muito positivo e assim conseguiríamos debater*

cada situação que achássemos que necessitava” (E1,86). Mas “desde que estou naquele serviço nunca vi uma reunião de equipa multidisciplinar (...). Todos iríamos beneficiar (com a discussão de caso), não só os médicos, como os enfermeiros, como a assistente social (...) mas todos iríamos beneficiar, porque (...) uma comunicação, entre todos, uma discussão de um caso (...), todos se sentiriam motivados, não só os médicos como os enfermeiros, assim como as assistentes sociais” (E2,86).

Porém, *“nalgumas situações, tentamos articular com a assistente social (...) com o médico, não (...) posso dizer que haja uma reunião, (...) um estudo de caso, (...) há um conversar sobre (...) há um tentar esclarecer, mas (...) seria mais benéfico (...) fazer uma discussão com todos os intervenientes, inclusive com a própria família. (...). Ainda nos, falta dar (...) mais esse passozinho em frente e fazer mais qualquer coisa (...) que aí, ia ajudar muito a ultrapassar certas barreiras e certas dificuldades” (E3,86). Dá enfoque, uma participante: “ nós falámos e ninguém nos ligou. É que essas coisas (...) seriam proveitosas, se nós reflectíssemos todos sobre isso (...). Juntarmo-nos todos, médico, assistente social, dietista, enfermeiro e outros (...). Damos informações sobre as situações, mas elas não se resolvem” (E4,86).*

A discussão de caso promove a motivação e o reconhecimento dos cuidados de enfermagem *“porque isso (refere-se a discussão de caso), é importante ao nível da motivação, é importante saber que os nossos cuidados estão a ser importantes, é importante haver motivação da parte da enfermagem e motivação trata-se de saber, que somos uma peça importante no estabelecimento da saúde daquele doente” (E2,122).*

Os enfermeiros reconhecem a importância da discussão de caso na formação em serviço e em reunião da equipa de enfermagem afirmando: *“ nós fazemos formação em serviço (...) aconteceu (...), a senhora teve uma úlcera por pressão, porque é que seria que aconteceu? O que é que correu mal, (...) nós por vezes fazemos estudos de caso, fazemos sei lá, poderíamos fazer uma abordagem para determinada situação e reflectir todos o que é que poderíamos melhorar, a nível da maturidade da equipa e das necessidades reais” (E4,159).*

Os enfermeiros sentem-se inabilitados para implementar a discussão de caso em equipa multidisciplinar e interdisciplinar, por alguma “ *timidez (...) não ter aquela atitude interventiva, (...), porque eu penso, (...) podíamos fazer mais qualquer coisa, mas depois sinto um certo limite, (...) em avançar e fazer certas coisas, (...) que são indispensáveis, (...) sinto que não tenho aquela atitude*” (E3,140). Explicita um enfermeiro: “*eu penso nisso, a gente reflecte, eu reflecto, às vezes nessas coisas, (...) às vezes (...) poderia ter um pouco mais de iniciativa (...). Nós já pensámos nisso (refere-se a discussões de casos em equipa multidisciplinar) já falámos nisso, mas depois nunca executamos nada, mas se calhar era proveitoso*” (E4,140), porque e como referido, Maslach (2003) vivenciamos na nossa prática quotidiana uma situação de exaustão física, psicológica e espiritual acompanhadas de uma pobreza moral, que com toda a exaustão, sobrecarga de trabalho e solicitações nos enfraquece enquanto pessoas e profissionais de enfermagem.

Talvez, por todos estes motivos, os enfermeiros se sintam inabilitados para identificar e gerir conflitos familiares e encontros dilemáticos referindo que “ *para fazer um ensino temos que ter tempo e estar disponíveis para a pessoa aprender e se há conflitos, uns querem aprender, porque são eles que vão lidar com a situação, mas passado meia hora vêm outros e dizem, que não é bem assim, não é bem assim*” (E5,223).

