

Barreiras e soluções nos Cuidados Continuados a Pessoas Idosas: percepções de Enfermeiros(as)

Barriers and solutions in Continuing Care for the Elderly: Nurses' perceptions
Barreras y soluciones en los Cuidados Continuos a Personas Ancianas: percepciones de Enfermeros(as)

João Paulo de Almeida Tavares*
Alcione Leite da Silva**

Resumo

Em Portugal surge, em 2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – RNCCI, que procura proporcionar cuidados continuados às pessoas idosas e cidadãos com dependência. Neste contexto, onde os enfermeiros desempenham um papel preponderante, há uma grande lacuna de estudos que possam inclusive apontar as barreiras nos Cuidados Continuados (CC). Considerando este facto, este estudo teve como objectivo conhecer as barreiras percebidas pelos(as) enfermeiros(as) no desenvolvimento dos cuidados continuados a pessoas idosas, numa unidade de cuidados continuados integrados e as possíveis soluções para melhorar a sua efectividade. A abordagem qualitativa e o método exploratório-descritivo foram adoptados no desenvolvimento deste estudo. Os dados foram recolhidos através de entrevista semi-estruturada com treze enfermeiros(as) e analisados com base no método hermenêutico-dialéctico. Os resultados do estudo evidenciaram que as barreiras e as possíveis soluções são maioritariamente de ordem administrativa, financeira e organizacional, as quais dificultam a efectividade dos cuidados continuados às pessoas idosas nesta unidade.

Palavras-chave: cuidados continuados; barreiras e soluções; pessoa idosa; estudo qualitativo.

Abstract

The National Network for Integrated Continuing Care (RNCCI) was created in Portugal, in 2006 to provide continuing care for the elderly and for dependent citizens. In this context, where nurses play a leading role, there is a lack of studies which could identify barriers to Continuing Care (CC). Therefore, the aim of this study was to identify the barriers perceived by nurses to the development of continuing care for the elderly in an Integrated Continuing Care Unit and possible solutions to improve effectiveness. A qualitative, exploratory, descriptive approach was adopted for the study. Data were collected through semi-structured interviews with 13 nurses and analyzed using a hermeneutic-dialectic method. The results showed that the barriers and possible solutions which hinder the effectiveness of CC for the elderly in this unit are mainly administrative, financial and organisational.

Keywords: continuing care; barriers and solutions; elderly; qualitative study.

* Doutorando em Geriatria, Mestre em Gerontologia. Enfermeiro dos Hospitais da Universidade de Coimbra [enf.joaotavares@hotmail.com]

** Doutora em Filosofia em Enfermagem. Professora Associada Visitante da Universidade de Aveiro [alsilva@ua.pt]

Resumen

En Portugal surge, en 2006, la Red Nacional de Cuidados Continuos Integrados – RNCCI, que pretende proporcionar cuidados continuos a las personas ancianas y ciudadanos con dependencia. En este contexto, donde los enfermeros desempeñan un papel preponderante, hay una gran laguna de estudios, que pueden incluso apuntar a las barreras en los Cuidados Continuos (CC). Considerando este hecho, este estudio ha tenido como objetivo, conocer las barreras percibidas por los(as) enfermeros(as) en el desarrollo de los cuidados continuos a personas ancianas en una unidad de cuidados continuos integrados y las posibles soluciones para mejorar su efectividad. El abordaje cualitativo y el método exploratorio-descritivo fueron adoptados en el desarrollo de este estudio. Los datos fueron recogidos a través de entrevistas semi-estructuradas con trece enfermeros(as) y analizados con base en el método hermenéutico-dialéctico. Los resultados del estudio evidenciaron que las barreras y las posibles soluciones son mayoritariamente de orden administrativo, financiero y organizacional, las cuales dificultan la efectividad de los cuidados continuos a las personas ancianas en esta unidad.

Palabras clave: cuidados continuos; barreras y soluciones; persona anciana; estudio cualitativo.

Recebido para publicação em: 19.08.09

Aceite para publicação em: 15.04.10

Introdução

Portugal inicia o processo de criação da Rede Nacional de Cuidados continuados - RNCCI com o Programa do XVII Governo Constitucional, que define como meta a instauração de políticas de saúde e de segurança social integradas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Portugal. Ministério da Saúde – DGS, 2004). Com a RNCCI emerge um novo modelo que tem um carácter intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os cuidados de base comunitária e os de internamento hospitalar. O Decreto-lei n.º 101/2006 define os cuidados continuados integrados como *“um conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”* (p.3857).

A proposta desta Rede implica uma mudança de paradigma, originando a criação de um modelo que atenda às particularidades dos cuidados continuados. Surgem, assim, diferentes tipologias de cuidados, a saber: as unidades de internamento, as unidades de ambulatório, as equipas hospitalares e as equipas domiciliárias. As unidades de internamento são de convalescença, de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção e de cuidados paliativos.

Devido à sua complexidade, o processo de implementação da Rede é progressivo, desenvolvendo-se num horizonte temporal que vai desde a data do Decreto-lei n.º 101/2006 até ao ano de 2016, cuja cobertura será de 100%. Actualmente, a implementação encontra-se na Fase I, de 2006-2009, com cobertura de 30%. Durante este período de implementação, a Unidade de Missão para Cuidados Continuados Integrados - UMCCI (2007, 2008) desenvolveu dois relatórios de monitorização para o desenvolvimento da Rede, em que se destacam as seguintes conclusões: o trabalho em equipa e a transdisciplinaridade como valores chave na Rede Nacional de cuidados Continuados; o maior investimento na capacitação dos(as) profissionais, face ao paradigma da Rede; o aperfeiçoamento da avaliação integral: bio-psico-social; a introdução de

incentivos nos contratos e sistemas de pagamento que estimulem a eficácia e a qualidade; a insuficiência do número de profissionais para responder às necessidades existentes; a ampliação da participação e o envolvimento do utente e da família/cuidadores nos cuidados e; uma adequada compreensão deste novo projecto, reconhecendo a necessidade de uma maior consolidação da filosofia da Rede entre os profissionais. Da análise destes relatórios, algumas barreiras ficam patentes, bem como algumas soluções para o desenvolvimento do cuidado na Rede.

