

CARING AND NONCARING BEHAVIORS IN THE LONG TERM CARE SETTING

Eugénia Nunes Grilo

Instituto politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Enfermagem Dr. Lopes Dias: eugenia@ipcb.pt

Felismina Rosa Mendes

Universidade de Évora- Escola Superior de Enfermagem s. João de Deus: fmendes@ue.pt

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v1.1121>

Fecha de Recepción: 2 Septiembre 2017

Fecha de Admisión: 1 Noviembre 2017

ABSTRACT

Long-term care in Portugal represents a comprehensive group of care for people who need help from others for long periods of time, especially elderly. Over the last decades, the importance of supporting elderly dependents has been reinforced by policy makers, with an increase of the responses to this population and an improvement of services provided. The greater attention given by whole Europe to long-term care has made possible to recognize the specificity of these contexts, which require specific knowledge and skills shaped by caring. A central concept in many relationships, understood as a way of being, or a way of acting, caring and care are necessary related to the vulnerability of the human being, more pronounced when he becomes old.

This paper aims to identify caring and noncaring behaviors in long-term care, contexts to understand how this concept is transposed (or not) to care for the elderly and to relate the perceived caring practices and expressed with resources and contexts.

This exploratory, interpretive and mixed design study included 113 elderly and 65 nurses from 10 long-term care settings that included nursing homes and integrated responses in the Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados located in 7 localities of the district of Castelo Branco.

The information was obtained through the *Caring Behaviors Inventory* (portuguese version) and semi-structured interviews.

The analysis and interpretation of the information allowed to conclude that caring behaviors are present in the relationship between elderly and nurses and are perceived and defined as such. However, in some contexts, the elderly identified behaviors and attitudes consistent with noncaring where the time element emerged as structuring of these perceptions.

Keywords: Elderly, Long-Term Care, Caring, Nursing

RESUMO

Os Cuidados de Longa Duração em Portugal representam um grupo abrangente de assistências destinadas às pessoas que necessitam da ajuda de outros por longos períodos de tempo, sobretudo idosos. Nas últimas décadas, a importância de apoiar os idosos dependentes tem sido reforçada pelos decisores políticos, com expressão no aumento das respostas destinadas a esta população e na melhoria dos serviços prestados. A maior atenção aos cuidados de longa duração tornou possível o reconhecimento da especificidade destes contextos que exige competências específicas que se configuram com o cuidar. Conceito central em numerosas relações, entendido como modo de ser, ou um modo de agir, o cuidar e o cuidado impõem-se face à constatação da vulnerabilidade do ser humano, mais acentuada quando este envelhece.

Com este trabalho pretendeu-se identificar comportamentos de cuidar e não cuidar em contexto de cuidados de longa duração, compreender como é transposto ou não este conceito para a prática de cuidados com idosos e relacionar essas práticas de cuidar percebidas e expressadas com os recursos e os contextos.

Este estudo, de conceção exploratória e interpretativa e de desenho misto integrou 113 idosos e 65 enfermeiros, provenientes de 10 contextos de cuidados de longa duração que incluíram lares de idosos e respostas integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados distribuídos por 7 localidades do distrito de Castelo Branco.

A informação foi obtida através do Inventário de Comportamentos de Cuidar adaptado do *Caring Behaviors Inventory* e de entrevistas semiestruturadas.

A análise e interpretação da informação permitiram concluir que os comportamentos de cuidar estão presentes na relação entre os idosos e os enfermeiros e são percebidos e definidos como tal. Contudo, em alguns contextos, os idosos identificaram comportamentos e atitudes consistentes com não cuidar onde o elemento tempo surgiu como estruturante dessas percepções.

Palavras Chave: Idosos, Assistência de Longa Duração, Cuidar, Enfermagem

CONTEXTO DO ESTUDO:

Os cuidados de longa duração (CLD) ou *Long Term Care*, para a *World Health Organization* (WHO) representam um grupo diversificado de cuidados de saúde e de apoio social, de natureza formal e informal, dispensados a pessoas com graus de dependência variados, sobretudo idosos (WHO, 2002). A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2005) considera-os uma questão política e transversal que engloba um conjunto significativo de serviços e de ajudas destinados àqueles que dependem de outros nas atividades básicas da vida diária (Simoens, Villeneuve & Hurst, 2005). Prestados por cuidadores informais e formais, estes cuidados incluem as atividades dispensadas a pessoas que não têm capacidade para o autocuidado a longo prazo.