São “*tantos, tantos, tantos, tantos (refere-se a conflitos familiares) (...) muitas vezes estão ali todos, a herança está ser discutida. Noutros internamentos já sabemos que o senhor ficou sem nada e não tem visitas (...). Nós notamos que existem muitos conflitos familiares (...) uns vêm falar connosco, depois vêm outros, nós não conseguimos perceber quem é a pessoa, o convivente significativo (...). Honestamente sinto que não tenho as competências para lidar com a situação, as pessoas estão preocupadas em saberem a informação, em falar com o médico e a pessoa fica sozinha, ninguém vai ao pé do senhor, ninguém a ajuda, por exemplo, a comer, ninguém o ajuda a beber um copo de água e muitas vezes não nos apercebemos onde começa a história, cada um conta a sua versão*” (E5,139). Esta situação, INE (2002) explicita, algumas condicionantes ao desenvolvimento de uma sociedade onde o envelhecimento das pessoas possa ser vivido, com uma maior qualidade de vida, sendo elas: as deficitárias relações familiares e sociais, o isolamento e as inúmeras formas de exclusão social de que são alvo.

Todavia, *“penso que muitas vezes o que eu faço não é suficiente, tenho plena consciência disso, embora, (...) possa intervir, falar, falamos, (...) com a família sobre esse aspecto, tento perceber o que se passa, mas é muito difícil, a intervenção não passa pela enfermagem a não ser o contacto com a assistente social para dar um outro acompanhamento, (...) mas depois também não consigo, (...) fazer mais (...) ter um bom diálogo, tentar ensinar alguma coisa ou tentar melhorar algum relacionamento familiar, eu não consigo, eu pessoalmente (...) já, de outra forma (refere-se ao agir) (...) não me ocorreu no momento o que é que eventualmente poderia fazer, o que é que seria melhor para aquela situação, o que seria o mais indicado (...) tenho notado que há situações que não consigo mesmo contornar (...) tenho a noção também dos meus limites e capacidades para resolver aquela situação”* (E3,139). É necessário implementar um programa de formação, contextualizado e operacional com o recurso às novas tecnologias de informação para apoio e orientação dos familiares ou à pessoa idosa, assim como, deve enfatizar os registos de enfermagem com a parametrização de intervenções de enfermagem, focalizadas na família e ou cuidador informal, conforme constatado ao longo do trabalho.

SUB CATEGORIA - CUIDADORES INFORMAIS

Os cuidadores informais, na maioria das vezes são familiares, os quais têm uma função primordial na promoção da qualidade de vida da pessoa idosa, como referido. É necessário um projecto de intervenção social com o diagnóstico da situação que depende do conhecimento da realidade, ou da área temática em enfoque para o envolvimento das pessoas da comunidade e do serviço. Isto implica um processo de mudança de atitudes ou comportamentos e deverá ser sustentado num projecto de intervenção comunitária. Este deve ter continuidade no agir quotidiano das pessoas e profissionais independentemente do ambiente onde ocorra o exercício profissional.

Considerando que satisfeita uma necessidade, surge por inerência às características do ser humano outra necessidade, é natural que um projecto de intervenção social, que tem como objectivo promover o desenvolvimento social, numa perspectiva da melhoria das condições de vida das pessoas e operacionalização do acesso aos direitos humanos como a saúde, educação, justiça, qualidade de vida entre outros, gere a necessidade de novos projectos de intervenção social.

Por esta razão, é necessário que exista diálogo entre os pares, um pensamento crítico, reflexivo e colectivo, com as forças vivas da comunidade, líderes formais e informais dos grupos e actores sociais com quem pretendemos interagir e capacitá-los para colaborarem e liderarem o processo de mudança ou de transformação das suas práticas, atitude através de uma consciência colectiva e pensamento crítico, porque os enfermeiros reconhecem a necessidade de implementar a realização de acções de formação em serviço, dirigida aos clientes externos não negligenciando a família.