Neste contexto, o contributo dos(as) enfermeiros(as) para o sucesso da Rede é fundamental, uma vez que, em todas as tipologias, mais de 80% das horas por cama e dia de internamento são de responsabilidade de enfermeiros(as) e auxiliares de acção médica (UMCCI, 2008). Centrando-nos nos cuidados a pessoas idosas, a par dos dados referidos pela Unidade de Missão, alguns estudos têm procurado identificar algumas barreiras sentidas por estes profissionais no cuidado a pessoas idosas. Uma barreira transversal quer aos dados da Rede, quer aos estudos com pessoas idosas é a capacitação. Em Portugal, a heterogeneidade dos planos curriculares nas diferentes Escolas é marcada e evidente, dados os diferentes pontos de enfoque, o que acaba por se reflectir na própria formação dos(as) enfermeiros(as) (Costa, 2005). Na diversidade de planos curriculares, cada Escola tem as suas particularidades, como destaca Pinto *et al.*, (1999) num estudo sobre o ensino de gerontologia nas Escolas de Enfermagem no distrito do Porto. Este problema não se coloca unicamente ao nível das escolas de Enfermagem. A este propósito, Diogo (2004), Baltar, González e Pérez (2005) referem que as oportunidades de capacitação na gerontogeriatría ainda são escassas, o que implica uma escassez de conhecimentos nesta área entre os profissionais de saúde, tal como atestam os resultados do estudo de Almeida (1999), em que as crenças dos(as) enfermeiros(as) ainda se encontram ligadas à dependência, à inactividade e ao isolamento. Para além disso, estes autores identificam uma constante necessidade de capacitação nesta área, o que poderia elevar a qualidade do cuidado à pessoa idosa. Fragoso (2008) menciona que a capacitação é um requisito básico no cuidado à pessoa idosa.

A capacitação profissional pode modificar a imagem social que os(as) enfermeiros(as) têm das pessoas idosas e contribuir para que estes(as) profissionais gostem de pessoas nesta faixa etária, como atesta

Moniz (2003). Essa satisfação, contudo, nem sempre é alcançada quando o cuidado não atinge os níveis pretendidos por falta de recursos humanos, materiais e financeiros (Simões, 1997; Melo, 1998; Cristóvão, 1998 e Mateus, 2005). A este propósito, Marziale (2001), referindo-se ao estudo de Aiken, sinaliza a falta de pessoal, a insatisfação pelo trabalho e o desgaste emocional pela piora da qualidade do cuidado de enfermagem.

Francis-Felsen *et al.*, (1996), num estudo sobre os factores que influenciam os(as) enfermeiros(as) a deixarem o emprego nas unidades de cuidados continuados, identificaram que estes estão mais relacionados com enfermeiros(as) chefes e com administradores(as) das unidades. Entre as razões que levam os(as) enfermeiros(as) a permanecer no local de trabalho, destacam: o gostarem do que fazem, o sentirem-se bem e as relações interpessoais positivas no local de trabalho. Estes dados vão ao encontro da meta análise realizada por Zangoro e Soeken (2007) sobre a satisfação profissional de enfermeiros(as). Segundo estes autores, o facto de os(as) enfermeiros(as) serem mais autónomos, participarem no trabalho de equipa e na organização, associado com a redução do stress profissional, aumenta a satisfação profissional. Batista *et al.*, (2005) procuraram identificar os factores de motivação e insatisfação no trabalho de enfermeiros(as), tendo concluído que os factores motivacionais foram: gostar do que faz, bom relacionamento multiprofissional, crescimento pessoal, condições de trabalho, carga horária, ambiente, apoio do gestor e remuneração. Em relação à remuneração, as autoras referem que esta não é o factor principal para a motivação no trabalho, sendo, no entanto, um dos factores de insatisfação mais citados, antecedido pelas condições de trabalho. Os estudos apresentados permitem-nos perspectivar algumas das barreiras sentidas pelos enfermeiros(as) no desenvolvimento do seu cuidado a pessoas idosas. No entanto, na sua maioria, estes estudos têm como contextos os hospitais e os centros de saúde. A implementação da Rede no ano de 2006 abre um novo campo de investigação neste contexto de cuidado, o que justifica o presente estudo. Este estudo tem como objectivo geral: conhecer as barreiras percebidas pelos(as) enfermeiros(as) no desenvolvimento dos cuidados continuados a pessoas idosas numa unidade de cuidados continuados integrados e as possíveis soluções para melhorar a sua efectividade.

Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritivo, dada a falta de estudos nesta área. A opção por esta abordagem deve-se ao facto de possibilitar uma melhor compreensão das experiências dos(as) enfermeiros(as) no cuidado a pessoas idosas em unidades de cuidados continuados. Outro aspecto desta escolha é o facto dos(as) enfermeiros(as), que trabalham nestas unidades, terem uma experiência única e repleta de significados. Por último, esta abordagem equaciona e evidencia aspectos que podem assumir um papel político-social importante e crucial na compreensão da RNCCI.