Nas últimas décadas a sua necessidade tem sido reforçada pelos decisores políticos, com expressão no aumento das respostas e na melhoria dos serviços (Joël, Dufour-Kippele & Samitca, 2010). Os CLD podem ser fornecidos numa variedade de configurações, que incluem o atendimento institucional em lares de idosos, hospitais, atendimento domiciliar ou formas mistas de assistência (OCDE, 2005; Simoens, Villeneuve & Hurst, 2005; WHO, 2002). Deste tipo de modelos faz parte a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) que em Portugal é a resposta público-privada mais recente destinada a pessoas em situação de dependência (Nogueira, 2009). O conceito de cuidados continuados integrados representa um conjunto coerente de métodos, modelos de organização desenvolvido para fechar a divisão tradicional entre os cuidados de saúde e os de assistência social e foi pensado para articular a assistência e a colaboração entre o tratar e o cuidar (Lloyd & Wait, 2005).

O cuidar é assumido, hoje em dia, como fundamental em numerosas relações, embora na ética do ocidente não tenha sido um valor dominante (Davis, 2006). Para Borges-

Duarte (2010, p.118) a compreensão da realidade humana pela via do cuidar impõe “por um lado, o de pensar atento e comovido em outrem ou em si mesmo, esforçando-se por ajudar a que a vida continue, e por outro, sentir a inquieta moléstia de advertir que esse viver quotidiano pode, de algum modo, estar em perigo”. Na disciplina de enfermagem o cuidar foi adotado como o conceito central pela dimensão técnico-relacional que tem implícita (Lopes, 2005, Basto, 2005, Basto, 2009) e na prática dos cuidados, um conceito que articula a teoria e a prática do cuidar é o *person centred practice* ou prática de cuidados centrada na pessoa. Descrito por Condon (1986, referido por Lopes 1998,p. 656) para descrever o nível pós convencional do cuidar, este conceito, descreve um padrão de atendimento que garante que o utente está no centro da prestação de cuidados (McCormack, Dewing & McCaine, 2011). Enquanto modelo da prática de enfermagem, define-se pelo respeito da pessoa e pelo seu direito à autodeterminação, compreensão da sua individualidade e pelo fomento de relações entre os prestadores de cuidados e as pessoas idosas e seus significativos (McGilton, 2012) e é cada vez mais comum nos serviços de CLD (McCormack, Roberts, Meyer, Morgan, & Boscart, 2012).

OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO:

A influência dos ambientes nas práticas de cuidar tem sido sublinhada por vários investigadores (Watson, 2009; McCormack et al. 2012; Swanson, 2013), segundo defendem, os ambientes onde existe uma cultura de cuidado proporcionam mais saúde e bem-estar aos utentes e contribuem para maior satisfação profissional. Partilhando esta convicção definimos como objetivos desta pesquisa identificar comportamentos de cuidar e não cuidar nestes contextos, compreender como é transposto ou não este conceito para a prática de cuidados com idosos e relacionar as práticas de cuidar com os recursos e os contextos.

PARTICIPANTES NO ESTUDO:

O cuidar desenvolve-se num processo de interação entre quem cuida e quem é cuidado (Swanson 1993, Watson 2002, Lopes 2005, Basto 2009) assim os participantes deste estudo foram os idosos e os enfermeiros. Relativamente aos idosos, os critérios de inclusão foram manifestar desejo de participar, não apresentar défices cognitivos e saber ler e escrever. Quanto aos enfermeiros, foram incluídos todos os que manifestaram desejo de participar e que desenvolviam as suas práticas em contexto de CLD há mais de 6 meses porque nas práticas com idosos e “no silêncio e na invisibilidade dos cuidados” os enfermeiros desenvolvem diariamente competências (Lopes, 2006 p. 113).

Integraram a pesquisa 113 idosos e 65 enfermeiros de 10 contextos de CLD distribuídos por 7 localidades do distrito de Castelo Branco.

DESENHO DO ESTUDO E RECOLHA DA INFORMAÇÃO:

O estudo foi desenhado a partir de uma conceção exploratória e interpretativa que permitiu estudar em profundidade dois grupos, no sentido de verificar a constância ou repetição do mesmo fenómeno e a estratégia metodológica (Carvalho, 2009) adotada foi o estudo de caso.

Depois de solicitada e autorizada a recolha da informação, nos diferentes contextos, o trabalho empírico desenvolveu-se em várias etapas. Primeiro entrevistámos as diretoras técnicas e os responsáveis pelo serviço de enfermagem e explicitámos os objetivos do estudo e metodologia. Posteriormente os idosos reuniram-se com a investigadora. Nessa reunião foram informados e esclarecidos em pormenor dos objetivos da pesquisa e da recolha da informação e foi-lhes permi-

tido contactar com o Inventário de Comportamentos de Cuidar (ICC) para esclarecimento do modo de preenchimento.