Portanto *“também devia ser dirigida (refere-se à formação em serviço dirigida aos familiares e doentes) mas a gente ultimamente não pensámos muito nisso, pensámos mais nos profissionais. Acho que nós houve uma altura fazíamos muita formação também em relação aos nossos doentes, às pessoas que estavam internadas no serviço, mas à família (...) muito pouco” (E4,171), era muito interessante, fazer formação aos familiares” (E5,171).*

Os enfermeiros realizam ensinamentos à pessoa idosa ou familiar quando esta não tem autonomia de um modo isolado, relacionado com a continuidade de cuidados relativos à nutrição e diabetes em ambiente domiciliário, *“ o que mais fazemos em relação à família é mais (...), (relativo a) pessoas que têm alimentação entérica, (...) mas fazemos de uma forma isolada, (...) em relação àquela pessoa que tem a situação, fazemos o ensino a essa pessoa ou algum familiar se a pessoa não tem a capacidade para receber esse ensino, (...) algumas famílias são colaborantes (em relação) (...) á alimentação, a hidratação, aquelas situações que (...) provavelmente podem ocorrer (...). Quando este não tem autonomia de um modo isolado relacionado com a hidratação, a diabetes, alimentação e pesquisa de glicemia em ambiente domiciliário, descontextualizado da prevenção de úlceras por pressão (...) a maioria dos (...) doentes que vêm para o serviço (...) são pessoas que estão desnutridas, (...) outros têm a pele muito seca por falta (...) de hidratação, (...) parece que estiveram ao abandono, (...) parece que ninguém cuidou delas” (E4,172).* É necessária a implementação de um projecto de intervenção de melhoria relacionada com a visão holística da pessoa idosa.

Os enfermeiros entendem que devem informar as pessoas idosas doentes e as suas famílias dos seus direitos e deveres, *“ nós como enfermeiros e como próximos que somos da família e do nosso doente temos que alertar as pessoas para isso, que não têm*

só direitos, que também têm deveres” (E1,64). Pois “temos obrigação e o dever, (...), de ajudar as pessoas, (...) queremos mudar a nossa imagem (...), perante a população e temos que agir. (...) nesse aspecto nós podíamos fazer mais, nós devíamos fazer muito mais e acho que o nosso serviço é o serviço ideal para começar a fazer esse tipo de educações” (E4,64).

De forma similar entendem que as famílias devem estar informadas sobre as necessidades das pessoas idosas doentes e das medidas de intervenção, dizendo “as pessoas têm que ouvir e nós temos que dizer o que se passa, e o que é necessário fazer” (E1,62). Todavia “quando vemos que os familiares estão receptivos e não apresentam bloqueios e constrangimentos para prestar os cuidados, conseguimos agarrar neles e fazer os ensinamentos” (E5,62).

Os enfermeiros reconhecem que uma estratégia de prevenção de úlceras por pressão são os ensinamentos e envolvimento da família na prestação de cuidados de saúde, porque promovem a continuidade dos cuidados de saúde após a alta clínica, pois “é um caminho a trilhar, ainda, cá para o Sul não estamos muito sensibilizados com o ensino ao cuidador informal. (...). Recebemos doentes que vêm do domicílio com úlceras por pressão e a responsabilidade é inteiramente nossa, (...) não sensibilizamos, não disponibilizamos a informação necessária sobre certos cuidados a ter com esse doente” (E2,107).

Contudo, “era proveitoso não só para nós mas também como resolução (...) de problemas que possam aparecer e também para ajudar a família, afinal é o nosso objectivo. Por vezes os familiares não sabem lidar com estas situações, uma situação nova ou mesmo não sendo nova se souberem como devem agir quando o doente regressar ao domicílio conseguem de alguma forma ter alguma (...) segurança na sua atitude perante a situação (...). A família tem que fazer, embora nós, pomos sempre a família um bocadinho à parte, só vamos buscar a família quando realmente achamos que precisamos, (...), ou porque o doente não tem capacidade ou porque há ali qualquer situação” (E4,107). Para prevenir estas situações deveriam existir programas para instruir as pessoas a lidarem com a situação de doença, promotoras do desempenho de competências, relativas à sua actuação (OE, 2004)

como um recurso para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte. (...). Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades. Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde. Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação. Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde (p.19).

4. CONSTATAÇÕES, IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES

Ao longo do trabalho constatei, que os enfermeiros de um serviço de Medicina do Hospital desta Região, no cuidado à pessoa idosa internada, que desenvolveu úlceras por pressão, durante a sua estadia neste serviço, vivenciaram:

- Que têm as competências necessárias para estabelecimento de um plano de cuidados, que promova a prevenção de úlceras por pressão, de acordo com a EPUAP/NPUAP (2009). Reconhecendo Strapp (2008) os enfermeiros desempenham uma função essencial na prevenção de úlceras por pressão.