Contexto e Participantes do Estudo

O contexto deste estudo centrou-se numa Unidade de Cuidados Continuados (UCC) da região centro do país, envolvendo o distrito de Coimbra. Este distrito dispõe de 30 camas em unidades de convalescença (Coimbra), 10 camas de unidades de internamentos de média duração (Coimbra), 60 camas de unidades de internamentos de longa duração. Participaram no estudo 13 enfermeiros(as). Os critérios de inclusão dos(as) enfermeiros (as) considerados neste estudo foram: trabalharem na unidade há mais de 6 meses, estando na unidade por mais de dois turnos por semana e aceitarem participar do estudo.

Recolha dos Dados

A entrevista semi-estruturada foi a técnica utilizada para a recolha dos dados. De acordo com Minayo (2007), neste tipo de entrevistas, os(as) participantes(as) são convidados a falar livremente sobre um tema e as perguntas, quando realizadas, buscam aumentar a profundidade das reflexões. Segundo a mesma autora, o(a) entrevistador(a) liberta-se das formulações prefixadas, introduzindo perguntas ou fazendo intervenções que pretendem abrir o campo de explanação do entrevistado. As perguntas, neste tipo de entrevista, não se colocam totalmente abertas ou totalmente fechadas.

O roteiro da entrevista foi constituído por duas partes, a primeira corresponde à caracterização dos(as) enfermeiros(as). Na segunda parte foram incluídas

questões relativas ao cuidado de enfermagem às pessoas idosas (nomeadamente, “Como descreveria o cuidado que desenvolve com a pessoa idosa? Dê exemplos.”; “Quais os pontos fortes (aspectos positivos) do cuidado desenvolvido por si à pessoa idosa? Dê exemplos.”; “Quais os pontos fracos (aspectos negativos) do cuidado desenvolvido por si à pessoa idosa? Dê exemplos.”; “Quais as barreiras que encontra para desenvolver um cuidado eficaz à pessoa idosa? Dê exemplos.”; “O que pensa que poderia ser feito para melhorar a efectividade do seu cuidado à pessoa idosa? Dê exemplos.”). O registo de dados foi realizado através de gravação áudio. A realização e transcrição das entrevistas decorreu de Dezembro de 2007 a Abril de 2008, na unidade de cuidados continuados, através de marcação prévia com os(as) enfermeiros(as). A duração das entrevistas variou de 30 a 120 minutos.

Análise dos Dados

A abordagem da análise de dados qualitativos deste estudo foi a hermenêutica-dialéctica de Minayo (2007). A autora destaca dois pressupostos deste método de análise. O primeiro diz respeito à ideia de que “não há consenso e nem ponto de chegada no processo de produção de conhecimento. O segundo refere-se ao facto de que a ciência se constrói numa relação dinâmica entre a razão daqueles que a praticam e a experiência que surge da realidade” (Gomes, 1998, p.77). Minayo (2007) propõe dois níveis de interpretação que precisam ser realizados. O primeiro está relacionado com o campo das determinações fundamentais que engloba o contexto do objecto social do estudo, constituindo um marco teórico - fundamental para a análise. Tendo presente este primeiro nível, procuramos elencar alguns dados do contexto de implementação da RNCCI, em Portugal.

O segundo nível de interpretação é caracterizado pelo encontro dos dados empíricos com o referencial teórico-fundamental. Este nível é ao mesmo tempo o ponto de partida e de chegada da análise. Constitui o maior desafio na fase de análise. Minayo (2007) sugere três fases para operacionalizar este segundo momento de interpretação: 1) *Ordenação dos dados*; 2) *Classificação dos dados*, que engloba a leitura horizontal e transversal das entrevistas; 3) *Análise*

final, que consiste em estabelecer o círculo entre os dados e os referenciais da pesquisa.

Questões Éticas

No desenvolvimento deste estudo foram respeitados os procedimentos constantes na Declaração de Helsinki, assegurados pela confidencialidade dos dados, pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e autorização formal da instituição de Saúde. Ao longo da recolha dos dados, procuramos não interferir com o trabalho dos(as) enfermeiros(as), respeitar as normas e rotinas, cultura organizacional e regras estabelecidas nas mesmas, adoptando uma postura de respeito e de colaboração.

Rigor do Estudo

Com o intuito de aumentar a credibilidade e exactidão deste estudo, utilizamos alguns dos critérios desenvolvidos ao longo de vários anos por Leininger (2007) e outros investigadores qualitativos. Salientamos a credibilidade que se refere à verdade como conhecida, experimentada ou sentida profundamente pelas pessoas estudadas. Por este facto, procuramos seleccionar as pessoas com mais tempo de serviço na unidade e uma permanência de mais de dois turnos por semana. A confirmabilidade inclui obter evidências a partir dos informantes acerca dos achados ou interpretações do investigador. Por este facto, procuramos, ao longo das entrevistas, solicitar exemplos das suas ideias e realizar a reposição de ideias através de contactos posteriores com as pessoas.

Ao utilizar a análise Hermenêutica-dialéctica, reforçamos um destes critérios, que é o significado no contexto. Estes significados focam-se na contextualização das ideias e experiências dentro de uma situação, contexto ou ambiente total, enquadrando-se no primeiro pressuposto da análise proposta, que considera o contexto dos(as) participantes do estudo. Por último, destacamos a padronização recorrente e a saturação. O primeiro está intimamente ligado ao processo de categorização da análise de conteúdo. A saturação significa que o investigador fez uma pesquisa exhaustiva do fenómeno em estudo. O termo da realização das entrevistas

envolveu este facto, pois não imergiram dados novos para compreender o fenómeno em estudo.

Resultados

Os resultados foram organizados de forma a atender os objectivos do estudo e estão apresentados na seguinte ordem: caracterização dos participantes e as barreiras e as soluções nos Cuidados Continuados às pessoas idosas.

