



UNIVERSIDADE ABERTA

VI MESTRADO DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

**SATISFAÇÃO DOS DOENTES IDOSOS  
FACE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM  
NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

*Célia Rodrigues de Oliveira Tavares Vaz*

**Lisboa  
Junho/2008**

UNIVERSIDADE ABERTA

VI MESTRADO DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

**SATISFAÇÃO DOS DOENTES IDOSOS FACE AOS  
CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE  
URGÊNCIA**

Dissertação apresentada para  
obtenção do Grau de Mestre em  
Comunicação em Saúde, sob a  
orientação da Professora Doutora  
Maria de Fátima Goulão

*Célia Rodrigues de Oliveira Tavares Vaz*

**Lisboa  
Junho/2008**

**À memória das minhas avós, Justina e Carminda,  
de quem guardo as melhores recordações da minha infância.**

## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria de Fátima Goulão, pela superior orientação, pela disponibilidade e por respeitar o ritmo de trabalho que nos era possível.

Aos meus pais, os melhores pais do mundo, pelo seu incondicional apoio.

Ao meu marido, pela sua imensa paciência, pelo seu infinito amor e por ser o Homem da minha vida.

Aos meus filhos, João e Margarida, pelos momentos em que os privei da minha companhia, e por continuarem a ser a minha fonte de inspiração.

À Carla e ao Redolfo por acreditarem sempre que sou capaz.

À minha amiga Paula Cascais, pelo exemplo único de coragem e vontade de vencer.

À Cidália que nunca me deixou desistir.

Às colegas de mestrado, Paula Catita, Natália Pereira e Carla Custódio, pela amizade, pelo convívio e pelos bons momentos partilhados.

A todos os colegas do Serviço de Urgência, em particular à Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Natércia Rodrigues, pela colaboração dispensada.

Aos idosos que participaram neste estudo, pela disponibilidade e colaboração, sem os quais não teria sido possível a realização deste trabalho.

## ÍNDICE

RESUMO.....	9
ABSTRACT .....	11
CAPITULO I – CONSTRUÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO.....	13
1. PROBLEMÁTICA DO ESTUDO .....	13
2. OBJECTIVOS DO ESTUDO.....	16
3. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	17
CAPITULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	18
1– A PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO.....	18
1.1– Envelhecimento demográfico no mundo .....	18
1.2– Envelhecimento demográfico em Portugal.....	23
1.3 – Caracterização do Concelho do Barreiro .....	27
1.4– Evolução do papel social do idoso .....	33
1.5– Teorias do Envelhecimento.....	44
2 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM .....	51
2.1 – A Prática dos Cuidados de Enfermagem .....	51
2.2 – Domínios e competências da enfermagem .....	63
2.3 - Qualidade em Enfermagem .....	66
3 – O DOENTE IDOSO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA .....	73
3.1 – Saúde e doença no idoso.....	73
3.2 – A comunicação com o idoso .....	78
3.3 – Conceito de serviço de urgência .....	83
3.4 – O idoso no serviço de urgência.....	85
3.5 – Satisfação do doente idoso .....	90
CAPITULO III – ESTUDO EMPIRICO.....	97
1- CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO.....	97
1.1 – Hospital Nossa Senhora do Rosário .....	97
1.2 – Serviço de Urgência .....	99
2 – METODOLOGIA.....	102
2.1 – Tipo de estudo .....	103
2.2 – Hipóteses de estudo.....	105
2.3 – Técnica de recolha de dados .....	106
2.3.1 - Selecção do local de estudo.....	106
2.3.2 - População/Amostra.....	106
2.3.3 – Instrumento de Colheita de Dados .....	118
2.4 – Procedimentos .....	122
2.5 – Técnicas de análise de dados.....	127
2.5.1 – Análise Quantitativa .....	127
2.5.2 – Análise Qualitativa (análise de conteúdo).....	128

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....	132
4- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	146
5 – CONCLUSÃO .....	160
BIBLIOGRAFIA .....	166
ANEXOS .....	177
ANEXOS I – Pedido de Autorização para a Realização do Estudo.....	178
ANEXO II – Questionário Aplicado.....	180
ANEXO III – Exemplo de Registo de Enfermagem utilizado na Avaliação da Função Cognitiva .....	182
ANEXO IV – Tabelas de Dados .....	184

## ÍNDICE

### FIGURAS

Figura I – Pirâmide de Idades entre 1960 e 2000 .....	23
Figura II – Variação da População entre 1960 e 2000 .....	24
Figura III – Distribuição da População Idosa em Portugal .....	25
Figura IV – Localização do Concelho do Barreiro .....	27
Figura V – Concelho do Barreiro – Divisão por Freguesias .....	28

### GRÁFICOS

Gráfico I – Idade .....	109
Gráfico II – Sexo .....	110
Gráfico III – Estado Civil .....	111
Gráfico IV – Distrito de Naturalidade .....	111
Gráfico V – Tempo de Residência no Concelho .....	112
Gráfico VI – Freguesia de Residência .....	113
Gráfico VII – Habilitações Literárias .....	114
Gráfico VIII – Situação Laboral .....	114
Gráfico IX – Local de residência .....	116
Gráfico X – Admissão no Serviço de Urgência em 2006 .....	116
Gráfico XI – Avaliação dos Cuidados de Enfermagem no SU .....	143

## QUADROS

Quadro I – Envelhecimento Demográfico da População Mundial .....	22
Quadro II – Distribuição da População Residente no Concelho do Barreiro por Freguesias e Sexo .....	28
Quadro III – Distribuição da População Residente no Concelho do Barreiro por Sexo .....	29
Quadro IV – Distribuição da População Residente no Concelho do Barreiro Por grupo Etário .....	30
Quadro V – Distribuição da População Idosa Residente no Concelho do Barreiro por Freguesias .....	31
Quadro VI – Utentes que Recorreram ao Serviço de Urgência entre Janeiro 2006 e Março 2006.....	106
Quadro VII – Actividade Profissional Exercida .....	115
Quadro VIII – Frequência das Respostas às Questões 1 a 10 .....	133
Quadro IX – Frequência das Respostas às Questões 11 a 19 .....	134
Quadro X – Frequência das Respostas às Questões 20 a 28 .....	135
Quadro XI – Situação Positiva Associada ao Internamento .....	138
Quadro XII – Situação Negativa Associada ao Internamento .....	140
Quadro XIII – Avaliação dos Cuidados de Enfermagem – Muito Bom .....	144
Quadro XIV – Avaliação dos Cuidados de Enfermagem – Bom .....	145
Quadro XV – Avaliação dos Cuidados de Enfermagem – Suficiente .....	146
Quadro XVI – Concordância entre as Respostas de Ponderação positiva .....	148
Quadro XVII – Concordância entre as Respostas de Ponderação negativa .....	155



## RESUMO

A prestação de cuidados de enfermagem ao doente idoso exige do enfermeiro um conhecimento global sobre este grupo de indivíduos. Este conhecimento inclui as dimensões física, psicológica, social e cultural.

Este estudo, exploratório e descritivo, teve como objectivos, conhecer a percepção dos idosos, internados no Serviço de Urgência do Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro, sobre os cuidados de enfermagem prestados, o que valorizam estes idosos, relativamente aos cuidados de enfermagem prestados e qual o seu grau de satisfação face aos mesmos.

O nosso estudo foi constituído por uma amostra de conveniência, que incluiu 40 idosos, internados no Serviço de Urgência do Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro, que não apresentavam défice cognitivo.

Foi aplicado um questionário que englobou dados demográficos e questões que permitiram responder aos objectivos traçados e descritos anteriormente. Fez-se uma análise quantitativa e qualitativa dos dados.

Os resultados indicam que os participantes demonstraram um elevado grau de satisfação face aos cuidados de enfermagem prestados no Serviço de Urgência, relevantes ao nível da *relação enfermeiro/doente* e da *comunicação enfermeiro/doente*.

No domínio da *relação enfermeiro/doente*, são o respeito, o acompanhamento, a disponibilidade, a tolerância e o carinho demonstrado pelos enfermeiros para com todos os doentes, os aspectos mais valorizados.

Ao nível da *comunicação enfermeiro/doente*, embora não se encontrem percentagens de concordância total nas respostas obtidas, a maioria dos inquiridos, valoriza a disponibilidade dos enfermeiros para conversar e sobretudo para ouvir o doente, a capacidade de diálogo, as informações

fornecidas, quer ao nível do conteúdo quer ao nível da compreensão da linguagem utilizada.

Surgem ainda dois aspectos valorizados pelos inquiridos, durante o seu internamento no Serviço de Urgência, que se consideraram pertinentes, o tratamento e o acolhimento.

Concluimos, também, que os idosos inquiridos percepcionam aspectos negativos face aos cuidados de enfermagem prestados no Serviço de Urgência, no âmbito do *Contacto com o exterior*.

## **ABSTRACT**

The provision of nursing care to elderly patients requires knowledge of the global nurse on this group of individuals, which includes the dimensions physical, psychological, social and cultural.

This study, exploratory and descriptive, was aimed to know the perception of the elderly, hospitalized at the Emergency Hospital of Nossa Senhora do Rosário – Barreiro, on the nursing care provided, the value that these elderly, for nursing care provided and what their degree deal of satisfaction to them.

Our study was composed of a sample of convenience, which included 40 elderly, hospitalized at the Emergency of Nossa Senhora do Rosário – Barreiro, which had no cognitive deficit.

It applied a questionnaire that included demographics and issues that enabled respond to the project and described previously. He is a quantitative end qualitative analysis of the data.

The results indicate that the participants demonstrated a high degree of satisfaction with the nursing care provided in the Emergency Service, relevant to the level of the relationship nurse/patient communication and nurse/patient.

In the field of relationship nurse/patient, is the respect, monitoring, availability, tolerance and affection shown by nurses for all patients, the most valued.

At the level of communication nurse/patient, even though they are not percentages of total agreement in the responses obtained, the majority of respondents, values the availability of nurses to talk and especially to listen to the patient, the ability for dialogue, the information provided either to level of the content or the level of understanding of the language used.

There are two aspects valued by the respondents, during his internment at the Emergency Service, which considered findings, because they are not among

the various fields contained in Part II of the questionnaire, treatment and reception.

We conclude that the elderly respondents perceive negative aspects against the nursing care provided in the Emergency Service, as part of contact with the outside world.

## **CAPITULO I – CONSTRUÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO**

### **1. PROBLEMÁTICA DO ESTUDO**

A problemática do envelhecimento demográfico é uma das mais relevantes das sociedades contemporâneas.

Este século, para além de outras grandes conquistas, é marcado pelo aumento da esperança de vida o que implica, por sua vez, um dos principais desafios que o mundo terá de enfrentar – o envelhecimento da população mundial.

Diversos estudos demonstram a existência de uma multiplicidade de factores que têm vindo a concorrer para o aumento proporcional das pessoas com mais de 65 anos: alteração do padrão de mortalidade, decréscimo da taxa de natalidade, melhoria dos cuidados de saúde, das condições de vida, o desenvolvimento da tecnologia e a capacidade de controlo das doenças, entre outros.

Já em Agosto de 1992, as Nações Unidas, na Assembleia Mundial sobre o envelhecimento, realizada em Viena, alertavam o mundo para a importância das sociedades, tendencialmente envelhecidas, se articularem de forma mais saudável evitando fenómenos de marginalização de que são particularmente vítimas as pessoas idosas. Esta problemática é um fenómeno social actual, multifacetado, característico dos países industrializados muito particularmente da Europa e ao qual Portugal não é excepção.

De facto, até aos primeiros decénios do século XX, viver muito tempo era privilégio de um número relativamente restrito de pessoas, mas acessível actualmente a um número cada vez maior de indivíduos em todo o mundo. Isto implica conseqüentemente, um aumento significativo do envelhecimento das populações.

Uma das dimensões desta problemática é o incremento de doenças crónicas, de patologia múltipla e de níveis elevados de dependência nos idosos, transformando este grupo no maior consumidor de cuidados de saúde e

repercutindo-se nos serviços de saúde e nas estruturas sociais de apoio aos idosos.

Conforme refere Nazareth (1997 in Actas), o envelhecimento não se trata de uma doença nova, mas sim do confronto com uma realidade que é o aumento contínuo das pessoas idosas quer em termos absolutos quer relativos.

Ao longo de vários anos, na prestação directa de cuidados de enfermagem ao doente no serviço de urgência, temos vindo a perceber a real dimensão desta problemática, bem como o lugar especial ocupado pelos idosos quando, pelos seus frequentes achaques e debilidades são obrigados a recorrer às urgências hospitalares. Estas funcionam 24 horas por dia e estão sempre disponíveis, sendo por isso grandes “receptores” de uma multiplicidade de cuidados de enfermagem.

Constata-se ainda, a passividade e dependência inerente ao papel do doente idoso, que é ainda actualmente remetido, como um destinatário dos cuidados que para ele são produzidos, sem grande espaço para intervir. São frequentemente os profissionais de saúde, os familiares ou aqueles que deles cuidam, que alvitram e decidem sobre os cuidados de saúde necessários ao idoso.

A qualidade em saúde, em particular em contexto hospitalar, tem vindo a merecer uma atenção crescente e prioritária.

As mudanças aceleradas e constantes no sector da saúde, preconizando uma tendência cada vez mais acentuada de centrar o sistema de saúde na pessoa, enquanto co-responsável nos cuidados de saúde, imprimem uma activa e efectiva participação dos doentes nos cuidados de saúde que lhes são prestados.

Este facto é já evidenciado pela Organização Mundial de Saúde, quando em 1977 define o conceito de “saúde para todos”, reconhecido em 1978 na conferência de Alma-Ata e declarado posteriormente em 1986 na “carta de

Ottawa”. Aqui são indicadas medidas salutaras a serem implementadas para a promoção da saúde dos cidadãos, com a participação de todos.

Considerando o envelhecimento da população, os dados estatísticos disponíveis e a observação em contexto de trabalho, podemos afirmar que um número cada vez maior de idosos dependentes recorre aos serviços de urgência, com patologia geralmente associada à agudização da sua situação clínica e com necessidades de cuidados vários.

Pareceu-nos pertinente e actual a realização de um estudo que dê a conhecer a satisfação dos idosos relativamente aos cuidados de enfermagem prestados no serviço de urgência. Como referem McIntyre e Silva (1999) a perspectiva do utente é considerada indispensável, tanto para monitorizar a qualidade dos serviços de saúde como para identificar problemas a corrigir, expectativas em relação aos cuidados e, ainda, reorganizar os serviços de saúde.

Assim, para além do interesse pessoal pela problemática também acreditamos poder contribuir com os resultados deste estudo para humanizar, melhorar e adequar os cuidados prestados aos doentes deste grupo, proporcionando “o cuidado ao encontro do doente”.

## 2. OBJECTIVOS DO ESTUDO

O objectivo do estudo num projecto de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter respostas às suas questões de investigação.

Considerando o acréscimo do envelhecimento populacional e a constatação do aumento do número de idosos que, com patologia geralmente associada à agudização da sua situação clínica e com necessidades de cuidados vários, recorrem ao serviço de urgência, bem como o reconhecimento formal da Ordem dos Enfermeiros de que a satisfação dos utentes constitui um importante e legítimo indicador da qualidade dos cuidados prestados, propomos **conhecer o grau de satisfação dos doentes idosos internados no Serviço de Urgência do Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro, relativamente aos cuidados de enfermagem prestados**. Reconhecemos importante a delineação de objectivos específicos, tais como:

- Conhecer a percepção dos idosos, internados no Serviço de Urgência, face aos cuidados de enfermagem prestados.
- Conhecer o que valorizaram mais os idosos, durante o seu internamento, no serviço de urgência.



### 3. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A investigação é um processo dinâmico, sistemático, que permite contemplar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação (Fortin, 1999).

Como refere Carmo e Ferreira (1998:35) “ *...é indispensável combater a arrogância de quem pensa que descobriu caminhos nunca dantes trilhados e que pode iniciá-los sem a ajuda de ninguém*”.

Muitas foram as dificuldades, copiosos os obstáculos com que nos deparamos e que constituíram limitações a este estudo. Limitações que desejámos superar e transformar em oportunidades únicas de aquisição de conhecimentos e enriquecimento pessoal. Estes foram, sobretudo, de ordem pessoal, temporal e metodológica, nomeadamente:

- A nossa inexperiência em metodologia de investigação e em análise quantitativa e qualitativa.
- A escassez de tempo, traduzida também na grande dificuldade de rigorosa gestão do tempo.
- Expressividade da amostra, (o facto das conclusões do estudo não poderem ser generalizadas, restringindo-se à população estudada, não deixam por isso de ser “informações preciosas” como refere Carmo e Ferreira, com eventual valor pragmático).

Temos plena consciência que este é apenas o início de um longo percurso que almejamos percorrer como investigadoras.

## **CAPITULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **1– A PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO**

#### 1.1– Envelhecimento demográfico no mundo

O envelhecimento da população mundial, nos nossos dias, não tem paralelo na história da humanidade.

Segundo Fernandes (1997:34) *“o envelhecimento demográfico é uma realidade nova na história das populações das sociedades industrializadas e as projecções indicam, com alguma certeza, que, no mundo civilizado a tendência para o envelhecimento é acentuada”*.

O que no passado, não muito longínquo, era privilégio de apenas alguns, passou a ser uma oportunidade de um número crescente de pessoas em todo o mundo. Pela primeira vez, na história do Homem, as previsões apontam para que, em 2050, o número de idosos no planeta excederá o de jovens.

Envelhecer no final deste século já não está reservado a uma pequena parcela da população, mas pelo contrário, alargado a um cada vez maior número de pessoas em todo o mundo.

E apesar de há algumas décadas atrás, nomeadamente a partir da segunda metade do século XX, este fenómeno emergir apenas nas sociedades desenvolvidas, actualmente o aumento da população idosa, estende-se a várias regiões do mundo em desenvolvimento.

Conforme referem Marino et al (1999:15) *“O envelhecimento da população mundial é um facto incontestável e vem ocorrendo tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento”*.

É actualmente um dado adquirido que o aumento da população idosa é hoje um fenómeno universal, característico tanto dos países desenvolvidos, como

de modo crescente e mais acentuado, desde o início da década de noventa, do Terceiro Mundo.

A análise feita pela Comissão Europeia, na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Madrid em Abril de 2002, prevê que em 2050 o número de pessoas idosas nos países menos desenvolvidos seja superior ao quádruplo do número actual.

Este grupo etário que actualmente representa 8% da população, perspectiva-se que representará em 2050, 19% da população dos países menos desenvolvidos, com um aumento de 11 anos da idade média, que atingirá o valor de 35 anos.

No que se refere aos países desenvolvidos onde a proporção de pessoas idosas é já muito superior, este crescimento manter-se-á mas a um ritmo relativamente mais lento do que nos países menos desenvolvidos.

Os idosos que actualmente representam 19 % da população representarão, em 2050, 33% da população destes países, com um aumento de 9 anos na idade média, que se perspectiva seja de 46 anos de idade.

Segundo Nazareth (1998:135) *“não se trata de uma nova praga ou doença (...), mas sim de uma simples constatação quantitativa: o número de velhos estará a aumentar preocupantemente”*.

Em termos sócio-demográficos isto pode, de forma elementar, ser explicado pela queda nas taxas de natalidade e pelo aumento da expectativa de vida, principalmente em função das mudanças ocorridas nos sectores económico e científico.

De facto, durante muitos anos, a justificação do envelhecimento demográfico era sobretudo baseada no aumento do número de idosos, como consequência do aumento da esperança de vida e, portanto, no facto de cada vez se morrer mais tarde.

Foi sendo reconhecido, posteriormente, que este declínio da mortalidade não seria o único factor responsável pelo incremento do envelhecimento da população mundial, verificado nos países desenvolvidos em geral e, na Europa, em particular.

Para os demógrafos da actualidade, esta é uma problemática multifacetada e onde devem ser considerados dois tipos de envelhecimento: na *base* e no *topo*. O *envelhecimento na base* acontece quando a percentagem de jovens começa a diminuir e, conseqüentemente, a base da pirâmide de idades fica abundantemente reduzida. O *envelhecimento no topo* refere-se ao aumento do número de idosos e conseqüente alargamento da parte superior da pirâmide de idades.

Para além disso, as causas do envelhecimento populacional, não são coincidentes na população mundial. Conforme referem Kalache et al (1987:201) *“no que se refere ao envelhecimento populacional, os países desenvolvidos diferem substancialmente dos subdesenvolvidos, já que os mecanismos que levam a tal envelhecimento são distintos”*.

Nos países desenvolvidos, particularmente na Europa, vários estudos revelam que um factor decisivo no envelhecimento populacional foi a elevação do nível de vida das populações, nomeadamente uma urbanização adequada das cidades, melhoria nutricional, elevação dos níveis de higiene pessoal, melhores condições sanitárias em geral e, particularmente, melhoria franca das condições ambientais no trabalho e no domicílio. A tudo isto associou-se o avanço na promoção da saúde, a redução da taxa de fecundidade, influenciada pelas mudanças sociais que ocorreram a partir da década de sessenta, e o controle das doenças infecto-contagiosas.

Em países do Terceiro Mundo, o envelhecimento pode começar a ser explicado pelo alto número de nascimentos, durante as primeiras décadas deste século, associado a um progressivo decréscimo nas taxas de mortalidade e conseqüente aumento substancial na expectativa de vida ao nascimento,

também mais acentuado a partir da década de sessenta. Perspectiva-se que, até ao ano 2020, o crescimento continue a ser bastante acentuado.

Embora os factores natalidade/mortalidade pareçam ser o cerne desta importante questão e estejam presentes em todos os estudos, alguns autores referenciam outros aspectos a ter em conta no envelhecimento demográfico. Entre eles temos os processos migratórios, cada vez mais presentes no mundo actual, e com carácter marcadamente selectivo, promovendo impactos estruturais importantes.

Nazareth (1994:6) refere que “ *num país recebedor de mão-de-obra, o aumento da importância dos idosos pode diminuir sensivelmente. Inversamente, num país ou numa região tradicionalmente exportador de mão-de-obra, a tendência natural para o aumento de importância da população idosa – consequente ao declínio da fecundidade – é acentuado pelos movimentos migratórios*”.

Assim, poder-se-á afirmar que a realidade do século XXI é a tendência progressiva do agravamento do envelhecimento da população mundial, tanto mais acentuada quanto maior é o grau de industrialização do mundo.

Conforme se pode constatar pela análise do Quadro I, apesar desta tendência global, ainda se verifica uma grande diversidade de situações. A Europa e a América do Norte destacam-se pelos seus elevados níveis de envelhecimento demográfico, ao contrário da Ásia há excepção do Japão, da América Latina e da África onde se começam a esboçar indícios de envelhecimento. O Continente Africano apresenta ainda níveis constantes de jovens e idosos.

**QUADRO I** – Envelhecimento demográfico da população mundial  
(população jovem e idosa) por grandes regiões, no período de 1981/1991

Regiões do Mundo	População <15 anos (%)		População >65 anos (%)	
	1981	1991	1981	1991
	34%	33%	6%	6%
<b>ÁFRICA</b>	45	45	3	3
África do Norte	43	42	3	4
África Ocidental	47	46	3	3
África Oriental	45	48	3	3
África central	44	43	3	3
África do Sul	42	40	4	4
<b>ÁSIA</b>	36	33	4	54
Ásia Ocidental	41	40	4	4
Ásia Sul	41	38	3	4
Ásia Central	39	36	3	4
Ásia Oriental	31	27	6	6
<b>CHINA</b>	32	28	6	6
<b>JAPÃO</b>	23	18	9	13
<b>AMÉRICA</b>				
América do Norte	23	22	11	12
América Latina	39	36	4	5
América Central	44	40	3	4
Caraíbas	36	31	5	7
América do Sul	39	35	4	5
<b>EUROPA</b>	22	20	13	14
Europa Norte	20	20	15	15
Europa Ocidental	19	18	14	14
Europa Oriental	23	23	11	11
Europa Sul	23	19	12	13
<b>URSS</b>	25	26	10	9
<b>OCEÂNIA</b>	29	26	8	10

Fonte: Adapt. World Population Data Sheet, Population Bureau cit. Por NAZARETH, J. Manuel (1994) – Envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos noventa, p.4.

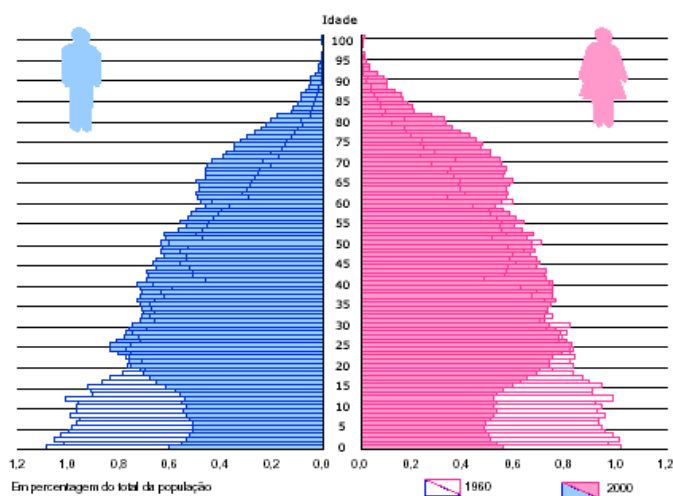
## 1.2– Envelhecimento demográfico em Portugal

Portugal, há semelhança de outros países Europeus, em particular dos estados da Comunidade Europeia, apresenta uma estrutura etária tendencialmente envelhecida, com baixos níveis de fecundidade e de mortalidade, com redução do número médio de pessoas, por agregado familiar, e com ritmos de crescimento próximos do zero.

Dinis (1997: 55) refere que *“as alterações na estrutura etária da população portuguesa, traduzem-se fundamentalmente pelo aumento da população, que resulta:*

- *Da diminuição constante da taxa de natalidade em que as gerações deixam de ser substituídas numericamente e o lugar dos adultos e dos “velhos” aumenta no total. O declínio da taxa de natalidade (...)*
- *Do aumento significativo da esperança de vida, resultante das melhores condições sociais e tecnológicas, dos progressos da medicina preventiva, curativa e reabilitadora”.*

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2007), em Portugal as alterações na estrutura demográfica estão bem patentes na comparação das pirâmides de idades em 1960 e 2000, que se podem observar na Fig.I.



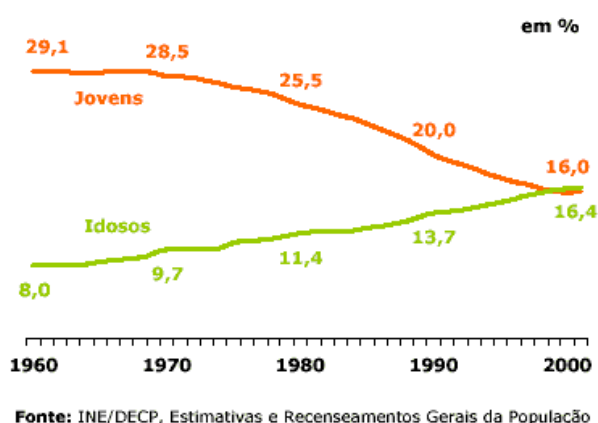
Fonte: INE/DECP, Estimativas e Recenseamentos Gerais da População

Fonte: INE/DECP, Estimativas e Recenseamentos Gerais da População

**Fig.I – Pirâmide de idades, entre 1960 e 2000**

Entre 1960 e 2000 a proporção de jovens (0-14 anos) diminuiu de cerca de 37% para 30%.

Embora se tenha registado um crescimento de 12.3% da população entre 1960 e 1980, assinalou-se um decréscimo de 35.1% da população jovem (0-14anos) assim como um crescimento de 114.4% da população idosa, conforme se pode observar no gráfico seguinte (Fig.II).



**Fig.II – Variação da população entre 1960 e 2000**

Enquanto que os jovens, em 1960, representavam 29,2% do total da população, em 1998 representavam 16,9%. Os idosos, pelo contrário, aumentaram de 8% para 15,2%, no mesmo período de tempo. (I.N.E., 1999).

Posteriormente, entre 1960 e 2001, o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um incremento de 140% da população idosa. A proporção da população idosa, que representava 8,0% do total da população em 1960, mais que duplicou, passando para 16,4% em 12 de Março de 2001, data do último Recenseamento da População. (I.N.E., 2007).

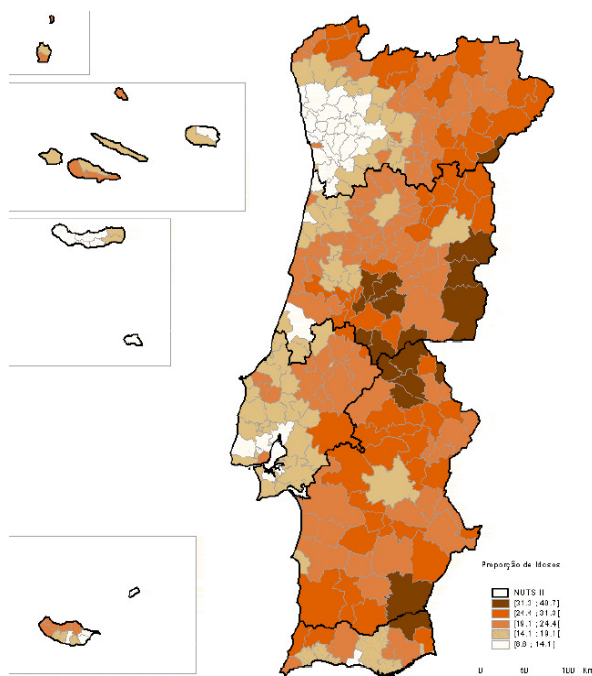
De acordo com os resultados provisórios do Censos 2001, o Instituto Nacional de Estatística (2001), refere que “ em valores absolutos a população idosa aumentou quase um milhão de indivíduos, passando de 708 570, em 1960, para 1 702 120, em 2001, dos quais 715 073 homens e 987 047 mulheres”.



Actualmente em Portugal, os idosos já ultrapassaram os jovens, até aos 15 anos, e segundo o Instituto Nacional de Estatística (2007), o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem.

Constata-se então que a população Portuguesa tem vindo a modificar o seu perfil etário, pois, se por um lado, se verifica um envelhecimento no topo da pirâmide etária, ou seja, um aumento dos indivíduos com 65 anos ou mais, por outro, verifica-se um envelhecimento na base, traduzido na diminuição dos indivíduos com menos de 15 anos.

Embora este duplo envelhecimento da população portuguesa esteja presente em todo o território nacional, em consequência das diferentes dinâmicas regionais e à semelhança do que se verifica no mundo, também no território nacional a distribuição da população idosa não é homogénea, como se pode observar na Fig.III.



Fonte: INE/DME, serviço de Geoinformação

**Fig.III – Distribuição da população idosa em Portugal**

Na observação deste mapa, elaborado com base nos resultados provisórios dos Censos 2001, verifica-se que o Norte detinha a mais baixa percentagem de idosos do Continente. A maior importância relativa de idosos encontrava-se no Alentejo, seguido do Algarve e do Centro, deixando transparecer uma faixa litoral bastante menos envelhecida.

As Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira revelavam os menores níveis de envelhecimento do país, ou seja, as zonas geográficas com níveis de fecundidade mais elevados.

Também Rosa (1992) citado por Fernandes (1997:45), refere que *“as assimetrias do envelhecimento demográfico (...) variam segundo um eixo Norte/Sul em termos do envelhecimento na base e de um eixo Litoral/Interior em termos do envelhecimento no topo”*.

De facto, verifica-se que o número de idosos é superior nas regiões do Interior e no Sul de Portugal.

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (2005), o Alentejo é a região com o maior índice de envelhecimento (170.4%), decorrente da evolução demográfica desta zona do país, se caracterizar por crescimentos efectivos negativos, que têm vindo a implicar perda de população em todos os grupos etários, excepto no grupo de idade superior a 65 anos.

Pelo contrário, na Região Autónoma dos Açores 21.4% da população tem idade inferior a 15 anos e apenas 13% tem idade superior a 64 anos, o que se traduz no menor índice de envelhecimento (62.4%) do território Português.

Esta evolução demográfica pode ser explicada pela manutenção da taxa de mortalidade geral, na tendência decrescente da taxa de mortalidade infantil, no aumento do número de casamentos e por uma inversão do comportamento migratório que, desde meados dos anos noventa, tem registado valores positivos associados, sobretudo, a um aumento da imigração.

### 1.3 – Caracterização do Concelho do Barreiro

O Barreiro é uma cidade situada no distrito de Setúbal, região de Lisboa e sub-região da Península de Setúbal.

Está limitado a Norte pelo estuário do Tejo, a leste pelo município da Moita, a SE por Palmela, a Sul por Setúbal e por Sesimbra e a Oeste pelo Seixal, Fig.IV.



Fonte: C.M. Barreiro (<http://www.cm-barreiro.pt>)

**Fig.IV – Concelho do Barreiro – Localização**

Possui uma área total de 31.8 Km<sup>2</sup>, distribuída por 8 Freguesias: Barreiro, Alto do Seixalinho, Lavradio, Verderena, Palhais, Coina, Santo André e Santo António da Charneca, Fig.V.



Fonte: C.M. Barreiro (<http://www.cm-barreiro.pt>)

**Fig.V – Concelho do Barreiro – Divisão por freguesias**

Segundo o Censos de 2001 (I.N.E., 2003) tem uma população residente de 79.012 habitantes, encontrando-se distribuída pelas oito freguesias, Quadro II.

**QUADRO II** – Distribuição da população residente do Concelho do Barreiro por Freguesias e por sexo – Censos 2001 (INE)

FREGUESIAS	2001		
	HOMENS	MULHERES	TOTAL
Barreiro	4181	4642	8823
Lavradio	6383	6668	13051
Palhais	605	619	2124
Santo André	5488	5831	11319
Verderena	5564	5950	11514
Alto do Seixalinho	9866	10656	20522
Sto Ant <sup>o</sup> Charneca	5423	5560	10983
Coima	773	803	1576

Como se deduz da observação do quadro anterior, a freguesia com maior número de residentes é o Alto do Seixalinho com 20522 indivíduos (26%) e a população com menor número de residentes é Coina, com 1576 indivíduos (2%), uma população no limite do Concelho que mantém ainda algumas características de ruralidade.

Há um discreto predomínio dos indivíduos do sexo feminino, que correspondem a 51,54% da população residente.

De acordo com a mesma fonte, observa-se no Censos de 2001, uma diminuição da população residente de 6756 indivíduos, cerca de 8% relativamente ao Censos de 1991, como se pode observar no Quadro III.

**QUADRO III** – Distribuição da população residente do Concelho do Barreiro por sexo – Censos 1991 e 2001 (INE 2003)

1991			2001		
HOMENS	MULHERES	TOTAL	HOMENS	MULHERES	TOTAL
41863	43905	85768	38283	40729	79012

Em traços gerais, e, de acordo com documentos da Câmara Municipal do Barreiro, podemos dizer que o Concelho do Barreiro experimentou, até ao final da década de setenta, um rápido crescimento demográfico e que, desde então, a população registou um crescimento moderado. A partir dos anos oitenta tem-se vindo a assistir a uma pequena mas constante regressão demográfica, como se pode observar no Quadro III.