-A existência de um número de enfermeiros insuficiente, para responder às necessidades das pessoas idosas e seus familiares, o que lhes provoca uma sobrecarga de trabalho, que os enfraquece enquanto pessoas e profissionais de enfermagem.

-Que os enfermeiros proficientes e peritos, reflectem um tipo de envolvimento e de preocupação com o outro, onde existe a possibilidade de dar e receber ajuda baseada em saberes prévios.

-O envelhecimento da população com o aumento do número de pessoas mais velhas com quem cuidam.

-Um risco acrescido, de desenvolvimento de úlceras por pressão, devido à idade avançada, desnutrição, doenças, medicação, perdas sensitivas e cognitivas.

-Que as úlceras por pressão provocam sofrimento na pessoa idosa e representam vários dilemas para os enfermeiros relacionados com o exercício profissional

-Escassez de recursos materiais e equipamento necessário para a prevenção de úlceras por pressão, e suportado pela EPUAP/NPUAP (2009).

-A sobrelotação do serviço, que é promotora do desenvolvimento de úlceras por pressão e sofrimento da pessoa idosa, associada à inexistência de dotações seguras.

-O escasso envolvimento dos familiares, organização hospitalar e sociedade, no cuidado de qualidade à pessoa idosa.

-A continuidade dos cuidados de conforto e saúde na comunidade, são assegurados pela família/convivente significativo, sem serem capacitados e dotados dos recursos necessários.

-Parco trabalho em equipa multidisciplinar e pluridisciplinar, partilha do conhecimento e envolvimento das pessoas no processo de tomada de decisão aquando da decisão terapêutica.

Perante as constatações feitas, ao longo deste documento, sugiro:

-Avaliação dos ganhos em saúde, através da contabilidade analítica, dos gastos inerentes a esta epidemia silenciosa que aumenta a mortalidade, morbidade, encargos financeiros, dias de internamento, entre outros.

-Uma política de saúde, que avalie os indicadores de produtividade do exercício profissional de enfermagem, garanta dotações seguras de enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa idosa.

-O assegurar da prestação de cuidados personalizados à pessoa idosa, na comunidade, a fim de prevenir a dependência, o internamento hospitalar e ou a sua institucionalização.

-O reconhecimento da actividade de cuidador informal e ou familiar, dotando-o de habilidades e conhecimentos, criando-lhe um sistema de incentivo financeiro, ajudas técnicas, apoio e orientação para o cuidado holístico.

-Que as úlceras por pressão entre outras manifestações, sejam reconhecidas como um sinal de maus tratos à pessoa idosa, com a responsabilização de todos os intervenientes.

-A implementação de projectos, que promovam a melhoria de cuidados de saúde e sociais, para prevenção de úlceras por pressão na comunidade e em ambiente hospitalar.

Antes de terminar gostaria de reforçar as implicações que as úlceras de pressão apresentam, pois, são um problema de saúde significativo, que não só afecta negativamente, a qualidade de vida da pessoa idosa, familiares e profissionais, como também aumenta os gastos em cuidados de saúde. As pessoas com úlceras por pressão são grandes consumidores de recursos de saúde, porque requerem mais tempo, na prestação de cuidados de saúde e permanecem hospitalizadas por longos períodos de tempo.

Em conclusão, é imprescindível, uma tomada de decisão, relativamente a este fenómeno, ao nível das políticas de saúde, políticas organizacionais e comportamentos individuais, orientados para a prevenção, com a definição de objectivos e de estratégias sustentadas em avaliação de resultados.