Caracterização dos Participantes

Participaram neste estudo treze enfermeiros(as), seis do sexo masculino (designados por EnfM e número correspondente da entrevista) e sete do sexo feminino (designadas por Enff e número correspondente da entrevista). A média de idades é de 29 anos. Dos(as) treze enfermeiros(as), pouco mais de metade (n=7) trabalha a tempo parcial (20 ou 24 horas semanais) na unidade e seis em tempo completo (40 horas semanais). Os(as) trabalhadores(as) a tempo parcial desempenham funções em serviços hospitalares, destacando-se a neurologia (n=3) e a ortopedia (n=2). A média do tempo total de desempenho profissional é de 62 meses (± 5 anos). Os mínimos e máximos do tempo de serviço são, respectivamente, 7 meses e 24 anos. A maioria dos(as) enfermeiros(as) (n=10) trabalha há dois ou menos anos. A média do tempo de serviço na unidade é de 16 meses (± 1 ano). O tempo mínimo é de 7 meses e o máximo de 24 meses.

Barreiras e Soluções nos Cuidados Continuados

Nos depoimentos dos(as) participantes ficou evidente a dualidade existente entre os cuidados continuados que acreditam, desejam e que deveriam desenvolver e aqueles que realmente conseguem implementar na prática. Entre a abordagem “idealizada” e a abordagem “realizada” encontram-se as barreiras. A barreira mais expressa pela totalidade dos(as) participantes foi a falta de enfermeiros(as). “Somos poucos”, a afirmação é categórica e reflecte a realidade que os(as) enfermeiros(as) vivem nestas unidades.

Os(as) participantes consideram que o número de enfermeiros(as) é inferior ao esperado, atendendo ao número de doentes que têm distribuídos e o grau de dependência das pessoas idosas internadas na unidade.

“Somos poucos, são enfermarias muito grandes. São os momentos de higiene e as horas de alimentação que mais privilegiamos. [...] Faltam enfermeiros para podermos desenvolver um cuidado mais calmo, mais atento. Numa manhã somos apenas três enfermeiros, não paramos um segundo” (Enff1).

Decorrente da falta de enfermeiros(as), identificam a pouca disponibilidade para os cuidados continuados às pessoas idosas. Deste modo, o desenvolvimento deste cuidado restringe-se ao planeamento, à gestão das prioridades e intervenção. Não dispõem, assim, de tempo para desenvolver de forma criativa outras actividades que promovam o bem-estar das pessoas idosas, pelo que os(as) enfermeiros(as) têm de delegar determinadas actividades, não as supervisionando.

“Por vezes poderíamos, ou até, deveríamos passar mais tempo com os doentes que não têm tantas necessidades. Mas não o fazemos porque não existe tanto tempo quanto isso e temos algumas prioridades que temos de ter em conta. [...] Isso implica menos doentes distribuídos para poder passar mais tempo com os doentes” (EnfM3).

A falta de recursos humanos está intimamente relacionada com as seguintes barreiras: o pouco envolvimento e integração da família/cuidador informal no cuidado; a impossibilidade de adoptar o método individual de trabalho e a comunicação ineficaz com os restantes elementos da equipa multidisciplinar e com a pessoa idosa. Estas barreiras são referidas por onze enfermeiros(as), dos quais seis são do sexo masculino. Relativamente ao pouco envolvimento com a família, os(as) enfermeiros(as) afirmam que existe um longo caminho a percorrer, como expressa a seguinte afirmação *“a enfermagem não tem conseguido integrar a família, é a realidade”* (EnfM6).

Para além dos escassos recursos humanos, oito dos(as) participantes, dos quais cinco são do sexo feminino, apontam mais dois factores que condicionam a parceria com a família: o afastamento dos familiares durante o internamento das pessoas idosas e as crenças dos mesmos sobre os cuidados continuados. Os(as) enfermeiros(as) relatam que,

durante o internamento da pessoa idosa na unidade, muitos familiares deixam de visitar as pessoas idosas, de lhes trazer produtos básicos e de evitar o envolvimento no cuidado. Este afastamento é condicionado pelo emprego e situação económica dos mesmos. Por último, os(as) participantes identificam a desresponsabilização dos familiares, que passam a atribuir essa responsabilidade de cuidado à Rede e aos profissionais que nela trabalham.

“Os familiares pensam nos cuidados continuados como sendo a pura substituição de todas as suas responsabilidades em relação ao utente. Há um total descrédito relativo ao nosso cuidado, um completo descrédito, porque as famílias não compreendem. Vou dar um exemplo, os familiares não compreendem porque o doente deve estar levantado na cadeira, em vez de estar na cama, apesar do doente não gostar de estar sentado, mas deve estar. Esse é para mim a principal barreira nos cuidados” (EnfM6).

No que concerne à efectivação do método individual de trabalho, a impossibilidade de o colocar sempre em prática está associada à dotação de enfermeiros(as) existentes na unidade. Por vezes, o número insuficiente destes profissionais origina uma regressão no desenvolvimento do cuidado, expressa pelo uso do método de tarefa. Os(as) enfermeiros(as) estão conscientes disso, como demonstra o excerto seguinte:

“Tende a ser o individual, embora às vezes como há menos pessoal não pode ser individual, mas de manhã está um enfermeiro, um auxiliar distribuídos a um grupo de doentes. [...] Mas quando não há elementos suficientes é à tarefa” (EnfF5).