**QUADRO IV** – Distribuição da população residente do Concelho do Barreiro por grupo etário – Censos 1991 e 2001 (INE)

GRUPO ETÁRIO	1991	2001
	HOMENS/MULHERES	HOMENS/MULHERES
0-14	14926	10184
15-24	14494	10838
25-64	46606	45506
> 65	9742	12484

Como referido anteriormente, observa-se um decréscimo global da população residente patente em todos os grupos etários, há excepção do ultimo grupo, correspondente aos indivíduos com mais de 65 anos, que em 2001 são mais 2742 indivíduos. Isto representa um aumento de 28% do número de idosos residentes no concelho do Barreiro.

Actualmente, os idosos residentes no concelho são 12484, representando cerca de 16% da população residente. Com um índice actual de envelhecimento de 129.2, indicando um crescimento progressivo e significativo, relativamente aos últimos anos, podendo-se afirmar que o progressivo envelhecimento da população deste Concelho parece inevitável.

**QUADRO V** – Distribuição da população idosa residente do Concelho do Barreiro por Freguesias – Censos 2001 (INE)

FREGUESIAS	2001	
	Homens com idade ≥ 65 anos	Mulheres com idade ≥ 65 anos
Barreiro	816	1208
Lavradio	818	1031
Palhais	77	109
Santo André	665	894
Verderena	757	1083
Alto do Seixalinho	1455	2042
Stº Antº da Charneca	594	684
Coina	119	132

Relativamente à distribuição da população idosa por freguesias, constata-se que a freguesia com maior número de idosos é o Alto do Seixalinho, facto não surpreendente dado ser esta a freguesia com maior densidade populacional, neste Concelho. A freguesia com menor número de idosos é Palhais, o que corresponde também à menor densidade populacional.

A observação do quadro anterior permite concluir mais uma vez que o número de idosos do sexo feminino é superior ao do sexo masculino.

Historicamente, o registo do Barreiro surge na Baixa Idade Média (Sec. XIII/XV) integrado no antigo concelho de RIBA TEJO, território da Margem Sul do Tejo que abrangia a região entre a Ribeira das enguias (hoje Alcochete) e a Ribeira de Coina (actual freguesia do Barreiro), como uma povoação vocacionada para actividades piscatórias dada a sua proximidade com Lisboa e a excelente navegabilidade do rio Coina.

No século XIX, o Barreiro começa a perder as suas características piscatórias, com o início da instalação do eixo central das comunicações ferroviárias entre o

Norte e o Sul, criando-se aqui o primeiro núcleo de transportes ferroviários entre o Norte e o Sul, que está na origem, em 1875, da instalação das primeiras fabricas de cortiça.

Já no início do século XX (1907), surgem em cena as indústrias químicas, pela mão de Alfredo da Silva, com a instalação do grande complexo fabril da CUF. À volta do núcleo central das fábricas vão, então, surgindo novos bairros onde se alojavam os numerosos grupos de famílias que aqui procuravam emprego vindos, sobretudo, do Alentejo e do Algarve.

É neste contexto que o Barreiro se transforma num significativo complexo industrial, características que mantém, até meados dos anos noventa, quando se dá o encerramento da maioria das industrias e com ele o desaparecimento da quase totalidade das suas características operárias.

Este importante centro fabril, de então, está também associado ao seu papel fundamental na história da resistência ao fascismo, descrito em vários documentos como uma terra de “ *Fábricas, oficinas, chaminés, máquinas, sirenes, trabalho, exploração, opressão, luta, prisões, resistência, torturas, dignidade, liberdade, ...*” Teixeira (1997:15).

Actualmente, o Barreiro cidade desde Junho de 1984, perdeu completamente as suas características operárias, com a desactivação e posterior encerramento das referidas fábricas.

Embora se tenha vindo a registar um significativo decréscimo populacional no Concelho, menos 8,9% entre 1991 e 2001, esta cidade continua a fazer parte das principais aglomerações populacionais da Região de Lisboa e Vale do Tejo, mantendo uma forte concentração populacional.



#### 1.4– Evolução do papel social do idoso

Conforme refere Andrade (2005), às pessoas que se encontram na etapa descendente do ciclo da vida, o Homem atribui, entre outras, a designação de *idoso*.

A Organização Mundial de Saúde numa tentativa de uniformização de critérios, convencionou que o idoso é todo o indivíduo com mais de 65 anos de idade, independentemente do sexo ou estado de saúde, permitindo assim, que nas sociedades ocidentais, os idosos tenham uma idade claramente definida.

A este limite de idade associou-se também o limite da actividade laboral, nomeadamente a reforma, o que faz desta idade, mais do que uma etapa biológica, uma etapa socialmente construída.

Hespanha (1996:6) refere que *“em todas as sociedades os idosos têm constituído um grupo social com um estatuto particular, mas foi a sociedade urbano-industrial, ao estabelecer institucionalmente o limite da idade activa, que marginalizou o trabalhador reformado colocando-o na última fase da sua vida – a velhice, eufemisticamente chamada de terceira idade.”*

Assim, o indivíduo ao atingir os 65 anos, é impelido a abandonar a esfera da construção, independentemente da sua vontade, das suas capacidades e sobretudo das suas competências.

As actuais construções sociais da imagem do idoso tendem a identificá-lo com o declínio físico, a presença de rugas na pele, a existência de cabelos brancos, a redução das aptidões intelectuais, em suma, com a decadência e a dependência... mas nem sempre foi assim.

Em séculos passados, o envelhecimento era um acontecimento considerado com respeito e orgulho.

*“Ser-se velho era ser-se sábio; era ter-se a mais valia do tempo, que fazia do velho o conselheiro, o amigo...a memória das gerações”* (Costa 1999:10).

Numa época em que a experiência era a base do saber, os idosos tinham um papel de conselheiros sábios. Eram uma fonte de saber, de conhecimentos e habilidades que era importante transmitir aos mais novos.

Segundo Zal (1986) nas culturas orientais e nos países onde a esperança de vida é curta, os idosos são vistos como fonte de sabedoria e são tidos na mais elevada consideração, respeitados e honrados como símbolos da humanidade e divindade.

Ser idoso era, então, ser sábio e digno de um estatuto superior por quem passavam as mais importantes decisões no seio familiar. Local privilegiado de consideração, onde os idosos permaneciam integrados na sociedade e na economia até, praticamente, à morte. Iam desempenhando funções que apenas abrandavam com a diminuição das capacidades físicas e intelectuais. As famílias não afastavam “o ancião” do trabalho, pois tinham a capacidade de lhe atribuir novas tarefas e novos papéis, permanecendo este activo e útil, até estar apto no seu desempenho, ou até à sua morte.

Em Portugal, até meados do século XX, a velhice era um assunto de família, onde o idoso apesar de vivenciar uma fase da vida com relevante diminuição das competências físicas, não se chegava a tornar uma sobrecarga, pois a diminuição da sua capacidade física diluía-se nas trocas domésticas.

Fora da família a velhice estava associada a mendicidade e invalidez, e o recurso, nestas situações extremas, passava pelas instituições hospitalares e de beneficência social.

Ainda durante o Estado Novo, embora tenha havido um Projecto de Reforma de Previdência Social em 1957, que previa algumas alterações, a protecção do idoso ainda não era evidente, como demonstra Fernandes (1997:124) ao referir que “ *...este aspecto da nova lei evidencia também a fraca importância que então ainda era atribuída à velhice. As alterações legislativas resultavam das concepções ideológicas dos dirigentes políticos sobre o que deveria ser e nas quais o papel da família, como apoio institucional da velhice era prioritário*”.

Assistia-se, assim, a uma valorização importante da família, que coincidia, como refere Fernandes (1997), com os valores que predominaram neste período – Deus, Pátria e Família – continuando a considerar-se a problemática dos idosos, não como um problema social, mas antes, como um problema que deveria ser da esfera doméstica.

A família era considerada como “unidade moral”, que vivia dos “sacrifícios” que os seus elementos adoptavam ao cuidar uns dos outros, principalmente, os filhos em relação aos pais. Os cuidados aos idosos eram, assim, totalmente assumidos pela família. Ainda predominava a ideia de que, só os idosos sem família, deveriam ser institucionalizados.

Fernandes (1997:122) refere que, *“claramente se assume o papel da instituição familiar como o da primeira instituição social que naturalmente é responsável pela segurança na sociedade”*.

Nesta perspectiva, o apoio familiar aos idosos continuava a ser privilegiado pois, apesar de já existirem pensões de reforma, estas não eram ainda alargadas a toda a população idosa, o que levava muitos idosos, sem família, a viver da caridade alheia e a situações de carência, principalmente, quando deixavam de trabalhar.

Poder-se-á, então, dizer que, embora no seio da família, os idosos gozassem de protecção, amparo e respeito, continuavam socialmente desfavorecidos, pois como refere Phitaud (2001:5) *“acumulavam factores de exclusão, designadamente: perda de contactos sociais, aumento dos problemas de saúde, perda do estatuto social, estritamente ligada à exclusão do trabalho e perda de autonomia relacionada com a quebra de rendimentos”*.

De facto, a história europeia das políticas de velhice é muito recente. É de notar que um direito tão óbvio como a reforma tem uma origem não muito longínqua.

Em Portugal, é quase no final do século XIX, em 1896, que se organizaram movimentos associativistas de operários e artesãos com o objectivo de exigir reformas. É criada a Caixa de Aposentações dos Trabalhadores Assalariados. A partir desta altura, todos os que abandonavam a vida laboral activa, passaram a receber uma singela remuneração que, condicionada frequentemente pelos baixos salários durante a vida activa, com reduzidos ou inexistentes descontos, se traduzia em valores bastante reduzidos, projectando muitos idosos para situações de grande dependência económica.

Apenas a partir dos anos 70, são implementados programas sociais de apoio à velhice.

Phitaud (2001:5) menciona que “ *pode-se situar a sua origem a 4 de Dezembro de 1978 (...) com a decisão da Assembleia Geral das Nações Unidas de organizar em 1982 uma Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento*”.

Parece começar então, de uma forma global e particularmente a nível europeu, uma preocupação de protecção social dos cidadãos idosos, com a discussão de políticas que tendem a integrar este grupo no desenvolvimento nacional e fazer uma formulação mais rigorosa e objectiva dos problemas do envelhecimento, bem como uma análise mais exhaustiva da diversidade de realidades sociais presentes na população idosa.

Ao longo de todo o século passado assistiu-se ao emergir de políticas sociais com novas formas de abordagem da problemática dos idosos e com uma maior divulgação dos direitos destes.

Durante as duas últimas décadas a Organização das Nações Unidas foi promotora de variadas iniciativas orientadas para a compreensão e resolução dos problemas dos idosos.

Neste contexto, poder-se-ão destacar a I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Viena em 1982, a proclamação, em 1990, do dia 1 de Outubro como Dia Internacional das Pessoas Idosas e a enunciação do ano de 1999, como o Ano Internacional das Pessoas Idosas.

O início deste século continua marcado pelo desenvolvimento destas acções, como ficou demonstrado com a realização, em Madrid, em Abril de 2002, da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. Foi aqui aprovado um Plano de Acção Internacional que estabelece um amplo espectro de recomendações de carácter social, político e económico, com o objectivo de permitir superar o desafio de melhorar significativamente a situação dos idosos. (ONU – Centro Regional de Informação das Nações Unidas, 2006).

Assiste-se, assim, a uma responsabilização, pela garantia dos cuidados aos idosos que já não é só única e exclusivamente da família, mas cada vez mais da sociedade em geral, com a adopção de medidas de acção social e concretização de respostas sociais.

De facto, a problemática do envelhecimento trouxe implicações a vários níveis e sectores da sociedade. Associadas às várias modificações inerentes às conquistas inevitáveis do progresso alteraram, significativamente, o papel social da família.

Como refere Fernandes (2001:11), *“ao longo deste século fomos passando de um sistema demográfico tradicional para um sistema demográfico moderno”*, com um importante desequilíbrio intergeracional, marcado pelo aumento dos mais velhos relativamente aos mais jovens e conseqüentemente a configurações familiares bem diferentes das encontradas no passado.

O mesmo autor refere, relativamente a este facto, que *“As trajectórias de vida mais longas e as perturbações das idades da vida afectam não só as consciências individuais como o modo como se relacionam os indivíduos na teia das relações estritas do seio familiar”* (Pag.12).

Assiste-se, assim, a uma mudança conceptual e estrutural da família. A industrialização favorece, sobretudo no mundo ocidental, o aparecimento de grandes concentrações urbanas e modos de vida, na sua maioria, incompatíveis com a coabitação dos membros mais velhos da família.

*“A pessoa idosa perde desta forma o seu papel de transmissor transgeracional do saber, face a uma economia de mercado onde só o lucro interessa”* (Grande, 1994:7).

A família, antes comprometida como unidade de integração e de sucessão dos saberes num plano multigeracional, em que avós, pais, filhos e netos se congregavam na mesma casa, nuclearizou-se, ou seja, foi sendo substituída por famílias que comportam, no máximo duas gerações.

Face a esta realidade, as sociedades foram tentando encontrar formas de gerir estas alterações, criando redes de suporte formais e informais de apoio aos idosos.

Surgem, então, oportunamente, as instituições vocacionadas para o acolhimento de idosos, face a famílias com condicionamentos e limitações da capacidade de ajudar o idoso ou mesmo de conseguir que permaneça integrado no núcleo familiar.

Em Portugal, também as transformações sociais desencadeadas ao longo do último século, evidenciam um comprometimento do património cultural familiar com uma solidariedade tendencialmente menor dos descendentes para com os progenitores.

Brito (2003:30) relativamente à realidade nacional, refere que *“O número cada vez mais reduzido de filhos por família, o facto de as várias gerações já não coabitarem, até pelas reduzidas dimensões das habitações, e a participação crescente das mulheres no mercado de trabalho, progressivamente tem vindo a condicionar e a limitar a capacidade de ajuda aos seus idosos”*.

Também como refere Imaginário (2004:68) *“ a evolução das condições económicas, e escolarização, a difusão da tecnologia e da comunicação de massa que incrementou a mobilidade social, geográfica e profissional, tornando as pessoas menos ligadas ao lugar de nascimento e às raízes parentais”*.

Deixámos, portanto, de ter famílias alargadas, onde predominava a solidariedade e a prestação de cuidados entre gerações, para termos famílias nucleares, em que os filhos, às vezes, por questões laborais, se encontram a uma distância geograficamente considerável.

É face a este contexto que a família se afasta, em grande parte, das suas funções de protecção e cuidados às gerações mais velhas, transferindo este seu anterior papel, para estruturas hospitalares, lares, seguros e outras formas de assistência pública e privada.

Em Portugal, os cuidados aos mais velhos continuam culturalmente entendidos como um dever/obrigação familiar. O recurso à institucionalização é ainda hoje negativamente conotado como negligência de uma obrigação inerente aos laços familiares, quer pelos familiares cuidadores quer pelos próprios idosos. Na sociedade actual, a ida para um lar ou a frequência de uma instituição de apoio, é ainda vista como demonstração de desinteresse ou abandono do idoso pelos seus familiares.

Como refere Sousa et al (2004:156) “ *A ideia de que, nos dias que correm, os descendentes expeditamente delegam as responsabilidades familiares nas instituições ou, simplesmente, entregam os idosos à sua sorte, continua a imperar no senso comum das pessoas*”.

A sociedade moderna, embora de alguma forma tenha desenvolvido mecanismos de protecção, solidariedade pública e de protecção social dos idosos, simultaneamente marginalizou-os, dando prioridade a valores ligados à produtividade e rentabilidade, face aos quais as pessoas com 65 anos ou mais não conseguem competir, sendo até considerados “pouco produtivos”.

Mantém-se, assim, um contexto de desvalorização da velhice, por oposição aos valores da juventude, força física e acção, que persistem em encarar a velhice como uma espécie de doença.

Actualmente, os modelos culturais prevaletentes enaltecem, sobretudo valores culturalmente associados à juvenildade, como a beleza, o dinamismo a

produtividade e a competitividade, desvalorizando outro tipo de atributos, nomeadamente, a experiência, o conhecimento, o saber adquirido com a experiência, que são adjudicados à população idosa.

Segundo Fernandes (1997:154) “ *As características dos desenvolvimentos tecnológico, industrial e socioeconómico, desde o início do século, encarregaram-se de dar a supremacia à classe de idade produtiva, os activos, e a remeter para a margem da inutilidade, os pais mais velhos e os avós*”.

A inactividade e a improdutividade excluem os idosos dos processos centrais das estruturas socio-económicas e, muitas vezes, da própria vida social.

Constata-se assim que, a imagem social construída em torno das pessoas idosas, dominante na grande maioria dos países industrializados, é de desvalorização e dependência associada frequentemente a precárias condições socio-económicas.

São também evidentes neste grupo etário as inevitáveis reduções das capacidades físicas e intelectuais que, na actual sociedade consumista e utilitária, repercutem-se na forma menosprezada com que são encarados os idosos, sobretudo a partir do afastamento da vida activa, isto é, da reforma. Mas, as alterações socio-demográficas mais recentes têm demonstrado que a definição de idoso, coincidente com a idade da reforma, não se adapta já à sociedade em que vivemos, fazendo agora conjecturar novas abordagens na definição, no conceito e no papel social do idoso.

Como refere Fernandes (2001:14) “... a *“idade da velhice” tem ultrapassado os limiares convencionais e avançado ao sabor das flutuações do alongamento da vida (...) a idade de ser velho surge mais tarde sem que institucionalmente se tenham alterado os limiares convencionados há mais de um século*”.

Ao longo dos últimos anos, a idade da reforma tem sido antecipada com a cessação precoce da actividade laboral através, entre outras medidas, da atribuição de pré-reforma.



A vida profissional é, então, mais curta e vive-se mais tempo. Isto faz com que a idade da reforma e a idade da velhice deixem de ser coincidentes, apesar da reforma, na sua origem estar indissociavelmente ligada à velhice, enquanto etapa da vida.

Velhice e reforma, agora ocasionalmente coincidentes, passaram a representar duas distintas dimensões da realidade.

Segundo Fernandes (2001:15) “*Neste novo cenário, deparamos com a existência de uma “idade nova”, ou seja, uma nova fase do ciclo da vida, situada entre o fim do trabalho e a velhice propriamente dita*”.

Esta “nova idade” corresponde a uma nova geração de pessoas, cuja saída antecipada do ciclo de vida laboral aconteceu por volta dos cinquenta anos, com a passagem à reforma ou à pré-reforma e que, provável e estatisticamente, estarão a cerca de vinte anos de distância das incapacidades inerentes à velhice.

Xavier Gaullier (1998) citado por Fernandes (1997) também atribui o conceito de “idade nova” a este período de tempo, onde as trajectórias individuais apontam para a subsistência de uma nova carreira, como um conjunto de actividades a desenvolver nesta fase da vida.

O aparecimento de uma nova idade é uma especificidade das sociedades modernas onde a veloz obsolência das competências retira, precocemente, os indivíduos da vida laboral transformando-os, prematuramente, em idosos.

No cenário do envelhecimento actual, muitos gerontólogos dividem a velhice em categorias cronológicas, designadamente, *Idoso jovem* (65-74), *Idoso Médio* (75-84) e *Idoso idoso* (mais de 85). Significa que os idosos constituem uma categoria social que não é absolutamente uniforme, como considerado há algumas décadas atrás.

Em Portugal, particularmente, a idade da reforma situa-se nos 65 anos desde Janeiro de 2006. Existindo, contudo, um regime de acumulação dos

funcionários aposentados, nomeadamente a exercer funções no Estado, que permite a permanência dos indivíduos com mais de 65 anos no mercado de trabalho, com condições remuneratórias específicas, até ao limite máximo, definido aos 70 anos de idade, apenas para algumas carreiras, como por exemplo a docência.

Os idosos inseridos nestas várias categorias têm realidades físicas, económicas e sociais muito distintas que, até a um passado muito recente, não haviam ainda sido identificadas ou até mesmo reconhecidas. De facto, surge actualmente uma nova linguagem relativa ao idoso, que inclui a noção de *envelhecimento diferencial* como uma nova forma de abordagem ao idoso, reconhecendo as necessidades específicas de cada um como ser único, e afastando a perigosa tendência para a generalização das dificuldades e a normalização das soluções dos problemas dos idosos.

Conforme refere Guimarães (2001:29) “*Ao reconhecer a heterogeneidade da pessoa idosa essa arquitectura de valores e de boas intenções cai por terra, ruindo sob a pressão da diversidade de percursos, de desejos, de necessidades e de satisfações*”.

O papel do idoso na sociedade de hoje pressupõe o reconhecimento de que os anos vindouros serão diferentes, que as pessoas idosas serão mais informadas, mais familiarizadas com a tecnologia, mais participativas, mais conscientes dos seus direitos, autónomas e, idealmente, mais respeitadas e reconhecidas.

Olive Stevenson citado por Guimarães (2001:29), refere que “*a devolução de um maior protagonismo aos cidadãos idosos, implicará uma alteração profunda das atitudes profissionais, com um forte investimento nos processos de audição dos clientes, porque é tempo de concentrar alguma atenção nos sentimentos, necessidades e desejos das pessoas idosas*”.

O papel social do idoso tende agora a ser perspectivado num continuum temporal, da concepção ao final da vida, onde também se equacionam as

condições do processo de envelhecimento dos indivíduos e a forma como estas influenciam a vivência desta derradeira fase do ciclo vital.

Como prevê Machado (2003), numa sociedade que se ambiciona de todas as idades, o lugar do idoso será reinventado e a identidade do mais velho socialmente recategorizada.

## 1.5– Teorias do Envelhecimento

Para além do nascimento e da morte, uma das infalibilidades da vida é que, inevitavelmente, todas as pessoas envelhecem. De facto, o envelhecimento é um processo gradual a que todos os seres humanos estão sujeitos que, embora assumindo formas diferentes de indivíduo para indivíduo, conduz sempre a um conjunto de perdas de funcionalidade, progressivas e irreversíveis.

Esta constatação deu origem ao desenvolvimento de inúmeras definições de envelhecimento que, apesar de divergirem na orientação teórica subjacente, perfilham a noção de perda de funcionalidade, com o consequente aumento da susceptibilidade e incidência de doenças e importante aumento da probabilidade de morte.

Simultaneamente são múltiplas as teorias que tentam explicar o envelhecimento, como um fenómeno complexo e multidimensional, sem contudo existir uma teoria completamente esclarecedora, consensual, universal e cientificamente comprovada e aceite.

Comfort (1977) citado por Berger et Mailloux-Poirier (1995:99) *“inventariou não menos de vinte, mas infelizmente, várias delas têm apenas valor empírico”*.

Mota et al referem que em 2000, Medvedev recenseou mais de 300 teorias desde o século XVIII.

Já há quase dois séculos, segundo Matos e Avelar (2000:6), Weismann (1891) defendeu que *“os organismos envelhecem para dar lugar aos mais novos, que são mais aptos”*, em oposição à teoria de Darwin, segundo a qual a selecção natural actua a nível individual. O envelhecimento, segundo a teoria evolucionista, advém da deterioração de múltiplos processos bioquímicos que ocorrem pelo efeito nocivo de genes não eliminados pela selecção natural.

Embora a maioria das teorias, pareça possuir uma base científica sólida, a dificuldade de sistematização e de consenso de todas elas parece residir na própria complexidade inerente aos organismos vivos.

Malvar (2002:26) citando Maclennan e Lye, refere que *“qualquer teoria proposta terá de obedecer a quatro critérios, ou seja, o processo de envelhecimento tem que ser intrínseco, destrutivo, progressivo e universal em relação à espécie”*. Segundo a mesma autora (2002: 26), *“a teoria que melhor explica o envelhecimento é a do “mecanismo do estroma descartável”, que defende que muitas características do envelhecimento resultam da incapacidade das células para repararem agressões ambientais diversa”*.

Poder-se-á dizer de uma forma elementar, que as teorias para explicar este fenómeno se dividem frequentemente em explicações assentes em mecanismos biológicos e psicossociais.

Para Berger et Mailloux-Poirier (1995:99), *“os biólogos definem o envelhecimento como uma série de mudanças letais que diminuem as probabilidades de sobrevivência do indivíduo.”*

Estes autores definem seis teorias que almejam explicar o envelhecimento:

- *Teoria Imunitária*: com o aumento da idade surgem modificações ao nível do sistema imunitário, que resultam em incapacidade do organismo reconhecer as suas próprias células, agredindo certas pequenas partes do corpo como se de invasores se tratassem e não sendo capaz de identificar macromoléculas estranhas ao organismo.
- *Teoria genética*: o envelhecimento é uma consequência da deterioração da informação genética, previamente definida e orientada.
- *Teoria do erro na síntese proteica*: o envelhecimento é uma consequência de roturas a nível da cadeia da molécula do ADN ou de modificações de posição dos compostos químicos dessa cadeia,

levando à criação de proteínas anómalas, incapazes de desempenhar as suas funções.

- *Teoria do desgaste*: o envelhecimento resulta do desgaste pelo uso, comparativamente a uma máquina, que se vai deteriorando.
- *Teoria dos radicais livres*: o efeito prejudicial causado pela formação dos radicais livres, nomeadamente a peroxidação dos lipídios não saturados, conduz ao envelhecimento.
- *Teoria neuro-endócrina*: o envelhecimento está associado às alterações das funções neuro-endócrinas, ou seja, surge um fracasso ou insuficiência do sistema endócrino referente à coordenação das diferentes funções do corpo.

Segundo Berger et Mailloux-Poirier (1995:103), “*das seis teorias apresentadas, apenas uma descreve os resultados do envelhecimento, (teoria do desgaste). As outras explicam as suas causas*”.

Com os avanços científicos e tecnológicos, muitas outras teorias sobre o envelhecimento, têm surgido embora, segundo Mota Jr. (2006), sejam apenas três as principais. Nomeadamente, a teoria dos radicais livre, a teoria do desequilíbrio gradual e a genética.

A primeira, proposta por Harman, já enunciada anteriormente, associa o envelhecimento a alterações moleculares e celulares desencadeadas por radicais livres.

A teoria do desequilíbrio gradual defende que o cérebro, as glândulas endócrinas ou o sistema imunológico vão gradualmente deixar de funcionar, conduzindo ao envelhecimento, a ritmos diferentes, de alguns órgãos, comprometendo o envelhecimento dos demais e o conseqüente envelhecimento de todo o organismo. Esta teoria foca a sua atenção no

funcionamento de certos sistemas corporais, importantes na regulação do funcionamento dos restantes sistemas. Farinatti (2002).

As teorias com base genética, de um modo geral, defendem que o processo de envelhecimento tem início no nascimento e termina com a morte, de uma forma geneticamente programada. Pimentel (1988:216) refere que, a teoria genética “*defende haver genes próprios do envelhecimento, estando a vida, assim por dizer, geneticamente programada*”.

Relativamente às teorias genéticas do envelhecimento, Blass et al (1997:15) defendem que “*existe um evento programado que leva à morte das células*”, realizado a nível genético, que compreende a existência de genes “matadores”, cuja activação, dependente da idade da célula, conduzirá à morte.

Segundo Robert (1995:131) Medvedev (1990), categorizou as teorias, em:

- “*Teorias fundadas em modificações com a idade*” – defendem haver uma acumulação sucessiva de modificações degenerativas nos órgãos. São as teorias do desgaste.
- “*Teorias fundadas numa lesão*” – atribuem à degenerescência, a acção de agentes exteriores ou interiores ao organismo.
- “*Teorias geneticamente programadas*” – atribuem o envelhecimento a um processo continuum controlado geneticamente.
- “*Teorias evolucionistas*” – visam explicar a diversidade de longevidade nas diferentes espécies, como dados adquiridos no processo evolutivo.
- “*Teorias específicas dos tecidos*” – atribuem o envelhecimento, basicamente às modificações com a idade, de alguns tecidos ou células.
- “*Teorias matemáticas e físico-matemáticas*” – apoiadas em cinéticas de mortalidade, exploram os aspectos cibernéticos do envelhecimento.
- “*Teorias unificadas*” – reúnem alguns aspectos das teorias anteriores.

São muitos os investigadores que defendem o envelhecimento como um processo multifactorial, dependente de várias causas.

Face ao elevado número de teorias existentes, surgem dificuldades na sua abordagem individual, pelo que são operacionalmente divididas em categorias. De acordo com Robert (1994), o envelhecimento é explicado fundamentalmente por dois grandes tipos de teorias, deterministas e estocásticas.

As *teorias deterministas* defendem o envelhecimento como uma consequência directa de um programa genético, onde o genoma e a estrutura molecular são um tipo de “relógio molecular”. Malvar (2002:27) citando Robert (1995) refere que *“os trabalhos de Hayflick, demonstraram existir envelhecimento celular, geneticamente programado, havendo com que um “relógio celular” que conta o numero de divisões da célula”*. Incluem-se nesta abordagem as teorias somática, genética, imunológica, das telomerasas, entre outras.

Para as *teorias estocásticas*, associadas ao “desgaste e ruptura”, o envelhecimento é uma consequência de lesões sucessivas no DNA, que inibem as células de funcionar e expressar os genes apropriados. Segundo Mota et al (2004:90) esta abordagem *“ sugere que a perda de funcionalidade que acompanha o fenómeno de envelhecimento é causada pela acumulação aleatória de lesões, associadas à acção ambiental, em moléculas vitais, que provocam um declínio fisiológico progressivo”*.

Distinguem-se neste grupo, a “teoria dos radicais livres” de Harman, a “teoria da pontagem” de Verzar (1962), a “teoria do stress oxidativo”, entre outras.

Existem ainda dificuldades em integrar algumas teorias nestas duas categorias. Segundo Malvar (2002:28) *“entre as teorias puramente estocásticas e parcialmente deterministas encontra-se a teoria de Orgel (1963)”*. Esta teoria do envelhecimento celular, também conhecida por “Teoria do Erro-catástrofe”, defende que os erros na síntese de uma proteína podem ser usados na síntese de outras proteínas, conduzindo à diminuição progressiva da fidelidade e à possível acumulação de quantidades de proteínas anormais (menos eficazes ou mesmo ineficazes) potencialmente letais.



Contudo, alguns estudos, como os de Edelman e Gallant (1977) e Harley et al (1980) vieram contrariar esta teoria, apontando para uma fraca influência da ocorrência de erros na tradução das proteínas, no fenómeno de envelhecimento.

Vários autores concordam em interpretar o fenómeno do envelhecimento com base nas duas vertentes, genética ou determinista e estocástica, pois entendem-nas complementares (Banks e Fossel, 1997) referido por Botelho (1999).

As teorias gerais do envelhecimento biológico, menosprezam alguns factores extrínsecos, nomeadamente a influência de factores culturais e sociais, sobre a saúde e a longevidade. Como refere Mota (2004:102) *“É necessário ter consciência desta inter-relação entre os factores que influenciam o envelhecimento, ou são dele consequência”*.

De facto, o ser humano envelhece não só no plano biológico mas, também social. Também nesta perspectiva várias têm sido as propostas feitas para a sua explicação. Igualmente neste domínio não existe consenso. Segundo Berger (1995:104) *“são três as principais teorias que pretendem explicar a influência dos factores culturais e sociais sobre o envelhecimento”*.

- *“Teoria da actividade”* – nesta abordagem, o idoso deve manter-se activo para obter satisfação, manter auto-estima e conservar a saúde.
- *“Teoria da desinserção”* – defende que o envelhecimento é acompanhado de uma desinserção recíproca do indivíduo e da sociedade.
- *“Teoria da continuidade”* – defende o envelhecimento como parte integrante do ciclo da vida e não um período final, separado das outras fases.

É importante reter que nenhuma destas teorias é ampla e universalmente aceite, componentes biológicos e sócio culturais, interferem seguramente ao longo da vida dos indivíduos, progressivamente influenciando o tempo e a forma de envelhecer.

Como refere PaulL (2001), citando Birren e Cunningham, (1985) “*faz todo o sentido afirmar que o envelhecimento é a contrapartida do desenvolvimento*”.

## 2 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM

### 2.1 – A Prática dos Cuidados de Enfermagem

*“Os cuidados de enfermagem são a expressão de uma relação de interdependência, que só adquire sentido e só pode ter efeito num circuito de troca em que cada um dá e recebe, desenvolve-se e constrói-se através do que constitui obstáculo à vida, ao mesmo tempo que desperta a vida dos que recebem e prestam cuidados, estimula-a, torna-a criativa e liberta a sua possibilidade de ser, de se afirmar mutuamente como actor social” (Collière 1999:335).*

A valorização da relação entre quem presta e quem recebe cuidados numa corrente orientada para o desenvolvimento moral, ocupa agora o lugar da corrente tecnicista centrada na doença, defendida no início do século XX.

E, embora a evolução tecnológica exija actualização e apele à valorização da vertente tecnicista, o aumento da esperança de vida, com o conseqüente envelhecimento da população e o aumento da esperança de vida, tem evidenciado a necessidade de cuidados mais relacionados com a área afectiva e relacional.

O exercício profissional da enfermagem tem assim, no seu âmago, as relações interpessoais que se estabelecem entre os enfermeiros e as pessoas, ou grupos de pessoas, nomeadamente a família e/ou a comunidade.

O enfermeiro é um profissional detentor de formação e experiência que lhe permitem compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, abstendo-se de juízos de valor relativamente à pessoa a quem presta cuidados de enfermagem.

O respeito pelo outro, no exercício da enfermagem, implica uma parceria que inclui uma atitude de consideração das suas capacidades e valorização do seu papel que conduzem a uma relação terapêutica.

Esta relação, através de um processo dinâmico, cresce e consolida-se, com o objectivo de ajudar o cliente a ser proactivo, na conquista do seu projecto de saúde.

A necessidade de clarificar a especificidade dos serviços que os enfermeiros prestam à comunidade, tem motivado os teóricos de enfermagem a elaborar modelos conceptuais para a sua profissão (Kérouac et al., 1996).

Estes modelos orientam, não só a pratica dos enfermeiros, mas servem também de guia para a formação, investigação e gestão dos cuidados de enfermagem, esclarecendo os elementos essenciais da formação dos enfermeiros, os fenómenos de interesse para a investigação em enfermagem, assim como, as actividades de cuidados e as consequências que destas se esperam para a gestão dos cuidados.

Precusores para a elaboração de teorias em ciências de enfermagem, os modelos conceptuais oferecem uma perspectiva única a partir da qual os enfermeiros podem desenvolver os conhecimentos que sirvam para a sua prática (Fawcet, citado por Kérouac et al, 1996). Os modelos conceptuais são, por isso, maneiras de representar a realidade e de conceber a profissão. (Adam, 1994).

Considerando que a enfermagem tem uma pratica milenar, o desenvolvimento das suas teorias ocorreu numa época recente, quando os enfermeiros demonstraram preocupação em fundamentar a sua pratica em bases teóricas. De Nightingale a Parce (1992) uma longa caminhada se tem percorrido, motivando o aparecimento de várias concepções da disciplina de enfermagem. Contudo o meta paradigma em que assenta a enfermagem: **Pessoa, Saúde, Ambiente e Enfermagem**, embora varie, de acordo com o contexto a que está vinculado o teórico, está presente em praticamente todas as teorias.