BIBLIOGRAFIA

- Aikens, C. (1908). Making the patient comfortable. *The Canadian Nurse*, 4(9), 422-424.
- Apóstolo, J. (2006). Sofrimento e conforto em doentes submetidas a quimioterapia. *Referência*. Coimbra. (Dez. 2006), p. 55-64.
- Bardin, L.(1995). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Beauchamp, T.; Childress, J.F.L. (2004). *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Editora. Loyola.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito* (2ªed). Coimbra: Imprensa Papelmunde.
- Benner. P., Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring stress and coping in health and illness*. Menlo Park, Addison-Wesley Publishing Company.
- Bento, M.C (1997). *Cuidados e formação em enfermagem, que identidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Bogdan, R. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto, Porto Editora.
- Colliere, M.F. (1999) *Promover a vida*. Lisboa: Lidel.
- Conselho Internacional de Enfermeiras (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (CIPE/ICNP). Versão 1.0. Genebra, Suíça.
- Decreto-Lei nº101/06 de 6 de Junho. *Diário da República nº109 - I Série*. Ministério da saúde, Lisboa.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
- EWMA, (2008). Journal Supplement, 18º Conferência da Associação Europeia de Tratamento de Feridas: tratamento de Feridas. Cicatrização Responsabilidade e Acções, Vol. 8, Lisboa.
- Fernandes, A. J., (1993). *Métodos e regras para a elaboração de trabalhos académicos e científicos*. Porto: Porto Editora.
- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Lisboa: Celta Editora.

- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Green, Maxime(1990) .*The tensions and passions of caring*.In: Leininger, Madelein. Detroit: Wayne State University Press.
- Guerra, I. C. (2008). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso*. Cascais: Principia.
- Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections (2009) HICPAC.
- Guimarães,P.(2006,15 de Junho).*OPúblico*,edição imprensa-sociedade, nº5923.
- Hamer, B. (1962) *Methods and principles of teaching the principles and practice of nursing*. New York: MacMillan.
- Henderson, V. (1994). *La naturaleza de la enfermería: una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación*. New York: Interamericana McGraw-Hill.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hopkins, A., C., Dealey, B. ,S. & Defloor,T. (2006). Patient stories of living with a pressure ulcer. *Journal Advanced Nursing*, 56(4), 345-353.
- International Council of Nursing (2006). *Dotações seguras salvam vidas*. Instrumentos de Informação e Acção. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Instituto Nacional de Estatística (2002), *O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Madrid. Acedido em 02 de 05, 2010, em [http:// www.ine.pt](http://www.ine.pt) Acedido em 14 de Fevereiro de 2009.
- Instituto Nacional de Estatística (2002) *Censos 2001: Análise de População com Deficiência - Resultados Provisórios*. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa. (URL: <http://www.ine.pt/prodserv/destaque/d020204/> Acedido em 15 de Setembro, 2010.
- Jesus, E. H. (2004). *Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem*. Porto.
- Kérouac, S.(1994). *La pensée infirmière: conceptions et stratégies*. Laval (Québec): Maloine.

Kolcaba, K. (1992). *Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome*. Acedido em 12 de Dezembro, 2008, em <http://www.thecomfortline.com/>.

Lei nº281/2004 de 8 de Novembro, *Circular normativa nº13/DGCG de 2 de Julho* Direcção Geral da Saúde, Lisboa.

Leininger, M.(1988). *Caring an essential human need* . Detroit: Wayne State University Press.

Lessard-Hébert, M., Goyette, G. & Boutin, G. (1994). *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Loureiro, L. (2006) “Adequação e rigor na investigação fenomenológica em enfermagem: crítica, estratégias e possibilidades” *Referência II.ª Série 2*.

Ludke, M., André, M. (1988) *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.

Maslach, C. (2003). Job burnout: New directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 189-192.

Mcintyre, T. M. (2004). Perda e sofrimento na doença: contributos da psicologia da saúde. *Psychologica*, 167-179.

Morse, J. M. (1992) Comfort: the recocusing of nursing care. *Clinical nursing research*, (Fev. 1992), 91-106.

Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2004). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde, Envelhecimento Activo – Um Projecto de Política de Saúde, Segundo Encontro Mundial das Nações Unidas Sobre Envelhecimento, Abril de 2002.

Orlando, I. J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship: function, process and principles*. New York: G. P. Putnam’s Sons.

Pancorbo, P., Garcia, F., Soldevilla, A., Blasco, C. (2009) Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. *GNEAUPP*, XI.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2005), *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros Decreto-Lei n.º 161/96, Diário da República. (1996-09-04), alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, Diário da República, (1998-04-21).

Roach,S. (1984). *Caring :the human mode of being, implications for nursing*. Toronto: Faculty of Nursing, University of Toronto.