A comunicação ineficaz entre os(as) enfermeiros(as) e os restantes elementos da equipa multidisciplinar é referida por oito enfermeiros, dos quais quatro são do sexo masculino. Esta comunicação surge associada à falta de coordenação e de tempo dos profissionais, com destaque para médicos(as) e fisioterapeutas. A ausência de *feedback* é o principal problema de comunicação e é entendida como uma descontinuidade do cuidado, uma vez que os(as) enfermeiros(as) desconhecem as intervenções dos outros profissionais. Por este facto, houve necessidade de instituir coordenadores de Enfermagem. Estes coordenadores procuram articular as necessidades sentidas pela equipa de Enfermagem e os restantes profissionais, visto que os(as) enfermeiros(as),

muitas vezes, não têm tempo para efectivar essa comunicação.

“Às vezes há falta de comunicação e interligação entre os diversos elementos da equipa multidisciplinar. Sinto que devia haver uma maior ligação e interligação das diferentes competências. Sinto que isso é uma parte que não está cumprida. Não por falta de vontade, mas se calhar o serviço não o permite. [...] Tem alguns pontos frágeis porque na maioria das vezes a equipa de enfermagem não comunica com os outros profissionais” (EnfM4).

Embora os(as) enfermeiros(as) reconheçam a importância da comunicação com a pessoa idosa e o esforço que fazem para otimizar esta capacidade do cuidado, admitem que isso nem sempre é possível. Esta impossibilidade é justificada pela falta de tempo, originada pela falta de recursos humanos e pela sobrecarga de trabalho na unidade.

“Por vezes, sinto que a meio de uma conversa com a pessoa, é quando eu digo desculpe mas tenho de ir embora, tenho de dar a medicação. É muito triste. Depois não apareço lá mais durante o turno, porque a seguir vêm outras coisas, a medicação, a alimentação, é triste. Se tiver de folga no dia seguinte, o que fica a pensar a pessoa. Esteve aqui um bocadinho, pensou que eu era chato e foi-se embora” (EnfF1).

A dificuldade em comunicar com as chefias de Enfermagem é outra barreira identificada por sete participantes, dos quais cinco são do sexo masculino. Estão na origem desta barreira a escassa presença dos chefes, a falta de diálogo entre a equipa de Enfermagem e as chefias e o facto de não saberem a quem se dirigir quando se deparam com um problema. Por esta razão, apontam como solução um maior envolvimento, proximidade, atenção e preocupação dos chefes para com a equipa de Enfermagem.

“Penso que é essencial a hierarquia [chefe de Enfermagem] terem uma conversa, uma aproximação, mostrarem que se preocupam connosco. No fundo, mostrarem que estão connosco. Era essencial para nos sentirmos mais motivados” (EnfF1).

Perante a realidade relatada, é consensual e unânime que uma das soluções preconizada é a adequação dos recursos humanos (rácio enfermeiros(as)/utente) ao número de utentes e ao grau de dependência dos mesmos na unidade. Com uma dotação adequada de enfermeiros(as), estariam mais disponíveis para

estar com o utente, mais próximos e desenvolveriam um cuidado com mais qualidade. A adequação do número de enfermeiros(as) é considerado como a “pedra basilar” para eliminar muitas das barreiras e incrementar uma melhoria significativa.

“É sobretudo a falta de recursos humanos. Eu acho que teria que haver mais pessoas para que efectivamente o cuidado fosse um cuidado de excelência” (EnfM5).

Outra barreira no desenvolvimento dos cuidados continuados às pessoas idosas é a situação económica/financeira da unidade, sendo destacada por dez enfermeiros, quatro do sexo masculino. Estes problemas económicos têm uma sequencialidade, que se inicia nos problemas económicos da unidade enquanto instituição. Esta situação origina incerteza em relação à permanência no emprego e atrasos nas remunerações dos(as) enfermeiros(as). Por sua vez, estes factores desencadeiam sentimentos de desmotivação entre os(as) participantes. A incerteza em relação à manutenção do emprego tem por base a instabilidade económica da unidade e os rumores relativos à manutenção do mesmo. Para uma equipa jovem, conhecedora do mercado de trabalho, esta situação desmotiva e inquieta. Isso é visível no seguinte excerto:

“Por outro lado, existe uma grande insegurança em relação ao futuro, isso desmotiva as pessoas, andam tristes e aborrecidas” (EnfM1).

Ainda relacionada aos aspectos económicos está a falta de material. Os(as) sete participantes, dos quais quatro do sexo masculino, identificam que esta situação tem implicações no cuidado, especialmente no tratamento de feridas, sendo referida a falta de Kits e de material para tratamento de feridas. Existem outras necessidades, tais como ajuda técnica e almofadas (utilizadas nos posicionamentos).

“A falta de material, às vezes, limita um pouco o cuidado, por exemplo, o cuidado às feridas, às vezes o material é muito limitado e é preciso gerir muito bem aquilo porque eu sei que tenho esta ferida e a outra para naquele dia tratar. Às vezes há de tudo, acho que se houvesse uma maior diversidade, às vezes, escusava de gastar uma coisa desnecessária, mas se calhar acontece em todo lado, a falta de material é uma grande barreira” (EnfF7).

A importância de investir na capacitação dos(as) enfermeiros(as) é referida por dez participantes, dos quais seis são do sexo feminino, como uma

solução que permitiria o aperfeiçoamento dos CC. Esta barreira tem especial significado para os(as) participantes a tempo completo, tendo sido referida por todos eles(as). Conscientes de que a maioria dos seus utentes são pessoas idosas, os(as) participantes especificam a necessidade de haver mais formação sobre: Enfermagem Gerontogeriatrica e reabilitação. Afirmam que existe uma grande falha, quer da instituição, quer a nível profissional, uma vez que existe um défice de capacitação nestas áreas.

“Também, julgo, por algum défice de formação mais específica em cuidados ao idoso, à pessoa muito dependente e reabilitação” (EnfM6).