Consideram-se três paradigmas em enfermagem. Cronologicamente localizados e entendidos como um conjunto de crenças, de valores, de leis, de princípios, de metodologias e respectivas formas de aplicação, aos quais se

atribuiu a seguinte nomenclatura: **Categorização, Integração e Transformação.**

O paradigma da categorização, poderá ainda localizar-se século XX, altura em que se identificam alguns agentes patogénicos e se estabelece a sua relação com algumas doenças. Caracteriza-se por perspectivar o fenómeno de modo isolado, não inserido no seu contexto, e por os entender dotados de propriedades definíveis e mensuráveis.

A orientação do pensamento é no sentido da procura de um factor causal para as doenças e da associação entre esse factor e uma determinada doença ou quadro sintomatológico característico. Estas manifestações possuem, assim, características bem definidas, mensuráveis e categorizáveis.

A preocupação central é o órgão afectado, com o diagnóstico médico, o tratamento e a cura. A pessoa é apresentada de modo fraccionado, não integrado, e o ambiente é algo separado da pessoa e fragmentado em social, físico e cultural (Kérouac et al, 1996).

Este paradigma, inspirou duas orientações distintas na enfermagem. A primeira é uma orientação para a saúde pública, com medidas de higiene e salubridade em geral. A segunda, orienta-se para a doença, em que a pessoa é entendida como um todo formado pela soma das suas partes, que são separáveis e identificáveis. A saúde é entendida como um estado de equilíbrio e sinónimo de ausência de doença. Foi o princípio da medicina técnico-científica. O seu objectivo passou a ser estudar a causa da doença, formular um diagnóstico preciso e propor um tratamento específico (Allan e Hall, 1998).

Neste contexto, a marcada evolução científico-tecnológica, permitiu à medicina alargar os seus horizontes e ter ao seu dispor tecnologia cada vez mais sofisticada, quer para diagnosticar quer para tratar, começando os médicos a delegar tarefas de rotina, que era costume praticarem, para a responsabilidade dos enfermeiros.

O conceito de Cuidados de Enfermagem era, essencialmente, o acto médico delegado, o acto técnico, fundamentado na especialização de tarefas: cada enfermeiro era responsável pela prestação de um determinado cuidado a todos os doentes da enfermaria. Os enfermeiras passam a “fazer por”. Os cuidados são, então, dirigidos para os problemas, limitações ou incapacidades das pessoas.

Nos anos 50, nos pós segunda Guerra Mundial, surge o paradigma da integração. Influenciado pela existência de numerosas pessoas com carências de vária ordem e por um notável desenvolvimento das ciências sociais e humanas, com a contribuição de Adle, sobre a psicologia individual, de Rogers sobre a terapia centrada no cliente, e de Maslow com a teoria da motivação. Todas elas alertavam, segundo Kérouac et al (1996:10) *“para um reconhecimento da importância do ser humano no seio da sociedade”*. Aqui os fenómenos são perspectivados como multidimensionais e os acontecimentos como contextuais. São valorizados tanto os dados objectivos como subjectivos.

Influenciou a orientação da enfermagem para a Pessoa. Os cuidados de enfermagem tinham como objectivo a manutenção da saúde da pessoa em todas as suas dimensões, despertando o conceito de Holismo. O enfermeiro era responsável pela avaliação das necessidades de ajuda à pessoa tendo em conta a sua globalidade. A pessoa passou, agora, a ser entendida como um todo formado por partes em interacção, tendo surgido a expressão “a pessoa como ser bio-psico-socio-culturo-espiritual”. A partir daqui, intervir significa “agir com”.

Saúde e doença passaram a ser perspectivadas como entidades distintas, que coexistem e estão em interacção dinâmica. Surgiram os primeiros modelos conceptuais para precisar a prática dos cuidados de enfermagem. A maioria deles a partir da orientação para a pessoa, e para orientar a formação e a investigação. Desenvolve-se uma visão teórica da enfermagem e surge a investigação em enfermagem.

No início dos anos 70, surge o paradigma da transformação que representa uma abertura das ciências de enfermagem sobre o mundo. Está associado a autores como Watson (1988), Rogers (1989, 1992), Newman (1992) e Parce (1992).

Os fenómenos são, aqui, perspectivados como únicos mas em interacção com tudo o que os rodeia. Cada fenómeno pode definir-se por uma estrutura e padrão únicos. As mudanças ocorrem por estádios de organização e de desorganização, mas sempre para níveis de organização superior (Newman, 1992). Segundo Kérouac (1996:13) *“um fenómeno é único no sentido em que ele não pode jamais parecer-se totalmente com outro. Alguns apresentam algumas semelhanças, mas nenhum se parece completamente. Cada fenómeno pode ser definido por uma estrutura, um padrão único; é uma unidade global em interacção recíproca e simultânea com uma unidade global maior, o mundo que o rodeia”*.

Segundo Kérouac et al (1994), os cuidados de enfermagem têm vindo a situar-se nestes paradigmas, o que nos poderia levar a considerar, como referem Basto e Portilheiro (2003:50) *“que se espera na actualidade que o pensamento dominante dos enfermeiros se situa no paradigma da transformação”*. Contudo, as mesmas autoras apresentaram um estudo, no qual participaram 34 enfermeiros que exercem a sua actividade profissional em Centros de Saúde da Sub-região de Lisboa, subordinado ao tema “Concepções de cuidados de enfermagem: o que dizem os enfermeiros”. Este estudo demonstra que, para mais de 50% dos enfermeiros deste grupo, o conceito de cuidados de enfermagem, se situa no paradigma da integração. O principal objectivo dos cuidados de enfermagem é a manutenção da saúde da pessoa, numa perspectiva global. Segundo as mesmas autoras, estas conclusões coincidem com os estudos no mesmo âmbito, desenvolvidos por Lopes (1995) e Ribeiro (1995b).

Kérouac et al (1996) estudaram a evolução das escolas de pensamento em enfermagem e atribuem a sua evolução à predominância de ideias e valores inerentes a uma determinada época. Segundo os mesmos autores, os referidos

modelos conceptuais podem ser agrupados em seis escolas de pensamento em enfermagem: das necessidades, da interacção, dos efeitos desejados, da promoção da saúde, do ser humano unitário e do “*caring*” (caracterizada por uma abertura para o mundo).

É Florence Nightingale, quem no século XIX, vislumbra talvez a primeira noção de cuidados de enfermagem, não definindo os conceitos de cuidar e cuidados, mas enfatizando a observação sistemática como instrumento para a implementação do cuidado. Como refere Collière (1999:212) “*deseja explicitar princípios que possam servir de fundamento aos cuidados de enfermagem, e evidenciar domínios de conhecimentos que possam ser utilizados para os cuidados de enfermagem*”.

A noção de cuidado, como um acto humanístico e não mecânico, surge associado à escola do “*caring*”. Centra-se no *como* da disciplina e procura responder à questão: Como é que os enfermeiros fazem o que fazem? Surge na década de 50, com Madeleine Leninger, que posteriormente apresenta a sua teoria. Propõe o conceito de Cuidar como tema central para a disciplina de enfermagem e vai mais longe aplicando o termo “*enfermagem transcultural*”, onde considera a existência de uma diversidade e universalidade cultural na prática do cuidar que se necessita conhecer e compreender para se poder prestar cuidados de enfermagem de maneira satisfatória e humanística.

Segundo Margão (1992:23) citando Leninger (1984), o cuidar humano surge como um “*fenómeno universal, mas as suas expressões, processos e padrões variam entre culturas... Cuidar tem dimensões biofísicas, psicológicas, culturais, sociais e ambientais que podem ser estudadas e praticadas para prestar cuidados holísticos às pessoas*”.

Também Jean Watson (1985) define enfermagem como a ciência e a filosofia do cuidar, identificando dez factores de cuidar, que permitem conceber um quadro conceptual para compreender o cuidado de enfermagem. Os conceitos essenciais e específicos deste modelo teórico são o *cuidado transpessoal*, o *ego*, o *campo fenomenológico* e a *ocasião do cuidado actual*.



Para Watson (1985), o cuidado é definido como um ciência desenvolvida a partir de uma filosofia humanista, que é o enfoque da enfermagem.

Watson (2002:111) refere que *“o cuidar pode começar quando o enfermeiro entra no espaço de vida ou campo fenomenológico de outra pessoa, sendo capaz de detectar a condição de ser da outra pessoa, sente estas condições no seu íntimo, e responde à condição de tal forma que o receptor liberta sentimentos subjectivos e pensamentos que ele ou ela desejavam libertar há muito tempo. Deste modo existe um fluxo intersubjectivo entre o enfermeiro e o utente”*.

Estas teorias apresentam uma visão mais abrangente do cuidado, unindo racionalidade e sensibilidade e transformando a enfermagem num processo interactivo entre quem cuida e quem é cuidado, englobando outras áreas de conhecimento como a filosofia, a teologia, a educação, a psicologia ou a antropologia.

Segundo Lopes (1999:59) *“para estas teóricas “os cuidados de enfermagem são simultaneamente uma arte e uma ciência humana do cuidar, um ideal moral e um processo transpessoal que visam a promoção da harmonia entre corpo-alma-espírito”*.

Collière (1989:235) define cuidar como *“ um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, uma acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”*.

De facto, os cuidados de enfermagem exigem um respeito pelo ser humano, tendo em conta a sua unicidade e respeitando a sua liberdade individual. Permitindo que o doente, manifeste os seus pontos de vista, evidencie os seus desejos ou seja, defina ele próprio o seu trajecto. Conforme refere Honoré (2001:17) *“ Cuidar indica uma maneira de se ocupar de alguém, tendo em consideração o que é necessário para que ele realmente exista segundo a sua*

*própria natureza, ou seja, segundo as suas necessidades, os seus desejos, os seus projectos”.*

Cuidar de pessoas implica compreender as formas como cada pessoa ou família vivência os seus problemas, manifesta as suas necessidades e exprime os seus anseios e angústias.

Os enfermeiros são os profissionais que, pelas características inerentes ao seu desempenho, estão mais próximos dos doentes, pelo que dispõem de oportunidades únicas para exercer a arte de cuidar.

Cuidar envolve muito mais do que simplesmente tratar pessoas. Envolve muito mais do que praticar actos complexos e técnicas arrojadas. Como refere Hesbeen (2000:34) *“os cuidados de enfermagem são compostos por múltiplas acções, que são sobretudo uma imensidão de pequenas coisas”*. São estas “pequenas coisas”, que fazendo parte da vida de todos nós, lhe dão sentido e significado e permitem a promoção da saúde das pessoas. Por isso é fundamental que o enfermeiro, sobretudo se quer imprimir uma visão humanista à prática dos cuidados, seja capaz de para além do Saber e do Saber Fazer, desenvolva o Saber Ser, tanto com ele como com o cliente.

Apesar de aparentemente, o processo profissional de cuidar parecer ser um processo lógico, Benner (2001) no seu estudo “De iniciado a perito” verificou que nem todos os enfermeiros seguem esse processo mental racional, decidindo mais rapidamente por intuição. A mesma autora concluiu que o desenvolvimento da sabedoria no desempenho é baseado, quer na experiência, quer na educação do indivíduo e que, de acordo com o “modelo de competências de Dreyfus”, um indivíduo *“passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito”* Benner (2001:43).

Para Benner (2001:58) a enfermeira perita *“tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende*

*directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis”.*

Outro autor de relevo, na temática do Cuidar, é Swanson, com a sua “Teoria de Cuidar de Médio Alcance” (1991). Construída indutivamente, baseada em estudos fenomenológicos efectuados em três diferentes contextos, procurou clarificar o significado do cuidar em enfermagem.

Swanson (1991:13) define cuidar como *“uma forma de se relacionar, crescendo com um outro significativo, com quem nos sentimos pessoalmente envolvidos e responsáveis”* e apresenta cinco categorias ou processos de cuidar: *conhecer, estar com, fazer por, possibilitar e manter a crença*. Neste contexto, *Conhecer*, implica compreender o significado que um determinado acontecimento tem na vida do outro, evitando ideias preconcebidas. *Estar com*, inclui envolvimento emocional e partilha de sentimentos. *Fazer por*, significa fazer pelo outro aquilo que ele próprio faria se lhe fosse possível, é uma atitude de protecção e antecipação das necessidades dos outros. *Possibilitar*, é facultar a capacidade do outro para crescer e/ou praticar o auto-cuidado e *Manter a crença*, é auxiliar a pessoa a ultrapassar determinado acontecimento ou transição. Esta teoria tem contribuído amplamente para clarificar as orientações seguidas na prática, pelos enfermeiros. A relação que se estabelece entre quem cuida e quem é cuidado conduz ao desenvolvimento de ambos, nesta perspectiva do cuidar.

É fundamental reconhecer-se que, o objectivo da prestação de cuidados de enfermagem, já não é a doença propriamente dita, mas antes a resposta do individuo aos processo de saúde e de vida, às transições vividas pelo individuo, família e grupos, ao longo do seu ciclo vital.

Durante os anos oitenta, Afaf Meleis desenvolveu uma teoria sobre o fenómeno das transições no contexto da enfermagem. Estudou alguns factos da vida quotidiana, na óptica das transições, tais como a gravidez, a menopausa, a perda de entes queridos e a emigração, entre outros. Para Meleis et al (2000:13), citado por Messias (2004) as transições são o resultado de algo e têm como consequência mudanças na vida, na saúde, nas relações e no

ambiente. Segundo a mesma autora (Meleis, 1997), essas transições exigem que a pessoa adquira novos conhecimentos para mudar comportamentos e alterar a definição do *self* num determinado contexto.

Schumacher, Jones e Meleis, citados por Gladys et al (2007), definem transição como a passagem entre dois períodos de tempo estáveis, num percurso em que a pessoa se movimenta de uma fase, situação ou estado de vida, para outra. É um processo que ocorre no tempo e tem um significado de fluxo e movimento. A pessoa experimenta mudanças profundas no seu mundo externo e na forma como as percebe. Estas modificações têm repercussões importantes na vida e na saúde da pessoa, dos seus pares e na sua família. Para Chick e Meleis citado por Messias (2004), as transições entram no campo da enfermagem quando interferem com a saúde ou a doença. Ou quando a resposta à transição se traduz em comportamentos relacionados com a saúde.

O enfermeiro deve ter um papel facilitador neste processo de aprendizagem/aquisição de novas capacidades, conhecendo as mudanças e necessidades que acompanham as transições de saúde e doença na vida diária. Só assim poderá manter, apoiar e adicionar o bem-estar físico-psíquico-social, o autocuidado e a qualidade de vida das pessoas, no processo de transição.

Segundo Messias (2004), as transições são fenómenos complexos e multidimensionais e podem ser de vários tipos. Entre eles temos, Saúde/Doença, Desenvolvimento e Tempo de vida, Situacionais e Organizacionais. Contêm quatro propriedades essenciais: *Consciencialização*, é a noção que o indivíduo tem, na maioria das vezes, que está a viver uma transição (mudança); *Compromisso*, diz respeito ao grau de envolvimento da pessoa/família no processo de transição, e pode variar de acordo com a consciencialização que fez anteriormente, com o seu estado físico, com os recursos e/ou os apoios disponíveis; *Mudança e Diferença*, refere-se ao facto das transições serem processos a longo prazo, que resultam de mudanças e criam mudanças. Contudo como referem Bridges et al (1991) citados por Messias (2004), “apesar de todas as transições implicarem mudanças, nem

*todas as mudanças estão relacionadas com as transições”; Tempo de vida, corresponde ao fluxo e movimento através do tempo, da respectiva transição; Acontecimentos críticos, são os acontecimentos ou série de acontecimentos desequilibrantes, que podem coincidir com o início da transição, mas podem também ocorrer noutros pontos da transição.*

Embora as transições sejam universais, as experiências individuais de transição são únicas. Cada indivíduo é único. O contexto sócio cultural em que o indivíduo vivência qualquer uma destas transições, é naquele momento singular, influenciando a resolução e a natureza de cada um destes tipos de transição. Estes momentos críticos são ultrapassados com a aquisição, de uma forma própria e individual, de novas habilidades e comportamentos, que se vivenciam durante as transições.

Para Messias (2004), a chave para a prática de uma enfermagem, baseada no marco das transições, é saber como identificar, facilitar, promover e apoiar os pacientes, nestes momentos críticos. Também Hesbeen (2001:8) refere que *“é justamente o sentido dado aos gestos executados numa determinada situação, sempre particular em si mesma, que constitui a essência da prática do cuidar”.*

De facto, cabe aos enfermeiros identificar e compreender os fenómenos que podem caracterizar-se como transições, planeando e desenvolvendo acções de enfermagem dentro deste processo de transição, que sejam facilitadoras da aquisição das novas aptidões e comportamentos, necessários para ultrapassar, de forma saudável, a referida transição.

Como defende Meleis (1991) citada por Lopes (2000:40) *“A enfermeira interage (interacção), com um ser humano numa situação de saúde/doença (cliente de enfermagem) o qual é uma parte integrante do seu contexto sociocultural (ambiente) e o qual está em alguma espécie de transição ou antecipando essa mesma transição (transição); a interacção enfermeiro-cliente está organizada à volta de algum propósito (processo de enfermagem, resolução de problemas,*

*intervenções holísticas) e os enfermeiros usam algumas acções (intervenções terapêuticas) para aumentar ou facilitar a saúde e o bem-estar”.*

Conforme refere Collière (1989:152), *“É a relação com o doente que se torna o eixo dos cuidados, no sentido em que é, simultaneamente, o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detém em si própria um valor terapêutico”.*

Os cuidados de enfermagem só têm sentido face a esta relação com a pessoa/família, em contextos definidos e identificados, nas suas dimensões técnico/relacional/científica e cultural, e baseados numa prática reflectida. Segundo Lopes (2000:37) *“ O enfermeiro só conseguirá chegar à perícia na prestação de cuidados, reunindo dois critérios obrigatórios: prestando cuidados e reflectindo criticamente sobre os cuidados que presta”.*

No caso da pessoa idosa, em particular na situação de doença, e mais especificamente sujeita a internamento súbito no serviço de urgência, poder-se-ão considerar, em alguns casos, que o indivíduo está a vivenciar uma situação de transição. O enfermeiro é, então, um elemento fundamental, na identificação do tipo e dos padrões de transição no qual o cliente/família se encontram. Só após esta etapa é possível definir intervenções que permitam ao cliente/família recuperar um novo equilíbrio, ou seja, readquirir, embora eventualmente, num novo contexto, o seu bem-estar. É este o objectivo do enfermeiro na procura da excelência do cuidar.

## 2.2 – Domínios e competências da enfermagem

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro), no seu artigo 4º, define o conceito de enfermagem como “ *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 a que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível*”.

Em Abril de 1998, o Estado Português, através dos seus organismos próprios cria a Ordem dos Enfermeiros, como forma de responder à necessidade de regulamentação e controlo do exercício profissional dos enfermeiros e assegurar o cumprimento de regras de ética e deontologia profissional. Esta entidade definiu um “Estatuto da Ordem dos Enfermeiros”, onde são definidos os direitos e deveres decorrentes da ética e deontologia profissional, atribuídos a todos os profissionais de enfermagem, permitindo uma auto-regulamentação e controle do exercício profissional na salvaguarda dos direitos e garantias dos cidadãos, no que respeita aos cuidados de enfermagem.

Enquanto enfermeiros, temos quatro áreas de actuação: prestação de cuidados, gestão, formação e investigação.

De acordo com os padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2002), “*os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue*” e no enquadramento conceptual do mesmo documento, a Pessoa “*é um ser único, com dignidade própria e direito a auto determinar-se*”.

Neste contexto, o enfermeiro pretende, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procurando satisfazer as necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida, frequentemente através da adaptação a múltiplos factores, que são aprendidos pelo cliente.

Os enfermeiros ajudam, assim, a pessoa/família, através da prestação de cuidados de enfermagem, a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, bem como, os seus próprios recursos de saúde, promovendo a aprendizagem sobre a forma de ampliar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios da saúde. Os cuidados de enfermagem pretendem dinamizar as capacidades dos clientes, de forma a que estes respondam às suas necessidades de saúde, sendo, por vezes, necessário reajustar a acção e os cuidados à medida que se confirma ou exclui as possibilidades que o indivíduo apresenta para enfrentar a sua alteração de saúde.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (art.8) “*os enfermeiros têm uma acção de complementaridade funcional, relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional*”.

O exercício profissional dos enfermeiros, embora inserido num contexto de actuação multiprofissional, permite distinguir dois tipos de intervenção em enfermagem:

- Intervenções interdependentes
  
- Intervenções autónomas

As *intervenções interdependentes*, são as iniciadas por outros técnicos da equipa. O enfermeiro assume, apenas, a responsabilidade da respectiva implementação.

As *intervenções autónomas*, são prescritas pelo próprio enfermeiro. Este assume a responsabilidade, não só pela prescrição mas, também, pela implementação técnica da intervenção.

A diferença entre estes dois tipos de intervenções reside, apenas, no prescritor do cuidado, ou seja em quem inicia o processo de prescrição de cuidados.



Segundo Nunes (2006:10) *“O enfermeiro não é o profissional que age por indicação de outrem. A interdependência configura-se simplesmente em relação ao início do processo prescritor e mesmo quando outro profissional prescreve, é o enfermeiro que assume a responsabilidade pelos seus próprios actos (e pelas decisões que toma)”*.

Assim, o exercício profissional autónomo, é orientado pela tomada de decisão do enfermeiro e implica uma abordagem sistémica e sistemática, conforme refere Nunes (2006:10) *“...as nossas decisões quanto aos cuidados e a nossa responsabilidade perante as pessoas de quem cuidamos não apenas nos pertencem como nos constituem profissionalmente”*. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, família ou comunidade e prescreve intervenções de enfermagem que visam evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver, ou diminuir, os problemas reais identificados.

Neste processo, o enfermeiro baseia-se em guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem – *guidelines* – como suporte estrutural na melhoria contínua da qualidade do seu exercício profissional.

Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, a Ordem dos Enfermeiros (2003) refere que *“os princípios humanos de respeito pelos valores, pelos costumes, pelas religiões e por todos os demais previstos no Código Deontológico enformam a boa prática da enfermagem”*. Neste contexto, os enfermeiros reconhecem que a noção de “bons cuidados” não é uma definição universal, pois possui um sentido único para cada pessoa. Ou seja, “bons cuidados” significa coisas diferentes para diferentes pessoas. Por isso o exercício profissional dos enfermeiros exige sensibilidade para reconhecer a unicidade de cada indivíduo, visando os mais elevados níveis de satisfação dos clientes. Como refere Nunes (2006:12) *“A nossa própria razão de ser, enquanto profissionais, decorre da necessidade de cuidados, que deverão ser prestados com excelência, equidade e proximidade: porque somos enfermeiros”*.

### 2.3 - Qualidade em Enfermagem

A qualidade é hoje um tema amplamente difundido no âmbito das organizações e de carácter influente no progresso das sociedades.

A necessidade de implementar sistemas de qualidade é expressamente assumida por diversas instituições nacionais e mundiais, nomeadamente: Organização Mundial de Saúde, Conselho Nacional de Qualidade e Instituto da Qualidade em Saúde, entre outros.

Também no âmbito da saúde, a qualidade é um tema actual e pertinente. Embora, de forma não sistematizada e intencional, a avaliação da qualidade em saúde acontece a todo o momento. Sempre que é formada uma opinião, quer pelos profissionais de saúde quer pelos clientes, relativamente aos cuidados prestados ou ao atendimento realizado nas unidades de saúde, está a ser feita uma avaliação da qualidade.

Dependente de vários factores, a qualidade no âmbito da saúde, apresenta, contudo, uma peculiaridade interessante, que reside no facto do cliente participar no processo, pois a prestação de cuidados de saúde é marcada por uma forte relação de dependência entre quem realiza e quem consome o serviço, o que exige uma personalização constante dos cuidados.

Como refere Feketi (1999:13) *“...coloca para a produção em saúde a necessidades de adequação constante do geral ao particular, na medida em cada indivíduo configura-se por necessidades e situações pessoais”*.

De facto, as unidades de saúde, enquanto entidades prestadoras de serviços, ao contrário das unidades fabris cujo objectivo é a produção de objectos ou materiais, têm como objectivo o serviço prestado ao utente. Este utente é sempre particular pela unicidade que o caracteriza e a qualidade dos cuidados passa sempre por uma abordagem global.

Leininger (1978) e Watson (1985), referindo-se particularmente aos enfermeiros, referem que estes podem melhorar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas se estiverem despertos para integrar nos cuidados dimensões humanas como a cultura e a espiritualidade.

Também Hesbeen (2001:42) refere que *“a qualidade dos serviços prestados exige uma prática diferente, mais verdadeiramente dirigida ao cuidar”*. Apesar de podermos afirmar que a qualidade em saúde não depende apenas do exercício profissional dos enfermeiros, acreditamos que este não pode ser negligenciado ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde.

*“A enfermagem é a ciência humana e do cuidar”* (Watson, 1999) e a qualidade dos cuidados prestados é uma parte importante do universo da qualidade em saúde. Toda a actividade do enfermeiro, desde o pensar ao agir, na relação com o cliente, constitui um acto de cuidar que deve enfatizar a qualidade dos cuidados, envolvendo, não só o desenvolvimento dos saberes técnico-científicos, mas também a capacidade de ir ao encontro do outro e de caminhar ao seu lado para, de acordo com a sua vontade, se conseguir promover a saúde.

A gestão da qualidade é, por isso, o melhor meio de satisfazer todas as necessidades de saúde e bem-estar dos clientes, através da garantia da qualidade dos cuidados que lhe são prestados, tendo em conta a satisfação ao menor custo.

A optimização dos cuidados prestados exige dos profissionais de saúde uma preocupação com a qualidade, não de uma forma isolada, mas em relação aos recursos disponíveis, o que implica um compromisso entre qualidade, quantidade e custos.

Donabedian (1970) associa três componentes aos sistemas de saúde: *estrutura, processo e resultados*; Estes podem ser avaliados de uma forma

independente, de acordo com os dados pretendidos, mas que articulados formam um todo.

Aplicando este modelo aos cuidados de enfermagem, podemos entender a *estrutura*, como um determinado meio onde se prestam os cuidados, o *processo* como o conjunto de acções desempenhadas pelo enfermeiro e os *resultados*, a satisfação das necessidades dos clientes.

Para Kemp (1995), a garantia da qualidade em enfermagem passa, fundamentalmente, pela demonstração de qualidade nos cuidados de enfermagem prestados. A garantia da qualidade, para além de perspectivar a garantia de satisfação do cliente, deve ser entendida pelos profissionais como um meio de determinar as suas lacunas e por consequência, completar a sua formação.

A garantia da qualidade é por isso, um sistema através do qual garantimos a nós próprios e aos outros, a qualidade do trabalho sob a nossa responsabilidade. Donabedian, citado por Silva (1985:7) refere que *“deverão ser os próprios profissionais de saúde a adoptar e assumir a responsabilidade dos processos de avaliação e correcção da qualidade dos cuidados que prestam, se não outros profissionais sem a mesma sensibilidade o farão”*.

A preocupação com a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem não é recente. Segundo Jacquerye (1983:19) *“uma das primeiras tentativas foi efectuada nos Estados Unidos, em 1950, por Reiter e Kakosh, que a partir da análise de várias situações clínicas, do ponto de vista da enfermagem, elaboraram o “Código de boa prática”, que constitui uma revisão de critérios de qualidade”*.

Posteriormente, na década de sessenta, a Liga Nacional de Enfermeiros dos Estados Unidos da América, propõe um guia de avaliação dos cuidados de enfermagem com seiscentas questões que poderiam corresponder a critérios de qualidade.

De acordo com Sousa (1996), nessa mesma década, outros estudos foram desenvolvidos no âmbito da qualidade dos cuidados. Entre eles temos os de Dunn e Cash (1970), baseado na observação directa do desempenho dos enfermeiros e análise dos registos, sobretudo ao nível dos cuidados básicos (higiene e terapêutica) e Horn e Swain (1977), fundamentado nos conceitos de Orem, sobre as necessidades individuais.

Também no Canadá, os primeiros registos datam de 1969, com a publicação, pela Associação das Enfermeiras Canadianas, de directrizes para a elaboração de normas de cuidados de enfermagem.

A nível Europeu, embora surjam nos anos setenta registos sobre esta temática, estes são baseados em estudos americanos.

Em Portugal surgem, também, nesta altura várias tentativas de trabalhar o tema, com destaque, em 1982 para o 2º Congresso de Enfermagem, onde é trabalhado o tema. Como referencia Sousa (1996:30) “*sendo de salientar o trabalho de Romeu do Carmo (1983) sobre uma proposta de metodologia de avaliação da qualidade*”.

Segundo Hesbeen (2001:45) “*A qualidade é, por vezes, entendida como a excelência ou ainda como o que há de melhor*”. Contudo, a excelência não é mensurável e a operacionalização do conceito de qualidade é indispensável para que esta possa ser medida. Isto exige, por um lado, a utilização de vias predefinidas com os quais possam ser comparados aspectos de qualidade – os *critérios*. Por outro, os valores dos critérios que permitem expressar a medida, o grau adequado ou o intervalo de variação aceitável entre o que é e o que deveria ser – os *padrões*.

De facto, só através da avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem se pode corrigir desvios encontrados e, em última análise, garantir a sua qualidade.

Contudo é fundamental considerar a diferença entre avaliar os cuidados e garantir a qualidade. A avaliação dos cuidados consiste em estabelecer o nível de qualidade num dado momento. Pode significar diferentes coisas em diferentes situações. Varia de acordo com múltiplos factores, nomeadamente, a cultura local, as pessoas envolvidas, o tipo de sociedade e o contexto analisados.

A garantia da qualidade é, segundo Sousa (1996:54), *“um sistema planeado de actividades que, quando executadas correctamente, deverão fornecer um produto ou serviço, que satisfaça padrões previamente acordados, enquadrados nos recursos e prazos estipulados. Avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem deve ter um objectivo bem definido, permitindo a introdução de acções tendentes a corrigir deficiências detectadas, por forma a prestar à população os serviços a que tem direito”*.

Com a criação da Ordem dos Enfermeiros (1998) várias foram as competências regulamentadas que permitiram ascender a novos patamares na enfermagem destacando-se, entre elas, a definição de padrões de qualidade de cuidados de enfermagem (2001), perspectivando a implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001), compete ao Conselho de Enfermagem definir padrões de qualidade dos cuidados e zelar pela sua observância. *“Daqui ressalta o papel conceptual inerente à definição dos padrões de qualidade e o papel de acompanhamento da prática, nos sentido de promover o exercício profissional da enfermagem a nível dos mais elevados padrões de qualidade”*. (Ordem dos Enfermeiros 2001:3).

Às instituições de saúde, por seu lado, compete adequar os recursos e criar estruturas que possibilitem o exercício profissional de qualidade. Segundo a mesma fonte (2001:4) *“o maior desafio passa por reformar métodos e técnicas que demonstraram não beneficiar os cidadãos”* sendo, por isso, necessário reflectir sobre a prática para definir objectivos e delinear estratégias.

Foram, então, construídos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, fundamentados nos conceitos base do enquadramento conceptual da profissão: Saúde, Pessoa, Ambiente e Cuidados de Enfermagem (metaparadigma da enfermagem, já referenciado no capítulo anterior).

Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros traduzem prioridades face ao desenvolvimento profissional da enfermagem e visam, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001:8), “*explicitar a natureza e englobar os diferentes aspectos do mandato social da profissão de enfermagem*”.

Foram definidas seis categorias de enunciados descritivos, relativas a:

- Satisfação dos clientes
- Promoção da saúde
- Prevenção de complicações
- Bem-estar e auto cuidado
- Readaptação funcional
- Organização dos cuidados de enfermagem

A definição destes enunciados permite aos enfermeiros ter uma referência comum e uma orientação superior para a prática profissional. Aos utentes um quadro de garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

A Ordem dos Enfermeiros, na continuidade das acções que apontam para a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem, divulga, em 2003, as competências dos enfermeiros de cuidados gerais, decorrentes de um quadro conceptual baseado na definição dos cuidados de enfermagem e assente em três domínios: a) prática profissional, ética e legal; b) prestação e gestão de cuidados e c) desenvolvimento profissional, com o objectivo de garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem aos utentes, família e comunidade.

No domínio da prática profissional, ética e legal estão incluídas a responsabilidade, a prática segundo a ética, em conformidade com o código deontológico e a prática legal, conforme a legislação em vigor.

No domínio da prestação e gestão de cuidados estão incluídos os conhecimentos teórico-práticos, eficientemente mobilizados e assentes num espírito crítico e de iniciativa.

No domínio do desenvolvimento profissional, estão abrangidos a valorização profissional, a melhoria da qualidade e a formação continua.

Na sequência destas actividades, e ainda no âmbito dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros inicia em Março de 2005 um projecto de intervenção, cujo objectivo é, segundo esta entidade (2007:21), *“contribuir para a implementação e para o desenvolvimento de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e da qualidade dos cuidados, através da apropriação, pelos enfermeiros, dos padrões de qualidade e do envolvimento das organizações prestadoras de cuidados de saúde onde os enfermeiros desenvolvem a sua actividade profissional”*.

Neste contexto, foram abertas candidaturas para adesão das Instituições prestadoras de cuidados (Hospitais, Centros de Saúde e Escolas Superiores de Enfermagem) a programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e constituídas bolsas de dinamizadores/formadores para efeitos da qualidade que, após formação específica, são os responsáveis pela divulgação e implementação dos padrões de qualidade nas suas instituições.

Vivemos agora uma época em que a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados bem como a sua avaliação devem ser uma preocupação fulcral no nosso desempenho, não só como forma de otimizar os cuidados prestados, mas também pela forte convicção de que a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem é, actualmente, responsabilidade de todos os enfermeiros.



### 3 – O DOENTE IDOSO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

#### 3.1 – Saúde e doença no idoso

Os múltiplos contextos e experiências humanas, associados aos diferentes âmbitos históricos e culturais, sociais e pessoais, científicos e filosóficos, têm permitido produzir múltiplas concepções de saúde/doença.

A Organização Mundial de Saúde definiu, em 1948, saúde como um estado de equilíbrio e completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.

Na década de 70, o conceito de saúde passou a integrar os aspectos físicos, mentais, sociais e factores ambientais, considerando o indivíduo como um todo.

Em 1986, a Organização Mundial de Saúde, tornou o conceito de saúde mais objectivo, definindo-a como *“a medida em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objectivo dela”*.

De facto, falar de saúde como ausência de doença parece ser, cada vez mais, um objectivo inatingível e sem sentido. Os conceitos de saúde e de doença envolvem vários estados humanos – físico, psicológico, social e espiritual – pelo que dificilmente uma pessoa se poderá considerar completamente doente ou completamente saudável.