Soldevilla, A. (2010). Las úlceras por presión...«como problema». *El Farmacéutico*, 437, 48-55.

Soldevilla A., Torra i B. &Verdú. S., (2008). *Epidemiología, coste y repercusiones legales de las úlceras por presión en España, años 2005-2006*, GNEAUPP.

Soldevilla, A. & Torra i. B. (2005). *Atención Integral de las heridas crónicas*, Madrid, GNEAUPP.

Vendrell, M. B. & Riera, J. A. (2004). ¿Cómo detectar el mal trato en los ancianos? *Enfermería Global*, volume(4),1-8.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Endereços Eletrónicos

Dados relativos aos nascimentos na Administração Regional de Saúde do Algarve
http://www.arsalgarve.minsaude.pt/site/index.php?option=com_content&view=article&id=1241:algarve-2010-1-em-cada-4-criancas-nascidas-no-algarve-sao-filhas-de-mae-estrangeira&catid=38:NoticiasRegionais&Itemid=63- Acedido em 28 de Fevereiro de 2011.

Dados relativos ao número de camas existentes na Rede Nacional de Cuidados Continuados, no Algarve.
http://www.arsalgarve.minsaude.pt/site/index.php?option=com_content&view=article&id=137&Itemid=76 Acedido em 28 de Fevereiro de 2011.

Caracterização das úlceras por pressão – EPUAP (2009).

<http://www.google.com/search?client=gmail&rls=gm&q=puclas%202> Acedido em 7 de Setembro de 2010.

Violência contra os mais velhos.

<http://www.psicronos.pt/artigos/violenciacontramaisvelhos.html>, Acedido em 2 de Novembro 2010.

Relata experiência de melhoria de cuidados no Japão.

<http://www.woundsinternational.com/article.php?issueid=1&contentid=122&articleid=220&page=5> Acedido a 10 de Outubro de 2010.

Dados relativos à evolução demográfica.

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/> Acedido em 14 de Fevereiro de 2009.

Comporta uma base de dados relativa à prevenção e tratamento de úlceras por pressão e feridas crónicas.

<http://www.gneaupp.es/app/portada/> Acedido a 4 de Janeiro de 2011.

Comporta uma base de dados relativa à prevenção e tratamento de úlceras por pressão e feridas crónicas.

<http://www.ewma.org/> Acedido em 4 de Janeiro de 2011.

Comporta uma base de dados relativa à prevenção e tratamento de úlceras por pressão e feridas crónicas.

<http://www.epuap.org/> Acedido em 4 de Janeiro de 2011.

Acesso ao instrumento para os estudos de prevalência.

<http://www.epuap.org/study/study.html> Acedido em 1 de Março de 2010.

ANEXOS

Anexo 1 – Autorização do Conselho de Administração do Hospital

 UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO CENTRO DE FORMAÇÃO INVESTIGAÇÃO E CONHECIMENTO	
Direcção de Enfermagem 04 FEV. 2010	
INFORMAÇÃO	
De: Miriam Vieira – Técnica Superior do CFIC – Unidade de Investigação	Data: 04/01/2010 DESPACHO:
PARA: Ex.ma Sr.ª Enfermeira Directora Filomena Martins	
ASSUNTO: Pedido de autorização para a realização de recolha de dados	
<p>No seguimento da recepção do pedido de realização do projecto de investigação e na sequência de o mesmo ter sido autorizado pela Direcção de Serviço e Enf.ª Chefe (conforme documentos em anexo), vimos por este meio solicitar parecer de V/Exa.</p> <p>Este pedido surge no âmbito da dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, por parte da Enf.ª Supervisora Fernanda Henriques.</p> <p>Com os melhores cumprimentos,</p>	<p><i>À Ex.ª Sr.ª</i> <i>Considero o</i> <i>pedido</i> <i>autorizar.</i></p> <p>ENFERMEIRA DIRECTORA <i>F.M.</i> M.ª Filomena Martins 4/02/2010</p> <p><i>Autorizado</i> <i>10.02.2010</i></p>
A Unidade de Investigação do CFIC <i>M</i> Miriam Vieira	O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO Presidente (Ana Paula Gonçalves) Vogal Executivo (Francisco Serra) Directora Clínica (Helena Gomes) Vogal Executivo (Hugo Nunes) Enf.ª Directora (Filomena Martins)
Anexos: - Ofício com Pedido de autorização para a realização de recolha de dados - Enf.ª Supervisora Fernanda Henriques com despachos do director de serviço e da enf.ª chefe da medicina II.	