Em síntese, dentre as barreiras evidenciadas pelos(as) participantes para o desenvolvimento dos CC estão: a falta de recursos humanos, a inoperância da parceria com a família, a utilização do método de tarefa, a comunicação ineficaz com os restantes elementos da equipa, com as pessoas idosas e com as chefias de enfermagem, as incertezas e problemas inerentes ao local de trabalho, os atrasos nos salários e a falta de material e a falta de capacitação em Enfermagem Gerontogeriatrica e reabilitação. Perante estas barreiras, os(as) participantes identificam como soluções, uma maior dotação de recursos humanos e materiais, promoção da capacitação dos(as) profissionais que trabalham na UCC, contratar enfermeiros(as) especialistas em Gerontogeriatrica e reabilitação e; incentivar o diálogo e as relações com as chefias de Enfermagem e a equipa de saúde.

Discussão

O desenvolvimento dos cuidados continuados às pessoas idosas é influenciado por um conjunto de barreiras que dificulta a sua consecução plena. A mais premente é o número insuficiente de enfermeiros(as), atendendo ao número e às necessidades das pessoas idosas internadas na Rede. Este dado é também referido por outros estudos com pessoas idosas (Melo, 1998; Simões, 1997; Cristóvão, 1998 e Mateus, 2005). Os(as) participantes reconhecem as implicações que isso tem no cuidado, em especial a pouca disponibilidade para desenvolver um cuidado com melhor qualidade, realizar ensinamentos à pessoa idosa e à família e a comunicação com a pessoa idosa. Estes dados vão ao encontro dos resultados referidos por Araújo, Paúl e Martins (2008, p.50) que afirmam que a

“continuidade de cuidados ainda não é uma realidade e que os ensinamentos, orientações, instruções, treinamentos não vão de encontro às necessidades expressas pelos cuidadores.”

Marziale (2001) destaca a falta de enfermeiros(as), entre outros, como um dos fatores que piora a qualidade do cuidado de enfermagem. Para além disso, esta situação leva à delegação de competências, sem a respectiva supervisão. Os(as) enfermeiros(as) estão conscientes destes aspectos, pois quando se referem à escassez de profissionais de Enfermagem, sublinham o dilema entre o cuidado desejável e o real. Esta questão reflecte-se nos desencontros entre o discurso teórico e a prática nas unidades de cuidados continuados. Um destes desencontros está bem visível quando o número de enfermeiros(as) não permite a adopção do método individual de trabalho, havendo um retrocesso para a adopção do método de tarefa. Deste modo, os CC centralizados na pessoa e na família ficam comprometidos, porque o foco é a tarefa e não a pessoa. Ocorre, assim, a fragmentação da pessoa, perdendo-se a sua individualidade e, consequentemente, a integralidade do cuidado à pessoa idosa.

A Unidade de Missão (2008) está consciente da necessidade de contratar mais enfermeiros(as), destacando esse ponto no seu relatório de desenvolvimento. A necessidade de adequar o rácio de enfermeiro(a)-doente é urgente, considerando que esta barreira está intimamente relacionada com a inoperância da parceria com a família. Ao relatarem esta inoperância, consideram-na como uma barreira no desenvolvimento dos CC, comprometendo a preparação para a alta da unidade. A falta de envolvimento, integração e participação da família adensa o abandono e as crenças em relação à unidade. Para além disso, ao não conseguirem estabelecer a parceria com a família, comprometem quer os objectivos da Rede, quer os objectivos dos CC. Verifica-se, assim, uma centralidade do cuidado na pessoa idosa, descurando-se os cuidadores informais e a própria família, indo ao encontro dos resultados apresentados por Araújo, Paúl e Martins (2008) sobre apoio fornecido pelos(as) enfermeiros(as) ao cuidador de indivíduos dependentes por AVC, na preparação e continuidade de cuidados.

Relativamente à barreira comunicação ineficaz, esta surge associada aos restantes elementos da equipa, em especial médicos e fisioterapeutas e com as

chefias de enfermagem. Em ambas as situações, a pouca disponibilidade, a dificuldade na coordenação e a falta de *feedback* revelaram-se como factores que condicionam a comunicação com a equipa de enfermagem da unidade. Os participantes reconhecem que os problemas identificados nesta barreira condicionam o desenvolvimento do cuidado às pessoas idosas. Relativamente a este aspecto, consideram que existe uma descontinuidade do cuidado entre as intervenções que realizam e o que é desenvolvido por outros profissionais. Contudo, um dos factores de satisfação profissional dos(as) enfermeiros(as) é a participação no trabalho de equipa (Zangoro e Soeken, 2007). Neste sentido, é importante desenvolver nas unidades oportunidades e instrumentos que possibilitem a participação activa dos profissionais de saúde. Para além disso, estes aspectos permitiriam melhorar o relacionamento e comunicação multiprofissional, o que é determinante para a motivação dos(as) enfermeiros(as) (Batista *et al.*, 2005).

Esta barreira é agravada pela falta de comunicação com as chefias de enfermagem. Segundo Francis-Felsen *et al.* (1996), este é um dos factores que influenciam os(as) enfermeiros(as) a deixar o emprego nas unidades de cuidados continuados. Esta barreira gera sentimentos de insegurança e desamparo entre os(as) enfermeiros(as), uma vez que não reconhecem no chefe a pessoa capaz de os poder orientar, ensinar e defender perante os seus problemas, como por exemplo, a instabilidade no emprego e os atrasos nos salários. Deste modo, sentem-se desapoiados pelos chefes. Batista *et al.* (2005), considera esta barreira como factor de desmotivação e insatisfação no trabalho de enfermeiros(as).