Jean Watson (1979) escreveu que, quando se tenta definir saúde e doença nos confrontamos com dois tipos de doenças: a doença do corpo físico (muitas vezes facilmente diagnosticável e tratável) e a doença do corpo vivido (mais difícil de diagnosticar, definir e tratar) que afecta mais gravemente a condição de existência da pessoa humana.

Segundo Berger (1995:107) *“definir saúde não é uma tarefa fácil, porque este conceito provem dos antecedentes, do meio socio-cultural ou dos percursos de cada indivíduo”*.

O conceito de saúde é multidimensional e a saúde e as doenças dos indivíduos desenvolvem-se ao longo do ciclo da vida, influenciam e são influenciadas pelos comportamentos individuais assumidos. A idade e a percepção individual do próprio estado de saúde são factores que influenciam também, a concepção de saúde e de doença.

Para Ribeiro (1994), a saúde é definida no início da adolescência de uma forma mais concreta e relacionada com indicadores externos. Para os mais velhos já inclui dimensões afectivas e psicossociais no seu conceito.

Também a auto avaliação individual do estado de saúde influencia o conceito de saúde e doença, pois como refere Berger (1995:116) citando Weil *“as pessoas que se julgam doentes procedem como doentes, mesmo na ausência de sinais clínicos reais, e as que se julgam com saúde agem como pessoas saudáveis”*.

É um facto assumido que as pessoas idosas tendem a desenvolver um maior número de doenças crónicas, bem como uma série de dependências que advêm, quer destas doenças, quer do decurso normal do próprio envelhecimento, implicando que o conceito de doença, esteja invariável e frequentemente associado ao envelhecimento. Porém, conforme refere Berger (1995:116) *“acreditar que a doença e o envelhecimento são sinónimos é um erro grave que infelizmente muita gente faz”*.

Segundo Fonseca (2006:125) refere, citando Birren et al (1985) *“A importância da variável saúde/doença no envelhecimento é de tal modo importante que está na origem da discussão clássica entre envelhecimento normal ou primário (que não implica a ocorrência de doença) e envelhecimento patológico ou secundário (aquele em que há doença e em que esta se torna a causa próxima da morte) ”*.

Vários autores, definem dois padrões de envelhecimento, o *primário* e o *secundário*, enquanto que outros, nomeadamente Birren, Schaie, Schroots (1996) definem já, três padrões de envelhecimento:

- *Primário ou fisiológico*, universal e progressivo. Não é uma doença mas sim um fenómeno que acontece em todos os seres vivos.
- *Secundário ou patológico*, associado a doenças orgânicas, afasta-se do processo fisiológico normal do envelhecimento.
- *Terciário ou terminal*, associado a um grande aumento de perdas físicas e cognitivas num período de tempo relativamente curto.

Embora, como referido anteriormente, seja entre os idosos que prevalecem as doenças crónicas e as múltiplas patologias, o que faz deste grupo o maior consumidor de cuidados de saúde, é de notar que, segundo Berger (1995:117) *“a maioria dos idosos considera-se geralmente saudável, apesar de terem problemas crónicos”*.

A mesma autora (1995), citando Cormier e Trudell, refere que, no Quebec e nos Estados Unidos, a percentagem dos idosos que se consideram doentes, varia entre 12 a 30%. De facto, a concepção subjectiva dos conceitos de saúde e doença, é de natureza individual, sendo esta constatação muito evidente nos idosos. Segundo Fontes (1997:10) *“neste contexto o conceito de saúde não está centrado na doença mas sim numa noção de autonomia e de capacidade individual, componente fundamental para o bem-estar do idoso”*.

Vários autores defendem que, as alterações que não causam incapacidade e dependência, são menos valorizadas pelos idosos, embora numa abordagem biomédica possam ser avaliadas como mais graves. A capacidade individual para realização das tarefas diárias, traduz-se na autonomia. É um componente fundamental no conceito de saúde do idoso.

Também Ribeiro (1994:55) citando Goldberg e Dab, menciona três abordagens na avaliação da saúde do indivíduo: uma decorrente da percepção individual, outra baseada na sua adaptação ao meio ambiente e outra com a sua capacidade funcional para a realização de determinadas tarefas sociais.

A saúde e a doença, já não são, então, normas biológicas, mas antes realidades pessoais. Neste contexto, a definição de saúde não está apenas centrada na presença ou ausência de doença mas sim, numa noção de autonomia e de capacidade funcional.

Segundo Berger (1995:118) *“Esta atitude é muito mais importante em gerontologia pois, mesmo quando não há cura possível, o idoso doente pode ainda assim esperar um estado de saúde e bem-estar óptimo”*.

Embora, habitualmente, o elemento mais importante e valorizado na concepção global de saúde do idoso, seja a autonomia individual, na avaliação do estado de saúde dos idosos, as manifestações físicas nunca deverão ser o único factor ou critério a ter em conta, realçando-se a importância da capacidade de adaptação que, neste grupo, é determinante na evolução do *continuum* de saúde.

Segundo Berger (1995:120) *“É reconhecido cientificamente que a capacidade de mudança e de adaptação, existe nos idosos”*.

A saúde e doença no idoso deve, por isso, ser entendidas numa dimensão global, que engloba aspectos físicos, mentais, sociais e económicos, permitindo uma avaliação cuidadosa, a partir de critérios específicos, aliados, sobretudo, à capacidade de adaptação.

Fontes (1997:9) refere, relativamente a este assunto, que *“ na etapa da velhice é mais correcto falar-se em Bem Estar”*. O bem estar, segundo esta autora, mais do que uma noção estatística e limitada, representa um atitude face à saúde que implica uma relação estreita entre todas as componentes individuais. Caracteriza o equilíbrio efectivo entre o ambiente que o idoso está inserido, o seu meio interno e todos os outros fenómenos pessoais, presentes aos mais diversos níveis.

Assim, para além das noções clássicas de saúde e doença, há na abordagem da saúde e doença no idoso, dois conceitos fundamentais, nomeadamente,

autonomia e bem estar que, associados à perspectiva individual do próprio conceito, se apontam indispensáveis no contexto da gerontologia.

Como refere Silva (1993:31) *“Cada doente idoso é, enquanto homem, absolutamente original, é diferente, não repete o que os outros já fizeram”*.

### 3.2 – A comunicação com o idoso

A palavra comunicar deriva do latim “*comunicāre*” que significa “*dividir alguma coisa com alguém*”. (Costa e Melo, 1998:396).

Etimologicamente, comunicar é tornar comum. A comunicação é, portanto, no seu princípio, a passagem do individual ao colectivo e a condição de toda a vida social. De uma forma geral, a comunicação consiste numa troca de mensagens carregadas de significado.

Deaux e Wrighisen (1984:22) definiram comunicação como: “*uma interacção onde duas ou mais pessoas enviam e recebem mensagens e, durante o processo ambos se apresentam e recebem um ao outro*”. Esta definição assume que não existem interacções passivas. Todos nós comunicamos, mesmo quando não falamos.

Tal como refere Watzlawick (1967:45) “*Actividade ou inactividade, palavras ou silencio, tudo possui um valor de mensagem; influenciam outros e estes outros, por sua vez, não podem não responder a essas comunicações e, portanto, também estão comunicando*”.

De facto, o nosso corpo transmite e recebe sinais que codificamos e descodificamos de modo a que a interacção faça sentido. Comunicar não é só falar por palavras: tudo em nós comunica. Os gestos, as expressões faciais, o olhar, o silencio, a aparência exterior...

A ideia central da teoria da comunicação de Watzlawick (1991) é que tudo é comunicação. É impossível não comunicar, pois qualquer conduta significa comunicação.

Esta ideia é reforçada por Mcwhinney (1994:87), ao citar Rogers (1989), que afirma que “*como consultores, ouvimos não apenas com os nossos ouvidos mas também com os nossos olhos, mente, coração e também imaginação. (...) Nós ouvimos as palavras do outro mas também ouvimos as mensagens*

*escondidas nas palavras. Nós escutamos a voz, a aparência e a linguagem corporal do outro. Somos ouvintes atentos quando nos focamos inteiramente naquilo que é dito e nas circunstâncias em que é dito”.*

Na comunicação existem elementos essenciais: o emissor, o/os receptores e a mensagem. Tanto o emissor como o receptor processam a informação emitida e/ou recebida, de acordo com a sua forma de pensar e agir. Ou seja, de acordo com a sua história, as suas vivências anteriores, as influências vividas ao longo da vida e ainda com as suas aptidões físicas e psicológicas, bem como factores circunstanciais.

A comunicação é, assim, um fenómeno complexo, na medida em que interferem múltiplos factores, desde aqueles que podem afectar o indivíduo (biológicos, psicológicos, psicossociais), aos factores do meio ambiente (ruídos, falta de privacidade, de espaço, etc.).

Berger (1995:476) refere que *“a comunicação é um processo muito complexo, baseado em cinco dimensões: biológica, fisiológica, social, cultural e/ou espiritual”.*

O envelhecimento altera algumas destas condições, afectando não só a capacidade de comunicar do idoso mas, frequentemente, modificando a forma como o faz.

O processo de senescência, bem como certas doenças crónicas, alteram o funcionamento dos órgãos dos sentidos, diminuem as capacidades sensorio-perceptuais e transformam a forma de comunicar, do indivíduo idoso, que se traduz numa manifesta redução da capacidade de receber e tratar a informação recebida.

A nível fisiológico são as mudanças ao nível dos sentidos as principais responsáveis pelas dificuldades na comunicação, nomeadamente: a redução das sensações tácteis, a diminuição da acuidade auditiva e visual. Das diversas doenças que afectam a comunicação, algumas perturbam a palavra,

enquanto outras perturbam não só a palavra como também a linguagem. As perturbações árticas (pronuncia anormal dos sons), a monotonia das palavras, o débito verbal irregular, a dificuldade na articulação das palavras e a afasia, presentes em alguns idosos, dificultam a comunicação oral e escrita com os que o rodeiam e condicionam, posteriormente, outros comportamentos que aumentam as dificuldades de comunicação.

Como refere Stevens, citado por Berger (1995:478) “*Não ser capaz de comunicar é uma atrofia ameaçadora para o equilíbrio emotivo*”. Esta situação conduz ao isolamento físico do idoso, reduzindo os seus contactos com os outros e a longo prazo as suas relações ficam resumidas, por vezes, apenas ao cônjuge ou a uma única pessoa significativa. Como já referido anteriormente, mesmo no idoso saudável, está inevitavelmente presente um conjunto de perdas de ordem biopsicosocial que podem influenciar a expressão verbal e não verbal, na comunicação com os outros.

Face à relação próxima que se estabelece durante a prestação de cuidados, o enfermeiro assume um papel fundamental na comunicação com o doente, em geral, e com o idoso em particular.

É fulcral, ao comunicar com o idoso, ter consciência da importância da comunicação em todas as suas vertentes e assegurar a eficácia da comunicação, no sentido do êxito da relação de ajuda. Como refere Adam (1994:94) “*Cabe ao enfermeiro demonstrar, por palavras e actos, que tem atitudes que o paciente pode qualificar de ajuda*”.

Ao nível da comunicação verbal é primordial assegurar que o idoso consegue entender a mensagem. Um tom de voz adequado, mas não elevado, e uma posição que permita ao idoso observar a face do interlocutor, são factores facilitadores da comunicação com o idoso.

O discurso deve ser simples, transmitido de uma forma calma, mas pertinente. É importante que o idoso reconheça alguma utilidade na conversa em que está a participar. Fornecer tempo para o idoso responder, isto é, respeitar os



períodos de reflexão, dando tempo para o idoso integrar a pergunta e elaborar a resposta, sem mostrar indícios de impaciência, assim como reformular algumas questões no sentido de as explicitar, são outros factores determinantes na comunicação com o idoso. Isto inclui a capacidade para escutar que exige, não só, a utilização do órgão da audição, mas também a utilização de todos os sentidos e da capacidade de compreensão intelectual e afectiva.

Ao nível da comunicação não verbal é importante tomar consciência, dos indícios não verbais que são emitidos/recebidos pelo doente idoso, tais como: **o contacto visual**, que permite regular e sincronizar a conversação; **a postura corporal** e **o gesto**, que muito associados à linguagem são ilustrativos das palavras, e demonstram frequentemente estados de alma não traduzidos verbalmente; **a expressão facial**, que transmite poderosos indícios, quer positivos quer negativos, do que se quer transmitir, muitas vezes até, contrariando e traíndo a expressão oral; **o toque**, sendo a mais básica das respostas humanas, funciona a uma série de níveis, de uma forma individual, é por isso importante, ter uma percepção imediata da reacção ao toque, não impondo ao idoso esta forma de contacto.

Comunicar, em particular com o idoso, exige tempo, disponibilidade para permanecer junto dele, falar com ele e sobretudo escutá-lo. É estar disponível para a comunicação, na sua globalidade e não apenas para as palavras que o idoso pronuncia, já que só as palavras nunca traduzem a realidade complexa da experiência dos indivíduos.

O escutar, tal como defende Lazure (1994), não é de maneira alguma sinónimo de ouvir. Escutar é constatar e também aceitar, deixar-se impregnar pelo conjunto das suas percepções, tanto exteriores como interiores.

Castro et al (2002) referindo-se à comunicação afirma que *“é indispensável que o enfermeiro se faça entender, mas sobretudo saiba escutar, seja capaz de fazer o utente sentir que está a ser alvo de atenção e respeito e que o diálogo entre ambos é mais do que uma mera formalidade”*.

Uma relação de empatia e congruência, aceitando o idoso tal como ele é, permite comunicar de uma forma mais eficiente e objectiva, sendo por vezes necessário recorrer a várias formas de comunicação como a única maneira de assegurar a pretendida eficácia.

Cuidar do idoso implica estabelecer uma relação que permita compreender as formas como cada um vivência os seus problemas, manifesta as suas necessidades, exprime os seus anseios e angustias, que só é possível no encontro com o outro, através do olhar, da voz, da postura, do gesto...transmitindo e recebendo sinais que se codificam e descodificam, de modo a que a interacção faça sentido.

Como refere Berger (1995:502) *“Comunicar é uma arte que não consiste somente numa troca de palavras, mas num partilhar de emoções, de sentimentos e ideias”*.

### 3.3 – Conceito de serviço de urgência

A missão do Serviço de Urgência consiste na abordagem de situações urgentes e emergentes que, não sendo atendidas de imediato, colocam em risco a vida do doente.

O grande objectivo deste serviço é proporcionar cuidados contínuos e de elevada qualidade ao doente crítico, num local privilegiado técnica e humanamente, para enfrentar e resolver a grande maioria das situações apresentadas.

A natureza técnica da diferenciação disponível nos serviços de urgência, bem como o equipamento, tem a ver com as características próprias de cada hospital e respectivo âmbito a que se destina assim como os recursos humanos dotados são determinados, superiormente, com base em estudos estatísticos e na real necessidade de prestação de cuidados de emergência às populações.

Médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica, mas também novos, velhos, crianças, sem-abrigo, clandestinos, e tantos, tantos outros são as personagens centrais do serviço de urgência.

Os doentes apresentam uma vasta gama de problemas efectivos e/ou potenciais e as alterações do seu estado clínico são constantes e demasiado rápidas, o que exige uma avaliação efectiva e permanente por parte dos profissionais de saúde.

O serviço de urgência, pelas suas características intrínsecas, a intensidade do trabalho físico e mental, a responsabilidade profissional, a confrontação continua com a morte e as ameaças constantes de perda e fracasso é, por si só, indutor da despersonalização e desumanização dos cuidados prestados.

O facto das necessidades fisiológicas destes doentes frequentemente se sobrepõem às necessidades psicológicas, conduz a que o papel social e afectivo, seja renegado para segundo plano.

A peculiaridade do ambiente do serviço de urgência, com os seus fios, máquinas, perfusões, monitores, registos, exames...fazem da pessoa um aglomerado de valores, que numa primeira fase, serve muito mais para separar as pessoas do que para as unir.

Por tudo isto, o serviço de urgência é particularmente despersonalizante. Ao entrar no serviço o doente já pouco pode decidir acerca dos cuidados físicos, socialização ou privacidade. Para além da vulgar diminuição da sua força física, está sob rigorosa vigilância de médicos e enfermeiros. Na admissão fica esbatido o seu estatuto de independência, torna-se doente.

O uso de roupas e objectos pessoais é normalmente proibido. A presença de visitas está limitada a um reduzido número de pessoas, durante um curto período de tempo e condicionada ao funcionamento do serviço. Os doentes não podem decidir quem entra no quarto, quem lhes presta cuidados ou quem lhes faz os tratamentos penosos.

As normas do hospital, habitualmente, não permitem alterações. E embora nas últimas décadas tenha sido avivada a necessidade de humanizar e personalizar o hospital, o serviço de urgência, é ainda de uma forma geral, um local com regras definidas e pouco permeáveis à individualização das necessidades individuais do doente.

Há situações graves e complexas, onde é exigido aos profissionais de saúde que aí trabalham, destreza, sintonia, competência e rapidez na actuação, pois disso depende, muitas vezes, a eficácia do cuidado e em ultima análise a vida do doente.

Como referido por Queiróz (2007), o serviço de urgência é um mundo, que as pessoas sabem que existe mas que desconhecem. Um mundo de muitas e

fortes emoções, no qual são desafiados todos os dias os limites da própria vida.

### 3.4 – O idoso no serviço de urgência

No contexto do serviço de urgência, como referenciado anteriormente, as relações interpessoais, quer entre os profissionais, quer com os doentes, tornam-se, muitas vezes, desgastantes reflectindo-se, por vezes, na forma de cuidar.

O elevado número de doentes admitidos e o seu curto tempo de internamento, muitas vezes inesperado, são factores condicionantes do sucesso da relação de ajuda no serviço de urgência. Vulgarmente, as pessoas em situação crítica são vistas pelos profissionais de saúde, principalmente no seu papel de doentes e todos os esforços e diligências são feitos no sentido de minimizar o desconforto físico e debelar a doença.

O idoso está hoje, cada vez mais, entregue a si próprio e é muitas vezes de uma forma isolada e fragilizada que chega ao serviço de urgência, trazido por familiares, amigos ou vizinhos que conhecem mal ou desconhecem a realidade do idoso.

O internamento no serviço de urgência desencadeia no idoso uma panóplia de emoções e conflitos que este tem geralmente dificuldade em verbalizar, mas que o levam, por vezes, a um estado de depressão e desorientação pontualmente irreversível e comprometedor da sua qualidade de vida.

Isto porque o hospital, na sua globalidade e o serviço de urgência em particular, pelas suas características intrínsecas, significam para o idoso um mundo *desconhecido*, onde rostos estranhos se movimentam velozmente ao seu redor, causando vazio e solidão; *despersonalizado*, pois a sua identidade é, se não ignorada, frequentemente esbatida e necessariamente *agressivo*,

pois a sua função curativa, com a utilização de técnicas e meios dolorosos e desconfortáveis, implica quase sempre sofrimento.

O internamento no serviço de urgência representa sempre para o idoso uma ameaça porque vem alterar o decorrer normal do seu quotidiano, de uma forma, mais ou menos agressiva, mais ou menos violenta, mas sempre imprevista, incómoda e desconfortante.

A transição súbita de saúde para doença é uma experiência complexa e altamente individualizada. O idoso sente, com grande sofrimento e do, a perda gradual de autonomia para tarefas que realizava com prazer, quer pelas suas próprias limitações, quer pelas limitações impostas pelas regras rígidas do funcionamento do serviço de urgência.

Os idosos sentem-se, por isso, inquietos, pois foram afastados do seu ambiente habitual, porque têm restrições nas visitas e porque dependem dos outros para as suas actividades mais básicas.

O regime de visitas ao doente tem igualmente particularidades no serviço de urgência. Com um único momento diário de visita, esta é sempre condicionada pelo funcionamento do serviço e necessidade de intervenções imprevistas, que permitem suspendê-la ou suprimi-la. Limitada a um curto período de tempo e a uma única pessoa, por isso, um momento muito ansiado pelo doente idoso, que vê neste acontecimento a sua quase única forma de contacto com exterior e a continuidade dos seus relacionamentos.

Também a forma de trato é frequentemente alterada. O nome pelo que é tratado no seu meio social é, ainda actualmente, substituído por um simples e comum número de cama, pois é muito mais prático em termos funcionais. O idoso normalmente desconhece os nomes e as funções dos vários profissionais que com ele privam diariamente.

As perdas de objectos pessoais são também para o idoso significativas. São-lhe retirados os óculos e a prótese dentária, para além de toda a sua roupa ser substituída por vestimenta hospitalar.

Ao entrar no serviço de urgência perdeu tudo o que faz parte do seu mundo específico e singular que o diferencia de qualquer outro ser humano e que se traduz em privações aos mais variados níveis, com a agravante de que tudo lhe foi retirado por um rosto sem nome, como tantos outros, que correm ao seu lado com um tempo parco para explicações, com uma forte convicção de que há rotinas a cumprir e escasso espaço para opções.

Como referem Vaz e Catita (2000:15) *“Ao entrar no hospital o Homem doente é inserido num universo a maior parte das vezes cheio de agressividade, que não respeita as suas pulsões básicas, que interfere com os seus instintos primordiais, que reduz o seu território e que modifica profundamente o seu estatuto hierárquico”*.

Os idosos acentuam aqui o seu receio da morte ou da perda definitiva de autonomia e sentem, sobretudo, a invasão da sua privacidade; perdem a motivação e tomam, por vezes, a decisão de nada fazerem, de renunciar e recusar tentar fazer qualquer coisa.

A rapidez de todo o processo, acontecimento, internamento, alta, impede muitas vezes que o idoso seja capaz, ou tenha oportunidade de verbalizar exactamente as suas necessidades, e que os profissionais tenham capacidade de adequar os cuidados às reais necessidades do doente idoso.

O idoso é, assim, frequentemente tratado mas nem sempre cuidado, pois o cuidado envolve muito mais do que simplesmente tratar pessoas doentes, como refere Castro et al (2002:20) *“ só se cuida verdadeiramente quando se reconhece no utente, por um lado, a fragilidade da qual emerge a necessidade do cuidado e, por outro, a capacidade que este tem para participar nesse mesmo cuidado”*.

Cuidar no serviço de urgência, em particular do doente idoso, exige que o enfermeiro desenvolva determinadas competências, que não têm só a ver com o grau de conhecimentos que o enfermeiro possui, mas também com a rapidez, agilidade e, sobretudo, sensibilidade com que domina as situações, valorizando o contacto e o comprometimento estabelecido com o doente e família.

Como refere Hesbeen (2000:37) “ *Cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber – ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular*”.

De facto, cuidar o idoso no serviço de urgência, significa, cada vez mais, ser capaz de dar uma atenção particular, especial, individualizada a cada doente/família e ter a capacidade de o entender como um ser único, não o comparando com qualquer outro ser humano, nem tendo a pretensão de o substituir.

Os idosos, sujeitos a internamento súbito, potenciam a sua forma de sentir e ampliam a importância dos gestos e das atitudes dos enfermeiros do serviço de urgência, que esperam eficientes, profissionais, mas também e, sobretudo, gestos carinhosos que demonstrem real preocupação com as suas necessidades.

No serviço de urgência o desenvolvimento destas habilidades nem sempre é fácil. A azáfama do quotidiano neste serviço impedem por vezes os enfermeiros de consciencializar e identificar as necessidades individuais dos doentes idosos, pois, frequentemente, as necessidades fisiológicas se sobrepõem às necessidades psicológicas, levando a que o doente, como ser social, seja praticamente ignorado.

Cabe ao enfermeiro ter a noção da importância do momento da visita para o doente idoso, valorizando e reconhecendo neste momento os seus papéis sociais mais importantes e os seus relacionamentos e aproveitando a



oportunidade para obter informações pormenorizadas sobre o doente, que poderão tornar-se úteis na prestação de cuidados de enfermagem.

De acordo com Castro et al (2002:23) *“Oferecer cuidados efectivos apenas do ponto de vista técnico, sem prestar atenção á pessoa, além de constituir uma negação do direito que lhe assiste, é prova de insuficiência na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade”*.

De facto, os profissionais de enfermagem devem ser capazes de minimizar a experiência dolorosa que representa o internamento do doente idoso no serviço de urgência, fazendo a avaliação das necessidades do idoso numa perspectiva holística, compatibilizando o respeito dos valores humanos com os limites impostos às suas decisões pelos condicionalismos da instituição hospitalar.

O respeito pelo idoso deve ser defendido como um dado adquirido e o enfermeiro deve ser responsável por impedir que a situação de internamento, com todo o seu ritual, reduza o estatuto da pessoa idosa ao de um objecto de cuidados, traduzido num conjunto de gestos repetitivos, banais, estereotipados e frequentemente atentatórios da dignidade do doente idoso.

Cuidar o doente idoso, no serviço de urgência, tem de representar mais do que o encontro ocasional entre o Homem que sofre e o técnico de saúde. Deve basear-se numa relação de ajuda com uma componente humana e pessoal verdadeiramente ampla e treinada no sentido de responder às reais necessidades dos doentes idosos.

Como referem Vaz e Catita (2000:17) *“ O enfermeiro da urgência alia a sofisticação técnica de um ambiente sui generis a uma abordagem pessoal e individualizada destinada a conseguir o máximo para o seu doente”*.

### 3.5 – Satisfação do doente idoso

O estudo da satisfação dos clientes tem sido nos últimos anos uma das prioridades de investigação em várias áreas académicas, onde a saúde não é excepção. É amplamente reconhecido que as perspectivas dos doentes são largamente reconhecidas como determinantes na avaliação da qualidade dos cuidados prestados.

Segundo Neves (2002) a satisfação dos utentes, enquanto indicador da qualidade dos serviços de saúde, reveste-se da maior importância, quer para entender as reacções às políticas definidas para o sector, quer para avaliar o grau de correcção da qualidade em resultado da sua aplicação.

Também McIntyre (2002) refere que a opinião do utente é considerada indispensável para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde, a identificação de problemas a corrigir ou de novas expectativas em relação aos cuidados e, também na reorganização dos serviços de saúde.

Apesar do grande número de publicações nas últimas décadas terem promovido o desenvolvimento de teorias acerca deste tema, menor ênfase tem sido dado à criação de instrumentos de mensuração desta satisfação. De acordo com Neves (2002) a demonstração imediata de apreço ou desagrado expressa-se, formal ou informalmente, no acto da prestação do próprio serviço de saúde.

Segundo Silva et al (2007:13) “ *O “livro de reclamações” e a “caixa de sugestões”, que em parte se introduziu nas rotinas dos serviços de saúde, não tem tido o devido aproveitamento gestor*”.

De acordo com Bachelet (1995) citado por Cunha et al (1997:1) “*apesar do grande esforço empreendido no desenvolvimento de consistentes modelos para sustentar os procedimentos que envolvem as investigações relacionadas à satisfação de clientes, menor ênfase tem sido dada no que se refere à elaboração de esquemas de mensuração*”.

Embora a satisfação e as suas diversas dimensões sejam reconhecidas como parte integrante dos cuidados e a evidencia mostre que a melhoria da qualidade está fortemente relacionada com a satisfação dos doentes, no âmbito concreto da saúde, também não é fácil avaliar a satisfação dos utentes (clientes), pois é conhecido que, tanto os profissionais de saúde como as administrações dos serviços de saúde, têm perspectivas diferentes das dos doentes quanto às noções de cuidados de saúde. É por isso fundamental, para avaliar a satisfação neste âmbito, que se conheçam os aspectos da prestação de cuidados que os consumidores destes serviços mais valorizam.

Segundo Ferreira et al (2003) os doentes mais insatisfeito, com os cuidados de saúde que lhe são prestados, estão mais predispostos a não seguirem as indicações médicas, a não recorrerem novamente aos cuidados de saúde para tratamentos e podem mesmo manifestar melhorias pouco significativas, devido à não continuidade de cuidados.

Contudo, a satisfação é mais do que simplesmente a avaliação do serviço recebido. A satisfação é, sobretudo, uma comparação realizada pelo utente, mesmo que de forma inconsciente, entre a avaliação do serviço recebido e a expectativa que possuía a respeito desse serviço, antes de ser atendido.

Segundo Pascoe (1988:186) satisfação é *“uma variável causal que faz com que as pessoas procurem o atendimento médico e um resultado baseado em experiências anteriores”*.

Esta definição sugere dois aspectos a considerar na avaliação da satisfação que, de acordo com Wartman et al (1983), tem a ver, por um lado com a satisfação com o sistema de saúde, em geral, o que motivará a procura de uma unidade (garantia de utilização). Por outro, com o processo de atendimento ou só com o resultado (garantia de retorno) que leva à continuidade do tratamento podendo, inclusive, interferir na eficácia da terapêutica pela maior ou menor adesão à mesma.

Relativamente à relação entre o grau de satisfação e as características pessoais do utente persiste ainda uma grande divergência de opiniões. No estudo realizado por Weiss (1988) são apontados quatro grupos principais de determinantes da satisfação do utente: as **características dos utentes**, incluindo, as sociodemográficas, o estado de saúde e as expectativas relativamente ao encontro com o médico; as **características dos profissionais**, incluindo traços de personalidade, qualidade técnica e a “arte do cuidado” prestado; os **aspectos da relação médico-utente**, tais como o estilo de comunicação e o resultado do encontro e, por último, factores **estruturais e ambientais** incluindo o acesso, forma de pagamento e o tempo de tratamento, entre outros.

Para Ware (1975), referido por Filho (1990), os indicadores mais valorizados na avaliação da satisfação são a informação que é dada ao utente, a prudência, a segurança e as medidas preventivas, a humanidade, a disponibilidade e o respeito dos profissionais pelos utentes, a continuidade dos tratamentos, a acessibilidade e forma de financiamento dos cuidados. Linn (1988), segundo o mesmo autor (1990), acrescenta a estes e dá grande ênfase à eficácia do tratamento.

Múltiplos estudos no âmbito da satisfação dos utentes com os serviços de saúde prestados pelas organizações que integram o sistema de saúde português, demonstram alguma variação nas conclusões, que têm a ver, sobretudo, com as dimensões observadas.

A nível internacional foi desenvolvido, no âmbito dos cuidados de saúde primários, um instrumento de avaliação da satisfação dos utentes, padronizado e validado de modo a permitir comparações da qualidade dos cuidados prestados entre médicos de família de vários países, conhecido como EUROPEP. Em 1999 foram efectuadas as primeiras avaliações, em doze países da Europa incluindo Portugal, nas seguintes dimensões:

- Comunicação e relação médico/doente, incluindo os assuntos: tempo para cuidar, humanidade, detecção das necessidades dos doentes, envolvimento dos doentes nas decisões e sua privacidade.

- Cuidados médicos, abordando temas como a afectividade, competência/precisão e tipo de informação.
- Informação, incluindo as características da informação dada, o aconselhamento e a auto-ajuda.
- Continuidade e cooperação, envolvendo a continuidade dos cuidados e a cooperação entre os vários prestadores de cuidados.
- Organização dos serviços, contendo questões sobre os funcionários do Centro de Saúde, a organização das marcações de consultas e a disponibilidade para a resolução de casos urgentes.

Nos primeiros resultados publicados em 2000 são relevantes as avaliações, particularmente positivas, dos doentes acerca do tempo que lhes é dispensado pelo seu médico de família, a confidencialidade dos registos clínicos e a forma como o médico os escuta. As avaliações mais negativas estão associadas ao tempo de espera para as consultas e a forma de disponibilidade e organização dos serviços.

Pereira et al (2001) referem que Roter (1989) fez uma revisão de 41 estudos tendo verificado que o factor mais importante para a satisfação dos utentes é a informação do médico acerca do seu problema de saúde bem como do seu tratamento. Considerou também relevantes, para o grau de satisfação, o modo como o médico ouve o doente, dialoga com ele e compreende os seus problemas.

Ainda quanto ao grau de satisfação dos utentes, relativamente aos sistemas de saúde, Lucas (1996) refere que os utentes pretendem um médico que conheçam bem e que também os conheça, com quem mantenham uma intensa e duradoira relação pessoal e em quem confiem. Necessitam de acreditar nas capacidades técnicas do clínico, mas também, na sua competência relacional, ou seja, que consigam comunicar com ele.

Lucas (1996:22) refere algumas competências relacionais que os utentes valorizam:

- *“A preocupação que o médico demonstra pelo doente*
- *A disponibilidade do médico para dialogar com o doente e família*
- *O tempo gasto pelo médico com o doente*
- *A resposta às necessidades emocionais do doente e família*
- *A disponibilidade e afabilidade do pessoal administrativo”.*

De acordo com Hespanhol (2005), um estudo sobre a “Imagem dos Serviços Públicos em Portugal”, realizado pela Equipa de Missão para a Organização e Funcionamento da Administração do Estado (2001) conclui que 66,6% dos inquiridos se manifestaram satisfeitos, ou muito satisfeitos, com o Serviço Nacional de Saúde e 33,4% nada satisfeitos.

McIntyre et al (2002) referenciam um estudo sobre “A Satisfação dos Utentes dos serviços de Saúde na região Norte: Avaliação e Divulgação”, onde 34,60% dos utentes avaliaram os cuidados recebidos como bons, 4,70% como muito bons e 9,50% se mostraram insatisfeitos. Foram os aspectos relacionados com a acessibilidade os que apresentaram maior insatisfação. Segundo estes autores, são várias as áreas relevantes de insatisfação dos utentes e reflectem problemas crónicos no acesso aos cuidados no Sistema Nacional de Saúde, particularmente, os tempos de espera no dia da consulta e, de âmbito mais grave, a espera para a obtenção de consulta nos cuidados primários e diferenciados e o sistema de marcação de consultas que urge colmatar.

É de notar que os vários estudos demonstram que os graus de satisfação são ainda diferentes, consoante se trate de cuidados de saúde primários ou em meio hospitalar. McIntyre et al, na obra supra citada referem que estas diferenças não indicam que um tipo de instituição é melhor que o outro mas, simplesmente, que os aspectos avaliados, positiva e negativamente, em cada uma delas, são diferentes.

Silva et al (2007) no seu “Estudo da Satisfação dos Utentes do Hospital Espírito Santo” conclui, relativamente aos cuidados no Serviço de Urgência que, embora globalmente, o índice de satisfação dos utentes seja positivo, os

aspectos mais positivamente valorizados foram os relacionados com os aspectos gerais, nomeadamente a imagem e a qualidade dos cuidados e os aspectos relativos ao pessoal, especialmente, no que se refere ao seu desempenho tanto a nível clínico, como a nível relacional, particularmente, a disponibilidade, cortesia e simpatia. Apresentam índices de satisfação negativos e fracamente positivos, o esclarecimento sobre o sistema de triagem e a escassez e o pouco rigor nas informações fornecidas, respectivamente.

Neste âmbito, a satisfação dos doentes exige melhorias na qualidade dos serviços de saúde que são, habitualmente, difíceis de concretizar pois requerem mudanças fundamentais nas formas de pensar e de agir. Requerem mudanças de comportamentos, de hábitos e de práticas estabelecidas por parte de todos os profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos, administrativos e auxiliares) que são apenas conseguidas com tempo, persistência e envolvimento de elementos da gestão.