Anexo 2 – Consentimento Informado

ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS DA UNIDADE DE MEDICINA II DO HOSPITAL DE FARO EPE, NO CUIDADO À PESSOA IDOSA INTERNADA, QUE DESENVOLVEU ÚLCERAS POR PRESSÃO, DURANTE A SUA ESTADIA NESTA UNIDADE

Formulário de Consentimento para Registos de Entrevista

Você é enfermeiro deste serviço e a sua colaboração neste estudo é preciosa.

Peço-lhe que leia toda a informação presente neste documento e que coloque todas as questões que entender, antes de o assinar.

A **Finalidade** deste trabalho é contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, através da compreensão do que vivem os enfermeiros da unidade de medicina II do hospital de Faro, EPE, no cuidado à pessoa idosa internada, que desenvolveu úlceras por pressão, durante a sua estadia nesta unidade.

RISCOS E BENEFÍCIOS E NATUREZA VOLUNTÁRIA DO ESTUDO

1º - A sua participação neste estudo não tem riscos e a sua colaboração pode trazer enormes contributos à pessoa que cuida, à profissão de enfermagem, à equipa onde está inserido e a si próprio.

2º - Tem plena liberdade na aceitação e possibilidade de abandono, do estudo sem restrições ou consequências, se assim e quando o entender. Você poderá, pois, e sem quaisquer consequências ou justificação, abandonar a participação no estudo a qualquer momento.

DADOS DO INVESTIGADOR: Maria Fernanda Henriques Pereira de Melo, Mestranda em Gerontologia Social na Universidade do Algarve. Enfermeira Supervisora no Hospital de Faro EPE.
Telemóvel -919915211. Correio electrónico – henriquesmelo2@gmail.com

CONSENTIMENTO: Pelo presente documento consinto participar neste estudo e de livre vontade aceito a concessão de uma entrevista. Autorizo que a mesma seja gravada em sistema áudio. A minha participação é completamente voluntária e a decisão de não participar em qualquer momento, não resultará em qualquer tipo de penalização. Será garantida a confidencialidade dos dados obtidos. Fui informado: de que não existem custos nem recompensas; dos incómodos relacionados com o tempo de entrevista e validação de categorias e subcategorias; de alguns dos benefícios como o contributo para a produção do conhecimento sobre a área temática de úlceras por pressão em pessoas idosas, promoção da reflexão crítica dos enfermeiros através do confronto dos saberes com a prática profissional e o fomento à tomada de consciência para o processo de mudança; de que por razões relacionadas com o estabelecido pela Universidade do Algarve os documentos áudio serão conservados no mínimo durante cinco anos e serão utilizados na divulgação dos resultados a nível Nacional e Internacional.

FARO, ----- de Março de 2010

(ASSINATURA LEGÍVEL DO ENTREVISTADO)

(ASSINATURA LEGÍVEL DO INVESTIGADOR)

Anexo 3 - Autorização da Unidade de Investigação do Hospital



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO CENTRO DE FORMAÇÃO INVESTIGAÇÃO E CONHECIMENTO

INFORMAÇÃO

De: Miriam Vieira – Técnica Superior do CFIC – Unidade de Investigação

Data: 12/02/2010

PARA: Ex.ma Sr.ª Enf.ª Supervisora Fernanda Henriques
Supervisão de Enfermagem

ASSUNTO: Projecto de Investigação

Somos de informar V/Exa que recaiu despacho de **"Autorizado"**, conforme documentos em anexo, ao pedido de autorização para a realização de recolha de dados aos enfermeiros do serviço de Medicina II, no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social.

Com os melhores cumprimentos,

A Unidade de Investigação
do CFIC

Miriam Vieira

Anexos:

- Informação da Unidade de Investigação com parecer favorável da Direcção de Enfermagem e do Conselho de Administração.