A solução é apontada pelos(as) próprios(as) enfermeiros(as) ao considerarem que as chefias deviam adoptar uma postura de maior proximidade e atenção para com eles e em relação ao cuidado que desenvolvem. Batista *et al.* (2005, p. 90), a este respeito, mencionam a importância do envolvimento e acessibilidades das hierarquias, ressaltando que é importante que os(as) enfermeiros(as) “*se façam perceber através de um quotidiano mais revelador e com transformações, a fim de serem tratados com a sua devida importância e para que, acima de tudo, consigam conquistar o seu reconhecimento, através da competência, da luta, da politização, da organização da categoria, do posicionamento*

na equipa e na instituição, e da realização de um trabalho com qualidade". Esta afirmação reforça os sentimentos vividos pelos(as) enfermeiros(as) na unidade, em que a "marginalização" e o desconhecimento das decisões geram sentimentos de "abandono", desconsideração e desamparo. Estimular e possibilitar a participação activa dos(as) enfermeiros(as), atribuindo um significado real à expressão "colaboradores" é essencial para imprimir mudanças que conduzam a uma melhoria significativa nos CC.

A situação económica da unidade surge como uma barreira ao desenvolvimento do cuidado pelos(as) enfermeiros(as), principalmente para os(as) enfermeiros(as) a tempo completo. Os problemas económicos que a unidade atravessa geram nestes profissionais sentimentos de instabilidade a dois níveis: a indecisão em relação à manutenção do emprego e aos atrasos nos salários. O primeiro, pode dever-se ao facto dos enfermeiros(as) conhecerem a actual dificuldade que existe em conseguir um emprego. O atraso salarial dificulta o desenvolvimento de projectos pessoais dos(as) enfermeiros(as), em especial, dos que têm a unidade como única fonte de trabalho remunerado. Estas duas situações geram sentimentos de desmotivação, indo ao encontro do estudo de Batista *et al.* (2005), quando realçam que a remuneração é um factor motivador no trabalho, não sendo, no entanto, o principal. A realidade relatada pelos(as) enfermeiros(as) em relação à não remuneração e à subsequente desmotivação que daí advém, reafirma a importância de introduzir incentivos nos contratos e sistemas de pagamento, tal como evidencia a Unidade de Missão (2007).

Em virtude do que foi mencionado, é importante que os responsáveis pelas unidades procurem junto dos(as) enfermeiros(as) minimizar estes factores de desmotivação. Deste modo, maior estabilidade contratual e pontualidade no pagamento dos salários motivariam mais os(as) enfermeiros(as), aumentando os seus níveis de satisfação profissional, com repercussões importantes na melhor qualidade dos Cuidados continuados às pessoas idosas.

Ao especificarem a falta de capacitação, os(as) enfermeiros(as) destacam o cuidado gerontogeriátrico e reabilitação. Estando conscientes de que a maioria das pessoas na unidade são idosas e que a formação académica nesta área é insuficiente nas escolas de Enfermagem, o investimento na especificidade do

cuidado [geronto]geriátrico é entendido como uma solução. Costa (2005), relativamente a esta especificidade, refere que é um dos princípios e convicções em que se baseia a actuação do enfermeiro(a). Vários autores alertam para que a formação dos(as) enfermeiros(as) em relação ao cuidado à pessoa idosa tem ficado aquém das mudanças demográficas, sociais e do sistema de saúde (Pinto *et al.*, 1999; Diogo, 2004 e Baltar, González e Pérez, 2005). A UMCCI (2007, 2008) está consciente desta barreira, tendo como objectivo apostar na capacitação dos profissionais que integram a Rede. Esta aposta é relevante considerando a constante necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, em especial, em gerontogeriatría (Diogo, 2004 e Baltar, González e Pérez, 2005). Para além disso, é um requisito básico no cuidado à pessoa idosa (Fragoso, 2008).

As barreiras e as soluções encontradas, neste estudo, envolvem, na sua maioria, os problemas contratuais, as relações com a equipa de saúde e as chefias. Deste modo, a sua resolução centra-se na esfera do controlo das chefias de Enfermagem, dos administradores das unidades e dos próprios gestores da Rede. Esta implicação é também referida pelo estudo de Francis-Felsen *et al.* (1996), quando identificam as condições que influenciam os(as) enfermeiros(as) a deixarem de trabalhar em unidades de cuidados continuados. Os resultados encontrados neste item são importantes indicações sobre determinadas barreiras que podem ser eliminadas nas UCC, uma vez que comprometem a efectividade e qualidade do trabalho dos(as) enfermeiros(as) neste contexto.

Considerações Finais

Considerando que a implementação da Rede se encontra no final da fase I e que grande parte da responsabilidade na sua efectivação é dos(as) enfermeiros(as), procuramos, neste estudo, contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados desenvolvidos por estes(as) profissionais às pessoas idosas neste contexto. Ao analisarmos as barreiras e as soluções podemos constatar que estes se centram em três domínios: administrativa, financeira e organizacional, repercutindo-se, na perspectiva dos(as) participantes, na motivação e satisfação no desenvolvimento dos cuidados continuados às pessoas pelos(as) enfermeiros(as). As barreiras e as