Como refere Neves (2002:163) *“As estruturas de gestão e os métodos de participação devem inserir-se no modelo global de funcionamento desejável. Os cidadãos exigem serviços acessíveis, justos e equitativos, com qualidade, uma administração eficaz na resolução de problemas e eficiente no uso de recursos públicos. Este ponto de partida e de chegada não pode ser esquecido pelo caminho”*.

Aos enfermeiros, em particular, é exigido que, na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, reconheçam a importância de conhecer a satisfação do doente assim com os factores que influenciam o seu nível de satisfação, de modo a que estabeleçam uma relação de confiança entre quem cuida e quem é cuidado e, conseqüentemente, favoreçam uma avaliação positiva por parte do doente, relativamente ao cuidado recebido.

Esta atitude, face ao nível de satisfação, deve ser potenciada no idoso, pois estes requerem uma atenção e um cuidado diferenciado, que exige maior sensibilidade e perspicácia pois, muitos deles, não conseguem participar activamente nas situações, desconhecendo até mesmo os seus direitos.

Como refere Pisco (2001), os cidadãos melhor informados são mais exigentes na defesa dos seus direitos e, em virtude disso, mais capazes de porem em causa a tradicionalmente inquestionável autoridade dos profissionais.

Ferreira (2001) realizou um estudo com 290 utentes da Administração Regional de saúde do Centro, distribuídos por zonas rurais e urbanas, inquirindo-os sobre cuidados médico-técnicos, relação e comunicação médico-doente, informação e apoio aos doentes, disponibilidade, acessibilidade e organização dos serviços de saúde, onde concluiu que *“os utentes mais idosos valorizaram mais a avaliação crítica que o médico de família faz da utilização dos medicamentos e da sua prescrição”* (pag.28).

Alguns autores defendem ainda que a satisfação de vida, entre os idosos, influencia a avaliação que fazem dos cuidados de saúde que lhe são prestados.

Fry (1992) referido por Fonseca (2006:145) refere que *“a compreensão da satisfação de vida na velhice deve assentar numa abordagem sócio-ambiental, integrando dimensões de ordem social e examinando os efeitos dos recursos pessoais e sociais na satisfação de vida dos idosos”*.

Particularmente nos idosos, as relações com os outros são amplamente valorizadas, sobretudo ao nível da natureza e qualidade das mesmas. Fonseca (2006:164) refere um estudo desenvolvido por Ryff (1989b) junto de indivíduos de meia-idade e idosos, onde este concluiu que *“nas concepções básicas do sentido de funcionamento positivo, o resultado mais notável foi a ênfase consistente na dimensão interpessoal”*.

Por todas estas razões, é justificável e imprescindível a monitorização e a avaliação permanente dos indicadores de qualidade, entre os quais se incluem os da satisfação dos utentes, nomeadamente, dos utentes idosos.



## **CAPITULO III – ESTUDO EMPIRICO**

### **1- CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO**

#### **1.1 – Hospital Nossa Senhora do Rosário**

O campo para investigação seleccionado por nós foi o Serviço de Urgência do Hospital Nossa Senhora do Rosário, no Barreiro.

Esta instituição, datada de 1959, então denominada, Hospital Nossa Senhora do Rosário, foi dirigida pela Santa Casa da Misericórdia, durante cerca de 30 anos. Com uma estrutura pequena e pouco diferenciada, com cerca de 115 camas.

Em 1985, foi inaugurado o actual edifício, com mais especialidades e cerca de 500 camas, passando então a designar-se Hospital Distrital do Barreiro. Só em 1995, por despacho do Ministro da Saúde, e em alusão à Santa padroeira desta localidade, readquire a sua primeira designação, Hospital Nossa senhora do Rosário.

Em Dezembro de 2002, o Decreto-Lei n.º 299/2002 transformou a instituição numa sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos. Três anos mais tarde, novo Decreto-Lei, faz da instituição uma entidade pública empresarial, adquirindo a actual designação, Hospital Nossa Senhora do Rosário – EPE.

Presentemente, como organização prestadora de cuidados diferenciados, está classificado como Hospital Distrital Geral, possui 35 valências clínicas, prestando assistência ao nível do Internamento, Consulta Externa, Urgência, Hospital de Dia, Assistência Domiciliária e assegura, praticamente, todos os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica daí decorrentes.

Encontra-se localizado na Avenida Movimento das Forças Armadas, na freguesia do Alto do Seixalinho, no Barreiro, numa área limítrofe da cidade onde confluem várias vias de acesso, sendo assim grande a sua acessibilidade

física. A área ocupada pelo edifício é de 18.450 m<sup>2</sup>, sendo a sua área total de 104.000 m<sup>2</sup>.

Com uma área de influência que engloba os concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete, a instituição serve uma população de cerca de 200 mil habitantes, de acordo com o Censo de 2001.

Tem como visão *“ser um hospital de excelência para a comunidade e uma referência nacional”*.

Segundo o quadro de referencia do Hospital Nossa Senhora do Rosário – EPE (2007:1), a sua missão é *“assegurar os cuidados de saúde ao nível de educação, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo a qualidade e a equidade aos cidadãos numa perspectiva de eficiência e melhoria contínua”*. *Promover ainda a satisfação dos utentes, dos profissionais e da comunidade, respeitando o ambiente e potenciando sinergias com outras instituições*. Os valores defendidos pela instituição são, Humanismo, Profissionalismo, Rigor, Inovação, Responsabilidade e eficiência.

## 1.2 – Serviço de Urgência

O Serviço de Urgência Geral tem como objectivos, entre outros, enquadrados nos objectivos gerais do Hospital, “*garantir a qualidade dos serviços prestados e o impacto na sociedade, garantir as metas de produtividade propostas para o serviço e gerir e motivar os recursos humanos*”. Tem capacidade para admitir, estabilizar e/ou encaminhar doentes críticos dos foros médico, cirúrgico e ortotraumatológico.

Este serviço tem vindo, ao longo dos últimos anos, a sofrer alterações da sua estrutura física, que visam melhorar a qualidade dos cuidados prestados à população, e ainda, melhorar as condições de trabalho dos profissionais. Actualmente, é constituído por três grandes áreas: Balcão, Directos e SO/UIPA. A área de Balcão é, sobretudo, uma área de observação e encaminhamento. Directos, é a área do serviço de urgência onde se observam e/ou estabilizam os utentes que necessitam de intervenção imediata. Desta área faz parte a Sala de pequena Cirurgia e Sala de Reanimação/Urgência, equipada com duas macas de reanimação, desfibrilhação semi-automática e ventilador portátil. A área de internamento do serviço de urgência, é constituída por duas salas distintas: a Sala de Observação (SO), destinada, preferencialment, à observação prolongada de doentes médico-cirúrgicos, por períodos inferiores a 24 horas. Apesar de não ser uma área preferencial para internamento, permite manter em observação sete doentes, dispendo para todos de monitorização não evasiva, oxigénoterapia e aspiração por vácuo. A Unidade de Internamento Polivalente de Agudos (UIPA), a funcionar desde Junho de 2004, pretende dar resposta ao internamento e vigilância de doentes instáveis, com necessidade de cuidados diferenciados. Tem uma lotação de oito camas, todas elas equipadas com monitorização não evasiva, duas delas com possibilidade de ventilação mecânica.

Sob o lema, “Prioridade aos doentes mais urgentes”, o serviço de urgência dispõe, desde Novembro de 2006, da Triagem de Manchester. Esta permite definir prioridades no atendimento aos doentes, passando os doentes a ser atendidos de acordo com a sua situação clínica e não por ordem de chegada.

A proveniência dos doentes é frequentemente do exterior e corresponde à área de influência do hospital. Contudo podem ser atendidos utentes vindos de qualquer ponto do país.

A taxa de afluência tem variações ao longo do ano, com picos significativos de afluência no Outono e Inverno, que se esbatem durante o Verão. Em medi, o serviço de urgência admite cerca de 200/250 utentes por dia. Em 2006 o serviço registou 81402 episódios de urgência.

A equipa médica é constituída por vários especialistas de medicina interna, cirurgia, cirurgia plástica, urologia, gastroenterologia, neurologia, cardiologia, pneumologia e psiquiatria que, distribuídos em equipas, com uma rotatividade diária, asseguram os cuidados médicos no serviço.

A equipa de enfermagem é grande. Constituída por cinquenta e quatro enfermeiros (trinta e cinco elementos graduados e dezanove grau I) e uma enfermeira chefe de serviço, especialista. Os auxiliares de acção médica, constituem também um grupo fundamental neste serviço. São cerca de 50 e encontram-se inseridos nas várias equipas de enfermagem, acompanhando o respectivo horário.

A equipa de enfermagem do serviço de urgência tem comportado algumas alterações nos últimos anos, que têm, de alguma forma, modificado a sua estrutura, nomeadamente a cessação do horário acrescido dos enfermeiros chefes de equipa e ingresso de um número considerável de elementos recém-formados.

Actualmente, os enfermeiros estão distribuídos por cinco equipas. Cada equipa tem nove elementos, incluindo um enfermeiro chefe de equipa que, desempenha funções que englobam: gestão de cuidados e gestão de recursos humanos e materiais, sobretudo, na ausência da enfermeira chefe. Os restantes enfermeiros, não incluídos nas equipas, têm horário de manhãs e tardes e constituem elementos de reforço da equipa de enfermagem, nestes turnos.

O modelo de organização dos cuidados existente no serviço de urgência é o modelo de trabalho em equipa. Com prestação individual de cuidados, existindo um enfermeiro chefe de equipa, que planifica a distribuição dos enfermeiros por sectores de trabalho e coordena a equipa de enfermagem, durante o seu turno. A passagem de turno é feita, junto ao utente, nos respectivos sectores de trabalho. Cada enfermeiro que termina o turno transmite as informações importantes à continuidade dos cuidados de forma sucinta mas completa, relativamente aos utentes a que prestou cuidados.

Os registos são uma parte integrante do trabalho de enfermagem, imprescindível para a continuidade da prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. Revestem-se de uma importância fundamental, pelas informações que representam, que são frequentemente de grande interesse na avaliação do estado clínico do doente, no conhecimento da progressão da doença, nas decisões tomadas e nos procedimentos adoptados.

No serviço de urgência, na admissão do doente, é feito um processo clínico, que inclui, entre outros documentos, uma “nota de entrada de enfermagem”, que compreende uma apreciação global do estado físico e emocional do doente. Inclui sempre uma avaliação do estado de consciência, uma descrição dos cuidados prestados e respectiva avaliação, bem com, a descrição de dados relevantes e pertinentes relativos à sua situação clínica. São depois elaboradas, em cada turno, as notas de evolução que descrevem, entre outras coisas, a evolução do estado do doente e os cuidados prestados, permitindo, assim, o planeamento e a continuidade dos cuidados de enfermagem. Com o mesmo objectivo, embora em situações distintas, são ainda elaboradas notas de transferência e alta.

Neste serviço o espírito de equipa é fundamental, dada a dinâmica do serviço, uma vez que, muitos dos cuidados, aqui prestados requerem a actuação simultânea de mais do que um enfermeiro, de vários médicos e auxiliares de acção médica, de uma forma rápida, eficaz e eficiente, pois desta actuação depende, muitas vezes, a vida dos doentes.

## 2 – METODOLOGIA

Gil (2002) refere que, a pesquisa é o procedimento racional e sistemático que tem como objectivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa é requerida quando não se dispõe de informação suficiente para responder ao problema, ou então quando a informação disponível se encontra em tal estado de desordem que não possa ser adequadamente relacionada ao problema.

A metodologia é a descrição sistematizada dos procedimentos e estratégias utilizadas para a realização de um trabalho de investigação. A selecção da mesma está directamente relacionada com o problema a ser estudado, natureza dos fenómenos, objectivo, recursos financeiros, recursos humanos e outros elementos que possam surgir no campo da pesquisa (Lakatos, 1992).

Segundo Fortin (2003), a metodologia é o conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica, e também, a secção de um relatório de investigação que descreve os métodos e as técnicas utilizados no quadro dessa investigação.

Neste capítulo, serão descritos todos os passos seguidos na realização deste trabalho de investigação, cujo objectivo geral é, como inicialmente referido, **conhecer o grau de satisfação dos idosos internados no Serviço de Urgência, face aos cuidados de enfermagem prestados.**

## 2.1 – Tipo de estudo

Tendo sempre presente a nossa questão inicial: “ Qual o grau de satisfação dos doentes idosos, face aos cuidados de enfermagem prestados no serviço de urgência?”, considerou-se ser pertinente utilizar o método não experimental.

Refere Vilelas (2004) que, o **método não experimental** é usado em estudos em que o pesquisador deseja construir o quadro de um fenómeno ou explorar acontecimentos, pessoas ou situações à medida que eles ocorrem naturalmente. O investigador estuda as relações e as diferenças entre as variáveis sem as poder controlar.

Classificámos o nosso estudo de exploratório e descritivo, pois segundo Vilelas (2004) o **estudo exploratório** consiste na exploração de domínios da investigação pouco conhecidos ou desenvolvidos, ou seja, com o objectivo de obter maior conhecimento de um fenómeno e descobrir relações entre as variáveis. Segundo o mesmo autor, o **estudo descritivo** descreve uma realidade, o investigador acerca-se da realidade procurando descrever e documentar como são os fenómenos que nela acontecem, em que não existe nenhum tipo de manipulação de variáveis, ou seja, o objectivo é descrever um fenómeno a partir da observação, não procurando explicá-lo, usando geralmente questionários ou observação estruturada.

No nosso estudo optámos por um estudo exploratório, pois trata-se de adquirir uma maior quantidade de informação, junto de fontes seguras, permitindo identificar factores que influenciam a satisfação dos doentes idosos internados no Serviço de Urgência, deixando em aberto novas hipóteses para futuros estudos de investigação. Também optámos pela utilização do estudo descritivo, porque pretendíamos conhecer o grau de satisfação destes mesmos doentes.

Segundo Fortin (1999:22) *“os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e as orientações de uma investigação”*.

Os dois métodos de investigação, que permitem conhecer a realidade e produzir conhecimento são: o *método quantitativo* e o *método qualitativo*.

O primeiro está, essencialmente, associado à investigação experimental ou quasi-experimental e tem como objectivos estabelecer relações entre variáveis e estudar relações de causa efeito. O segundo, é um método mais explicativo, cuja finalidade é o desenvolvimento do conhecimento, com interpretação e descrição de fenómenos muito ligados à essência da experiência humana.

A opção da abordagem metodológica que orienta o estudo é fulcral pois, a realidade do fenómeno, está também dependente da perspectiva com que é estudado.

Contudo, pode tornar-se adequado utilizar os dois métodos simultaneamente, conforme referem Reichardt e Cook (1986) citados por Carmo e Ferreira (1998:183) “...um investigador não é obrigado a optar pelo emprego exclusivo de métodos quantitativos ou qualitativos e se a investigação o exigir poderá combinar a sua utilização”.

No nosso estudo optámos, pela **abordagem quantitativa e qualitativa**.



## 2.2 – Hipóteses de estudo

A revisão da literatura, a nossa experiência e vivência profissional, de estreito e frequente contacto com idosos, levaram-nos a reflectir sobre a temática em questão, levando à elaboração de algumas questões de estudo:

- Será que os cuidados de enfermagem, prestados aos idosos, no serviço de urgência vão de encontro às suas reais necessidades?
- Qual a percepção dos idosos, internados no serviço de urgência, sobre os cuidados de enfermagem prestados?
- O que valorizam os idosos, relativamente aos cuidados de enfermagem prestados, durante o internamento no serviço de urgência?
- Ficarão os idosos satisfeitos com os cuidados de enfermagem, prestados no serviço de urgência?

## 2.3 – Técnica de recolha de dados

### 2.3.1 - Selecção do local de estudo

De acordo com o descrito anteriormente, a selecção do Serviço de Urgência do Hospital Nossa Senhora do Rosário – EPE, Barreiro, como campo para a investigação, foi feita de forma intencional, com base no conhecimento do local e cultura organizacional, na eventual utilização dos resultados do estudo na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos idosos internados neste serviço e pela proximidade geográfica relativamente à nossa área de residência.

### 2.3.2 - População/Amostra

Segundo Fortin (2003) a **população** é um conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação.

A população do estudo era constituída por todos os utentes idosos que recorreram ao Serviço de Urgência do Hospital Nossa Senhora do Rosário – EPE, Barreiro, no primeiro trimestre de 2006, conforme se pode observar no Quadro VI.

**QUADRO VI** – Utentes que recorreram ao serviço de urgência entre Jan.06 e Mar.06

	<b>UTENTES ADMITIDOS</b>		<b>UTENTES INTERNADOS</b>		<b>IDOSOS ADMITIDOS</b>		<b>IDOSOS INTERNADOS</b>	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
<b>HOMENS</b>	9390	43,69	654	3,04	2494	11,60	344	26,10
<b>MULHERES</b>	12104	56,31	662	3,07	3503	16,29	404	30,60
<b>TOTAL</b>	<b>21494</b>	<b>100</b>	<b>1316</b>	<b>6,11</b>	<b>5997</b>	<b>27,89</b>	<b>748</b>	<b>56,70</b>

No quadro VI apresenta-se o número total de utentes que recorreram ao serviço de urgência, no primeiro trimestre de 2006, a sua distribuição por sexos e o número de idosos.

Os utentes que recorreram ao serviço de urgência, ou seja, admitidos neste período, foram 21494 utentes, sendo 5997 o número de idosos, o que representa 27.9% dos utentes.

De todos os utentes admitidos no Serviço de Urgência, 1316 utentes (6,11%) estiveram internados, ou seja, permaneceram mais de vinte e quatro horas no serviço. Destes, 748 eram idosos, o que representa 56,70% dos utentes internados, o que significa que mais de metade dos doentes internados no Serviço de Urgência neste trimestre, eram idosos. Dos idosos internados constatou-se que 344 eram do sexo masculino (45.9%) e 404 eram do sexo feminino (54%).

Segundo Fortin (2003), a **amostra** é um conjunto de sujeitos retirados de uma população, pois para esta autora *“a amostragem é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido com vista a obter informações relacionadas com um fenómeno, e de tal forma que a população inteira que nos interessa esteja representada”*. Fortin (1999:202)

Vários autores referem que a qualidade da amostra é fundamental, pois esta pode comprometer a fidelidade dos métodos. Ainda segundo Fortin, a amostra constitui um aspecto nevrálgico da abordagem qualitativa visto que, na maioria dos casos, se estudam amostras de pequenas dimensões, pondo em causa a representatividade das mesmas e a possibilidade de generalização dos resultados obtidos.

Contudo, Bogdan e Biklen (1994), citados por Carmo e Ferreira (1998:181) defendem que *“a preocupação central não é a de saber se os resultados são susceptíveis de generalização, mas sim a de que outros contextos e sujeitos a eles podem ser generalizados”*, pelo que se conclui que este aspecto não deve constituir a principal inquietação do investigador.

Existem dois grandes tipos de técnicas de amostragem: a probabilística e a não probabilística. Segundo Morse (1991) citado por Fortin (1999:156) “*é mais pertinente em investigação qualitativa ter uma amostra não probabilística mas apropriada, do que ter uma amostra probabilística que não o seja*”.

As amostras não probabilísticas, “*podem ser seleccionadas tendo como base critérios de escolha intencional sistematicamente utilizados com a finalidade de determinar as unidades da população que fazem parte da amostra*”

(Carmo e Ferreira, 1998:197).

Morse (1991) refere ainda que, uma amostra é considerada apropriada quando os elementos que a constituem são capazes de fornecer dados válidos e completos, sobre a questão em estudo, até à saturação dos dados, ou seja, até ao momento em que o investigador “*já não aprende nada de novo dos participantes ou das situações observadas*” Fortin (1999:156) sujeitando-se à confirmação dos dados previamente recolhidos, pela sua repetição.

Apesar do conceito de saturação dos dados ser um aspecto a considerar pelo investigador, na determinação da amostra, Bertaux, citado por Fortin (1999:156) refere que “*esta situação está geralmente atingida com uma trintena de casos*”.

Também Carmo e Ferreira (1998:196) referem que “*a dimensão aceitável da amostra varia com o tipo de investigação*”, embora refiram que “*para estudos experimentais e causal-comparativos é geralmente recomendado um número mínimo de 30 sujeitos por grupo*” (pág. 30).

A amostra do nosso estudo é constituída por 40 indivíduos, que se mostraram disponíveis para participar no estudo, com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no Concelho do Barreiro, internados no Serviço de Urgência por um período de tempo superior a 24 horas, para garantir o contacto com pelo menos três equipas de enfermagem e considerados aptos, após a avaliação da função cognitiva.

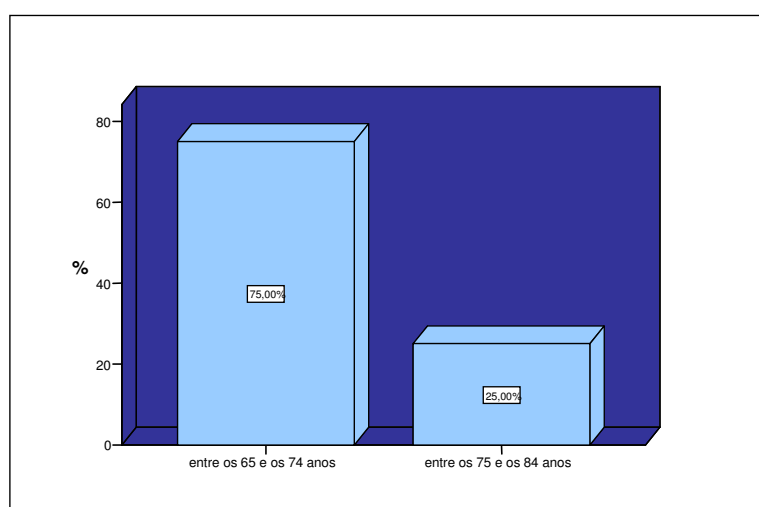
Para a avaliação da função cognitiva, foram utilizados os registos de enfermagem relativos aos doentes seleccionados, pois contêm sempre uma avaliação da referida função. A leitura destes registos permitia, assim, seleccionar, ou não, o doente para o estudo.

Foram excluídos os utentes que apresentassem défice cognitivo ou que tivessem sido cuidados directamente pela investigadora (no sentido de minimizar/eliminar eventuais enviesamentos).

A amostra do nosso estudo é, por isso, **não probabilística intencional**, pois tendo em vista o objectivo previamente definido do estudo, cumpre alguns critérios, prévios, de selecção, anteriormente descritos. Como refere Fortin (2003), a **amostra não probabilística** é um processo pelo qual todos os elementos da população não têm uma probabilidade igual de serem escolhidos para fazerem parte da amostra e é uma **amostra intencional**, porque de acordo com Vilelas (2004), é uma técnica que tem por base o julgamento do investigador na escolha dos indivíduos para constituir a amostra, em função do seu carácter típico.

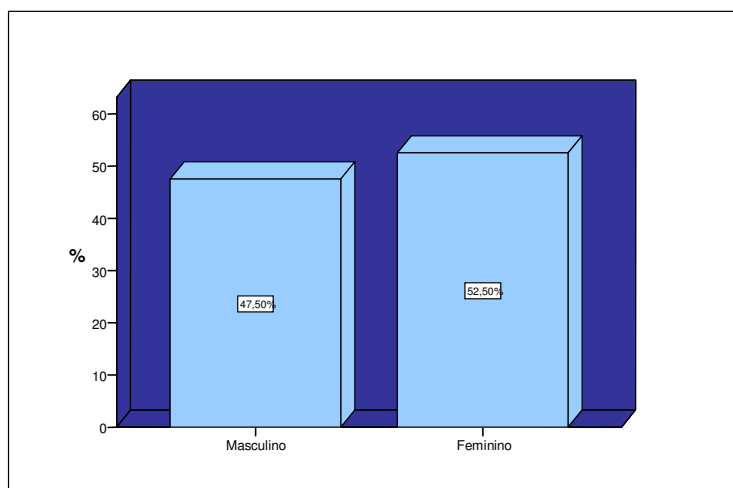
Os Gráficos seguintes mostram, de forma esquemática, a constituição da amostra do nosso estudo.

**GRÁFICO I – Idade (por intervalos)**



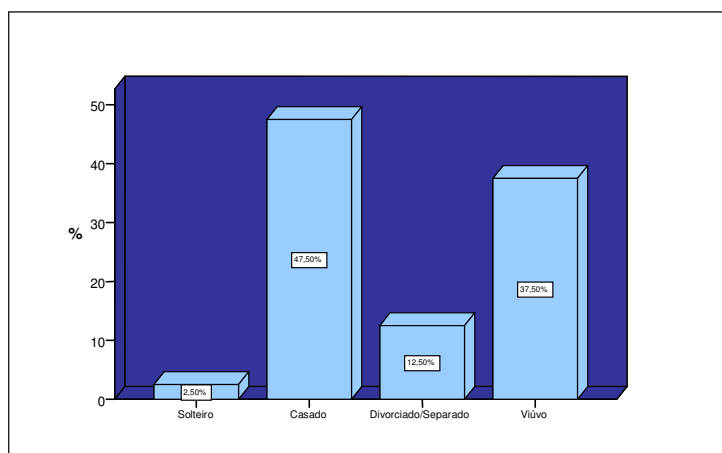
De acordo com a bibliografia consultada e, face aos dados disponíveis, pareceu-nos mais adequado distribuir a amostra apenas por grupos etários. Verificou-se que, todos os idosos pertencentes à amostra em estudo fazem parte dos grupos denominados idosos jovens (65-74) e idosos médios (75-84), respectivamente. Sendo, contudo, o último grupo menos significativo, com apenas 10 indivíduos, que representam 25% da amostra, contrariamente ao primeiro grupo, com 30 indivíduos, que representam 75% da amostra estudada. Não se encontrou na amostra nenhum elemento com idade superior a 84 anos. A média de idades é de 71,25 anos e o desvio padrão é de 4,137 anos. Existe uma maior frequência na idade de 70 anos (17.5%) e uma menor frequência nas idades de 65, 66 e 72 anos (5.0%). A amplitude das idades é de 15 anos, variando entre os 65 e os 80 anos. No sexo feminino, a idade varia entre os 65 e os 80 anos, a média de idades é de 70,76 anos e o desvio padrão é de 4,493 anos. No que respeita ao sexo masculino, a idade varia entre os 67 e os 80 anos, a média de idades é de 71,79 anos e o desvio padrão é de 3,750 anos.

**GRÁFICO II – Sexo**



Como se pode observar no quadro superior, a amostra é homogénea, relativamente ao género. Os indivíduos do sexo feminino embora representados em número superior (52,5%) comparativamente aos do sexo masculino (47.5%), apresentam apenas uma ligeira diferença, de cerca de 5%.

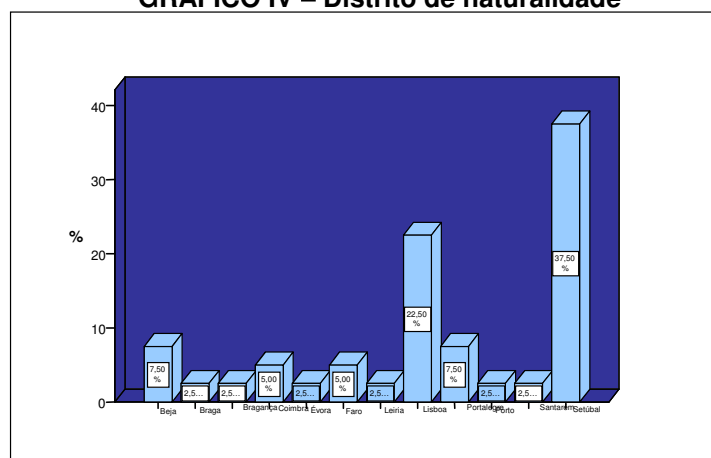
**GRÁFICO III – Estado civil**



A maioria dos indivíduos da amostra, 19 sujeitos, eram casados ou viviam em união de facto, o que corresponde a 47.5% da totalidade. Segue-se o grupo dos viúvos com 15 elementos, o que corresponde a 37.5%. O grupo dos solteiros e divorciados tinham 1 e 5 indivíduos, respectivamente.

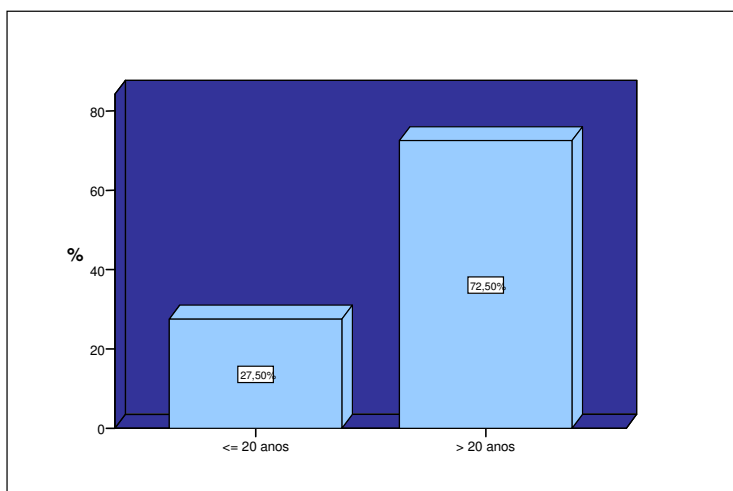
Os dados apontam para que sejam os indivíduos do sexo masculino os que mais contribuem para a maior frequência no estado civil “casado”. Os indivíduos do sexo feminino são os que mais contribuem para a maior frequência no estado civil “viúvo”.

**GRÁFICO IV – Distrito de naturalidade**



Relativamente aos distritos de origem dos indivíduos da amostra do nosso estudo, verifica-se que todos os distritos do país estão representados no estudo, com pelo menos um indivíduo daí oriundo. Há, contudo, um predomínio relevante dos indivíduos naturais dos distritos de Setúbal e Lisboa, com 15 e 9 indivíduos, o que corresponde a 37.5% e 22.5% do total da amostra, respectivamente. Esta situação não é de estranhar atendendo à proximidade destes distritos em relação ao local de recolha dos dados.

**GRAFICO V – Tempo de residência no Concelho**



Dada a dispersão da amostra neste item optou-se por considerar apenas dois grupos na caracterização do tempo de residência no Concelho do Barreiro.

Os indivíduos que residem no Concelho do Barreiro, há menos de 20 anos, que representam apenas 27,50% da amostra e os indivíduos que residem neste Concelho há mais de 20 anos, que representam os restantes 72,50% da amostra, ou seja, a maioria.

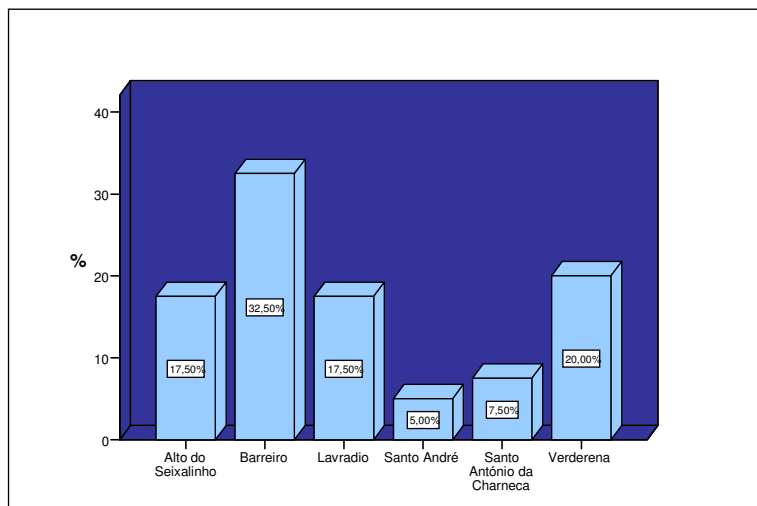
Esta divisão tem por base a consulta bibliográfica feita, relativamente ao período de meia-idade, que segundo Neugarten e Datan (1974:592) “*tipicamente decorre dos 40 aos 60 ou 65 anos*”.

Também Phillipson (2003:5) define a meia-idade como “ *um período delimitado de modo fluido, decorrendo dos trinta e poucos anos até aos 50 e 60 anos*”.



Na medida em que, a idade média dos indivíduos da amostra é de 71,25 anos, a maioria destes indivíduos entrou nesta nova fase do seu ciclo de vida, já a residir no Concelho do Barreiro.

**GRÁFICO VI – Freguesia de residência**



Na nossa amostra, apenas encontramos indivíduos oriundos de seis, das oito freguesias, que constituem o Concelho do Barreiro.

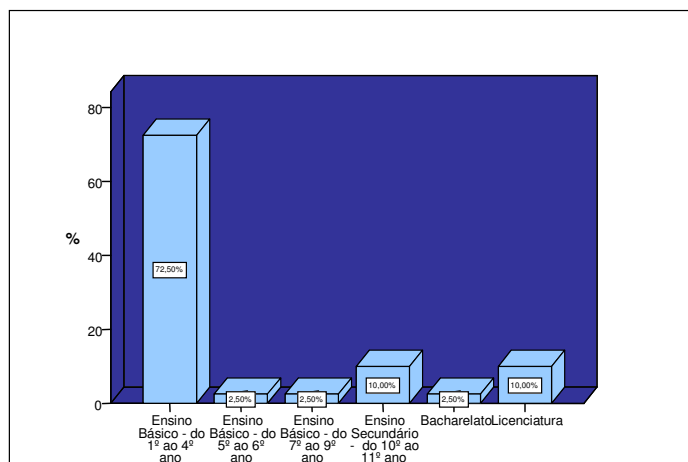
A maioria dos indivíduos, 13, correspondente a 32,50% da amostra, reside na freguesia do Barreiro.

Surgem depois 8 indivíduos residentes na freguesia da Verderena, o que corresponde a 20% da amostra.

As freguesias do Alto do Seixalinho e Lavradio, surgem igualmente representadas, com 7 indivíduos ai residentes, que representam 17,50% da amostra.

Com menor representatividade surgem as freguesias de Santo António da Charneca e Santo André, com 3 e 2 indivíduos residentes, o que corresponde a 7,50% e 5,0% da amostra, respectivamente.

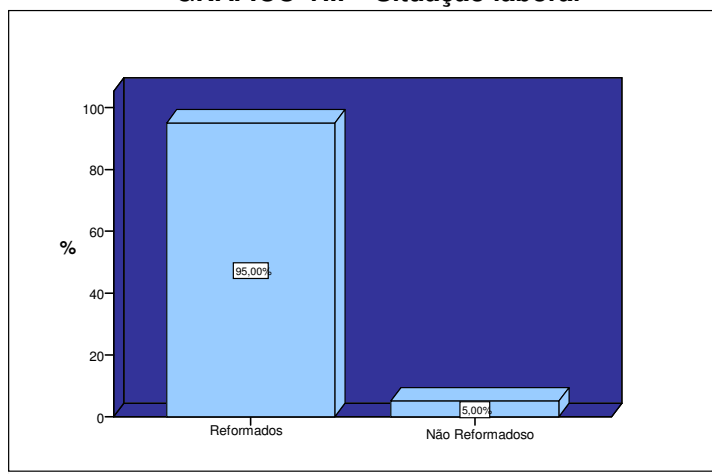
**GRÁFICO VII – Habilitações literárias**



Este gráfico evidencia o baixo nível de escolaridade da amostra estudada, onde 29 indivíduos, que representam 72,5% da amostra, possuem o primeiro ciclo do ensino básico.