As versões portuguesas do ICC foram traduzidas, adaptadas e validadas para a população portuguesa por Ferreira & Cruz (2011), a versão dos doentes e a dos enfermeiros por Loureiro, Ferreira, & Fernandes (2010). Estes inventários de comportamentos provenientes do *Caring Behaviors Inventory* (Wolf et al., 1994, referido por Watson, 2009) usam uma base conceitual procedente da literatura do cuidar e da teoria do cuidar transpessoal e embora não pretendam esgotar o conhecimento do cuidar, apontam no sentido da sua mensuração (Watson, 2009). São constituídos por 30 comportamentos de cuidar, pontuados numa escala de Likert, que varia entre 1 (nunca) e 6 (sempre) pontos. Para cada uma das afirmações, pede-se aos sujeitos que manifestem o seu grau de concordância com os comportamentos apresentados. Na versão dos idosos os comportamentos estão agrupados em 4 dimensões: “disposição e atenção positiva ao utente”, “investimento compreensivo e técnico”, “investimento comunicacional” e “investimento ético” (Ferreira & Cruz, 2011). Na versão dos enfermeiros, os comportamentos estão agrupados em 5 dimensões: “disposição e atenção positiva ao utente”, “investimento compreensivo”, “investimento técnico”, “investimento comunicacional” e “investimento no cuidado ético” (Loureiro, Ferreira, & Fernandes, 2010).

Como o nível de escolaridade da população de idosos não era muito elevado, para o preenchimento dos inventários formaram-se pequenos grupos e as afirmações relativas aos comportamentos foram lidas em voz alta pela investigadora de modo a tornar o seu conteúdo totalmente compreensível para os idosos que individualmente assinalaram a resposta que consideraram adequada.

Para os enfermeiros, depois de explicados os propósitos do estudo, os questionários foram deixados nos contextos, em envelopes individuais que foram depois recolhidos.

Posteriormente realizaram-se as entrevistas com idosos e como os enfermeiros que manifestaram disponibilidade para as realizar (15 idosos e 15 enfermeiros) nos diferentes contextos onde a relação de cuidar teve lugar. As entrevistas, semiestruturadas e com alguma orientação temática para garantir que todos focavam os mesmos aspetos (Guerra, 2010) foram fundamentais para perceber como os sujeitos interpretaram as suas vivências (Coutinho, 2011).

A todos os participantes foram explicados os objetivos da entrevista e foi-lhes dado conhecimento do guião, para estabelecer uma relação de parceria propícia a gerar “reflexividade nos dois elementos da interação” (Guerra, 2010, p.51).

A vulnerabilidade dos participantes, sobretudo dos idosos determinou que fossem assegurados os princípios éticos da beneficência e da não maleficência, através da relação de confiança estabelecida. Foi garantido o princípio da fidelidade e salvaguardados o princípio da justiça, da veracidade e da confidencialidade (Nunes, 2013) garantido a todos e cada um o anonimato e a confidencialidade das respostas identificando apenas as entrevistas com um número e os contextos com uma letra.

Os dados de características mensuráveis foram organizados e interpretados com a estatística descritiva (SPSS, versão 15.0) e as perceções e opiniões provenientes do ICC submetidas à análise fatorial em componentes principais (Yanai, & Ichikawa, 2007) com rotação ortogonal (varimax) no sentido identificar as propostas que reuniam mais consenso entre os idosos e os cuidadores. Em cada fator retivemos as propostas com um peso superior a 0,40.

A informação obtida nas entrevistas foi analisada com a técnica da análise de conteúdo. A análise tipológica dos discursos permitiu atribuir uma ordem aos dados agrupando por critérios de proximidade e em agrupamentos exclusivos as opiniões sobre o cuidar (Guerra, 2010, p.78) e a “triangulação de fontes de dados” e a “triangulação metodológica” foram usadas como estratégias de

validação da informação e para obter um retrato fidedigno (Flick, 1992; Coutinho, 2011) do cuidar nos CLD.

RESULTADOS:

Dos 113 idosos, 70 eram do sexo feminino e 42 do sexo masculino, 58,0%, tinha idade superior a 80 anos, apenas 15 idosos referiram menos de 69 anos. A moda das idades foi de 84 anos.

A maioria dos idosos (54) apresentou entre 0 e 4 anos de escolaridade. O tempo de escolaridade médio foi de 5 anos.

O contexto dos cuidados para 28 idosos foram estruturas da RNCCI, 75 idosos recebiam cuidados em lares e 10 em unidades de sistema misto (RNCCI e lares).

A duração média dos cuidados foi de 30 meses e variou entre o mínimo de 1 mês e o máximo de 22 anos. 58,4% dos idosos recebiam cuidados há menos de 2 anos.

Dos 65 enfermeiros que participaram, 46 eram do sexo feminino e 19 do sexo masculino. Predominaram enfermeiros/as com idade inferior a 30 anos, 10 referiram idade superior a 35 anos. A maioria (40) desenvolvia a prática de cuidados nestes contextos há menos de 4 anos e apenas 8 trabalhavam em CLD há mais de 15 anos.