soluções apresentadas podem ser recomendações importantes a considerar por todos os intervenientes na administração e organização da Rede. Isto porque a melhoria da efectividade dos cuidados continuados nesta unidade está intimamente relacionada com a superação das barreiras e a implementação das soluções identificadas pelos(as) enfermeiros(as). Esta melhoria passa pelos(as) enfermeiros(as) chefes, administradores da UCC e dos gestores da Rede considerarem e repensarem a dotação de recursos humanos capacitados e de recursos materiais necessários nestas unidades; pela aposta na capacitação profissional e; criação de condições que possibilitem a efectivação da parceria com a família. Outros aspectos urgem resolver, como a instável empregabilidade na Rede; os atrasos na remunerações dos(as) enfermeiros(as); a comunicação ineficaz entre os(as) diferentes profissionais e; a falta de interacção entre enfermeiros(as) e chefias de enfermagem. Relativamente às limitações deste estudo, consideramos, em primeiro lugar, que a dimensão do estudo inviabiliza a generalização dos resultados. Em segundo lugar, destacamos a ausência de outra técnica de recolha de dados, nomeadamente a da observação participante, o que possibilitaria o “confronto” e o aprofundamento entre o que é relatado nas entrevistas e a observação do cuidado à pessoa idosa. Seria essencial considerar esta técnica em futuros estudos. Em terceiro lugar, o estudo abrangeu somente uma unidade de internamento de convalescença e média duração, pelo que seria importante o desenvolvimento de estudos em unidades de longa duração para melhor compreender os cuidados continuados. Em quarto, seria relevante considerar a perspectiva de profissionais de outras áreas e das pessoas idosas e dos seus familiares. Como o foco deste estudo foi direccionado às pessoas idosas, seria importante ampliá-lo ainda a outras pessoas admitidas nas unidades de cuidados continuados.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, M. L. F. (1999) - Crenças dos Enfermeiros acerca do envelhecimento Humano. *Revista Referência Iª Série*. N.º 3, p. 7-14.
- ARAÚJO, I. M.; PAÚL, C.; MARTINS, M. M. (2008) - Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à comunidade – Um desafio. *Revista Referência II.ª Série*. N.º 7, p.43-53.
- BALTAR, A. L.; GONZÁLEZ, M. M.; PÉREZ, G. R. – Habilidades y conocimientos necesarios para trabajar con personas mayores [Em linha]. (2005). [Consult. a 2 Maio 2007]. Disponível em URL: <http://www.imsersomayores.csis.es/documentos/losadahanilidades-01.pdf>.
- BATISTA, A. A. V. *et al.* (2005) – Factores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol.39, nº1, p. 85-91.
- COSTA, M. A. (2005) - Cuidados de Enfermagem ao Idoso: percursos de formação e de investigação. In PAÚL, C.; FONSECA, A. M. – *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores. P. 255-278.
- CRISTOVÃO, M. (1999) – *Percepção do enfermeiro no cuidado ao idoso*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada à Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Ciências Humanas.
- DECRETO-LEI nº 101/06, D.R. I Série A. 109 (06-06-06) 3856-3865.
- DIOGO, M. J. D. (2004) – Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso. *Revista Latino-americana em Enfermagem*. Vol.12, nº2, p. 280-282.
- FRANCIS-FELSEN, L. C. *et al.* (1996) – Factors influencing intentions of nursing to leave employment in long-term care settings. *The Journal of applied Gerontology*. Vol.15, nº4, p. 450-470.
- FRAGOSO, V. (2008) – Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. *Revista IGT na Rede*. Vol.5, nº8, p. 51-61.
- GOMES, R. (1998) – A análise de dados em pesquisa qualitativa. In DESLANDES, S. F.; NETO, O. L.; GOMES, R; MINAYO, M. C. S. (Org). – *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. 23.ª Ed. Petrópolis: Editora vozes. P. 67-79.
- LEININGER, M. (2007) – Critérios de avaliação e de crítica de estudos de investigação qualitativa. In MORSE, J. M. (Org) – *Aspectos essenciais de metodologia de investigação qualitativa*. Coimbra: Formasau. P. 100-121.
- MATEUS, D.M. (2005) – Sentimentos que os enfermeiros vivenciam ao cuidar do doente idoso em contexto de internamento. *Revista Sinais Vitais*. Nº 61, p. 26-31.
- MARZIALE, M. H. P. (2001) – Enfermeiros apontam as inadequadas condições de trabalho com responsáveis pela deterioração da qualidade da assistência de enfermagem. *Revista Latino-americana*. Vol.9, nº3, p. 1.
- MELO, A. C. M. R. F. (1998) – A competência do enfermeiro no cuidar do idoso: opinião dos idosos e dos enfermeiros. *Revista Servir*. Vol.46, nº5, p.242-247.
- MINAYO, M. C. S. (2007) - *Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa*. 10ª Ed. São Paulo: Hucitec.
- MONIZ, J. M. N. (2003) - *A enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidados como experiência formativa*. Lisboa: Lusociência.

PINTO, S. *et al.* (1999) – Gerontologia: Formação em Enfermagem. *Geriatrics*. Vol.112, nº12, p. 23-28.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2004-2010**. Lisboa: DGS, 2004.

SIMÕES, M. (1997) – **Cuidados ao idoso: a realidade da prática**. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada à Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Ciências Humanas.

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE CONTINUADOS INTEGRADOS – **Relatório de monitorização da implementação das experiências piloto da Rede de Cuidados Continuados Integrados**. [Em linha]. (2007). [Consult. 5 Junho 2007]. Disponível em URL: <http://www.rncci.min-saude.pt/NR/rdonlyres/C8C2B7AB-D533-49E7-AFF2-8ABBB08EAE8D/13089/RESUMOMonitorizacaoRNCCISITE0508.pdf>

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE CONTINUADOS INTEGRADOS – **Relatório de monitorização do desenvolvimento da Rede de Cuidados Continuados Integrados**. [Em linha]. (2008). [Consult. 30 Setembro 2008]. Disponível em URL: <http://www.rncci.min-saude.pt/NR/rdonlyres/C8C2B7AB-D533-49E7-AFF2-8ABBB08EAE8D/13089/RESUMOMonitorizacaoRNCCISITE0508.pdf>

ZANGARO, G. A., SOEKEN, K. L. (2007) – A meta-analysis of studies os nurse`s Job satisfaction. **Research in nursing & Health**. nº 30, p. 445-458.