Apenas 4 indivíduos possuem um grau de escolaridade de nível superior, Bacharelato ou Licenciatura, o que corresponde a cerca de 12,50% da amostra.

**GRÁFICO VIII – Situação laboral**



Como se esperava, face ao grupo etário envolvido no estudo, a grande maioria dos indivíduos da amostra (38) encontra-se na situação de *reformado*, o que corresponde a 95% do total.

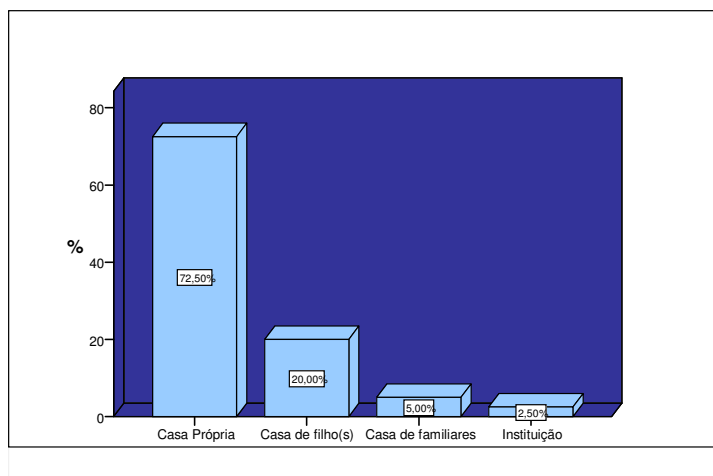
## QUADRO VII – Actividade Profissional Exercida

<b>Actividade Profissional Exercida</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	4	10%
Técnicos e profissionais de nível intermédio	1	2,5%
Pessoal administrativo e similares	1	2,5%
Pessoal dos serviços e vendedores	6	15%
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	4	10%
Operários, artífices e trabalhadores similares	15	37,5%
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	4	10%
Trabalhadores não qualificados	5	12,5%

Os resultados obtidos no item “*Actividade Profissional Exercida*” estão de acordo com os resultados do item “*Nível de escolaridade*”. Isto é, a actividade profissional principal está no domínio dos “operários, artífices e trabalhadores similares” cujo nível de exigência académica para o desempenho destas funções é baixo.

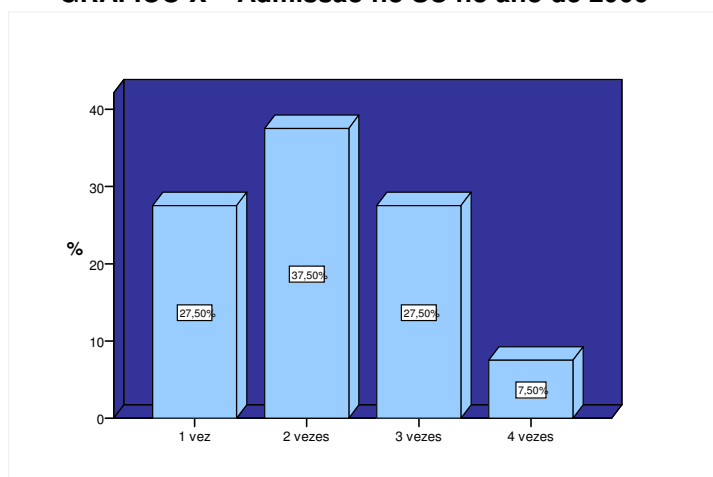
Esta actividade engloba 15 indivíduos, o que corresponde a 37.5% da amostra estudada, seguida das actividades “Pessoal dos serviços e vendedores” e “Trabalhadores não qualificados” com 6 e 5 indivíduos, o que corresponde a 15% e 12.5% da amostra, respectivamente.

**GRÁFICO IX – Local de residência**



Como se pode verificar pelos dados apresentados, 29 indivíduos, o que corresponde a 72,5% da amostra estudada, reside em casa própria e apenas um indivíduo, o que representa 2,5% da amostra, reside em instituição.

**GRÁFICO X – Admissão no SU no ano de 2006**



Podemos verificar pela análise do gráfico anterior que, a maioria dos indivíduos da amostra, recorreu ao Serviço de Urgência, 2 vezes, durante o ano de 2006, representando 37,5% da amostra. Contudo, embora com algumas diferenças, o número de vezes que os indivíduos da amostra recorreram ao Serviço de Urgência, durante o ano de 2006, oscila na sua maioria entre uma e três vezes, sendo mesmo sobreponível a frequência, relativa aos indivíduos que

recorreram uma e três vezes respectivamente e que representa 27,5% da amostra.

Apenas três indivíduos da amostra, recorreram ao Serviço de Urgência quatro vezes durante o ano de 2006, o que representa 7,5% da amostra.

Face ao previamente descrito, globalmente poder-se-á dizer que a nossa amostra é constituída por idosos jovens, na sua maioria casados, reformados, com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos, com uma média de idade que ronda os 71 anos.

É uma amostra homogénea relativamente ao sexo, com um muito discreto predomínio do sexo feminino.

A maioria destes indivíduos é oriunda dos Distritos de Setúbal e Lisboa e residem, em casa própria, no Concelho do Barreiro há mais de 20 anos. As freguesias de residência, mais representativas são Barreiro e Verderena.

É relevante o baixo nível de escolaridade da amostra, onde apenas 4 indivíduos possuem um grau de escolaridade de nível superior e que condiz com a actividade profissional exercida, que na sua maioria, cerca de 37%, pertence ao domínio dos “operários, artífices e trabalhadores similares”.

Durante o ano de 2006, a maioria dos indivíduos da amostra, recorreu 2 vezes ao Serviço de Urgência.

### 2.3.3 – Instrumento de Colheita de Dados

Segundo Hungler e Polit (1995), um instrumento de colheita de dados permite colher informações necessárias, válidas e pertinentes à realização do trabalho de investigação.

Os instrumentos de avaliação constituem um processo contínuo de adequação aos pressupostos teóricos constantes da primeira parte, tendo sempre subjacente os objectivos do estudo e respectivas hipóteses que condicionaram as opções tomadas na condução do estudo.

No nosso estudo optámos por utilizar como instrumento de colheita de dados o **questionário**, pois como referem Wood e Haber (2001), citados por Vilelas (2004), são instrumentos de registo escritos e planeados para pesquisar dados de sujeitos, através de questões, a respeito de conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos.

Segundo Fortin (2003), o questionário é um conjunto de enunciados ou de questões que permitem avaliar as atitudes, as opiniões e o resultado dos sujeitos ou colher qualquer outra informação junto dos sujeitos.

Azevedo (2004), refere que, o questionário é um instrumento que permite uma maior cobertura da população a ser inquirida. Não há uma interacção pessoal com o entrevistador, mas há um trabalho prévio de grande investimento no arranjo gráfico do questionário, na clareza e exactidão das perguntas que podem igualmente ser abertas ou fechadas.

Fortin (2003), refere ainda que, o inquérito é o método de investigação segundo o qual os dados são obtidos junto de uma amostra representativa, a partir de questionários estruturados preenchidos no momento de uma entrevista, pela própria pessoa, pelo telefone ou enviados ao participante, preenchidos por este e reenviados pelo correio.

O instrumento que utilizámos foi o **questionário por inquérito** que é constituído por questões fechadas e abertas, com a finalidade de conhecer a satisfação dos doentes, face aos cuidados de enfermagem que lhe foram prestados.

Este incluiu, uma primeira parte de 13 questões, relacionadas com a caracterização da amostra.

A segunda parte, constituída por um total de 28 afirmações, permitiu o levantamento das variáveis relacionadas com os cuidados de enfermagem prestados aos participantes no estudo, durante o seu internamento. A estes foi pedido que, após lerem as respectivas afirmações, expressassem o seu grau de concordância, atribuindo uma nota de zero a dois, em que o zero corresponde a *Sem Opinião*, o número um a *Concordo* e o número dois a *Não Concordo*.

A terceira parte, contendo duas questões abertas, pretendeu ter uma visão global do problema e conseqüente aproximação ao mesmo. Nestas questões foi pedido ao doente que descrevesse uma situação positiva e uma situação negativa que tivesse ocorrido durante o internamento.

Há ainda uma questão final, onde era pedido ao doente que fizesse uma avaliação, do atendimento no serviço de urgência, com base numa escala de 1 a 4. O número 1 corresponde a *insuficiente*, o 2 a *suficiente*, o 3 a *bom* e o número 4 a *muito bom*. Era pedido, igualmente, que justificasse a sua escolha.

Antes de iniciarmos o trabalho de campo, obtivemos autorização do Conselho de Administração do Hospital, conforme explicado pormenorizadamente no capítulo seguinte.

Após observação de todos os critérios de inclusão, aplicámos o questionário, na sua forma preliminar, ou seja, o pré-teste. Segundo Gil (1999) citado por Vilelas (2004) o pré-teste tem como finalidade evidenciar possíveis falhas na redacção do questionário, tais como, complexidade das questões, imprecisão na redacção, inutilidade das questões, exaustão e constrangimentos ao

inquirido. Com a aplicação do pré-teste houve necessidade de reestruturar o nosso instrumento de colheita de dados, conforme se encontra descrito no capítulo relativo aos procedimentos.

Aplicámos o questionário no Serviço de Urgência, após ter sido confirmada a alta ou a transferência para outro serviço do Hospital, com o doente ainda na sua cama a aguardar que o viessem buscar, evitando pressões exteriores que pudessem influenciar as suas respostas e garantindo a privacidade possível durante o decorrer do questionário. O questionário foi na sua totalidade preenchido por nós, por os idosos participantes apresentarem algumas dificuldades de leitura, o que se compreende face ao nível de escolaridade da amostra e diminuição da acuidade visual mencionada pelos mesmos.

O convite para participação no estudo era feito oralmente e só após a alta ou transferência do Serviço de Urgência. Era explicado aos doentes os objectivos e a finalidade do nosso estudo e em que âmbito se estava a desenvolver, a fim de obter o seu consentimento.

Fortin (2003) defende que obter um consentimento escrito, livre e esclarecido da parte dos sujeitos é essencial à manutenção da ética na conduta da investigação, na maior parte dos estudos de carácter descritivo, os participantes não correm, por assim dizer, nenhum risco em participar. É de notar que o consentimento escrito não constitui por si só a prova de que toda a informação necessária foi transmitida. Uma explicação verbal honesta transmitida ao sujeito, descrevendo os métodos, os riscos, e os benefícios é também essencial.

Dadas as características da nossa amostra, optámos, de acordo com a nossa orientadora, por não redigir um formulário de consentimento informado, mas comprometemo-nos perante os participantes do estudo em assegurar os seus direitos, sendo os mesmos protegidos.

Informámos os idosos, que a sua participação no estudo era voluntária, que podiam desistir de participar no estudo a qualquer momento, sem o dever de justificar a sua saída e sem serem alvo de qualquer penalização. Garantimos o



anonimato e a confidencialidade dos dados e obtivemos o consentimento voluntário de todos os participantes.

## 2.4 – Procedimentos

Após a selecção do local onde gostaríamos de desenvolver este estudo, pelos motivos já anteriormente descritos, foi solicitado ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital Nossa Senhora do Rosário – EPE (Barreiro) autorização para a realização do mesmo, tendo-se obtido o seu consentimento em Setembro de 2006. (Anexo I)

Como referido anteriormente, a população do estudo era constituída por todos os idosos que recorressem ao Serviço de Urgência do Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro, no primeiro trimestre de 2006.

Porque o estudo visava estudar a população idosa que recorre ao Serviço de Urgência foram, então, definidos os seguintes critérios de inclusão no estudo: ter idade igual ou superior a 65 anos, residir no Concelho do Barreiro, estar internado no Serviço de Urgência, por um período de tempo superior a 24 horas, para garantir o contacto com pelo menos três equipas de enfermagem e estar disponível para participar no estudo. Foi com base nestes critérios que se obteve a nossa amostra.

Simultaneamente, as leituras feitas em conjunto com os objectivos propostos permitiram-nos elaborar um conjunto de “questões” que foram sendo modificadas e aferidas até à concretização do actual instrumento (questionário). (Anexo II)

Na fase inicial foram elaboradas algumas perguntas abertas, baseadas nas ideias que se pretendiam abordar. Estas mesmas questões foram, posteriormente, separadas em sub-questões e transformadas em afirmações, pertinentes para o nosso estudo e que permitissem facilitar a resposta.

Na medida em que um dos critérios de inclusão deste estudo era a ausência de défices cognitivos, pensou-se ser importante a aplicação de uma escala de avaliação cognitiva, tendo-se optado, inicialmente, pela MMSE (Mini Mental State Examination), validada para a população portuguesa.

Este teste, criado em 1975 por Folstein, Folstein e Mc Hugh, nos Estados Unidos da América, permite quantificar o estado cognitivo dos indivíduos, detectando alterações, neste plano, principalmente na população geriátrica. A sua realização requer respostas, orais e escritas, a trinta perguntas dirigidas à avaliação da orientação, memória, linguagem e capacidade construtiva, durante um período de 10 a 15 minutos.

Verificou-se, após o primeiro pré-teste, aplicado a 3 idosos, que o MMSE era uma escala demasiado exaustiva para a amostra em causa, sobretudo precedendo a aplicação de outro questionário. Por esta razão pareceu ser desadequada nesta população.

Conhecendo-se o facto de que, todos os indivíduos da amostra têm uma apreciação relativamente ao estado de consciência, orientação e capacidade cognitiva, descrita nos registos de enfermagem e sempre disponível para ser por nós consultada, optou-se pela não aplicação do MMSE. Em sua substituição optou-se pela leitura dos registos de enfermagem relativos ao doente, previamente à aplicação do respectivo questionário.

Como referido anteriormente, o questionário sofreu várias alterações até ao seu formato final, que passamos a descrever. A primeira parte do questionário, onde se pretende obter uma caracterização da amostra, era inicialmente constituída por 14 questões, onde se incluíam duas questões sobre a existência, ou não, de filhos e o apoio dispensado pelos mesmos. Incluía ainda uma questão sobre o acompanhamento, ou não, do doente ao recorrer ao hospital e por quem era feito esse eventual acompanhamento.

Após a aplicação e análise do pré-teste, aplicado a 3 idosos, como anteriormente referido, concluiu-se que estas questões não seriam fundamentais para o nosso estudo não contribuindo, por isso, para uma melhor caracterização da amostra. Optou-se pela eliminação das mesmas. Assim, esta primeira parte tem um total de 11 questões que permitiram a caracterização da amostra estudada.

Também a segunda parte do questionário foi sujeita a algumas alterações. Aqui o objectivo era fazer o levantamento das variáveis em estudo, pelo que após algumas leituras relativamente à temática em questão e reflexão sobre o objectivo deste estudo, foram elaboradas algumas perguntas abertas com base nas ideias que se pretendiam abordar e nas informações que se pretendiam obter.

As perguntas abertas, inicialmente formadas, foram posteriormente dissociadas em sub-questões e transformadas em afirmações, cujo objectivo era que o doente exprimisse, de uma forma simples, o seu grau de concordância relativamente a cada uma delas.

Assim, foram inicialmente elaboradas 37 afirmações relacionadas com os cuidados de enfermagem prestados aos doentes internados no Serviço de Urgência. Com estas afirmações pretendíamos que os doentes expressassem o seu grau de concordância relativamente a cada uma delas, utilizando para isso uma escala de 1 a 4, em que o número um correspondia a *discordo bastante*, o dois a *discordo*, o três a *concordo* e o quatro a *concordo bastante*.

Mais uma vez o pré-teste, também aplicado a outros 3 idosos, veio demonstrar algumas situações distintas a aferir. Por um lado, a excessiva dimensão do questionário, referida e demonstrada pela postura fatigada dos doentes, chegando um doente a verbalizar a sua pouca vontade de continuar o preenchimento do questionário, após as primeiras vinte questões. Por outro lado, a complexidade da linguagem utilizada face ao grupo em questão.

Em pelo menos cinco questões, os doentes não conseguiam responder por não decifrarem ou não conseguirem interpretar o discurso, devido à linguagem demasiado elaborada.

Por último, ao aplicar o pré-teste verificou-se que os indivíduos da amostra não conseguiam utilizar a escala apresentada, demonstrando dificuldade em diferenciar os diferentes níveis de concordância definidos.

Após a análise das dificuldades encontradas foram, então, feitas as alterações que nos pareceram oportunas e adequadas, nomeadamente, a eliminação de 9 questões, às quais todos os inquiridos, durante o pré-teste, tiveram muita dificuldade em responder e substituição de alguns vocábulos por outros mais elementares. Isso permitiu simultaneamente facilitar a interpretação do questionário pelos indivíduos da amostra e diminuir a extensão do questionário.

Foi também alterada a escala, no sentido de facilitar a sua utilização, pela amostra do estudo. Definiu-se uma escala com apenas três níveis de concordância, *sem opinião*, *concordo* e *não concordo*, aos quais correspondiam os números zero, um e dois, respectivamente.

A terceira e última parte do questionário, foi incluída no sentido da obtenção de uma visão global do problema e conseqüente aproximação ao mesmo.

É constituída por duas questões abertas onde o doente deveria descrever uma situação positiva e uma situação negativa que tivesse ocorrido durante o internamento. Tinha também uma questão final, onde o doente deveria avaliar o atendimento no serviço de urgência, utilizando uma escala numérica, de 1 a 4, em que o número 1 corresponde a insuficiente, o 2 a suficiente, o 3 a bom e o número 4 a muito bom, justificando a sua escolha.

Esta parte não sofreu quaisquer alterações desde a sua elaboração inicial, pois durante a aplicação do pré-teste os doentes idosos não revelaram qualquer dificuldade no seu preenchimento.

Após as alterações descritas anteriormente, foi de aplicado um segundo pré-teste que veio unicamente revelar a necessidade de clarificar a linguagem em apenas duas questões. Isto foi feito no sentido de, mais uma vez, adequar a linguagem à nossa amostra. Obtivemos, assim, a versão final do instrumento de colheita de dados, em que foi aplicado um último pré-teste, a outros 3 doentes idosos, que não revelaram qualquer dificuldade no seu preenchimento, pelo que se incluíram no nosso estudo e continuou-se assim, a sua aplicação.

Como referido no capítulo anterior, o convite para participação no estudo era feito oralmente e só após a alta ou transferência do Serviço de Urgência.

Era explicado aos doentes os objectivos e a finalidade do nosso estudo e em que âmbito se estava a desenvolver. Garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Foi atribuído um número a cada questionário, do qual não constava a identificação do utente, para garantir a confidencialidade dos dados e para identificação dos mesmos.

## 2.5 – Técnicas de análise de dados

Para Fortin (2000), o tratamento dos dados varia segundo o tipo de estudo, a técnica de amostragem e os instrumentos de medida utilizados.

No nosso estudo utilizamos a **análise quantitativa** e a **análise qualitativa**.

### 2.5.1 – Análise Quantitativa

A análise quantitativa é, também segundo Fortin (2000), uma análise sistemática de colheita de dados observáveis e quantificáveis e tem como finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, oferecendo também a possibilidade de generalizar os resultados, de predizer e de controlar os acontecimentos.

Para o mesmo autor, neste tipo de estudo, os objectivos da investigação consistem em encontrar relações entre as variáveis, fazer as descrições recorrendo ao tratamento estatístico.

No nosso estudo, na análise quantitativa foi utilizado o método de análise estatística, que segundo Gageiro e Pestana (2000), é um instrumento matemático necessário para recolher, analisar, apresentar dados e é ainda utilizado para descrever os dados através de indicadores chamados estatísticas, como é o caso da percentagem, da frequência absoluta, da moda, do desvio padrão e mediana.

Procedeu-se ao tratamento e análise dos dados quantitativos através de um programa informático “Statiscal Package for the Social Sciences”, (SPSS, versão 13 for Windows) pela rapidez e capacidade de cálculo que esta abordagem permite.

A codificação dos resultados é representada através de gráficos e tabelas, com a respectiva análise, para uma melhor compreensão dos dados.

## 2.5.2 – Análise Qualitativa (análise de conteúdo)

Relativamente ao tratamento dos dados qualitativos pareceu-nos adequado utilizar a análise de conteúdo, pois constitui a técnica de análise por excelência nos métodos qualitativos, pela sua adequação à informação pouco estruturada, como se verifica no discurso recolhido nas questões abertas do questionário aplicado.

Bardin (1977:19) cita Berelson, que considera que *“a análise de conteúdo é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação”*.

Cartwright (1953) citado por Vala (1986:103) vai mais longe e prolonga-a a *“todo o comportamento simbólico”*.

Posteriormente, segundo Vala (1986:103), Krippendorf em 1980, definiu a análise de conteúdo como *“uma técnica de investigação que permite fazer inferências, válidas e replicáveis, dos dados para o seu contexto”*.

Por inferir, entende-se deduzir por meio de um raciocínio, ou extrair uma consequência. Faz-se a desmontagem de um discurso para se perceber o que está nas “entrelinhas”.

Assim, conforme refere Bardin (1977:44) *“a análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por detrás das palavras sobre as quais se debruça (...) é uma busca de outras realidades através das mensagens”*.

A análise de conteúdo incide sobre o conteúdo manifesto (refere-se ao que é dito ou escrito explicitamente no texto) e sobre o conteúdo latente (refere-se ao implícito, não expresso, sentido oculto, ou seja aos elementos simbólicos do material analisado). Assim, é fundamental definir o desenho de investigação antes de iniciar a análise de conteúdo. É necessário definir os objectivos e o quadro de referências teórico que a irá orientar.



Posteriormente, deverá ser construído o *corpus* a analisar que, para Bardin (1977:96) “*é o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos*” e cuja constituição deve obedecer a regras de: exaustividade, representatividade, Homogeneidade e adequação ou pertinência. É a partir daqui que se definem categorias e unidades de análise.

A categorização é, citando Bardin (1977:117) “*uma operação de classificação de elementos constituintes de um conjunto, primeiro por diferenciação e seguidamente por reagrupamentos segundo o género, com conhecimentos e critérios previamente definidos*”.

Primeiro faz-se o inventário do material seleccionado (*corpus*) e depois procede-se à classificação do mesmo, em categorias de significação, que são formuladas de acordo com o problema e o conteúdo em análise.

Para Carmo (1998:255) “*as categorias devem advir do próprio documento em análise ou de um conhecimento geral do domínio a que dizem respeito*”. Também a formulação das categorias está sujeita a alguns princípios, nomeadamente: todas as unidades de registo devem poder ser colocadas numa categoria (exaustividade), mas cada unidade de registo só poderá fazer parte de uma categoria (exclusividade).

Conforme refere Bardin (1977:120), “*um conjunto de categorias boas, deve possuir as seguintes qualidades:*

- *Exclusão mútua: Cada elemento não pode existir em mais de uma divisão.*
- *Homogeneidade: Num mesmo conjunto categorial, só se pode funcionar com um registo e com uma dimensão da análise.*
- *Pertinência: Uma categoria é considerada pertinente quando está adaptada ao material de análise escolhido.*
- *Objectividade e fidelidade: As diferentes partes de um mesmo material, ao qual se aplica a mesma grelha categorial, devem ser codificados da mesma maneira, mesmo quando submetidas a várias análises.*

- *Produtividade: Um conjunto de categorias é produtivo se oferece resultados férteis.*

Nesta fase é necessário codificar. Segundo Hosti, citado por Bardin (1977:103), *“a codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo”*, o que pressupõe definir três tipos de unidades: unidades de registo, unidades de contexto e unidades de enumeração.

As categorias já definidas reúnem um conjunto de elementos, ou unidades de registo, que abarcam características comuns. Bardin (1977:104) define as unidades de registo como, *“a unidade de significação a codificar e correspondendo ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base”*, podendo ser de dimensões e natureza variadas, nomeadamente, palavras, frases ou temas, apontando *“ a categorização e a contagem frequencial”*.

A unidade de contexto é importante para a compreensão do significado das unidades de registo. Está relacionada e dependente do tipo de unidade de registo adoptada, pois diz respeito ao segmento mais longo do conteúdo estudado pelo investigador.

As unidades de enumeração permitem a quantificação, ou seja, determinam a frequência com que o objecto é mencionado no texto e a presença, ou ausência, de algumas unidades de registo.

Segundo Carmo e Ferreira (1989:258) *“ as unidades de enumeração dizem respeito ao tempo e ao espaço: paragrafo, linha, centímetro, minutos de registo”*.

Por fim, há que interpretar os resultados, o que, segundo Carmo e Ferreira (1989:258) *“ é fundamental que seja feita à luz dos objectivos e do suporte teórico”*.

Utilizámos a análise de conteúdo para interpretação das perguntas abertas da terceira parte do questionário: **“descreva resumidamente uma situação positiva, que tenha ocorrido durante o internamento”, “descreva resumidamente uma situação negativa, que tenha ocorrido durante o internamento” e “avalie o atendimento no serviço de urgência, utilizando uma escala de 1 a 4, em que o numero 1 corresponde a insuficiente, o 2 a suficiente, o 3 a bom e o número 4 a muito bom e justifique a sua escolha”**.

As categorias e subcategorias foram definidas com base nas respostas obtidas às questões colocadas.

Utilizámos a grelha de análise que apresentamos nos Quadros XII, XIII e XIV, no capítulo seguinte.

### 3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Como referem Carmo e Ferreira (1998), os resultados obtidos na investigação constituem uma parte essencial desse trabalho e devem ser apresentados de uma forma clara e rigorosa.

No sentido de facultar a leitura e interpretação dos resultados obtidos na Parte II do questionário, elaboramos os Quadros que se seguem, com todas as questões apresentadas e onde se sublinham as maiores frequências encontradas em cada uma das questões. Os valores indicados reportam-se à escala de medida utilizada: 0 – *Sem opinião*; 1 – *Não Concordo* e 2 – *Concordo*.

Na análise das frequências absolutas, o total de respostas a cada variável é 40, uma vez que não existem “não respostas” a nenhuma das questões.

Para a análise da Parte III do questionário, recorreu-se à análise de conteúdo, como já anteriormente referido, o que nos levou a agrupar as respostas em várias categorias e subcategorias, que se apresentam nos quadros posteriormente apresentados, referentes a esta parte do questionário.

Parte II do questionário (análise estatística)

**Quadro VIII – Frequência das respostas às questões 1-28**

	Sem Opinião		Não Concordo		Concordo	
	N	%	N	%	N	%
1 - Os enfermeiros demonstraram sempre respeito para comigo					40	100,0
2 - Os enfermeiros forneceram-me sempre informações claras sobre o que se estava a passar			6	15,0	34	85,0
3 - Os enfermeiros nunca me forneceram quaisquer informações sobre o que se estava a passar			38	95,0	2	5,0
4 - Os enfermeiros forneceram-me informações difíceis de entender sobre o que se estava a passar			32	80,0	8	20,0
5 - Durante o internamento no SU senti-me só e abandonado(a)			33	82,5	7	17,5
6 - Durante o internamento no SU senti-me sempre acompanhado(a) pelos enfermeiros do serviço					40	100,0
7 - Os enfermeiros do SU, demonstraram sempre muita disponibilidade para conversar comigo sobre vários assuntos			8	20,0	32	80,0
8 - Os enfermeiros do SU falavam comigo apenas quando os chamava			28	70,0	12	30,0
9 - Os enfermeiros do SU estavam sempre muito ocupados para me darem atenção			30	75,0	10	25,0
10 - Os enfermeiros do SU demonstraram sempre disponibilidade para responder às minhas perguntas relativamente ao meu estado de saúde			1	2,5	39	97,5
11 - Os enfermeiros do SU estavam sempre disponíveis para me ouvir			6	15,0	34	85,0
12 - Os enfermeiros do SU informaram-me sempre sobre o que me iam fazer			1	2,5	39	97,5
13 - As informações que me foram dadas pelos enfermeiros do SU contribuíram para diminuir a minha preocupação			4	10,0	36	90,0
14 - Os enfermeiros do SU são tolerantes com os doentes com mais dificuldades	2	5,0	1	2,5	37	92,5
15 - Os enfermeiros do SU ignoram as dificuldades de alguns doentes	3	7,5	33	82,5	4	10,0
16 - Os enfermeiros do SU demonstram muito carinho para com todos os doentes					40	100,0
17 - Os enfermeiros do SU mantêm-se muito distantes de todos os doentes (não dão atenção)			39	97,5	1	2,5
18 - Os enfermeiros do SU são tecnicamente muito competentes (realizaram bem as tarefas)			3	7,5	37	92,5
19 - Os enfermeiros do SU tiveram sempre em consideração as minhas dificuldades					40	100,0
20 - Os enfermeiros do SU permitiram-me fazer sozinho as tarefas que eu era capaz (ex. banho, refeições)					40	100,0
21 - Os enfermeiros do SU respeitaram sempre a minha privacidade					40	100,0
22 - Os enfermeiros do SU facilitaram-me o contacto com os meus familiares	1	2,5	17	42,5	22	55,0
23 - Os enfermeiros do SU informaram-me sempre da presença ou não dos meus familiares no período informativo	1	2,5	28	70,0	11	27,5
24 - Os enfermeiros do SU deram sempre importância às minhas queixas			2	5,0	38	95,0
25 - Os enfermeiros deram pouca importância aos meus pedidos			37	92,5	3	7,5
26 - Os enfermeiros respondiam rapidamente aos meus pedidos			4	10,0	36	90,0
27 - Os enfermeiros utilizaram sempre uma linguagem que eu percebia			11	27,5	29	72,5
28 - Os enfermeiros do SU falaram comigo como se eu fosse uma criança			40	100,0		

Como se pode observar nos Quadros anteriores, existem 6 questões em que a concordância é total, ou seja, todos os inquiridos responderam “Concordo” e 3 questões em que a concordância é superior ou igual a 95%, o que é relevante nesta análise.

As questões em que a opção *Concordo* é assinalada por todos os inquiridos são as seguintes:

- Q1 – “*Os enfermeiros demonstraram sempre respeito para comigo*”.
- Q6 – “*Durante o internamento no serviço de Urgência senti-me sempre acompanhado pelos enfermeiros do serviço*”.
- Q16 – “*Os enfermeiros do Serviço de Urgência demonstraram muito carinho para com todos os doentes*”.
- Q19 – “*Os enfermeiros do serviço de Urgência tiveram sempre em consideração as minhas dificuldades*”.
- Q20 – “*Os enfermeiros do Serviço de Urgência permitiram-me fazer sozinho as tarefas que eu era capaz*”.
- Q21 – “*Os enfermeiros do Serviço de Urgência respeitaram sempre a minha privacidade*”.

Destacam-se ainda 3 questões em que a concordância nas respostas, também na opção *Concordo*, é maior ou igual a 95%, que são as seguintes:

- Q3 – “*Os enfermeiros do Serviço de Urgência demonstraram sempre disponibilidade para responder às minhas perguntas relativamente ao meu estado de saúde*”.
- S12 – “*Os enfermeiros do Serviço de Urgência informaram-me sempre sobre o que me iam fazer*”.
- S24 – “*Os enfermeiros do Serviço de Urgência deram sempre importância às minhas queixas*”.

Nas questões do questionário, com ponderação negativa, apenas a Q28 “*Os enfermeiros do Serviço de Urgência falaram comigo como se eu fosse uma criança*”, apresenta um nível de concordância de 100%. Ou seja, todos os

inquiridos responderam “Não concordo” à referida questão. Isto permite concluir que, com nenhum inquirido foi utilizada linguagem infantil.

Surgem depois 2 questões com níveis de concordância superiores ou iguais a 95%, relativamente à resposta “*Não concordo*”, nomeadamente as seguintes questões:

- Q3 – “*Os enfermeiros nunca me forneceram quaisquer informações sobre o que se estava a passar*”.
- Q17 – “*Os enfermeiros do Serviço de Urgência mantêm-se muito distantes de todos os doentes (não dão atenção)*”.

Também, dado o conteúdo destas questões, a análise possível é que os inquiridos negam que, não lhes tenham sido dadas quaisquer informações, assim como não concordam com a afirmação que os enfermeiros se mantêm muito distantes de todos os doentes.

Há ainda duas questões que merecem relevância, pois relacionam-se directamente com uma das categorias encontradas na Parte III do questionário e que serão examinadas no capítulo seguinte.

A Q22 – “*Os enfermeiros do Serviço de Urgência facilitaram o contacto com os meus familiares*” e a Q23 – “*Os enfermeiros do Serviço de Urgência informaram-me sempre da presença ou não dos meus familiares no período informativo*”.

À primeira questão (Q22), 55% dos inquiridos responderam “*Concordo*”, 42,5% respondeu “*Não concordo*” e 2,5% respondeu “*Sem opinião*”. É a única questão do questionário onde se observa uma divisão tão regular das respostas e, das poucas, onde surge a resposta “*Sem opinião*”. É de notar que quase metade dos indivíduos inquiridos nega que os enfermeiros lhe tenham facilitado o contacto com os seus familiares.

Na segunda questão referida (Q23), a maioria dos inquiridos, 70% respondeu “*Não concordo*”, apenas 27,5% respondeu “*Concordo*”. Surge aqui também

2,5% dos inquiridos que responderam “*Sem opinião*”. Aqui salienta-se a opinião dos inquiridos que, nem sempre foram informados pelo enfermeiro, da presença, ou não, dos seus familiares no período informativo.

Na análise desta parte do questionário poder-se-á dizer que, em termos de proximidade de conteúdo conseguiu-se encontrar 3 áreas: Relação enfermeiro/doente, Comunicação enfermeiro/doente e Contacto com o exterior.

Nas referidas áreas parece-nos poder afirmar, pela análise das respostas encontradas, que a maioria dos inquiridos tem uma opinião favorável sobre o desempenho dos enfermeiros no âmbito da relação e comunicação com os doentes.

É relativamente à temática “Contacto com o exterior”, que se encontram, em maior número, opiniões desfavoráveis dos inquiridos, relativamente ao desempenho dos enfermeiros do Serviço de Urgência.

### Parte III do questionário (análise de conteúdo)

Para a análise das três últimas questões do questionário, codificámos as respostas que resultaram das referidas questões, colocadas aos idosos. Posteriormente, foi por nós efectuada uma primeira leitura, com o intuito de verificar a veracidade e fiabilidade das respostas oriundas das questões abertas.

Recorreu-se então à análise de conteúdo, o que nos levou a agrupar as respostas em várias categorias e subcategorias, conforme se apresenta nos quadros seguintes, relativamente a cada questão.