Relativamente ao contexto das práticas, para 28 enfermeiros foram as unidades da RNCCI, para 27 o contexto das práticas foi lares de idosos e para 10 equipamentos mistos (recursos da RNCCI e lar).

Comportamentos de cuidar percebidos:

Os comportamentos de cuidar percebidos pelos idosos a partir do ICC e agrupados nas 4 dimensões que o constituem revelaram um grau de concordância elevado entre todas as dimensões (moda de 6 em todos os comportamentos). A dimensão disposição e atenção positiva foi a que apresentou valores médios maiores e a dimensão investimento comunicacional foi a que apresentou valores médios mais baixos (quadro 1).

Quadro 1:
Estatística descritiva das dimensões de cuidar percebidas pelos idosos

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

Na dimensão investimento ético, que na versão do ICC dos idosos os itens apresentam pontuação invertida extraíram-se vários comportamentos com valores próprios superiores a um. E de acordo com a matriz rodada foram os comportamentos “Escolhem horas pouco apropriadas para falar da minha situação” e “Transmitem informações confidenciais a meu respeito em frente de outros utentes” comportamentos que nunca ou raramente foram percecionados e por isso mais contribuíram para esta dimensão.

CARING AND NONCARING BEHAVIORS IN THE LONG TERM CARE SETTING

Na dimensão investimento comunicacional extraíram-se dois fatores com valores próprios superiores a um e nestes, foram os comportamentos “Ajudam-me a crescer como pessoa” e “São meus confidentes” os que contribuíram com maior peso.

Em relação à dimensão investimento compreensivo e técnico, apenas se extraiu um comportamento com valor próprio superior a um. De acordo com a matriz rodada, contribuíram com maior peso aos comportamentos “Asseguram uma presença tranquilizadora” e “Escutam a minha opinião sobre os cuidados que me vão prestar”.

Na dimensão do cuidar, disposição e atenção positiva extraíram-se três fatores com valores próprios superiores a um e os comportamentos que contribuíram com maior peso foram “Ajudam a aliviar a minha dor”, “Respeitam a minha privacidade”, “São simpáticos”, “Usam uma voz suave e simpática.

Comportamentos de cuidar expressados:

Os comportamentos de cuidar expressados pelos enfermeiros a partir do ICC foram agrupados nas cinco dimensões do cuidar já descritas: “disposição e atenção positiva ao utente”, “investimento comunicacional”, “investimento técnico”, “investimento compreensivo” e “investimento no cuidado ético”. Em todas as dimensões, os enfermeiros apresentaram um grau de concordância elevado em relação aos comportamentos apresentados mas foram os comportamentos agrupados nas dimensões investimento ético e do investimento técnico os mais valorizados (quadro 2).

*Quadro 2:
Estatística descritiva das dimensões de cuidar expressadas pelos enfermeiros*

	Investimento Ético	Investimento Compreensivo	Investimento Técnico	Investimento Comunicacional	Disposição e Atenção Positiva
N	65	65	65	65	65
Válidos	65	65	65	65	65
Perdidos	0	0	0	0	0
Media	5,44	4,86	5,36	5,06	4,92
Mediana	5,50	5,00	5,40	5,20	4,88
Moda	6	5	6	5	5
Desv. típ.	,438	,693	,555	,592	,532
Rango	2	4	3	3	2
Mínimo	4	2	3	3	4
Máximo	6	6	6	6	6

Na dimensão investimento ético, extraíram-se três comportamentos com valores próprios superiores a um e que contribuíram com maior peso para esta dimensão e que foram “Mostrar respeito pela pessoa idosa”, “Apoiar a pessoa idosa” e “Ser honesto com a pessoa idosa”.

Na dimensão investimento compreensivo apenas se extraiu um fator com valor próprio superior a um que foi o comportamento “Conhecer as necessidades manifestadas e não manifestadas pela pessoa idosa”.

Relativamente à dimensão investimento técnico extraíram-se dois fatores com valores próprios superiores a um e que por isso contribuíram com maior peso que foram os comportamentos “Ajudar a reduzir a dor da pessoa idosa” e “Colocar a pessoa idosa em primeiro lugar”.

E os comportamentos “Dar à pessoa idosa informações para que esta tome decisões” e “Levar a pessoa idosa a expressar os sentimentos” apresentaram também valores próprios superiores a um e por isso contribuíram com mais peso para a dimensão **investimento comunicacional**.

Finalmente, os comportamentos “confiar na pessoa idosa” e “usar uma voz suave e simpática” foram que contribuíram com maior peso na dimensão “Disposição e atenção positiva ao utente”.

Das entrevistas:

Das entrevistas sobre as percepções dos idosos em relação ao cuidar identificaram-se conjuntos de opiniões e expressões por semelhança (Guerra, 2010) que foram de 4 tipos: *o cuidar como modo de ser ou estar dos enfermeiros* que reuniu as percepções relacionadas com o modo de ser ou estar dos enfermeiros; *o cuidar como um modo de intervir*, que agrupou as percepções relacionadas com os cuidados recebidos; *o cuidar como o resultado da intervenção*, relativo a percepções relacionadas com o resultado dos cuidados e *não cuidar*, que reuniu as percepções relacionadas com a ausência de cuidados justificados e não justificados.

Relativamente às opiniões dos enfermeiros a interpretação dos discursos permitiu identificar 5 tipologias de cuidar por semelhança: *cuidar e modos de pensar o contexto dos CLD* que reuniu expressões relacionadas com o contexto dos cuidados; *cuidar e modos de intervir em contexto de CLD*, que reuniu as expressões relacionadas com os cuidados prestados; *cuidar e resultados da intervenção*, que reuniu as expressões relacionadas com os resultados dos cuidados; *cuidar e constrangimentos associados ao cuidar nos CLD*, com as expressões associadas ao não cuidar justificado ou não justificado; *cuidar como gratificação* que reuniu expressões relacionadas com as gratificações das práticas em contexto de CLD.

DISCUSSÃO:

Com a variedade dos equipamentos de CLD e diversidade dos participantes em termos de proveniência pretendemos obter uma variedade de características entre prestadores e recetores de cuidados capaz de fazer variar a apreciação do cuidar (Guerra, 2010).

Apreciado por idosos não muito escolarizados e a receberem cuidados maioritariamente em recursos da tipologia de lar, o cuidar na sua perspetiva encontrou maior concordância nas percepções dos comportamentos que integraram as dimensões do investimento ético, investimento compreensivo e técnico e dimensão disposição e atenção positiva, com uma concordância menor, mas ainda assim elevada para os comportamentos do investimento comunicacional (Ferreira & Cruz, 2011).

Refletido pelos enfermeiros/as, jovens com menos de 30 anos e com prática de cuidados nestes contextos há menos de 4, cuidar prestado encontrou também maior concordância nos comportamentos que integraram as dimensões ética, investimento técnico e investimento comunicacional e menor para os comportamentos que integraram a dimensão atenção positiva e investimento compreensivo (Loureiro, Ferreira & Fernandes, 2010).

A interpretação cuidada a partir da triangulação de dados provenientes das matrizes quantitativa e qualitativa usadas para explorar o cuidar nestes contextos tornaram evidente que este é percebido pelos idosos e expressado pelos enfermeiros de modo idêntico traduzindo tanto a sua compreensão filosófica (Ayres, 2004) como as suas orientações práticas.

Para Mayeroff (1991) o “fazer” do cuidar não pode apenas ser entendido no seu sentido mais comum, pois é possível estar envolvido no cuidado sem nada fazer e analisar essa “não atividade” e o que dela resultou. Os idosos identificaram-no a *partir dos modos de ser ou estar dos enfermeiros* que incluiu andar bem-disposto, conhecer os problemas dos utentes, estar disponível e mostrar boa vontade, mostrar respeito e tratar o utente pelo nome ser bom ouvinte, ter moral e bom feitio, ter paciência e consideração, ser imprescindível ou muito importante e ser simpático e alegre, tratar o utente como se fosse da família e ser amável e amiga/o expressões que convergem para os

comportamentos “asseguram uma presença tranquilizadora” e “escutam a minha opinião sobre os cuidados que me vão prestar” percebidos pelos idosos a partir do ICC (Ferreira & Cruz, 2011).

Para os enfermeiros o cuidar foi expressado e definido nos *modos de pensar o contexto dos CLD*. Segundo afirmaram é próprio contexto e a sua especificidade que obriga a centrar os cuidados na relação, que se constrói com o tempo e que exige respeito pelas vivências dos idosos requerendo múltiplas competências associadas à especificidade dos contextos e próprios idosos. A par disso, a necessidade de conhecer bem os idosos foi considerada fundamental pelos enfermeiros que assumiram também um grau de concordância elevado para com o comportamento “conhecer as necessidades manifestadas e não manifestadas pela pessoa idosa (Loureiro, Ferreira & Fernandes, 2010).

Segundo Lopes (2005) e Costa, (2006) a singularidade das práticas de enfermagem com idosos exige aos enfermeiros atitudes particulares assentes em processos deliberativos que lhes permitem responder às situações concretas do contexto e responderem de modo dinâmico a essas situações confirmando que *o modo de pensar o contexto de CLD* é em si mesmo uma forma de cuidar.