**QUADRO XI** – Situação positiva, associada ao internamento

ÁREA TEMÁTICA	U.R.	CATEGORIAS	U.R.	SUBCATEGORIAS	U.R
SATISFAÇÃO	58	<b>Relação enfermeiro/ doente</b>	43	Atendimento	19
				Disponibilidade	14
				Atenção/preocupação	8
				Competência	2
		<b>Tratamento</b>	8	Eficácia	6
				Rapidez	2
		<b>Comunicação enfermeiro/ doente</b>	7	Dialogo	4
	Acolhimento	3			

Na área temática, *satisfação*, onde era pedido aos inquiridos que referenciassem uma situação positiva, que tivesse ocorrido durante o internamento, constatou-se que nenhum o fez, rigorosamente. Todos enumeraram ou descreveram, apenas, motivos de satisfação. Foram encontradas 58 unidades de registo (U.R.) sobre esta área temática.

De acordo com a observação do quadro anterior, e após a definição de categorias e sub-categorias, constatou-se que a maioria dos inquiridos associou satisfação a três aspectos, que foram identificados como categorias: a *relação enfermeiro/doente*, o *tratamento* e a *comunicação enfermeiro/doente*.

É relevante a associação feita pelos inquiridos entre a satisfação face aos cuidados prestados no serviço de urgência e a *relação enfermeiro/doente*, com 43 unidades de registo, divididas em 4 subcategorias. Destaca-se o *atendimento* com 19 unidades de registo, seguido da *disponibilidade* com 14 unidades de registo.

É de salientar algumas semelhanças no discurso de vários inquiridos quanto a estas subcategorias, como se pode observar nos seguintes exemplos: “...as pessoas tratam-nos bem” S25, “o atendimento é bastante bom” S12, e

“...sempre prontos para nos ajudar” S2, “ os enfermeiros estão sempre presentes e junto de nós”S3.

A *atenção/preocupação* dos profissionais, relativamente aos doentes, é referida por 8 indivíduos, como factor de satisfação. Apenas 2 indivíduos fazem referencia à *competência*, como factor de satisfação.

A referencia ao tratamento, no sentido de terapia com o objectivo de diminuição/eliminação de sintomas surge com 8 unidades de registo, dividindo-se em 2 subcategorias. Entre elas a rapidez *do tratamento*, com apenas 2 unidades de registo e a *eficácia do tratamento*, com 6 unidades de registo. Eis alguns exemplos desta subcategoria:

“...melhorei bastante” S8,

“Estar melhor”S23

“Melhorarem a nossa saúde” S22

A *comunicação enfermeiro/doente* foi também referida como factor de satisfação. Foram encontradas 7 unidades de registo, que se associaram em duas categorias: *diálogo*, onde foram encontradas 4 unidades de registo e *acolhimento*, com apenas 3 unidades de registo.

**QUADRO XII** – Situação negativa, associada ao internamento

ÁREA TEMÁTICA	U.R.	CATEGORIAS	U.R.	SUBCATEGORIAS	U.R.
INSATISFAÇÃO	48	<b>Contacto com exterior</b>	23	Autonomia	10
				Visitas	8
				Isolamento	5
		<b>Comunicação enfermeiro/doente</b>	10	Diálogo	5
				Incompreensibilidade do discurso	5
		<b>Relação enfermeiro/doente</b>	9	Disponibilidade	7
				Desrespeito	2
		<b>Alimentação</b>	4	Qualidade	4
<b>Doença</b>	2	Estar doente	2		

À semelhança com o que se verificou anteriormente, também nesta área temática, a totalidade dos inquiridos não descreveu, como era pedido, uma situação negativa ocorrida durante o internamento no Serviço de Urgência.

Também aqui enumeraram motivos de descontentamento (insatisfação). Foram encontradas, 48 unidades de registo nesta área temática.

Foram definidas 5 categorias reveladoras dos motivos de insatisfação dos inquiridos, relativamente ao seu internamento no Serviço de Urgência, onde se destaca o *contacto com o exterior*. Esta categoria é definida como a dificuldade sentida pelos participantes em relação à proximidade com o meio externo ao hospital, ou seja, o contacto com os familiares, a possibilidade de obter informações sobre aspectos da vida quotidiana, não relacionados com o internamento e até mesmo a limitação espacial imposta pelo internamento, que no Serviço de Urgência é particularmente restritiva.

Nesta categoria são encontradas 23 unidades de registo, separadas em 3 subcategorias. Destaca-se a *autonomia* e aspectos relacionados com as *visitas*, interligados, de alguma forma, com o *isolamento*, bem referenciado em expressões como “...deviam deixar que viessem ao pé de nós”S3 e “...não sabemos nada da nossa vida lá fora” S8.

O aspecto da *autonomia* prende-se com o facto de não ser permitido aos doentes internados no serviço de urgência deambularem e/ou fazerem levante, nem mesmo para realização de necessidades básicas, como urinar ou evacuar. Esta limitação é encarada por 25% dos inquiridos como factor de grande insatisfação e bastante relevante em enunciações como: “...não podemos ir à wc é muito triste” S20, “não nos deixam ir à casa de banho” S24 ou “terem de nos fazer tudo faz-me sentir muito mal” S20.

O tempo permitido de *visita* e um único visitante, durante as vinte e quatro horas, foi referenciado como um factor de insatisfação pelos inquiridos, sendo encontradas 8 unidades de registo. Foram encontradas expressões como: “ a visita é tão rápida” S8, “quase sem visitas, parece que estamos abandonados e não temos família”S3 e “a visita de um só familiar e durante tão pouco tempo parece-me muito desadequado...promove a ansiedade”S9.

É de salientar que 57.5% dos inquiridos, quando lhe foi pedido que descrevessem uma situação negativa ocorrida durante o internamento, associou aspectos relacionados com as dificuldades de contacto com o exterior.

A *comunicação enfermeiro/doente*, ou mais especificamente, a falta de comunicação entre os profissionais e os doentes, foi também referida como factor de insatisfação, com 10 unidades de registo. Dentro desta categoria definiram-se duas subcategorias, *Diálogo* e *Incompreensibilidade do discurso*, ambas com 5 unidades de registo. Ao nível do *Diálogo*, os inquiridos referem a sua dificuldade em falar com os profissionais de saúde, não fazendo aqui qualquer distinção entre os grupos profissionais, como se exemplifica nas seguintes expressões: “os enfermeiros andam sempre a correr quando nós

*precisamos de falar*” S24, “...os médicos falam pouco connosco” S24. Existe igualmente referência à *Incompreensibilidade do discurso*, no sentido de dificuldade ou incapacidade de entendimento do que é dito, aos doentes, pelos profissionais de saúde. São exemplos as seguintes afirmações: “às vezes têm umas conversas que eu não percebo” S6, “...às vezes falam de nós, da nossa doença, com palavras que a gente não sabe o que é” S18.

A *relação enfermeiro/doente* foi também definida como categoria, na área da insatisfação, onde se contam 9 unidades de registo. As subcategorias encontradas, foram *disponibilidade* e *desrespeito*, com 7 e 2 unidades de registo, respectivamente. A *disponibilidade*, foi aqui entendida como a celeridade com que eram satisfeitos os pedidos dos doentes, sobretudo ao nível de realidades práticas. É de realçar nesta subcategoria as múltiplas referências aos auxiliares de acção médica, provavelmente pela associação deste grupo profissional aos aspectos práticos, imediatos e funcionais do internamento, como se verifica nas afirmações: “...os auxiliares são muito poucos para tantos doentes” S11, “os auxiliares correm de um lado para o outro” S26, “...uma pessoa às vezes está apertadinha e tem de esperar que tragam o urinol” S19.

Na subcategoria *desrespeito* foram encontradas 2 unidades de registo que foram referidas pelo mesmo inquirido e estavam relacionadas com uma situação pontual, de conflito entre o doente e um único elemento da equipa multidisciplinar, ocorrida durante o internamento.

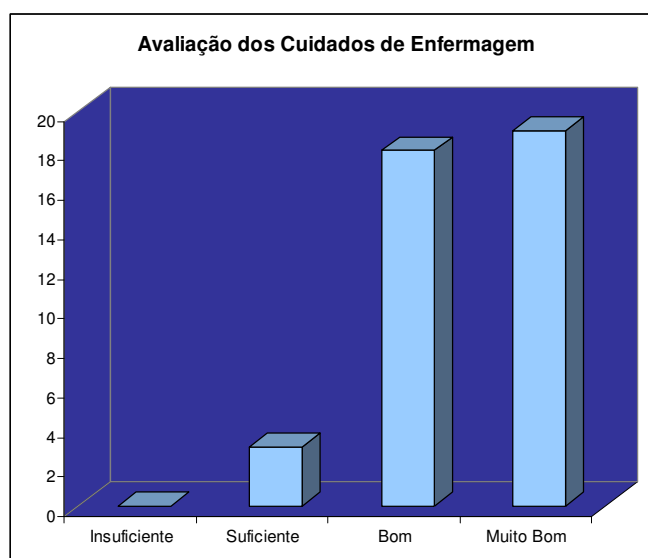
A *alimentação* é outra categoria encontrada nesta área temática, com 4 unidades de registo, todas elas agrupadas numa única subcategoria, a *qualidade*. A falta de qualidade da comida fornecida aos doentes é referida pelos inquiridos como factor de insatisfação em expressões como: “não devia ser dada esta comida aos doentes” S20 e “a comida é muito má, sem sal e sem sabor” S27.

A *doença*, foi outra categoria definida. Dois inquiridos entendem como factor de insatisfação, o facto de estarem doentes não referindo qualquer outra situação de descontentamento face ao internamento.

Por fim, na última questão aberta, da Parte III do questionário aplicado, era pedido, tal como referido anteriormente, aos inquiridos que avaliassem os cuidados de enfermagem prestados, durante o seu internamento no Serviço de Urgência. Deviam utilizar uma escala quantitativa, de 1 a 4, em que o 1 correspondia a *Insuficiente*, o 2 a *Suficiente*, o 3 a *Bom* e o 4 a *Muito Bom*. Posteriormente deviam justificar a sua escolha.

Para o estudo desta questão, foi feita uma análise quantitativa da primeira parte das respostas obtidas e uma análise qualitativa. Recorreu-se mais uma vez, à análise de conteúdo, para a segunda parte das respostas obtidas. A análise feita é apresentada no Gráfico e Quadros seguintes.

**GRÁFICO XI – Avaliação dos cuidados de enfermagem no Serviço de Urgência**



Como se pode concluir da observação do gráfico anterior, 19 indivíduos, o que corresponde a 47,50% da amostra avaliou em "*Muito Bom*" os cuidados de enfermagem prestados durante o seu internamento no Serviço de Urgência.

Surgem depois 18 indivíduos, 45% da amostra, que classificam em "*Bom*" os referidos cuidados.

Apenas 3 indivíduos, 7,5% da amostra, atribuem “Suficiente” quando classificam os cuidados de enfermagem prestados durante o seu internamento. Relativamente à justificação da menção atribuída, como já anteriormente referido, foi feita uma apreciação qualitativa das respostas dadas, utilizando novamente a análise de conteúdo.

Foram agrupadas as respostas (justificações dadas), de acordo com a menção atribuída *Muito Bom*, *Bom* e *Suficiente*, dado que não se registou qualquer atribuição de *Insuficiente*.

Posteriormente criaram-se categorias, correspondentes às unidades de registo encontradas.

No sentido de facilitar a leitura dos resultados, far-se-á a sua apresentação nos Quadros seguintes, individualizados para cada uma das menções atribuídas.

#### **QUADRO XIII – Avaliação dos cuidados de enfermagem – Muito Bom**

ÁREA TEMÁTICA	U.R.	CATEGORIAS	U.R.
MUITO BOM	14	<b>Atendimento</b>	9
		<b>Generalista</b>	4
		<b>Competência</b>	1

Na justificação da atribuição da menção “*Muito Bom*”, aos cuidados de enfermagem prestados no Serviço de Urgência, foram encontradas 14 unidades de registo que foram divididas em 3 categorias, de acordo com o seu conteúdo.

Das categorias encontradas destaca-se, com 9 unidades de registo, o *Atendimento*. Este é referenciado como um conjunto de medidas ou atitudes dos profissionais para com os doentes, durante o seu internamento que permitem que os mesmos se sintam satisfeitos. Englobam várias dimensões, como se pode observar nos seguintes exemplos:

“...Aqui todos nos tratam bem ...” S4

“...”As pessoas de uma forma geral são muito humanas e profissionais.” S8

“...”São todos muito bons aqui.” S28

“... Todos os profissionais são excelentes e fazem tudo para que nos sintamos bem.” S38

Foi também definida uma categoria generalista, com 4 unidades de registo que incluem aspectos pouco específicos e muito dispersos, relativamente à justificação da menção atribuída. Destes, podemos destacar os seguintes:

“... É aqui que a gente se trata” S5 e “Pois é o melhor que podem fazer” S30.

Outra categoria encontrada foi a da *Competência*, com apenas uma unidade de registo, mas expressa, de uma forma muito objectiva, como se apresenta no exemplo seguinte: “ *Muito Bom, pela competência demonstrada*” S39.

#### QUADRO XIV – Avaliação dos cuidados de enfermagem – Bom

ÁREA TEMÁTICA	U.R.	CATEGORIAS	U.R.
BOM	12	<b>Generalista</b>	8
		<b>Atendimento</b>	3
		<b>Visitas</b>	1

A explicação da atribuição da menção “*Bom*” aos cuidados de enfermagem prestados no Serviço de Urgência foi pouco objectiva.

Foram encontradas 12 unidades de registo que se dividiram em 3 categorias, de acordo com o seu conteúdo. Foi definida uma categoria *Generalista*, que engloba a maioria das unidades encontradas, 8 unidades de registo. Esta inclui justificações distintas e variadas sobre a menção atribuída como se pode observar nos exemplos seguintes:

“O importante é irmos melhores daqui” S19

“Já se sabe que aqui é o hospital” S6

“É bom tendo em conta a situação geral da saúde no nosso país S12

“Não tenho nada a dizer de ninguém” S20.



A seguir surge a categoria *Atendimento*, com 3 unidades de registo. O atendimento aqui referenciado remete-nos, mais uma vez, para os conceitos de atenção e consideração dos profissionais para com os doentes, durante o seu internamento. São exemplos as seguintes afirmações:

“*Eu acho que aqui tratam bem os doentes*” S2

“*As pessoas têm atenção connosco e tratam-nos bem*” S21.

A terceira, e última categoria encontrada, nesta temática, *Visitas*, surge com uma única unidade de registo, mas justifica claramente a atribuição da menção “Bom” aos cuidados de enfermagem prestados no serviço de urgência, como é evidenciado neste registo: “*Devíamos ter mais visitas. Parece que não temos ninguém, é uma tristeza*” S29.

#### QUADRO XV – Avaliação dos cuidados de enfermagem – Suficiente

ÁREA TEMÁTICA	U.R.	CATEGORIAS	U.R.
SUFICIENTE	3	<b>Generalista</b>	2
		<b>Visitas</b>	1

Na justificação desta menção qualitativa surgem apenas 3 unidades de registo que foram divididas em 2 categorias. Uma categoria *Generalista*, com 2 unidades de registo ,que não revela factores significativos relativamente ao pretendido, como se pode verificar nos exemplos seguintes:

“*Podia ser bastante melhor*” S24

“*Penso que há ainda muito a melhorar*” S9.

Surge, por fim, a categoria *Visitas*, com uma única unidade de registo, mas também aqui perfeitamente esclarecedora da menção atribuída, como se pode observar: “*Não me parece adequado só um período de visita e tão curto*” S1.

#### 4- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo analisamos os dados, apresentamos as ilações, interpretações e questões sobre os mesmos, com o objectivo de conhecer o **grau de satisfação dos idosos internados no Serviço de Urgência, face aos cuidados de enfermagem prestados.**

A resposta às questões de estudo inicialmente elaboradas, já anteriormente referidas, “***Será que os cuidados de enfermagem, prestados aos idosos, no serviço de urgência vão de encontro às suas reais necessidades? Qual a percepção dos idosos, internados no serviço de urgência, sobre os cuidados de enfermagem prestados? O que valorizam os idosos, relativamente aos cuidados de enfermagem prestados, durante o internamento no serviço de urgência? Ficarão os idosos satisfeitos com os cuidados de enfermagem, prestados no serviço de urgência?***”, foi identificada a partir dos questionários aplicados aos utentes idosos, no Serviço de Urgência do Hospital Nossa Senhora do Rosário – EPE, Barreiro.

Para a análise e discussão dos dados reportamo-nos aos conteúdos, Gráficos e Quadros, anteriormente apresentados. No sentido de facilitar a leitura e apresentação dos resultados, estes serão apresentados em texto e coadjuvados com alguns novos Quadros.

Da apresentação dos dados obtidos na Parte II do questionário, destacam-se as questões de ponderação positiva nas quais se observam níveis de concordância nas respostas, dadas pelos inquiridos, entre os 100 e os 70%.

**Quadro XVI** – Concordância entre as respostas, de ponderação positiva

Percentagem de concordância com a resposta “Concordo”	Afirmações
100%	<p><b>Q1</b> – Os enfermeiros demonstraram sempre respeito para comigo.</p> <p><b>Q6</b> – Durante o internamento senti-me sempre acompanhado pelos enfermeiros do serviço.</p> <p><b>Q16</b> – Os enfermeiros demonstraram muito carinho para com todos os doentes.</p> <p><b>Q19</b> – Os enfermeiros tiveram sempre em consideração as minhas dificuldades.</p> <p><b>Q20</b> – Os enfermeiros permitiram-me fazer sozinho as tarefas que eu era capaz.</p> <p><b>Q21</b> – Os enfermeiros respeitaram sempre a minha privacidade.</p>
>95%	<p><b>Q10</b> – Os enfermeiros demonstraram sempre disponibilidade para responder às minhas perguntas relativamente ao meu estado de saúde.</p> <p><b>Q12</b> – Os enfermeiros informaram-me sempre sobre o que me iam fazer.</p> <p><b>Q24</b> – Os enfermeiros deram sempre importância às minhas queixas.</p>
>90%	<p><b>Q13</b> – As informações dadas pelos enfermeiros contribuíram para diminuir a minha preocupação.</p> <p><b>Q14</b> – Os enfermeiros são tolerantes com os doentes com mais dificuldades.</p> <p><b>Q18</b> – Os enfermeiros são tecnicamente muito competentes.</p> <p><b>Q26</b> – Os enfermeiros respondiam rapidamente aos meus pedidos.</p>
>70%	<p><b>Q2</b> – Os enfermeiros forneceram-me sempre informações claras sobre o que se estava a passar.</p> <p><b>Q7</b> – Os enfermeiros demonstraram sempre muita disponibilidade para conversar comigo sobre vários assuntos.</p> <p><b>Q11</b> – Os enfermeiros estavam sempre disponíveis para me ouvir.</p> <p><b>Q27</b> – Os enfermeiros utilizaram sempre uma linguagem que eu percebia.</p>

Após observação dos dados é relevante a uniformidade de opinião sobre os vários conceitos implícitos nas questões colocadas aos inquiridos. Como anteriormente referido, tendo em conta a adjacência do conteúdo, podem-se definir aqui duas grandes áreas temáticas.

A **relação enfermeiro/doente**, encarada numa perspectiva abrangente e multifacetada, alargada à equipa multidisciplinar e incluindo várias dimensões para além dos aspectos meramente curativos.

Como refere Watson (2002:52) *“O processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é um enfoque importante para a enfermagem, não apenas devido às transacções dinâmicas de humano-para-humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço”*.

Todos os inquiridos concordam que os enfermeiros os respeitaram durante o seu internamento e respeitaram a sua privacidade. Este é um facto relevante dadas as características, nem sempre favoráveis, da prestação de cuidados no Serviço de Urgência. O *respeito*, em sentido lato inclui aceitar o outro sem preconceitos. Significa mais que tolerância ou simpatia. Refere Nunes (2002:9) que *“O respeito considera todos, independentemente das suas características e dos seus antecedentes, como pessoas igualmente dignas”*.

O *acompanhamento*, ou seja, sentir que os enfermeiros estão presentes, foi outra questão com total concordância nas respostas dos inquiridos. Acompanhar significa *estar com*, que no domínio da relação toma um sentido muito mais profundo do que apenas a presença física do enfermeiro junto do doente. Este acompanhamento constitui um envolvimento com o outro que transcende o plano físico. Inclui a capacidade de, *“numa perspectiva holística, ajudá-los a enfrentar os seus problemas ou a sua situação de crise, com todos os recursos que possuem”* Lazure (1994:98).

Esta noção pode, de alguma forma, relacionar-se com outros conceitos presentes no questionário e aos quais se obtiveram altas percentagens de concordância, nomeadamente, a *disponibilidade* e a *tolerância*.

A maioria dos inquiridos concorda que, durante o seu internamento os enfermeiros demonstraram *disponibilidade*. Isto é, a capacidade de estar livre para.... Como refere Nunes (2002:9), “*É daquelas condutas que se percebe e se transmite*”.

Estes dados estão de acordo com o estudo apresentado por Gomes (2002), que evidencia a importância da presença dos enfermeiros junto ao doente como um factor fundamental e refere ainda que, quando os enfermeiros estão ausentes, muito tempo, os doentes sentem-se abandonados e inseguros.

A *tolerância*, entendida como a capacidade de aceitar o outro na sua unicidade, ou seja, como medida de aceitação do outro, deu também origem a altas percentagens de concordância nas respostas obtidas. Entendemos poder associar aqui os conceitos de *consideração das dificuldades*, *valorização das queixas*, e *permissão para realização de tarefas possíveis*, pois interligam-se nesta abordagem.

Os enfermeiros que *consideram as dificuldades* do doente têm, necessariamente, de *valorizar as suas queixas*. Ou seja, orientar todo o planeamento dos cuidados de enfermagem no sentido das limitações que o doente idoso apresenta, de forma a individualizar os cuidados prestados. Assim, promovem a autonomia do doente, permitindo-lhe realizar as actividades em que este é independente e auxiliando-o na realização daquelas em que se encontra parcialmente dependente.

Como refere Hesbeen (2001:19) “*Cada pessoa, seja qual for a sua doença, necessita de uma atenção personalizada e das acções específicas que lhe são inerentes (...) porque o sofrimento (...) é sentido por cada um à sua maneira e não pode portanto ser hierarquizado*”.

Na abordagem à *competência técnica* dos cuidados de enfermagem prestados foram também obtidas percentagens elevadas de concordância nas respostas dadas. De acordo com as características da amostra estudada, houve necessidade de clarificar frequentemente esta questão, relacionando-a com a correcta realização das tarefas. Parece-nos poder afirmar que neste item foram mais valorizados os aspectos práticos, funcionais e imediatos da prestação de cuidados.

Todos os inquiridos concordam que os enfermeiros demonstram muito *carinho* para com todos os doentes. É de notar que estes resultados vão de encontro à bibliografia consultada, que referencia o papel progressivamente preponderante da dimensão afectiva, durante o processo de envelhecimento.

Segundo Novo (2003), o bem-estar psicológico abrange um amplo conjunto de dimensões, entre as quais se incluem as relações positivas com outros, incluindo relações interpessoais agradáveis e de confiança, e fortes sentimentos de empatia e afecto.

A outra grande área encontrada é a ***comunicação enfermeiro/doente***.

A comunicação, com já referido anteriormente, é por si só um processo complexo e multifacetado que, associado ao envelhecimento, fomenta obstáculos à sua eficácia.

A comunicação é aqui abordada em diferentes perspectivas. Em todas elas foram obtidas percentagens elevadas de concordância, nas respostas dadas. É de referir que não foi obtido, como se verificou na outra área identificada, em nenhuma destas questões uma percentagem de concordância de 100%.

Contudo, a maioria dos inquiridos concordou que os enfermeiros lhes forneceram sempre *informações sobre os procedimentos realizados e informações tranquilizadoras* (contribuíram para diminuir a preocupação).

Estes resultados estão de acordo com o estudo de Gomes (2002) que evidencia a importância da informação, dada pelos enfermeiros, aos doentes ao afirmar que “ *A informação representa de facto um aspecto importante no que concerne a tornar o doente parceiro, porque para participar o doente deve estar de facto informado*” (Gomes 2002:144).

É importante que o doente, em particular o idoso, seja informado sobre a natureza e importância dos cuidados e procedimentos a que vai ser sujeito. Isso permitirá que colabore durante a sua realização e não aumente, desnecessariamente, os níveis de ansiedade, sempre presentes durante o internamento no Serviço de Urgência.

Alguns estudos de investigação, neste âmbito, demonstraram que se obtêm diminuição dos níveis de ansiedade, quando de forma clara, simples e adequada se dão informações aos doentes. (Cassem e Setwart, 1975; Devine e Cook, 1983; Dias, 1997).

Podemos referir que, neste estudo, as informações foram também consideradas, pela maioria dos inquiridos, *claras*, utilizando *linguagem perceptível*. No grupo etário estudado é sobretudo importante a eficácia da comunicação. No caso particular destes doentes, o grau de compreensão daquilo que é transmitido, que depende, entre outros factores, da linguagem utilizada e também da experiência subjectiva, do doente.

A este propósito, Lazure (1994:161) refere que, “*por vezes a enfermeira esquece-se que evolui numa profissão em que o vocabulário é muito especializado. A utilização inoportuna desse vocabulário pode constituir uma séria dificuldade na sua comunicação e nas suas manifestações de empatia*”.

Foram ainda considerados pelos participantes, a *disponibilidade para conversar* (sobre vários assuntos) e a *disponibilidade para ouvir* o doente. A disponibilidade para conversar e para ouvir o doente é aqui entendida como uma demonstração de interesse real pelo doente, enquanto pessoa.

Ouvir, mais do que um termo singelo, é aqui entendido num sentido mais vasto, remetendo para a escuta. A escuta é um processo complexo, activo que exige uma percepção global do discurso, no sentido de descobrir os vários indicadores fornecidos pelo doente. Lazure (1994:109) refere, relativamente à capacidade de escuta, que “*É necessário saber não só o que é preciso escutar mas também como fazê-lo de forma a que o cliente tire daí o melhor proveito*”.

Dentro deste grupo de questões, de ponderação positiva, apenas duas questões revelam desagrado dos inquiridos, relativamente ao desempenho dos enfermeiros. Estas permitem definir uma terceira área, de acordo com o seu conteúdo, identificada como **contacto com o exterior**.

Na questão 22, que se refere ao facto de os enfermeiros *facilitarem o contacto entre os doentes e os seus familiares*, é encontrada uma divisão quase mediana das respostas, com uma muito discreta superioridade da opção *Concordo*. Isto significa que quase metade dos inquiridos não concorda que os enfermeiros lhe tenham facilitado o contacto com os seus familiares.

A questão 23, referente à *informação aos doentes da presença ou não dos seus familiares no período informativo* é a única onde se obtêm respostas que revelam claramente descontentamento relativamente a este facto, com uma elevada percentagem de respostas, na opção *Não Concordo*. Este resultado permite afirmar que, a maioria dos inquiridos do seu ponto de vista, não foi informado da presença ou ausência dos seus familiares durante o período informativo.

Vários autores indicam o suporte familiar, como um importante sustentáculo na satisfação das necessidades de vida do idoso. Fora do seu ambiente habitual, o idoso encontra nos familiares e amigos um reconforto significativo. Este confere-lhe habitualmente, uma sensação de pertença, por vezes dispersa no contexto do internamento numa unidade diferenciada, como o Serviço de Urgência.



Berger e Poirier (1995: 564) referem, relativamente à presença de familiares, que “o apoio trazido por estas pessoas influencia de maneira positiva a sua capacidade de aprendizagem, reforçando a motivação e aumentando a perseverança e fidelidade ao regime terapêutico”.

Destacam-se agora as questões de ponderação negativa, nas quais se observam níveis de concordância nas respostas, dadas pelos inquiridos, entre os 70 e os 100%.

**Quadro XVII – Concordância entre as respostas, de ponderação negativa**

Percentagem de concordância com a resposta “Não Concordo”	Afirmações
100 %	<b>Q28</b> – Os enfermeiros falaram comigo como se eu fosse uma criança.
>95%	<b>Q3</b> – Os enfermeiros nunca me forneceram quaisquer informações sobre o que se estava a passar. <b>Q17</b> – Os enfermeiros mantêm-se muito distantes de todos os doentes.
> 90%	<b>Q25</b> – Os enfermeiros deram pouca importância aos meus pedidos.
>70%	<b>Q4</b> – Os enfermeiros forneceram-me informações difíceis de entender sobre o que se estava a passar. <b>Q5</b> – Durante o internamento senti-me só e abandonado. <b>Q8</b> – Os enfermeiros falavam comigo apenas quando os chamava. <b>Q9</b> – Os enfermeiros estavam sempre muito ocupados para me dar atenção. <b>Q15</b> – Os enfermeiros ignoram as dificuldades de alguns doentes.

A concordância encontrada nas respostas a estas questões com a opção *Não concordo*, revela que os idosos inquiridos mostram satisfação, face aos

cuidados de enfermagem prestados no Serviço de Urgência, nos domínios da *relação enfermeiro/doente* e da *comunicação enfermeiro/doente*.

É de notar que a única resposta deste grupo, em que se obtém uma concordância de 100% na opção *não concordo*, está relacionada com a infantilização do discurso do enfermeiro, na comunicação com o doente idoso. Todos os idosos inquiridos negam que tenham sido alvo de um discurso infantilizado, por parte dos enfermeiros.

A infantilização ou “bebeísmo” é uma atitude discriminatória relativamente aos idosos, sobretudo em situações em que a sua autonomia está comprometida e/ou o seu nível de dependência está aumentado, como se verifica em situação de doença.

Berger e Poirier (1995: 68) referem, quanto a este assunto, que “ *as enfermeiras devem evitar a todo o custo infantilizar os idosos pois diminuem as suas hipóteses de atingirem uma melhor qualidade de vida*”. Esta atitude é rara, ou mesmo inexistente, no quotidiano da prestação de cuidados ao doente idoso, no Serviço de Urgência.

A análise dos dados obtidos na Parte III do questionário permite também constatar que os idosos valorizam, isto é, referenciam como situações positivas, factores que quando agrupados em categorias podem corresponder às áreas temáticas definidas na análise da parte anterior do questionário.

É notória a repetição encontrada em algumas dimensões do cuidar, nas respostas dadas pelos idosos participantes neste estudo.

Encontramos como factores de satisfação, valorizados durante o internamento pelos idosos inquiridos, três grandes áreas, a *relação enfermeiro/doente*, a *comunicação enfermeiro/doente* e o *tratamento*.

A *disponibilidade* é também *referenciada* como factor de satisfação, encontrando-se 14 unidades de registo. Condiz com os dados obtidos na Parte

II do questionário, onde a maioria dos inquiridos concorda que, durante o seu internamento, os enfermeiros estiveram disponíveis.

Dentro desta categoria surgem ainda 2 unidades de registo, na subcategoria *competência*. Isto está de acordo com os níveis de concordância obtidos, anteriormente, nas questões relacionadas com este item.

O *tratamento* é outro factor de satisfação encontrado. Este é visto pelos inquiridos como meio de debelar a doença, de eliminar os sintomas e restituir a saúde, como se verifica nas expressões utilizadas, “*trataram-me rapidamente*” S1, e “*fizeram-me logo o tratamento e melhorei bastante*” S8.

Surgem então duas subcategorias, nomeadamente, *rapidez* e *eficácia do tratamento*.

A valorização que os idosos inquiridos fazem do tratamento, nesta perspectiva, foi bastante importante.

Foi encontrada outra categoria, a *comunicação enfermeiro/doente*, correspondente a uma terceira área. Nela sobressaem o *diálogo* e o *acolhimento*, como subcategorias.

O *diálogo*, encarado como interlocução útil e variada, não confinado ao assunto doença/internamento, surge como motivo de satisfação e é coincidente com os dados encontrados na Parte II do questionário. Obtiveram-se, aqui, altas percentagens de concordância nas respostas às questões deste âmbito, de ponderação positiva, na opção *Concordo*.

Conscientes de que o *acolhimento* é um elemento essencial do atendimento, entendemos englobá-lo na área da comunicação. Pareceu-nos, após a análise de algumas das unidades de registo encontradas, (“*gostei da forma como fui recebido*” S8, “*parecia que já estavam à minha espera*” S7) que é entendido como a primeira imagem definida, no contacto inicialmente estabelecido entre

os doentes idosos e os profissionais. Este primeiro encontro tem, sem dúvida, uma forte componente comunicacional.

Como referem Zieguel e Cranley (1985), o primeiro contacto com o serviço é determinante, podendo dar início a uma relação de ajuda, cumplicidade, reciprocidade. Ou, pelo contrário, levar a um desajuste de relacionamento que irá afectar o doente de forma negativa, durante todo o internamento.

Embora, de uma forma global, estes dados vão de encontro à informação obtida na Parte II do questionário, o item *acolhimento*, não esteve referenciado, de uma forma tão objectiva, na referida fracção do questionário.

É no entanto, um aspecto valorizado pelos doentes idosos, participantes neste estudo.

Relativamente aos factores que revelam algum desagrado, por parte dos inquiridos, destacamos como anteriormente referido, os encontrados na Parte II do questionário, na área definida como *contacto com o exterior*.

Os dados demonstram uma opinião, quase igualmente dividida dos inquiridos, quanto ao facto dos enfermeiros *facilitarem o contacto com os seus familiares*. É de notar que em mais nenhuma questão se obteve percentagens tão medianas, nas respostas dadas.

Estes dados permitem constatarque, cerca de metade dos doentes idosos inquiridos, *não concorda* que os enfermeiros lhe tenham facilitado o contacto com os seus familiares.

De acordo com os mesmos dados, podemos ainda observar que, a maioria dos inquiridos *concorda*, que não lhe foi dada qualquer informação relativamente à presença ou não dos seus familiares, no período informativo.

Estes dados estão de acordo com as informações obtidas na Parte III do questionário, no que se refere à descrição de situações negativas ocorridas durante o internamento.

Como previamente referido, a totalidade dos participantes no estudo, não descreveu qualquer situação negativa ocorrida durante o internamento, mas antes enumerou motivos de descontentamento, que se agruparam numa área temática, *Insatisfação*.

A análise destes dados, permitiu definir 5 categorias, que revelam os motivos de insatisfação dos inquiridos. Destaca-se o *contacto com o exterior*, com 23 unidades de registo.

A coincidência dos dados obtidos, nesta área, nas duas partes do questionário, permite-nos concluir que, os idosos participantes neste estudo, manifestam um grande descontentamento quanto ao *contacto com o exterior*. Isto é, constituem motivos de insatisfação, as limitações impostas pelos enfermeiros e os condicionamentos impostos pelo funcionamento do próprio serviço, relativamente ao contacto com o exterior.

Dentro desta categoria são encontradas 3 subcategorias que revelam, neste âmbito, aspectos mais específicos do descontentamento encontrado.

A *autonomia*, isto é, a limitação da autonomia que é imposta a estes doentes, a restrição das *visitas*, quer no número de visitantes, quer no tempo permitido de visitas e a sensação de *isolamento* face ao exterior, surgem como factores de insatisfação, descritos pelos doentes inquiridos neste estudo. A limitação da autonomia, que significa necessitar de ajuda de outra pessoa, ser dependente, foi também encontrado como categoria no estudo de Imaginário (2004) sobre idosos em contexto familiar.

Foram encontrados, ainda, factores de insatisfação que correspondem a mais 4 categorias. Duas delas, *Comunicação enfermeiro/doente* e *Relação enfermeiro/doente*, definidas também na área temática da *Satisfação*.

Na categoria *Comunicação enfermeiro/doente* encontramos 10 unidades de registo, divididas em 2 subcategorias: *Diálogo* e *Incompreensibilidade do discurso*, cada uma com 5 unidades de registo encontradas.

Na categoria *Relação enfermeiro/doente*, surgem 9 unidades de registo, separadas em 2 subcategorias, *Disponibilidade* e *Desrespeito*.

É de referir que nesta última subcategoria, as 2 unidades de registo encontradas referem-se ao mesmo inquirido e tiveram a ver com uma situação pontual, ocorrida num internamento anterior desse mesmo doente, e projectada no internamento actual.

Na subcategoria *Disponibilidade*, surgem 2 unidades de registo.

Os dados encontrados nestas duas categorias (*Comunicação enfermeiro/doente* e *Relação enfermeiro/doente*) quando analisados em conjunto com os dados obtidos, nas categorias análogas, na Parte II do questionário, permitem-nos constatar que não constituem factores de insatisfação para a maioria dos inquiridos. Contudo, são, sem dúvida, aspectos valorizados por todos os doentes inquiridos.

Outra categoria encontrada nesta área foi a da *alimentação*. Foram aqui encontradas 4 unidades de registo, todas elas agrupadas numa única subcategoria, a *qualidade da alimentação*. Esta informação não pode ser confrontada com quaisquer informações anteriores, pois esta dimensão não estava presente na Parte II do questionário. É assim entendida como mais um aspecto valorizado por alguns inquiridos.

Na última categoria encontrada, *doença*, são encontradas 2 unidades de registo, agrupadas numa subcategoria, *estar doente*. Estes inquiridos, referenciam como situação negativa, ocorrida durante o internamento, o facto de se encontrarem doentes.

Estes dados não foram valorizados como motivo de insatisfação, pois não se prendem com aspectos relacionados com o internamento. Mas antes com aspectos intrínsecos ao próprio doente, relativamente aos quais não se consegue intervir.

De uma forma geral e após a análise de todos os dados encontrados, podemos concluir, relativamente às nossas questões de estudo que, **os idosos percebem de forma positiva os cuidados de enfermagem prestados no Serviço de Urgência**. Os cuidados prestados pelos enfermeiros, no Serviço de Urgências, parecem assim corresponder às necessidades dos doentes idosos e existir um grau elevado de satisfação face ao internamento neste serviço.

Os motivos de descontentamento/insatisfação são encontrados na esfera do contacto com o exterior. Nomeadamente, no que concerne à **limitação das visitas**, o que está de acordo com alguns estudos neste âmbito, de referenciar o de Pearsons et al (1993) que comprovaram que os familiares constituem a fonte mais importante e principal de ajuda que têm as pessoas em caso de doença e **restrições à deambulação no serviço**, muito associadas ao sentimento de dependência de outros.

## 5 – CONCLUSÃO

*“A profissão de enfermagem é exigente. Exige que se ofereça ao cliente e à família (...) a capacidade de estabelecer uma relação que lhes permita ser cada vez mais eles próprios, crescer na alegria, no sofrimento e algumas vezes mesmo às portas da morte” (Lazure 1994:10).*

É este processo de relação com o outro que, envolvendo muito mais do que tratar pessoas, é o âmago dos cuidados de enfermagem e constitui a essência da enfermagem – Cuidar.

É incontestável que a avaliação dos cuidados de enfermagem é uma forma de garantir a sua qualidade, permitindo corrigir desvios encontrados. Esta avaliação é possível através da pesquisa, da indagação e da investigação, fornecendo contributos que permitam reconhecer e valorizar os cuidados de enfermagem prestados.

Nesta perspectiva, realizamos este estudo, onde através do questionário aplicado aos doentes idosos internado no Serviço de Urgência, pretendemos responder às questões de investigação, que orientaram toda a nossa pesquisa. Tentámos conhecer qual o grau de satisfação dos doentes idosos face aos cuidados de enfermagem, no Serviço de Urgência.

Embora existam vários estudos no âmbito do idoso, não encontramos nenhum estudo de investigação com características idênticas às estudadas, que nos permitisse fazer uma comparação exaustiva dos resultados, contudo nos estudos consultados foram encontrados resultados que estão de acordo com os nossos.

É importante referir que, tratando-se de uma amostra de conveniência, os resultados só dizem respeito à amostra estudada, não podendo ser generalizados à população idosa internada no Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro, onde foi realizado o estudo.



A análise dos resultados obtidos permitiu-nos constatar que os idosos estudados, maioritariamente do sexo feminino, tinham uma média de idades de 71,25 anos, baixa escolaridade (72,5% possuem o 1º ciclo do ensino básico) e exerceram a sua actividade profissional no domínio dos “operários, artífices e trabalhadores similares”. A maioria reside neste Concelho há mais de 20 anos e durante o ano de 2006 recorreu 2 vezes ao Serviço de Urgência.

A maioria dos idosos inquiridos demonstra um **elevado grau de satisfação** face aos cuidados de enfermagem prestados no Serviço de Urgência, que se traduz na atribuição da menção **Muito Bom**, aquando da classificação dos mesmos. Destacam-se os aspectos relacionados com a **relação enfermeiro/doente** e com a **comunicação enfermeiro/doente**.

No domínio da *relação enfermeiro/doente* são o respeito, o acompanhamento, a disponibilidade, a tolerância e o carinho demonstrado pelos enfermeiros para com todos os doentes, os aspectos mais valorizados.

Ao nível da *comunicação enfermeiro/doente*, embora não se encontrem percentagens de concordância total nas respostas obtidas, a maioria dos inquiridos, valoriza a disponibilidade dos enfermeiros para conversar e sobretudo para ouvir o doente, a capacidade de diálogo, as informações fornecidas, quer ao nível do conteúdo, quer ao nível da compreensão da linguagem utilizada.

Surgem ainda dois aspectos valorizados pelos inquiridos, durante o seu internamento no Serviço de Urgência que se consideraram pertinentes, o **tratamento** e o **acolhimento**.

O *tratamento*, entendido como uma forma de neutralizar a doença e readquirir a saúde, é valorizado pelos inquiridos neste estudo. É compreensível na medida em que o internamento no Serviço de Urgência é vulgarmente fruto de uma situação inesperada de perda súbita da saúde. Neste sentido, é legítimo que a rapidez e eficácia do tratamento sejam considerados aspectos importantes neste contexto, aparecendo referenciados neste âmbito.

O *acolhimento*, enquanto primeira fase de um processo de vinculação afectiva entre o doente e a equipa pluridisciplinar, que se fortalece durante a fase intermédia do internamento, e inevitavelmente termina com a alta, foi também outro aspecto valorizado por este grupo.

A valorização deste aspecto pode corresponder ao facto da admissão no Serviço de Urgência corresponder sempre a uma “situação de crise”, causadora de angústia e preocupação que pode, ou não, ser dilapidada neste primeiro contacto, nesta primeira abordagem ao doente.

Concluímos, também, que os idosos inquiridos percebem **aspectos negativos** face aos cuidados de enfermagem prestados no Serviço de Urgência, no âmbito do ***Contacto com o exterior***.

Os dados obtidos prende-se com as limitações de proximidade com o meio externo ao hospital, encontradas pela maioria dos idosos, durante o seu internamento no Serviço de Urgência. São aqui referidas, a restrição do número de visitantes (um por dia), a duração da visita (15 minutos/dia), o facto dos enfermeiros não facilitarem o contacto com os familiares e não fornecerem quaisquer informações sobre a presença ou não de familiares, durante o período informativo.

Neste âmbito surge ainda como motivo de insatisfação o facto de não ser permitido aos doentes internados, deambular pelo serviço e/ou deslocar-se ao quarto de banho. Os sentimentos de insatisfação são notórios nesta área, onde os doentes se referem sentir demasiado dependentes.

Chegados ao fim deste estudo podemos dizer que os resultados obtidos nos permitiram conhecer melhor os idosos inquiridos, não só no contexto de saúde/doença, mas também no seu contexto psico-socio-cultura, o que permitirá uma melhor abordagem e melhoria dos cuidados de enfermagem prestados.

Finalizamos, assim, uma longa caminhada que nos permitiu momentos únicos de reflexão e partilha, sobre a abrangência dos cuidados de enfermagem. A maior limitação encontrada na realização deste trabalho foi, sem dúvida, gerir o tempo necessário entre a realização deste estudo, o desempenho da nossa actividade profissional no Serviço de Urgência, leccionar a cadeira de Enfermagem ao Idoso no Curso de Licenciatura, acompanhar alunos nos Ensinos Clínicos e ter disponibilidade para a família.

Momentos houveram de desmotivação e cansaço, que foram ultrapassados com o apoio da família, dos amigos, dos colegas e da professora orientadora, transformando este percurso numa experiência muito gratificante.

Face às ideias apresentadas pensamos que este estudo poderá ter algumas implicações nas diferentes áreas de actuação da enfermagem; a nível da prestação de cuidados, a nível do ensino e na área da investigação.

### **A nível da prestação de cuidados**

É importante que os enfermeiros reconheçam que cuidar é uma partilha, um encontro entre a pessoa que cuida e a pessoa que é cuidada, cuja percepção dos cuidados de enfermagem, de que é alvo, é fundamental em todo este processo. Como refere Collière (1999:324), *“cuidar é um acto social que só atinge a plenitude se tiver em conta um conjunto de dimensões sociais”*.

Acreditamos ser pertinente alargar estes conhecimentos à equipa de enfermagem, contribuindo para perspectivar os cuidados de enfermagem na óptica do doente idoso, num serviço tão *sui generis* como o Serviço de Urgência.

A organização dos cuidados e o quadro de referências, que têm a ver com a matriz cultural do serviço, parecem influenciar bastante a forma como se entende, neste contexto, a presença de familiares junto ao doente.

Dando particular ênfase aos motivos de insatisfação apresentados, poderemos utilizá-los no desenvolvimento de atitudes reflexivas e críticas sobre a prática profissional diária, contribuindo de forma determinante para a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente idoso.

Seria útil repensar a prestação de cuidados de enfermagem no Serviço de Urgência, valorizando mais os aspectos sociais do doente, em particular do doente idoso internado, promovendo a vertente relacional entre este e a sua família, permitindo o encontro, a partilha de informação, a permissão mais frequente da presença da pessoa significativa junto do doente, como prática comum e não apenas em situações pontuais.

Esta perspectiva, projecta o desafio de mover os enfermeiros a desenvolverem uma prática reflexiva e a serem protagonistas de mudança no modo de cuidar os doentes idosos, no Serviço de Urgência.

### **A nível do ensino**

A formação inicial deverá fornecer subsídios ao estudante, que estimulem o pensamento crítico e reflexivo assim como a partilha de experiências, que visem a compatibilização entre os valores relacionais e os valores da técnica.

Sobretudo ao nível dos ensinamentos clínicos, há que perceber e fazer perceber que os cuidados centrados no doente, exigem considerar a sua singularidade e a sua situação particular, num contexto onde a família tem um papel relevante.

Como refere Gomes (2002:180) *“o tempo gasto na comunicação com o doente e família é um tempo bem empregue”*.

## **A nível da investigação**

Pretende-se que a enfermagem seja, ela própria capaz de criar conhecimento numa perspectiva de cuidados de enfermagem que garantam uma melhoria na qualidade de vida e bem-estar das pessoas (Nunes, 2007).

Neste sentido, a investigação feita por enfermeiros é primordial na criação e evolução de conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem prestados. Como nos refere Nunes (2003:349) “*A enfermagem só pode evoluir se houver investigação feita por enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem prestados*”.

Pensamos então ser importante a divulgação deste estudo junto dos colegas, fomentando o interesse por outras questões, que este estudo levanta, que pensamos serem interessantes para futuras investigações, donde destacamos:

- Conhecer o grau de satisfação destes idosos, quando internados noutros serviços do hospital.
- Conhecer os aspectos valorizados por estes idosos, quando internados noutros serviços do hospital.
- Conhecer o grau de satisfação do doente adulto (não idoso) internado no Serviço de Urgência.

## BIBLIOGRAFIA

ACTAS DO SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE ENVELHECIMENTO HUMANO (1997). **Vida com projecto ao longo de toda a vida. A nossa responsabilidade individual e colectiva.** Câmara Municipal de Lisboa. Imprensa Municipal.

ADAM, E. (1994). **Ser enfermeira.** Lisboa. Instituto Piage

ANDRADE, M. G.; G. SANTIAGO, S. M.;(2005) A interinstitucionalidade na redefinição das práticas para a Educação Permanente no Polo Leste Paulista. In: III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Florianópolis. ANAIS do III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde.

BARDIN, L. (1977). **Análise de conteúdo.** Lisboa. Edições 70.

AZEVEDO, C.M.; AZEVEDO, A. G. (2004). **Metodologia científica – contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos.** 7ª Edição. UCE. Lisboa.

BARROS, M. M. L. (1991). **A representação das mudanças sociais da família por avós de camadas médias urbanas. Família: Ontem, Hoje, Amanhã.** Rio de Janeiro: PUC/RJ, 1. 2. Sem.

BASTO, M. (1998). **Da intenção de mudar à mudança – um caso de intervenção num grupo de enfermeiras.** Lisboa. Ed. Rei do Livro.

BASTO, M. ; PORTILHEIRO, C. (2003). Concepções de cuidados de enfermagem que dizem os enfermeiros. **Revista de investigação em enfermagem.** (7) Coimbra. pp. 42-51.

BENNER, P. (2001). **De iniciado a perito.** Coimbra. Quarteto Editora.

BERGER, L. POIRIER, D. (1995). **Pessoas Idosas. Uma abordagem global.** Lisboa. Lusodidacta.

BERNARDI, B. (1974). **Introdução aos Estudos Etno-Antropológicos,** Lisboa, Edições 70.

BLASS, J.; CHERNIACK, E.; WEKSLER, M. (1997). “Teorias de Envelhecimento”, in CALKINS, E. FORD, A., **Geriatría Prática,** 2ª ed., Rio de Janeiro. Revinter, pp. 10-18.

BOLANDER, V. Era (1998). **Enfermagem Fundamental; Abordagem Psicofisiológica.** Lisboa. Lusodidacta.

BOTELHO, M. A. S. (1999). **Autonomia Funcional em Idosos – Caracterização Multidimensional em Idosos Utentes de um Centro de**

**Saúde Urbano.** Tese de Doutoramento. Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

BRITO, L. (2002). **A sociedade mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos.** Coimbra. Quarteto Editora.

BRUN, G. (1999). **Pais, filhos & cia. Ilimitada.** Rio de Janeiro: Record.

CARMO, H. ;FERREIRA, M. (1998). **Metodologia da Investigação: Guia para a auto-aprendizagem.**Lisboa. Universidade Aberta.

CARVALHO, M. (1996). **A Enfermagem e o humanismo,** Loures, Lusociência.

CASSEN, N.H. e STEWART, R.S. (1995).**Management and care of the dying patient.** International Journal of PSYCHIATRY IN Medicine, 1, pp. 295-305.

CASTRO, C.; CATITA, P.; CORDEIRO, T.; VAZ, C. (2002). “ Saber escutar para saber cuidar”. **Nursing.** N<sup>o</sup>162. Janeiro. Lisboa.

CAVANAUGH, J. (1997). **Adult development and aging.** Pacific Grove. Brooks /Cole.

CIBANAL, J. (1991). **Interrelación del profesional de enfermaria com el paciente: Prerequisitos de la relación de ayuda.** Barcelona. Edición Doyma.

COLLIÈRE, M. (1989). **Promover a vida.** Lisboa. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

COSTA, M. A. (1999). Questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros. In **O idoso: problemas e realidades.** Coimbra.Formasau.

COSTA, M. A. (2002). **Cuidar idosos. Formação, práticas e competências dos enfermeiros.** Coimbra. Editora Formasau.

COSTA, J.; MELO, A. (1998). **Dicionário da Língua Portuguesa.**8<sup>a</sup> ed., Porto. Porto editora.

CUNHA, Jr., BORGES, Jr., FACHEL, J.; (1997). “Uma Nova Proposta para a Medida de Satisfação de Clientes”. Nota de pesquisa não publicada, PPGA/UFRGS.

DEAUX, K.; WRIGHTSMAN, L. (1984). **Social Psychology in the 80's.**4<sup>a</sup> edição. Brooks Cole. Califórnia.

DEBERT, Guita G. (1999). **A reinvenção da velhice.** São Paulo: Ed. USP, Fapesp.

DEVINE, E.C.; COOK, T.D. (1983). A Meta –analytical analysis of effects of psycho-educational interventions on length of post surgical hospital stay, **Nursing Research**. 32 (5). pp. 267 – 274.

DIAS, M.R. (1997). **A Esmeralda Perdida**: A informação ao doente com cancro da mama. 1ª edição. Lisboa. ISPA:

DINIS, C.M.R. (1997). **Envelhecimento e qualidade de vida no Concelho de Faro**. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina. Coimbra.

DONABIEDIAN, A. (1970). Patient care evaluation. **Hospitals**. Chicago. (44,7). Pp.131-136.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE FRANCISCO GENTIL (2002). **Quadro de Referência**. Lisboa.

FARINATTI, P. T. V. (2002). Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, pp. 129-138.

FERNANDES, A.A. (1997). **Velhice e sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal**. Oeiras. Celta Editora.

FERREIRA, P.L. (1999). **A voz dos doentes. Satisfação com a medicina geral e familiar. Questionário EUROPEP**. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, Sub-Direcção Geral para a Qualidade.

FERREIRA, P.L. (2001). “Avaliação dos doentes de cuidados primários: Aspectos da Clínica Geral mais Importantes para os Doentes” **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. Lisboa, (17,1). Janeiro/Fevereiro, pp15-45.

FERREIRA, P.L. et al (2003). A voz dos utentes nos Centros de Saúde. **Revista Qual Saúde**.(7). pp. 23-26.

FERREIRA, M. (2002). **Integrar a família no cuidar**. Monografia apresentada à Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil. Lisboa.

FEKETI, M.C. (1999). **Sistemas de Incentivo como Instrumento de gestão do trabalho em saúde**. Dissertação de Mestrado em Saúde Colectiva. UEL.Lisboa.

FILHO, G. N. (1990). “O que fazer da literatura sobre a satisfação do utente: uma proposta para os serviços”. **Revista Portuguesa de saúde Publica**. (8-2). Abril – Junho. pp.59-64.

FONSECA, A. M. (2004). **O envelhecimento. Uma abordagem psicológica**. Lisboa. Edições Universidade Católica Portuguesa.



FONTES, L. (1997). **O papel do médico de família na avaliação e acompanhamento do doente idoso**. Geriatria. Ano X. Vol.X. nº97. Setembro 1997.

FRANÇA, L.; H SOARES, N. E. (1997). **A Importância das relações intergeracionais na quebra de preconceitos sobre a velhice**. *Terceira Idade: desafios para o terceiro milénio*. Rio de Janeiro. Relume-Dumará. P.143-169.

FONSECA, A.M. (2006). “Transição-adaptação” à reforma em Portugal. **Psychologica**,42, pp.45-70.

FONSECA, A.M. (2004). **O envelhecimento. Uma abordagem Psicológica**. Lisboa. 2ª Edição. Universidade Católica Editora.

FORTIN, M. (1999). **O processo de Investigação: da concepção à realização**. Loures. Lusociência.

FORTIN, M. (2003). **O processo de Investigação: da concepção à realização**.3ª edição. Loures. Lusociência.

GAGEIRO, M.H.; PESTANA, J.N. (2000). **Análise de dados para ciências sociais: A complementariedade do SPSS**. 2ª Edição. Edições Sílabo. Lisboa.

GRANDE, N. (1994). Linhas Mestras para uma política nacional de terceira idade. **Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica**. Nº 68. pp. 6-10.

GIRALDES, M. R.; RIBEIRO, A. C. C. (1995). **Desigualdades Sócio-Económicas na Mortalidade em Portugal, no Período 1980/82 - 1990/92**. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 4.

GIRALDES, M. R. (1996). **Mortalidade a nível Sócio-Económico em Portugal**. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 1.

GROGGER, L. (1995). **A Nursing home can be a home**. *Journal of Ageing Studies*, 9(2), 137-153.

GROISMAN, D. (1999). **Velhice e história: perspectivas teóricas**. Envelhecimento e Saúde Mental: uma aproximação multidisciplinar. *Cadernos IPUB*, Rio de Janeiro, 10, p. 43-56.

GIL, A. C. (2002). **Como elaborar projectos de pesquisa**. Editora Atlas S.A. São Paulo.

GOMES, I.D. (2002). “O conceito de parceria no processo de cuidados de enfermagem ao doente idoso. O erro de Narciso”. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Aberta. Lisboa.

GUIMÃRAES, P. (1999). Os direitos dos idosos. In **Envelhecer, um direito em construção**. Liboa.

GUIMÃRAES, P. (1998). O estatuto dos idosos no direito português ou o fim do idoso crepuscular. **Geriatrics**. Vol.11, nº 101.

HELMAN, C. (1994). **Cultura, Saúde e Doença**. Brasil, Editora Artes Médicas Sul.

HESBEEN, W. (2000) **Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem**. Lisboa. Lusociência, Edições técnicas e científicas, Lda.

HESBEEN, W. (2001) **Qualidade em enfermagem – Pesamento e acção na perspectiva do cuidar**. Camarate. Lusociência, Edições técnicas e científicas, Lda.

HESPANHA, M. J. et al (1996). In: Pessoas idosas e comunicação. Direcção Geral de Acção Social, Núcleo de documentação técnica e de divulgação. Dezembro. Lisboa. Pp. 5-66.

HESPANHA, M. J.F. (1987). “ O corpo, a Doença e o Médico”. **Revista Critica de Ciências Sociais**. (23). Setembro. p p. 195-210.

HOFFMAN, L. et al (1994). **Developmental psychology today**. 6ª Ed. New York . McGraw-Hill.

HONORÉ, B. (2001). **Cuidar – Persistir em conjunto na existência**. Camarate. Lusociência.

HUNGLER, B.; POLIT, D. (1995). **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ª edição; Artes Médicas. Porto Alegre.

IMAGINÁRIO, Cristina (2004). **O idoso dependente em contexto familiar**. Coimbra. Ed. Formasau.

JACQUERY, A. (1983). **Guide de l'évaluation de la qualité de soins infirmiers**. Paris. Centurion.

KALACHE, A., VERAS, R., RAMOS, L. (1987). “ O Envelhecimento da População Mundial. Um desafio novo”.**Revista de saúde pública**. São Paulo. (21). pp. 200-210.

KEMP, N. (1995). **A garantia da qualidade no exercício da enfermagem**. Lisboa.ACEPS.

KÉROUAC. S. et al (1994). **La pensée infirmière; conceptions et strategies**.Quebec. Édition Études Vivantes (pp.46-53).

KÉROUAC, Suzanne *et al.* (1996) - *El pensamiento enfermero*. Barcelona, Masson, S.A.

LAKATOS, E.M. MARCONI, M.A. (1992). **Metodologia do trabalho científico**. 4ª edição. Atlas. São Paulo.

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

LEININGER, M. (1985). **Trans – cultural care diversity and universality: A Theory of care and nursing**. Grunt 8 Stratton. New York.

LOPES, N.M. (1995). Da Investigação à Qualidade: as condicionantes contextuais. **Enfermagem**. Lisboa. Nº6. Out./Dez. pp. 34-39.

LOPES, M. (1999) . **Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações**. Évora. Gráfica 2000.

LOPES, M. (2000). A natureza dos cuidados de enfermagem: alguns contributos para a sua clarificação. **Sinais Vitais**. (30). Coimbra. pp. 35-42.

LOPES, M. (2006). **A relação Enfermeiro-Doente como intervenção terapêutica**. Coimbra. Formasau.

LOPES, E.; Rodrigues, et al. (1998). **Portugal: O Desafio Dos Anos Noventa**. Lisboa. Editorial Presença.

LUCAS, J.S. (1996). “Centros de Saúde em Mudança”, **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. Lisboa, (13,1). Março, pp.19-22.

MACHADO, P. (1994). A Cidade Maior – Para uma Sociologia da Velhice na Cidade de Lisboa. **Sociologia – Problemas e Práticas**. (15). Pp.21-52.

MALVAR, P. (2002). **O utente idoso. Conhecer para melhor intervir**. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Aberta. Lisboa.

MAGÃO, M. (1992). **Cuidar, significado e expressão na formação em enfermagem**. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, no âmbito do curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem. Lisboa.

MARINO, M.; MORAES, E.; SANTOS, A.; (1999). **Avanços e perspectivas em geriatria**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.

MATOS, M.; AVELAR, T.(2000). “A Explicação Evolutiva do Envelhecimento”, **Geriatria**.Liboa.(13,126) Junho. Pp. 5-10.

Mc INTYNE, T.; SILVA, S.; **Estudo aprofundado da satisfação dos utentes dos serviços de saúde na Região Norte: Relatório final sumário**. ARS Norte e UM, Junho 1999.

McWHINNEY, I.R. (1994). **Manual de Medicina Familiar**. Lisboa. Inforsalus.

MELEIS, A. (1991). **Theoretical nursing: Development and progress**. 2nd Edition. Philadelphia: j.b. Lippincott Company.

MESSIAS, A. (2004). **Transiciones – Teorías de Rango Médio**. <http://www.nursing.upenn.edu/dean/transitions/presentations/TransicionesMessiasBogota2004.doc> acessado a 20/03/2007.

MONTEIRO, M. F. G.; ALVES, M. I. C. (1995). **Aspectos demográficos da população idosa no Brasil**. In: VERAS, Renato Peixoto. *Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, p. 65-78.

MOSCOVICI, Serge. (2005). **Representações sociais. Investigações em psicologia social**. Petrópolis. Editora Vozes.

MOTA, J.R. (2006). Papel da telomerase na senescência celular- Monografia de conclusão de curso de pós-graduação sensu lato - **Saúde e Medicina Geriátrica**.

MOREIRA, A.S.P; JESUINO, J.C. (2003). **Representações Sociais – Teoria e prática**. João Pessoa. Editora Universitária.

MORSE, J. (1990). Concept of caring and caring as concept. **Advanced Nursing Science**. (13). (1).

MOTA, M., FIGUEIREDO, P., DUARTE, J.(2004). “ Condicionantes genéticos e estocásticos do envelhecimento biológico”. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**. Vol.4.nº1. pp. 81-110.

NAZARETH, J.M. (1988b). **Portugal os próximos 20 anos: unidade e diversidade da demografia portuguesa no final do século XX**. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian. Vol.3.

NAZARETH, J.M. (1988a). O envelhecimento demográfico. **Psicologia**. Lisboa. Vol.6. nº2. pp. 135-146.

NAZARETH, J.M. (1985). A demografia portuguesa no século XX: principais linhas de evolução transformação. **Análise Social**. Lisboa. Vol.21. 3ª Série. Nº87,88,89.

NELSON, T. (2002). **Ageism, stereotyping and prejudice against older persons**. Cambridge. MIT Press.

NERI, A. L. (1995). **Psicologia do envelhecimento**. Campinas, S.P.: Papyrus.

NEUGARTEN, B.; DATAN, N. (1974). **The middle years**. In S. Arieti (Ed.), *American book of psychiatry*, Vol.1 (2ª edição). New York: Basic books.

NEVES, M. (2002). A tomada de decisão em enfermagem. **Pensar Enfermagem**. (2). (6). Lisboa.

NEVES, M. (2004). **Intervenções em enfermagem – razões e bases da tomada de decisão pelas enfermeiras**. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto.

NOVAES, M. H. (1995). **Conquistas possíveis e rupturas necessárias: psicologia da terceira idade**. 1. Ed. Paulo de Frontin, Rio Janeiro: Grypho.

NOVO, R. (2003). **O bem estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada**. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

NUNES, F. (2007). “Tomada de decisão de enfermagem em emergência: agir rapidamente, pensar lentamente”. **Nursing**. Março. Nº 219.

NUNES, Lucília. **Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem**. II Congresso da Ordem dos Enfermeiros. Maio 2006.

OGDEN, J. (1999). **Psicologia da saude**. Climepsi. Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2001). **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2003). **Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais**. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

PASCOE, G. C. (1983) **Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis**. Eval.Progr. Plann., 6:185-210.

PAÚL, C., FONSECA, A. M. (2001). **Psicologia da saúde**. Lisboa. Climepsi.  
PEREIRA, M. G. ; ARAUJO-SOARES, V. ; MCINTYRE, T. (2001). “Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e à medicina”. **Mundo Médico**. Lisboa. Edição especial, Maio/Junho. pp. 36-40.

PEARSON, M. e tal. (1993). **Health on borrowed time? Health and social care in the community**. Nº 1. pp.45-54.

PESTANA, M. (1996). **A Formação dos Enfermeiros e a Educação para a Saúde num Contexto Multicultural**. “Revista Portuguesa de Enfermagem”. (1). 3º Trimestre, 183-297.

PEREIRA, M.G. ; ARAÚJO-SOARES, V.; McINTYRE, T. (2001) “Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e à medicina”. **Mundo Médico**. Lisboa. Edição Especial. Maio/Junho, pp.36-40.

PHITAUD, P. (2001). “ Contributo para uma abordagem das politicas de velhice no seio da união europeia. **Futurando**. Nº ¾. Dezembro. Lisboa.

PIMENTEL, J. G. (1988). “Patogenia do Envelhecimento Cerebral”. **Psicologia**. Lisboa. (VI,2). Pp.207-217.

PISCO, R: (2001). “ A solidão dos idosos na zona intra-muros de Évora”. Estudo Exploratório.

POLIT, D.; HUNGLER, B. (1993). **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre. Edições Artes Médicas.

POLIT, D.; HUNGLER, B. (1995). **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre. Edições Artes Médicas. P.168-207.

PHILLIPSON, C. (2003). **Transitions after 50 – Developing a new conceptual map**. Keele University: Centre of Social Gerontology

PIMENTEL, M.; GAGEIRO, J. (1998). “Patogenia do Envelhecimento Cerebral”. **Psicologia**, Lisboa. (VI). pp 207-217.

QUEIRÓZ, A. (2001). **A enfermagem de família e os idosos em Portugal**. <http://www.dgsaude.pt/Gdd/biblos/enf-1.html>. acessado a 19.09.2007.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. (1998). **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 2ª Ed. Lisboa. Gradiva.

SELAGEN, M. (1999). **Sociologia da Família**. Lisboa. Terramar. 1ª Edição.

SOUSA, M. (1996). **Garantia da qualidade em cuidados de enfermagem: construção e validação de instrumentos de medida**. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.

SWANSON, K. (1991). **Desenvolvimento empírico de uma teoria do cuidar de médio alcance**. Traduzido por Alice dos Mártires, Revisão de Marta Lima Basto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto.

SILVA, S.H (1993). **Controle da qualidade assistencial de enfermagem: implementação de um modelo**. São Paulo. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo.

SILVA, A. (1995). O papel da família no idoso. **Informar**. Porto. Nº11. Out.-Dez. pp. 9-13.

SILVA, A.; LIMA, J. (2002). Ser idoso: estudo de uma população. **Revista Geriatria**. Lisboa. Vol.14. nº140. Jan. pp12-18.

SILVA, M.J.P. (1996). **Comunicação tem remédio**. São Paulo. 2 ed. Gente.

SOUSA, L. et al (2004). **Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice**. Porto. Edições Âmbor.

STANHOPE, M., LANCASTER, J. (1999). **Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**. Lisboa, Lusociencia.

REED, J. e tal (2003). **Making a move: care-home residents, experiences of reallocation.** *Ageing and Society*, 23, 225-241.

RIBEIRO, J. L. P. (1994). “A psicologia da saúde, saúde e doença”, in McIntyre, T.M. **Psicologia da saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras.** Associação dos Psicólogos Portugueses, pp 55-71.

RIBEIRO, L.F. (1995). **Cuidar e tratar: Formação em enfermagem e desenvolvimento socio-moral.** Lisboa. Educa e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

RIBEIRO, J. L. P. (1998). **Psicologia e Saúde.** Lisboa. 1ª edição. ISPA.

RIBEIRO, J. L. P. (1999). “Escala de Satisfação com o suporte social”. **Análise Psicológica.** (3) (XVII): 547-558.

RIBEIRO, P. (2000). **Um olhar sobre o cuidar em enfermagem.** Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, apresentada na Universidade Aberta.

ROBERT, L. (1994). **O envelhecimento.** Lisboa. Instituto Piaget.

ROBERT, L. (1995). **O envelhecimento – Factos e teorias.** Lisboa. Biblioteca Básica de Ciência e Cultura. Instituto Piaget.

TEIXEIRA, A.S. (1997). **Barreiro uma história de Trabalho Resistência e Luta.** Lisboa. Editorial Avante.

VALA, J. (1986). “A análise de conteúdo”, in SILVA, A.S.; PINTO, J.M. (coord.), **Metodologia das Ciências Sociais.** 8ª ed. Porto. Afrontamento. pp.101-128.

VAZ, C.; CATITA, P. (2000). “Cuidar no Serviço de Urgência”. **Nursing.** Nº 148. Setembro. Lisboa.

VILELAS J. (2004). **Sebenta – Investigação em Enfermagem.** Monte da Caparica.

WALSH, F. (1989). **The family in later life.** In B. Carter & McGoldrick (eds.) *The changing family life cycle.* Boston, Allyn and Bacon, 311-334.

WALSH, F. (1989). **The family in later life.** In B. Carter & McGoldrick (eds.) *The changing family life cycle.* Boston, Allyn and Bacon, 311-334.

WARTMAN, A. S.; MORLOCK, L. L.; MALITZ, F. E.; PALM, A. E.; (1983) **Patient understanding and satisfaction as predictors of compliance.** *Med. Care*, 21: 386-91.

WATSON, J. (1979). **Nursing: The Philosophy and Science of Caring**. Bóston. Little, Brown.

WATSON, J. (1999). **Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem**. Camarate. Lusociência.

WATSON, J. (2002). **Enfermagem Pós-moderna e Futura – um novo paradigma da enfermagem**. Camarate. Lusociência.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H. (1967). **A Pragmática da Comunicação Humana**. SÃO Paulo: Editora Cultrix.

WATZLAWICK, P. (1991). **Teoria de la comunicacion humana**, patologias y paradojas (8ª edição. Barcelona. Herder DL,

WEISS, L. G. (1988). **Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factors**. Med. Care, 26: 383-92.

ZIEGEL, E. ; CRANLEY, M. (1985). **Enfermagem Obstetricia**. 8ª Edição. Rio de Janeiro. Guanabara.

ZAL, H.M. (1986). **A geração sanduíche: entre filhos adolescentes e pais idosos**. Lisboa. Difusão Cultura.



## **ANEXOS**

## **ANEXOS I – Pedido de Autorização para a Realização do Estudo**

COLOCAR ANEXO I

## **ANEXO II – Questionário Aplicado**

COLOCAR ANEXO II

**ANEXO III – Exemplo de Registo de Enfermagem utilizado na Avaliação da  
Função Cognitiva**

COLOCAR ANEXO III

## **ANEXO IV – Tabelas de Dados**