O cuidar como um modo de intervir em contexto de CLD reuniu as expressões relacionadas com os cuidados recebidos na perspetiva dos idosos. Englobou o conjunto das intervenções terapêuticas com o objetivo de proporcionar saúde e bem-estar (Watson, 2009) e que os idosos definiram como não mostrar pressa, acalmar, acarinhar, ajudar, encorajar, defender, esclarecer, tratar com carinho, fazer tratamentos, dar medicamentos e dar tempo que o médico não dá. A partir do ICC o modo de intervir foi percecionado pelos idosos sobretudo nos comportamentos “ajuda a aliviar a minha dor”, “respeitam a minha privacidade”, “são simpáticos”, “usam uma voz suave e simpática que foram percecionados como presentes sempre ou quase sempre na relação (Ferreira & Cruz, 2011).

Para os enfermeiros os *modos de intervir em contexto de CLD* foram expressados como conquistar a confiança dos idosos, identificar as suas queixas e necessidades e adivinhá-las (por vezes), facilitar o que pretendem, ajudar naquilo que não são capazes de fazer, adaptar as estratégias às pessoas e antecipar necessidades, estar sempre um passo à frente daquilo que os idosos precisam e que convergem para os comportamentos “colocar a pessoa idosa em primeiro lugar”, “ajudar a pessoa idosa” e ajudá-la a reduzir a dor (Loureiro, Ferreira & Fernandes, 2010) referidos como sempre ou quase sempre presentes na relação.

A centralidade da pessoa nos cuidados faz parte da tradição humanista da enfermagem, mas nos últimos anos assumiu novos significados ao ser transportada para os contextos de cuidados de longa duração sob a forma de modelos de prática. As práticas guiadas por esta filosofia privilegiam as opções e preferências dos utentes e assentam na interdependência e reciprocidade das relações entre quem presta e quem recebe cuidados (McCormack, et al., 2012) e requerem competências técnicas, científicas e competências de cuidar.

A interdependência e a reciprocidade das relações apresentada, própria do modo particular de intervir em CLD revela igualmente um padrão de cuidados evoluído confirmado pela capacidade de quem cuida e de quem é cuidado de discernir sobre os seus diferentes componentes (Mayeroff, 1971).

O cuidar como o resultado da intervenção, integrou as perceções relacionadas com o resultado dos cuidados e os idosos identificaram-no como uma cumplicidade benéfica, intervenções pertinentes que permitem manter a vida, uma presença gratificante, um contributo na resolução de problemas, as melhorias clínicas, a sensação de tranquilidade e segurança, sentir-se acarinhado, sentir-se acompanhado e sentir-se bem com os cuidados

Para os enfermeiros, *o cuidar como resultado da intervenção*, foi orientado para duas perspeti-

vas. Uma que considerou as intervenções de cuidar como capazes de produzir efeitos e aprendizagens em si mesmos referidas como aprender com as práticas e com os idosos, já identificadas por outros investigadores (Lopes, 2005; Costa, 2006). E outra perspectiva a do resultado que as práticas de cuidar produzem nos idosos e que foram relatadas como proporcionar saúde, autonomia e bem-estar, evitar o sofrimento, prolongar a independência da pessoa, manter a dignidade e melhorar a qualidade de vida, que vão de encontro aos dois resultados mais relevantes do cuidar dos enfermeiros na perspectiva de Valentine (2013) que são a percepção da sua efetividade e a satisfação do utente.

Na literatura não existe consenso absoluto sobre a importância do cuidar no tratamento das doenças, mas existe o reconhecimento do seu valor na saúde, no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas idosas (Nies et al., 2010; Watson, 2012) como foi percebido e expressado por pessoas cuidadas e cuidadores.

Enquanto encontro intersubjetivo (Renaud, 2010), o cuidar permite gratificações já referidas mas não está isento de constrangimentos que para os enfermeiros, foram contextuais, como sofrer com as perdas e o luto, constrangimentos associados ao estigma da idade e da institucionalização e ao pouco investimento que tem sido feito nestes contextos decorrendo deste, o não ter tempo para ouvir e para identificar todas as necessidades dos idosos, não ter tempo para ensinar, não ter tempo para estimular cognitivamente os idosos porque os cuidados centram-se muito no problema clínico como referiu uma enfermeira *“Acho que perdemos muito tempo com a medicação... Descascar comprimidos, colocar comprimidos nos copos, quase que as nossas atividades se limitam a isso”*[E11E(C)].

Outros constrangimentos relacionaram-se com os recursos humanos e refletiram-se no tempo de cuidados aos utentes obrigando a centralizar as práticas nos cuidados mais instrumentais. *“Nós gastamos muito tempo com estes cuidados mais técnicos (...)”* [E15E(H)].

Os idosos identificaram também esta *falta de tempo* como um constrangimento que foi percebido como fazer apenas o que têm para fazer e ter pouco tempo para falar, como mencionou uma idosa. *“Eles não falam muito, mas também não podem fazer tudo... os doentes são muitos e não podem dar assim muita atenção a todos...”* [E4U(C)]. Ou não atender logo e não explicar como referiu outra idosa. *“Não me vem à mente se seria isto...ou aquilo... mas gostava que a enfermeira respondesse mais ao que eu desejava, que me esclarecesse muito bem...”*[E14U(D)].

Ou ainda fazer apenas atividades de natureza instrumental. *“Elas [as enfermeiras] não se podem demorar muito com a gente... têm o serviço delas para fazer e aqui há muitos doentes (...) e elas precisam do tempo para tratar de quem está doente...”*[E15U(D)].

A função específica do cuidar e do tempo de cuidados não está totalmente clarificada, mas enquanto serviço humano prestado aos humanos a duração da prestação dos cuidados é parte integrante do produto final (Madrin, 2007 em Nies et al., 2010) e os idosos perceberam esta relação.

Riemen (2013) identificou comportamentos de não cuidar em contexto clínico e agrupou-os em cinco categorias: “estar com pressa e eficiente”, “fazer apenas o trabalho”, “ser rude e menosprezar os pacientes”, “não responder” e “tratar os pacientes como objetos” (p.293-297). Algumas dessas categorias também foram identificadas nos discursos dos idosos e sugerem *formas de intervir em contexto de CLD compatíveis com não cuidar* onde o elemento *tempo desempenha um papel significativo*.

A apreensão do tempo é feita de modo distinto nas diferentes idades e à noção de limiar de tempo e de tempo duração ligam-se fenómenos de stress, de crises e mecanismos de defesa que influenciam o cuidar (Collière, 1999) e que transformam o tempo duração em parte integrante do processo (Collière, 1999, Watson, 2009, Nies et al., 2010, WHO, 2012) e que nestes contextos e foi percebido e expressado como o elemento mais constrangedor.

CONCLUSÃO:

As matrizes quantitativa e qualitativa usadas para explorar o cuidar nos cuidados de longa duração, tornaram evidente que, nos contextos analisados, o cuidar desenvolvido pelos enfermeiros é percebido pelos utentes de modo idêntico e é efetivo. Enquanto atitude é transposto pra prática de cuidados com idosos *e reconhecido no modo de ser ou estar dos enfermeiros*, enquanto modelo da pratica de cuidados *identifica-se no seu modo de intervir e no resultado dessa intervenção*. Contudo constrangimentos do contexto permitiram identificar *praticas de não cuidar* nas quais a *falta de tempo* é o principal responsável.

BIBLIOGRAFIA

- Ayres, J. R. C. M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 8 (14), 73-92. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>
- Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção dadisciplina. *Pensar enfermagem*, 13, pp. 11-18. Disponível em [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_1118\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_1118(1).pdf).
- Bastos, M. L. (2005). Da (in) visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num centro de saúde. *Revista portuguesa de saúde pública*, 23, (1), 25-41.
- Borges-Duarte I. (2010). A Fecundidade Ontológica da Noção de Cuidado. De Heidegger a Maria de Lourdes Pintasilgo. *Ex aequo* (21). Disponível a 19.10.2013 em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-55602010000100009&lng=pt&tlng=pt
- Carvalho, J. E. (2009). *Metodologia do trabalho científico. "Saber-Fazer" da Investigação para dissertações e teses*. Lisboa: Escolar Editora
- Castro, C. (2007). Representações sociais dos enfermeiros face ao idoso em contexto de prestação de cuidados, Dissertação de mestrado para a obtenção do grau de Mestre em Comunicação em Saúde. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.2/705>
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulher de virtude aos cuidados de enfermagem*. 2ª ed. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Coimbra: Lidel.
- Costa M. A. (2005). Cuidados de enfermagem aos idosos, percursos de formação e de investigação. In Paul C. & Fonseca A. (Coord.). *Envelhecer em Portugal* (255-278). Lisboa: CLIMEPSI EDITORES.
- Costa M. A. (2006). *Cuidar Idosos. Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros*. 2ª ed.Coimbra: FORMASAU.
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Davis, A. (2006). Cuidar e Ética para 21 Século: o que sabemos, e o que precisamos de perguntar. *Comunicação apresentada na conferência , "El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar" 29 de septiembre 2006*, organizada pelo Collegi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Disponível em http://www.coib.cat/uploadsBO/Noticia/Documents/ANNE%20DAVIS%20CASTELL%20C3%A0_DEF.PDF
- Ferreira, R.J. & Cruz, S. G. (2011). Estudo da validade do Inventário de Comportamentos de Cuidar na versão para doentes internados. Referência, III série. Flick, U. (1992). Combining methods - lack of methodology. *Papers on Social Representations*, 1, 43-48. Disponível em <http://www.psr.jku.at/>

- Guerra I. C. (2010). Pesquisa *Qualitativa e Análise de Conteúdo. Sentidos e formas de uso*. Cascais: Príncipeia.
- Joël, M-E., Dufour-Kippele N. S. & Samitca, S. (2010). The Long-Term Care System for The Elderly In Portugal. *ENEPRI, Research Report, 84*. Disponível em <http://www.ceps.eu/ceps/dld/3588/pdf>
- Lloyd, J. & Wait S. (2005). *Integrated Care - A Guide for Policymakers*, Alliance for Health and the Future. *Report based on a workshop on the topic of integrated care that was held at the 2005, European Social Network Conference*, Edinburgh, 2005.
- Disponível em http://www.ilcuk.org.uk/files/pdf_pdf_7.pdf.
- Lopes, M.J., & Lourenço, O. (1998). Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: Alguns dados e implicações. *Análise Psicológica, 16*(4), 655-665.
- Recuperado em 16 de mar o de 2017, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82311998000400010&lng=pt&tling=pt.
- Lopes, M. J. (2005). Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. *Rev Esc Enferm, USP, 2005; 39*(2):220-8. Disponível em www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/13.pdf.
- Lopes, M. J. (2006). *A Relação Enfermeiro-Doente como Intervenção Terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- Loureiro, L., Ferreira L. & Fernandes, I. (2010). Inventário de comportamentos de cuidar. *Revista de Investigação em Enfermagem, 2010, Fev., 18-27*.
- Mayeroff, M. (1971). *On caring*. New York: Harper Perennial.
- McCormack, B., Dewing, J., McCance, T., (May 31, 2011) "Developing Person- Centred Care: Addressing Contextual Challenges Through Practice Development" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 16, No. 2, Manuscript 3. DOI: 10.3912/OJIN.Vol16No02Man03
- McCormack, B., Roberts T., Meyer J., Morgan D., & Boscart V. (2012). Appreciating the "person" in long-term care. *International Journal of Older People Nursing, 7*, 284-294. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23164250>, doi: 10.1111/j.1748-3743.2012.00342.x.
- McGilton, K. S. (2012). Editorial: The role of the nurse in long-term care. *International Journal of Older People Nursing, 7*: 282–283. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com>. doi: 10.1111/opn.12011.
- Nies, H. [et al.] (2010). Quality management and quality assurance in LTC. European Overview Paper, *European Commission under the Seventh Framework Programme, 2010; 7*. Disponível em http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP4_Overview_FINAL_04_11.pdf.
- Nogueira, J.M. (2009). A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados. In J. Gonçalves (Coord.). Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (Ed. lit.). Gabinete de Estratégia e Planeamento. Lisboa. Centro de Informação e Documentação (GEP-CID)
- Nunes, L. (2013). Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Recuperado de [https://comum.rcaap.pt/.../consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%](https://comum.rcaap.pt/.../consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20)
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2005). Long-term Care for Older People. The OECD Heath Project. Recuperado de http://www.euro.centre.org/data/1216815268_61772.pdf
- Renaud, I. C.R.(2010).O Cuidado em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, vol. 14 (1),1º semestre 2010, 3-8. Disponível em [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_2-8\(2\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_2-8(2).pdf).
- Riemen, D.J. (2013). Noncaring in Clinical Setting: Pattients Descriptions in Smith, Marlaïne C. ;

CARING AND NONCARING BEHAVIORS IN THE LONG TERM CARE SETTING

- Turkel, Marian C., & Wolf Z. R. (Ed). *Caring in Nursing Classics An Essential Resource* (293-298). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Simoens S., Villeneuve M. & Hurst J. (2005). Tackling Nurse Shortages in OECD Countries. OECD Health Working Papers, 19. DELSA/ELSA/WD/HEA (2005)1. France. Recuperado de <http://www.oecd.org/els/health-systems/34571365.pdf>
- Swanson K. (2013). What is Known About Caring in Nursing Science. In M.C.Smith, M.C.Turkel, & Z. R. Wolf (Ed), *Caring in Nursing Classics. An Essential Resource* (357-370). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem. Ciência Humana e Cuidar*. Camarate: Lusociência.
- Watson, J. (2009). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences*. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company.
- World Health Organization (2012). Policies and priority interventions for healthy aging. Regional Office for Europe, Copenhagen. Disponível em http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/161637/WHD-Policies-and-Priority-Interventions-for-Healthy-Ageing.pdf
- World Health Organization (2002). Lessons for Long-Term Care Policy. The CrossCluster Initiative. on Long-Term Care. Recuperado de, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67275/1/WHO_NMH7CCL_02.1.pdf.
- Yanai, H., & Ichikawa, M. (2007). Factor analysis. In C.R.Rao & S.Sinharay (Ed.). *Handbook of statistics 26: Psychometrics* pp. (257-296). The Netherlands: Elsevier B. V.